

EDITOR IN CHIEF

Roberto Nardi

CO-EDITORS

Giorgio Ballardini Osp. Infermi, Rimini
Giuseppe Chesi Osp. C. Magati, Scandiano (RE)
Giovanni Gulli Osp. Magg. SS. Annunziata, Savigliano (CN)
Giovanni Scanelli AO Univ. Ferrara

EMERITUS EDITORS

Vito Cagli Univ. La Sapienza, Roma
Sandro Fontana Libero Professionista, Biella
Italo Portioli Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

EDITORIAL BOARD

Giancarlo Agnelli Univ. di Perugia
Franco Berti AO San Camillo, Roma
Mauro Campanini AO Maggiore della Carità, Novara
Massimo Campieri Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna
Mario Cottone AO Vincenzo Cervello, Palermo
Domenico Cucinotta Univ. di Bologna
Pier Paolo Di Micco Osp. Fatebenefratelli, Napoli
Salvatore Di Rosa Villa Sofia di Palermo
Leonardo Fabbri Policlinico di Modena
Andrea Fontanella Osp. Buonconsiglio Fatebenefratelli, Napoli

Gianfranco Gensini Univ. di Firenze
Gualberto Gussoni Centro Studi FADOI, Milano
Ido Iori Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
Giancarlo Landini Osp. Santa Maria Nuova, Firenze
Dario Manfellotto Osp. Fatebenefratelli, Roma
Pietro Marino Osp. Fatebenefratelli, Milano
Antonino Mazzone Osp. Civile di Legnano (MI)
Giovanni Mathieu Osp. Agnelli di Pinerolo (TO)
Carlo Nozzoli AOU Careggi, Firenze
Stefano Pallanti Ist. di Neuroscienze, Firenze
Domenico Panuccio Osp. Maggiore, Bologna
Claudio Puoti Osp. Civile di Marino, Roma
Giuseppe Remuzzi Osp. Riuniti di Bergamo
Walter Ricciardi Univ. Cattolica, Roma
Carlo Salvarani Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
Filippo Salvati Osp. Maria SS Immacolata, Chieti
Generoso Uomo Osp. Cardarelli di Napoli
Maurizio Ventrucchi Osp. di Bentivoglio, Bologna
Paolo Verdecchia Osp. R. Silvestrini, Perugia
Giorgio Vescovo Osp. San Bortolo, Vicenza
Claudio Vitali Osp. Villamarina, Piombino (LI)

YOUNG EDITORS

Dimitriy Arioli Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
Francesco Corradi AOU Careggi, Firenze
Pierpaolo Di Micco Osp. Buonconsiglio Fatebenefratelli, Napoli
Sirio Fiorino Osp. di Budrio, Bologna
Micaela La Regina Osp. Sant'Andrea, La Spezia
Adolfo Iacopino Osp. Casa di Cura Carmona, Messina
Maicol Onesta ASUR delle Marche, Fabriano (AN)

INTERNATIONAL BOARD

Inder Anand Univ. of Minnesota Medical School, Minneapolis, USA
Stefan D. Anker Campus Virchow-Klinikum, Berlin, D
Edgardo Arena Syrian Lebanese Hospital Buenos Aires, AR
I. Bourdel-Marchasson Clinique Centre Henri Choussat Hopital Xavier Arnoz, Bordeaux, F
Vito M. Campese Keck School of Medicine of USC, Los Angeles, USA
R. Cataldi Amatriain International College of Internal Medicine, Buenos Aires, AR
Antonio Ceriello Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, E
Andrew Davenport Univ. College London Medical School, London, UK
Ralph A. DeFronzo Univ. of Texas Health Science Center, San Antonio, USA
Leonidas Duntas Athens Medical School, Athens, GR
Ariel Estruch Univ. Abierta Interamericana, Buenos Aires, AR
Samuel Z. Goldhaber Brigham and Women's Hospital, Boston, USA
Ana Matilde IL Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, AR
Gene G Hunder Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, USA
James R. Jett National Jewish Health, Denver, USA
Dan Justo Tel-Aviv Medical Center, Tel Aviv, IL
Anna Modelska Polish Academy of Sciences in Poznan, PL
Manuel Monreal Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, E
Marco Pahor Univ. of Florida, Gainesville, USA
Piotr Ponikowski Clinical Military Hospital, Wrocław, PL
Cornel C. Sieber Klinikum Nürnberg, Nürnberg, D
Astrid Stuckelberger Univ. of Geneva, CH
Bernardo Tanur ABC Medical Center, Santa Fe, MEX



ELSEVIER

Italian Journal of Medicine

Organo Ufficiale della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI

Direttore responsabile e
Amministratore delegato:
Emile Blomme

EDITORIAL

Tel. 02 88184.249
Fax 88184.302

Publishing Director

Valeria Brancolini
v.brancolini@elsevier.com

Journals Publishing Manager

Cristina Pelizon
c.pelizon@elsevier.com

Journals Publisher

Laura Fabri
l.fabri@elsevier.com

Journal Administrator

Chiara Tutino
Tel. 02 88184.249
c.tutino@elsevier.com

PRODUCTION

Tel. 02 88184.332
Fax 02 88184.342

Operations Director

Antonio Boezio
a.boezio@elsevier.com

Journals Team Manager

Lidia Adami
l.adami@elsevier.com

Journal Manager

Paola Farina
p.farina@elsevier.com

PHARMA & HEALTH INDUSTRIES ADV

Tel. 02 88184.227
Fax 02 88184.340

Executive Sales Director

Claudio Moroni
c.moroni@elsevier.com

Pharma Sales Director

Luca Cortese
l.cortese@elsevier.com

ADV Specialist

Maurizio Balzanelli
Tel. 02 88184255
m.balzanelli@elsevier.com

Traffic & Sales Support Manager

Donatella Tardini
d.tardini@elsevier.com

Traffic & Sales Support

Elena Rizzi
e.rizzi@elsevier.com

ABBONAMENTI

Tel. 02 88184.368/317
Fax 02 88184.307

e-mail: abbonamenti@elsevier.com

ccp 28406205
Abbonamento annuale:
76,00 euro (privati);
188,00 euro (estero);
44,00 euro (studenti)
Prezzo a copia: 19,00 euro

Stampa

Legatoria Editoriale
Giovanni Olivotto L.E.G.O. SpA
v.le dell'Industria 2, 36100 Vicenza
Finito di stampare nel mese
di maggio 2011

© 2011 Elsevier Srl
Italian Journal of Medicine
Periodico trimestrale

Reg. Trib. Milano 272 del 2.5.2007
Poste italiane SpA - Sped. in Abb.
Post. DL 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004
n. 46) art. 1 comma 1, DCB Milano - Taxe
perçue

ASSOCIATO A:
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA


Tutti gli articoli pubblicati sull'Italian Journal of Medicine sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 D.Lgs. 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali Elsevier intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista.

Il titolare del trattamento dei dati è Elsevier Srl, via Paleocapa 7, Milano, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 D. Lgs. 196/03.



ELSEVIER Srl
via P. Paleocapa 7 - 20121 Milano
Tel. 02 88184.1 - Fax 02 88184.302
<http://www.elsevier.it>
<http://www.elsevierhealth.com>

SOMMARIO
CONTENTS

- S1 **Presentazione**
C. Nozzoli, A. Mazzone
- S2 **Le politiche di people strategy in sanità: lo sviluppo delle clinical competence per la crescita professionale del dirigente medico**
C. Filannino, I. Stornello, S. Nardi
- S17 **La clinical competence in Medicina Interna**
G. Mathieu, A. Greco, R. Nardi, M. Stornello, F. Berti, F. Colombo, M. Mattarei, C. Filannino, C. Nozzoli, A. Mazzone
- S30 **“Bedside teaching”: competenza clinica e formazione sul campo. Torniamo all’antico per essere moderni**
A. Mazzone, F. Colombo, D. Croce, R. Nardi
- S33 **Modelli di valutazione della clinical competence del medico specialista internista ospedaliero**
R. Nardi, G. Mathieu, F. Berti, C. Filannino, A. Greco, C. Nozzoli, A. Mazzone, a cura del gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi
- S49 **Modelli di valutazione della clinical competence in Medicina Interna: item individuati per le patologie di più frequente riscontro**
- S101 **Bibliografia**



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



PRESENTAZIONE

La FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) ha come mission fondamentale quella di migliorare, attraverso la formazione e la ricerca clinica, le capacità tecnico-scientifiche dei medici internisti ospedalieri. Partendo da questo presupposto non potevamo esimerci dall'affrontare il tema, di grande attualità, della valutazione delle competenze professionali del dirigente medico. Definire che cos'è un buon medico è una questione molto dibattuta a livello nazionale e internazionale.

Una società scientifica come FADOI ha almeno tre motivi per affrontare la verifica e lo sviluppo professionale del medico internista.

- la necessità di garantire una prestazione sanitaria di qualità;
- i cambiamenti epidemiologici, le polipatologie, le comorbidità, le scarse evidenze scientifiche sul paziente reale, tutte sfide alle quali occorre essere preparati a rispondere;
- la credibilità, poiché quella medica è una professione che ha il privilegio di autoregolarsi grazie alla propria storia ed etica professionale.

La "clinical competence" è il risultato delle conoscenze, abilità e capacità tecniche, delle qualità professionali, manageriali, relazionali e operative di ogni singolo specialista nel contesto sanitario di riferimento. Tutto questo presuppone un bilanciamento ottimale di alcune componenti – sapere, saper fare e saper essere – in una prospettiva di interazione tra medico-paziente e decisioni pratiche per la risoluzione di problemi clinici. Purtroppo la competenza medica non può essere di per sé garantita da titoli accademici o autoreferenzialità specialistiche né, tantomeno, costituisce un mero ideale professionale. Per questo la qualità delle cure deve essere definita in base a indicatori specifici. Scienza clinica ed esperienza del medico devono essere complementari nella gestione del paziente reale. Infatti esperienza, conoscenza scientifica, medicina basata sull'evidenza e buonsenso clinico costituiscono gli

elementi fondanti della competenza medica per curare, oggi, pazienti adulti, anziani, critici, fragili e con dimissioni difficili.

In realtà lo sforzo che sta sostenendo FADOI ha un duplice significato per la crescita del valore professionale del medico internista, perché la creazione di uno strumento con cui valutare che cosa sa fare l'internista comporterà, una volta applicato, una migliore comprensione delle esigenze formative dei nostri medici e, non meno importante, la disponibilità di un potente mezzo di pianificazione dell'aggiornamento professionale.

Nell'intraprendere tale percorso con la SDA Bocconi abbiamo innanzitutto costituito un gruppo di lavoro per determinare gli item fondamentali delle competenze richieste, individuando tre livelli di professionalità (di base, ottimale, eccellente), che abbiamo poi confrontato con un gruppo di dirigenti di Struttura Complessa per ottenere un consenso condiviso sul lavoro svolto.

L'esame delle competenze ha spaziato attraverso diversi aspetti – dalle capacità umane in senso generale, relazionali e comunicazionali a quelle più strettamente tecnico-scientifiche – mediante l'analisi di un gran numero di patologie e situazioni cliniche riguardanti anche l'urgenza e il paziente critico. La complessità della Medicina Interna ha reso particolarmente difficile il percorso, ma riteniamo di aver posto le basi per lo sviluppo ulteriore di tali tematiche auspicando anche che questo lavoro possa offrire un contributo importante a tutta la comunità scientifica.

Questo progetto rappresenta, pertanto, un primo importante passo nella definizione di un nuovo ruolo delle società scientifiche quali promotrici dello sviluppo e del monitoraggio continuo della professionalità individuale del medico.

Carlo Nozzoli^a, Antonino Mazzone^b

^aPresidente FADOI

^bPresidente Fondazione FADOI



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



Le politiche di people strategy in sanità: lo sviluppo delle clinical competence per la crescita professionale del dirigente medico

Cristina Filannino ^a, Irene Stornello ^b, Stefania Nardi ^b

^a SDA Bocconi, Milano

^b Gruppo di Lavoro sulle Competenze Professionali, Fondazioni FADOI, Ricerca bibliografica

Premessa: le politiche di people strategy nelle organizzazioni sanitarie

“La persona è la risorsa più critica”, “Le persone vengono al primo posto”, “Gli uomini sono la principale fonte del vantaggio competitivo” sono affermazioni che trovano oggi concordi tutte le aziende sanitarie pubbliche e/o private accreditate e che ricorrono continuamente nelle mission aziendali, nelle vision, nelle interviste ai direttori generali, nei dibattiti pubblici: in tutte le occasioni in cui le aziende esprimono ciò che vorrebbero o dovrebbero essere. Nella realtà, tuttavia, questo enunciato spesso non si traduce in fatti, politiche e prestazioni convincenti: l’orientamento strategico delle aziende sanitarie rispetto alle risorse umane si è contraddistinto nel tempo per essere nebuloso e per non essere stato il motore di cambiamento nei confronti delle scelte aziendali verso l’utente interno. L’attenzione alla risorsa umana, mediante azioni e programmi di “gestione e sviluppo delle risorse umane”, deve intervenire sulla vision e sulla cultura dell’azienda, traducendosi e assicurando la trasformazione dei comportamenti organizzativi in coerenza con i fattori fondamentali di successo per la generazione di “valore di scambio tra organizzazione e persona”. Se si parte dall’assunto che la people strategy è quella componente della business strategy che guarda al “people” e consiste “in un mix integrato di politiche, di programmi e prassi quotidiane, ispirato a un valore guida e finalizzato al cambiamento dei comportamenti e il cui impatto si misura nell’accrescimento del valore del capitale umano e quindi

del business di riferimento” (Protasoni, 2003), si comprende il valore di tale scelta per il personale, asset intangibile dell’organizzazione, qui azienda di servizi alla persona.

Il termine “people strategy” non è da intendersi solo come un nuovo “inglesismo” correlato a una nuova “moda organizzativa”: è il superamento della più tradizionale “politica delle risorse umane” – peraltro anch’essa spesso poco efficace – orientata a soddisfare i fabbisogni individuali (identità, stabilità, sviluppo) in quanto sostiene la dimensione “people” come parte integrante della strategia di business che genera valore aziendale puntando sulle specificità delle risorse a disposizione in grado di creare “vantaggio competitivo”, cioè facendo leva su competenze essenziali per raggiungere un vantaggio sostenibile sulla concorrenza (organizzazioni Resource-Based View o RBV, che fondano il loro funzionamento su una visuale dell’azienda incentrata sulle risorse umane).

Due sono i fattori da presidiare per la realizzazione di una people strategy aziendale:

- il *contesto strategico*, ovvero le diverse tipologie di situazioni strategiche che caratterizzano i segmenti di attività (o le tipologie di utenza servita) e che sono determinati dalla business strategy complessiva (la traduzione operativa della mission aziendale e degli obiettivi di mandato dei direttori generali delle aziende sanitarie);
- il *contesto della specificità*, ossia il capitale umano dell’azienda inteso come insieme di competenze, attitudini, esperienze e valori della persona. Si tratta, quindi, del profilo dei comportamenti esistenti e delle dimensioni che

li influenzano. La people strategy opera per l'allineamento dei comportamenti individuali verso il profilo dei comportamenti attesi identificando contenuti e modalità sostenibili per lo "scambio di valore" tra azienda e persona.

Sulla scorta di queste considerazioni lo spunto su cui riflettere è il seguente: nella pubblica amministrazione, e in particolar modo nella sanità, può esistere una cultura "delle persone", laddove spesso è difficile evidenziare i meriti degli operatori e mettere a punto regole gestionali che valorizzino la diversità e la meritocrazia, "smantellando" l'appiattimento che impedisce di far emergere il contributo e le potenzialità dei singoli sui quali costruire percorsi di crescita e di responsabilizzazione professionale? Può esistere il contesto della specificità di un ospedale rispetto a un altro? In che cosa si manifesta concretamente? È compito delle direzioni generali aziendali cercare, creare, rafforzare la propria specificità, soprattutto per un confronto costruttivo con la Regione che esercita il ruolo di governance sulle aziende e di regolatore del sistema di offerta di prestazioni sanitarie regionali?

Obiettivo del presente lavoro è identificare quali condizioni organizzative permettono la progettazione di una people strategy corretta e adeguata alla gestione di professionisti della salute in ambito aziendale, passando dai modelli teorici di riferimento alle variabili ambientali (progressi scientifico-tecnologici, leggi nazionali e/o regionali, contratti di lavoro) e/o istituzionali che oggi inducono a mappare e valutare la dimensione professionale del medico mediante percorsi di accreditamento. Ci si propone di identificare i primi presupposti per costruire un percorso di valutazione e accreditamento del dirigente medico ospedaliero, evidenziando le criticità e i punti di forza del modello nonché gli strumenti operativi a supporto, che rispondono però alle esigenze e ai criteri di una people strategy che premia la valorizzazione dei talenti e le loro clinical competence.

I profili di people strategy

Principio decisivo per la corretta analisi finalizzata alla corretta scelta delle politiche del personale da intraprendere è l'individuazione dei diversi segmenti di popolazione su cui agire con una people strategy mirata. La segmentazione della popolazione per livello di competenze distintive e per difficoltà di sostituzione nel mercato del lavoro determina la differenziazione di valore del capitale umano dell'azienda. In particolare sono stati identificati tre criteri prevalenti di segmentazione della popolazione, tutti centrati sul concetto del contributo alla generazione del valore che in sanità, se applicato, può modificare completamente l'approccio alla risorsa umana.

- **Segmentazione in base al grado di responsabilità:** suddivide la popolazione nell'ambito dell'organizzazione in vertici, dirigenti, quadri. Tale suddivisione rappresenta sia il livello di contributo atteso sia la scelta di allocazione della dimensione di investimento da parte dell'azienda. Questo criterio è sempre applicato nelle aziende sanitarie.
- **Segmentazione in base al profilo di competenza professionale:** i segmenti di popolazione che determinano il maggior valore aggiunto sono individuati sulla base del profilo di

competenza professionale. In particolare, la differenziazione di "key people" e talenti assume un peso strategico per il successo aziendale. In questo contesto comincia ad avere rilevanza la gestione personalizzata, e non per segmento, delle professionalità critiche. Questo criterio è embrionalmente applicato in alcune aziende sanitarie.

- **Segmentazione in base al contributo di innovazione/sviluppo:** l'oggetto del focus è costituito dalle popolazioni ad alta specificità rispetto al conseguimento dei risultati dei progetti strategici. È dominante il criterio di segmentazione basato sul contributo allo sviluppo. All'interno di questi segmenti – talenti, alti potenziali, key people – acquista rilevanza la gestione personalizzata. Rimangono significativi i segmenti determinati sulla base delle competenze, la cui gestione è differenziata, mentre perde peso la differenziazione in termini di responsabilità che rappresenta sempre meno il reale contributo alla generazione di valore. Questo criterio trova difficile attuazione nelle aziende sanitarie per difficoltà culturali.

Esiste un collegamento logico, anche se non automatico, tra le tipologie di contesto strategico e i cinque profili fondamentali di people strategy che risultano dalla lettura delle esperienze maturate in tal senso. Questi cinque profili sono potenzialmente tutti presenti nella stessa azienda, se determinati dalla coesistenza di una pluralità di contesti strategici. Per definizione, quindi, non esiste alcun profilo ideale di people strategy. Il valore del modello risiede nella *coerenza esterna* (con le tipologie di contesto strategico), nella *coerenza interna* delle attività (mix di politiche e progetti) e nel grado di *sostenibilità e fattibilità* (influenzato dal contesto della specificità).

I cinque profili di people strategy (fig. 1), utili per comprendere gli scenari e orientare le scelte in sanità, sono classificati come segue.

1. **People strategy di continuità:** la priorità è ottenere un funzionamento eccellente e garantire la continuità delle prestazioni organizzative, mantenendo o acquisendo motivazione e consenso.

Il *valore guida* è il funzionamento dell'organizzazione, che deve esprimere alti livelli di efficacia ed efficienza nella sua operatività. Privilegia la dinamica del "base salary" sulla base di job evaluation e di sistemi di performance appraisal che combinano la valutazione dei risultati e dei comportamenti organizzativi con la formazione a sostegno delle responsabilità organizzative.

Aree di attenzione: monitoraggio della propria situazione rispetto al sistema competitivo (sistemi, performance, metodologie ecc.).

2. **People strategy di spinta:** si vuole costruire la posizione competitiva attraverso la spinta sul risultato. Il valore di ogni ruolo è misurato in relazione al contributo che porta al risultato. La politica prevalente è quella di "rewarding", che ha grande capacità e immediatezza di presa.

Il *valore guida* è il risultato che diventa la finalità e il misuratore dell'organizzazione a tutti i livelli: azienda, unità organizzativa, singolo ruolo, individuo. Si richiedono elevato livello di dedizione e continuità professionale anche nella stessa funzione/posizione: il valore del risultato come principio è rafforzato dalla correlazione tra obiettivi aziendali, individuali, di team, risultati e compenso variabile.

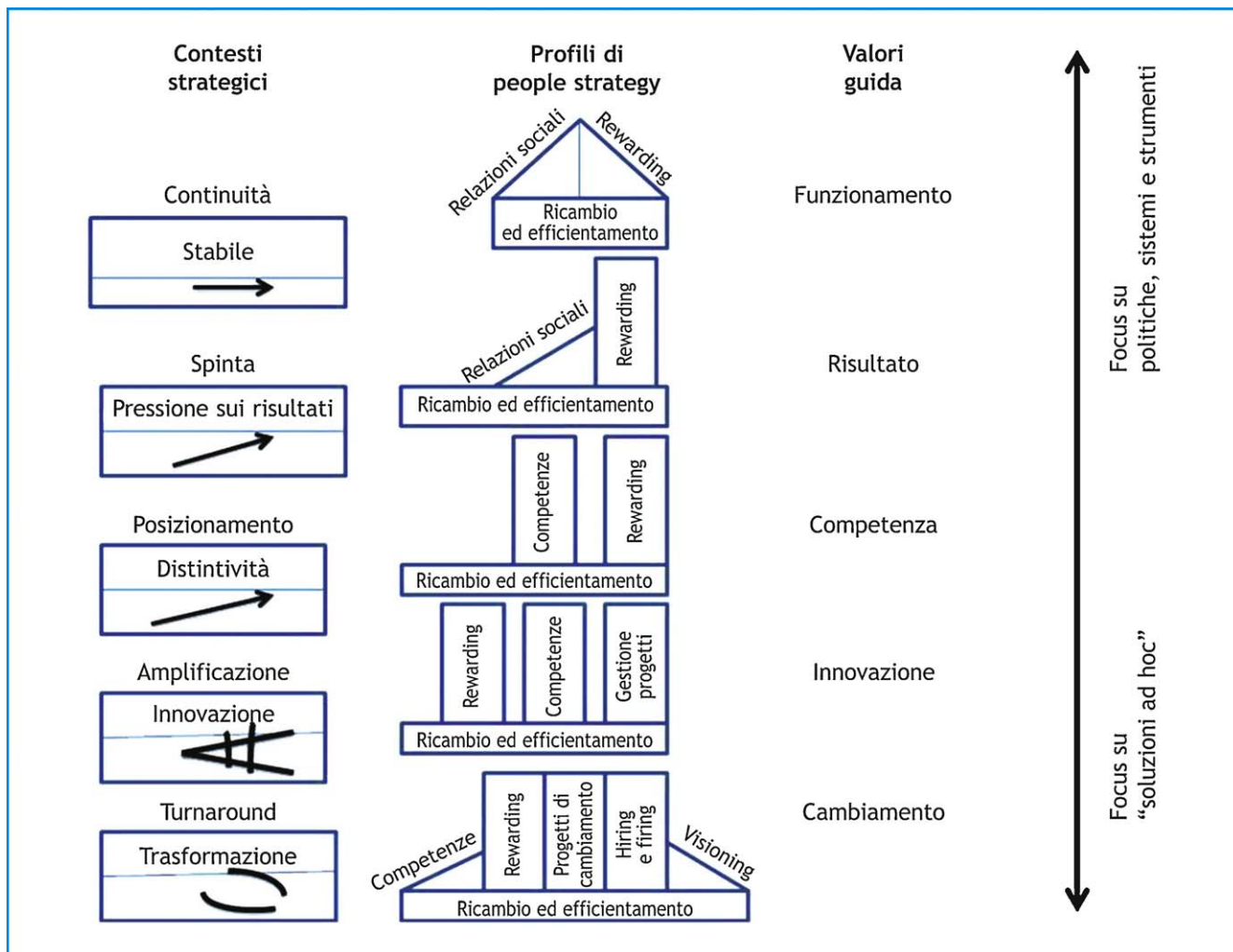


Figura 1 I profili di people strategy.

Are di attenzione: il mantenimento del livello di consenso e il monitoraggio del livello di stress organizzativo generato dallo "stretching" degli obiettivi.

3. *People strategy di posizionamento:* aree di business a forte competitività ed elevata sofisticazione della domanda richiedono di costruire competenze capaci di assicurare un vantaggio competitivo duraturo per l'azienda. Il valore guida consiste nel comunicare alle persone che le competenze diventano fonte di vantaggio competitivo. I pilastri fondamentali sono il *rewarding a sostegno dei risultati* e i *progetti di gestione per competenze a sostegno della loro continuità*.

Il *valore guida* è dunque la competenza. Il risultato e la sua continuità sono garantiti a livello individuale e aziendale dalla presenza di profili di competenze fortemente focalizzati e caratterizzati. Acquisire e sviluppare le competenze critiche e governare le relazioni tra fattori di successo del business, competenze, risultato è il focus del mix di politiche e dà senso e valore allo stare in azienda del singolo individuo.

Are di attenzione: guidare il giusto livello di differenziazione in rapporto alle reali esigenze di integrazione e orientare i processi di ibridazione delle competenze.

4. *People strategy di amplificazione:* con aree di business in grande crescita in termini di tecnologia e mercato, l'attenzione è volta a identificare opportunità innovative e a far convergere con rapidità tutte le risorse necessarie sui progetti di sviluppo.

Il *valore guida* è l'innovazione. Il progetto ha la priorità rispetto alle norme di funzionamento dell'organizzazione stabile. Decisive sono la condivisione del modello mentale dell'innovazione, la rapidità e incisività con cui l'intera organizzazione sa integrarsi e agire.

Are di attenzione: il mantenimento di una cultura di rightsizing e la focalizzazione sulla piattaforma strategica di competenza.

5. *People strategy di turnaround:* il valore guida consiste nel sostenere il profondo cambiamento culturale a supporto del riorientamento strategico. Ciò è possibile attraverso il cambiamento del mix e del profilo delle risorse, la rottura degli equilibri consolidati. Le politiche prioritarie sono il recruitment/hiring (accompagnato da un intenso processo di sostituzione/firing) e il rewarding.

Il *valore guida* è dunque il cambiamento. Occorre attuare il profondo cambiamento culturale a supporto del riorientamento strategico e sostenere la salvaguardia delle performance dell'azienda attraverso la

continuità di processi e comportamenti nei quali le persone possano riconoscersi.

Aree di attenzione: il “time frame” entro cui produrre risultati visibili e il livello di consenso sostenibile sulla nuova “vision”.

I modelli di people strategy e la coerenza con la mission delle aziende sanitarie

I temi della motivazione e del recupero del senso “di appartenenza” del personale medico sono oggi di estrema attualità nella gestione delle aziende sanitarie. A questo proposito, sistemi che avallino il principio della meritocrazia e strumenti operativi come la valutazione sono continuamente progettati e riprogettati al fine di trovare la soluzione all’annoso problema di come costruire scenari che consentano di lavorare meglio, premiando l’efficienza e la produttività del personale. Il focus sulle politiche, i sistemi e gli strumenti verso soluzioni ad hoc è una delle dimensioni chiave di caratterizzazione delle people strategy in rapporto ai diversi contesti strategici: ogni profilo di people strategy contraddistingue il modo di utilizzare e valorizzare il capitale umano ai fini del contesto strategico. Nella realtà sono frequenti le ibridazioni di tale contesto (per esempio, istintività + innovazione), cui devono corrispondere analoghe ibridazioni delle people strategy (per esempio, posizionamento + amplificazione). Questa precisazione rende forse più evidente la grande “ambiguità” su cui poggiano i sistemi di gestione delle risorse umane e i sistemi motivazionali in sanità: si persegue un contesto strategico di “stabilità e spinta” il cui valore guida è il “funzionamento” improntato alla produzione, che assume quale leva principale il “rewarding”; tale dimensione invece è poco consistente in sanità e assolutamente non stimolante affinché i professionisti si imlichino proficuamente con il sistema di cui sono parte attiva. Si utilizza un modello di people strategy che nella forma risponde alla logica di correlazione tra obiettivi aziendali, individuali, di team, risultati e compenso variabile; che identifica i segmenti di popolazione in relazione al contributo fornito all’incremento dei risultati; che introduce l’uso di forme di riconoscimento variabili (bonus, incentivi individuali e di gruppo); che istituisce relazioni automatiche tra obiettivi quantitativi e incentivi individuali per mezzo di strumenti deterministici quali il Management by Objectives (MBO), la Balance Scorecard, senza però:

- poter far leva sulla dimensione economica poiché i fondi sono insufficienti;
- spingersi nel rendere variabile parte dello stipendio, in questi anni cresciuto invece nella parte tabellare, aumentando — al contrario — la quota variabile sul fisso che dovrebbe differenziarsi in relazione all’incidenza delle popolazioni sui risultati.

Il contesto appena descritto non è sostenibile e non è funzionale agli interessi degli attori in gioco: la Regione, che deve monitorare il costo del personale; le aziende sanitarie, che devono mirare alla produzione senza poter modificare i fondi destinati all’incentivazione degli operatori; il personale, che accetta di essere valutato ma preferisce incrementi della parte tabellare dello stipendio indipendenti dai risultati conseguiti.

I contesti sanitari meglio si prestano a modelli di people strategy di posizionamento o di amplificazione, in cui il

contesto strategico mira a costruire una leadership attraverso un posizionamento competitivo distintivo, individuando anche nuove idee e opportunità di “core business”. Se in sanità la people strategy basata quasi esclusivamente sul rewarding non è sostenibile, bisogna allora introdurre un modello di creazione del valore che si fondi sulle persone e abbia come fattore guida il vantaggio competitivo duraturo per l’azienda basato sulle competenze, generando comportamenti distintivi individuali e collettivi per il sostegno del differenziale rispetto ai competitori. Individuare le competenze “core” da tutelare e sviluppare, focalizzare e differenziare gli investimenti sulle persone in relazione al loro profilo di valore in termini di prestazioni, competenze e potenziale: applicando la people strategy in linea con il contesto strategico, ma corrispondente alle condizioni di contesto ambientale, l’azienda sanitaria può spronare le persone a comportamenti distintivi che portano all’eccellenza fornendo, in cambio, il valore della professionalità, dell’autosviluppo come leva della propria crescita individuale e professionale: “un mondo di professionisti” vincenti sul mercato perché “più bravi degli altri” (fig. 2).

La generazione di valore economico, comunque importante anche per il posizionamento “distintivo”, necessita che la people strategy si regga su due pilastri: la *rewarding a sostegno dei risultati* e la *clinical competence a sostegno della loro continuità*. A questo punto l’anello debole della catena, il denaro, è però compensato dal valore — riconosciuto internamente ed esternamente — di ciò che si sa fare, passando dalla logica della posizione a quella delle competenze e del livello di competenze possedute e sviluppate. La formazione, che ha lo scopo di generare apprendimento di comportamenti di successo per lo specifico business, porta a usare come leva un’offerta di percorsi di sviluppo fortemente personalizzati e focalizzati su competenze prioritarie con un forte coinvolgimento dei capi come coach e delle persone nel loro self-development con un processo di progettazione e attività in cui la stessa linea è corresponsabilizzata non solo nella committenza, ma nella gestione e nella misura dei risultati delle azioni di sviluppo. In questo senso anche altri attori quali le società scientifiche — riferimento professionale per i professionisti che operano comunque in contesti organizzati con regole e strumenti propri — hanno il dovere di sostenere la crescita professionale affinché i medici siano sempre più rispondenti a modelli aziendali che si stanno evolvendo e necessitano di formazione e di “knowledge transfer” per consolidarsi nelle loro capacità tecnico-specialistiche. Obiettivo del presente lavoro è proprio quello di ipotizzare un modello e strumenti operativi che consentano la valorizzazione professionale in sanità, a patto che il contesto strategico sia in linea con tale cambiamento epocale.

Le organizzazioni basate sul talento

Sebbene molte aziende abbiano iniziato a riconoscere quanto sia rilevante il ruolo dei talenti per il proprio successo, poche lo gestiscono in modo strategico.

Ma che cos’è, di fatto, un’organizzazione basata sul talento? È un’organizzazione che investe nella costruzione di capacità particolari per gestire il talento, qui clinical competence, al fine di produrre risultati eccezionali. Il

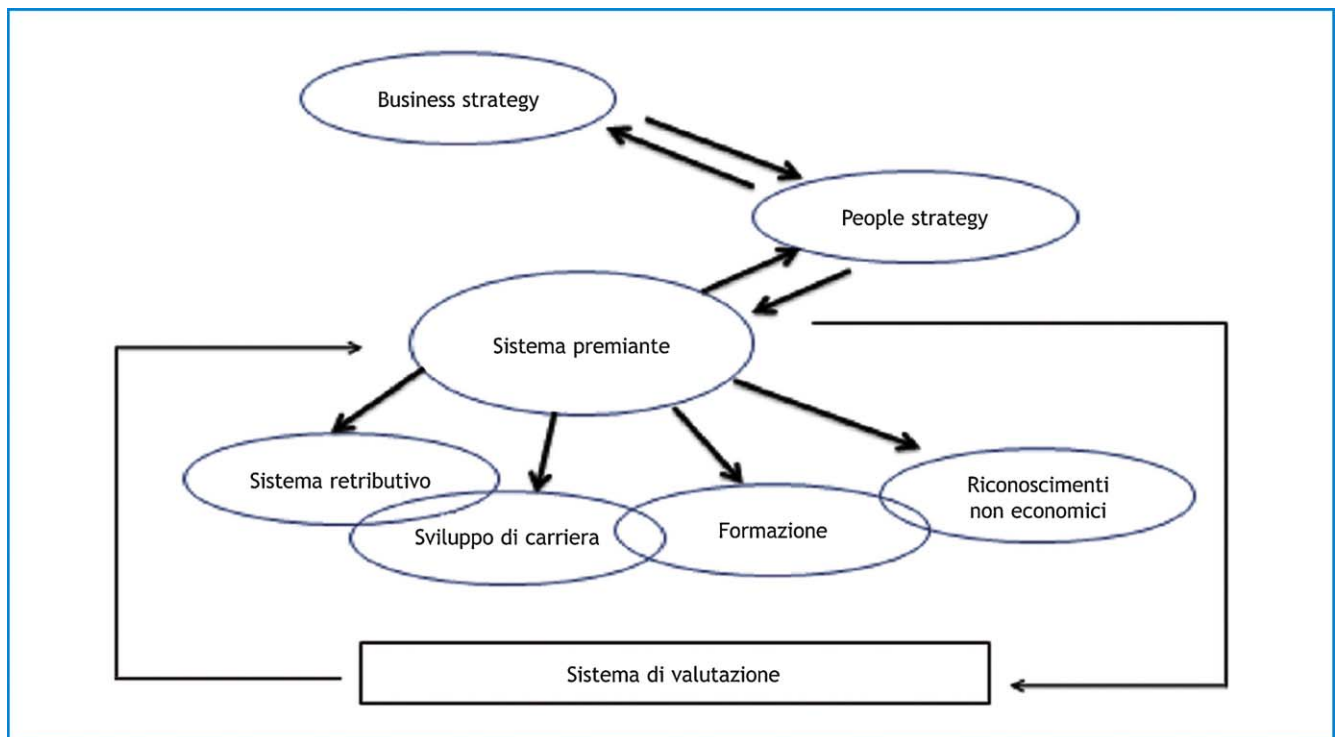


Figura 2 Correlazioni tra la business strategy, la people strategy e i sistemi premianti.

talento è inteso come la somma dell'esperienza, della conoscenza, delle competenze, dei comportamenti che una persona possiede e fa confluire nel lavoro: viene perciò usato come termine omnicomprensivo per descrivere le risorse umane che le organizzazioni vogliono acquisire per raggiungere i propri obiettivi aziendali. Queste organizzazioni sanno come definire le esigenze del talento, sviluppare talenti singoli e collettivi e allocare il talento con modalità che coinvolgano e allineino i singoli nella realizzazione di una serie di obiettivi interessanti. Tali capacità di gestione del talento, se destralmente integrate, allineate con la strategia aziendale e radicate nelle sue attività, costituiscono una capacità organizzativa distintiva e una fonte di vantaggio competitivo duraturo. Le organizzazioni basate sul talento coltivano queste capacità distintive consentendo alla forza del talento di spingere l'azienda verso elevate performance.

I cinque imperativi del talento, che sono determinanti per il successo duraturo di ogni organizzazione sono i seguenti:

1. *il talento è un elemento strategico e la strategia del capitale umano è un elemento sostanziale per ogni strategia aziendale.* È quindi fondamentale capire il valore del talento e individuare le componenti cruciali della strategia aziendale riflettendo attentamente sul talento, sulle implicazioni e sulle opzioni organizzative;
2. *la diversità è il principale asset dell'azienda* e la capacità di attirare talenti diversi e di metterli a frutto rappresenta un vantaggio competitivo fondamentale;
3. *l'apprendimento e lo sviluppo delle competenze rappresentano la capability più importante per l'organizzazione basata sul talento.* Occorre focalizzare e costruire il loro sviluppo, individuando in modo chiaro le competenze specifiche di cui l'azienda ha bisogno per raggiungere il successo;

4. *l'engagement è l'ingrediente misterioso che può trasformare le performance aziendali.* Allineando e motivando le persone si può moltiplicare il talento nell'organizzazione e migliorare le performance. Senza entrare nel merito di questo tema, che necessiterebbe di ampie trattazioni, si desidera qui ricordare quali sono i driver considerati primari dell'engagement, meglio conosciuti come le sei C: *contenuto* (mi piace quello che faccio?), *coping* (ricevo il sostegno necessario?), *compenso* (sono adeguatamente ricompensato?), *comunità* (è socialmente gratificante?), *congruenza* (i valori sono allineati?), *carriera* (dove sto andando?), ognuno dei quali richiede specifici strumenti di misurazione e gestione;

5. *la cura e lo sviluppo del talento riguardano tutti coloro che operano nell'azienda.* La direzione risorse umane è attivatore fondamentale di questa cultura, ma è necessario che in tutta l'azienda siano radicate e sostenute best practice e una mentalità orientata al talento.

Se da qualche anno la natura del lavoro sta cambiando, spostandosi verso un'economia basata principalmente sulla conoscenza e sulla ricerca del talento, questo principio è da sempre valido per le organizzazioni sanitarie, che fondano la loro consistenza organizzativa soprattutto sul sapere di validi professionisti.

Chi sono i lavoratori della conoscenza e in quale misura si comprende il loro ruolo nell'organizzazione? Con questa definizione, coniata nella seconda metà degli anni Cinquanta (1959, Peter Drucker), ci si riferisce alle persone che aggiungono valore all'organizzazione mediante la loro capacità di elaborare le informazioni esistenti per crearne nuove che potrebbero essere utilizzate per identificare e risolvere i problemi. Sono state individuate caratteristiche particolari dei lavoratori della conoscenza, quali la capacità di problem

solving, di apprendimento, l'individualità, l'esigenza di autonomia, la capacità di assimilare nuove informazioni o di considerare quelle esistenti in una nuova luce: hanno una forte consapevolezza del proprio valore, vogliono dimostrarlo e vogliono che sia riconosciuto (2005, Thomas Davenport).

Per sviluppare un talento occorre far sì che i dipendenti acquisiscano continuamente nuove abilità e capacità e siano pronti ad assumere nuove responsabilità; è inoltre necessario stabilire un collegamento centrale tra lo sviluppo del talento dei dipendenti e la realizzazione dello scopo e della strategia aziendale: lo sviluppo del dipendente diventa quindi continuo e vitale all'interno dell'unità organizzativa di riferimento. L'individuazione delle competenze, qui intese come l'insieme di abilità, conoscenze e comportamenti che servono a una persona per ricoprire il suo ruolo in modo efficiente, deve perciò essere la base per collegare tutti i processi di gestione e di sviluppo, dal recruitment all'apprendimento, allo sviluppo, alla gestione della performance.

Gli schemi di competenze raggiungono la massima utilità se offrono una visione pragmatica delle competenze più cruciali e distintive dell'azienda e se sono raggiungibili definendo gli standard in base ai quali mappare il talento necessario. Gli elementi chiave dello schema sono le categorie di competenza che occorre reperire, focalizzandosi su quelle critiche e ordinarie richieste dai diversi gruppi di lavoro e puntando al giusto equilibrio tra pragmatismo e sufficiente percezione delle necessità. Le categorie di competenze devono essere dimostrabili, misurabili e osservabili e

generalmente si dividono in tre gruppi principali (fig. 3) (Cheese et al., 2008):

- competenze fondamentali, gruppi di abilità e caratteristiche comuni che riflettono i valori e la cultura dell'organizzazione nonché le esigenze di tutto il personale;
- competenze funzionali e tecniche, abilità e conoscenze richieste per espletare mansioni o incarichi;
- competenze comportamentali, quali capacità personali e interpersonali.

A oggi, però, pochissime organizzazioni, e in particolare quelle pubbliche, dispongono delle risorse adatte ad affrontare questa nuova sfida. I metodi, l'approccio di base al tema del talento, l'infrastruttura di supporto e il focus della dirigenza sono inadeguati. I loro sistemi di misurazione, sia interni sia esterni, non riescono a riconoscere e rilevare la nuova natura del valore adottato dal sistema organizzativo e tanto meno gli investimenti necessari per aumentarlo. Man mano che i top manager (direzione strategica delle aziende sanitarie) diventano più consapevoli di questo approccio e delle carenze esistenti, si rinnova l'attenzione nei confronti delle prassi, delle capacità dei direttori di struttura che governano i talenti e dei sistemi di misurazione da usare per gestire il talento in ambito organizzativo. Tutte le considerazioni fin qui riportate riconducono facilmente a un ospedale il cui contesto è uno dei più adeguati per sviluppare sistemi di people strategy che generano talenti. Naturalmente l'impostazione delle funzioni organizzative e il management sono fondamentali e fanno la differenza, ovvero fungono da conduttori affinché queste dimensioni (i saperi

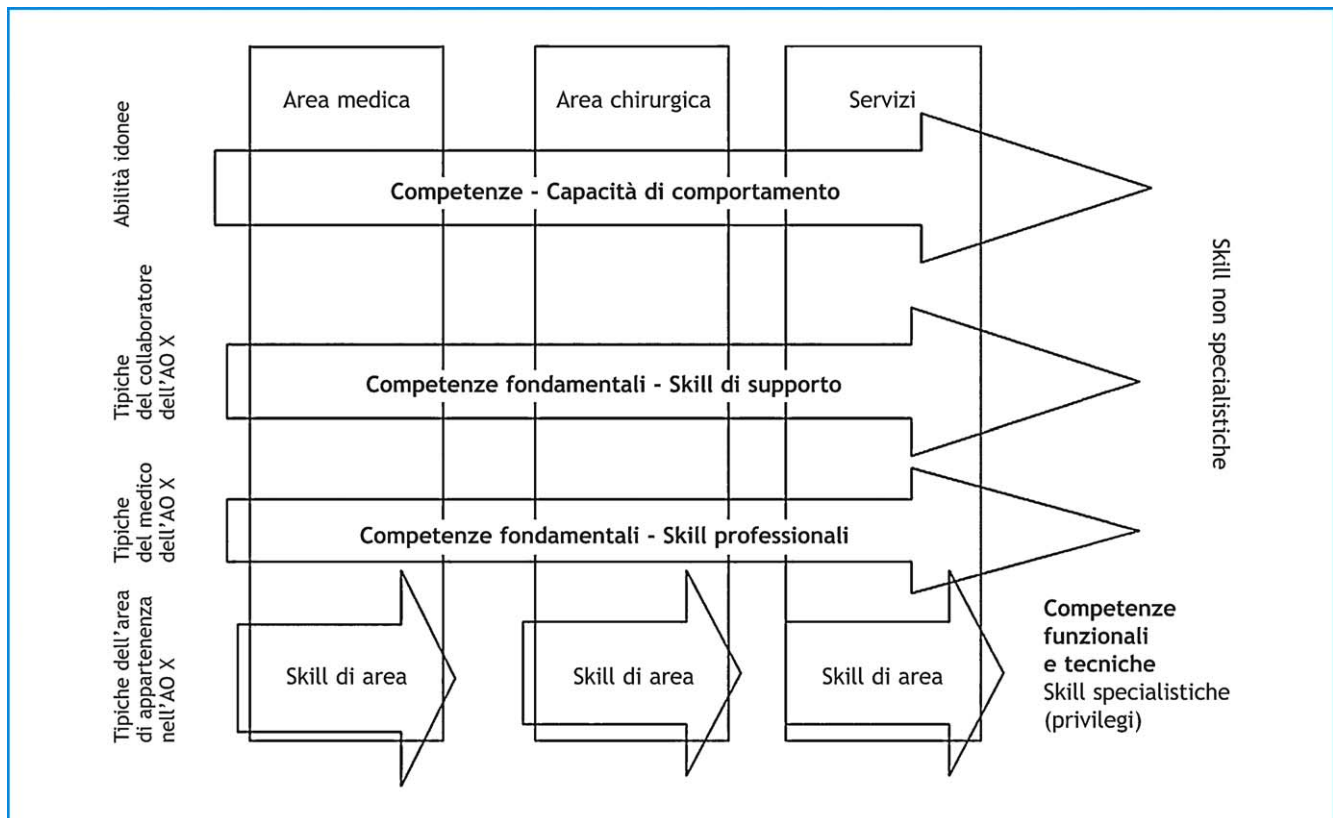


Figura 3 Conoscenze specifiche e abilità idonee nei sistemi organizzativi.

Fonte: adattata da Cheese P, et al. L'impresa dei talenti, Milano: Il Sole 24 Ore, 2008.

e le condizioni organizzative) s'incontrino, si integrino e producano gli effetti sinora descritti.

I sistemi di valutazione del personale dirigente nelle aziende ospedaliere

La valutazione del personale rappresenta un'importante strategia di management che può fornire validi risultati sia a livello di motivazione dei lavoratori sia a livello di miglioramento della qualità del servizio erogato. Tale miglioramento viene conseguito utilizzando tecniche, procedure e strumenti di valutazione dell'attività scientificamente fondate, vale a dire basate su metodologie teorico-pratiche riconosciute come valide dalla comunità scientifica e applicate in modo pubblico, ripetibile e controllabile. Il complesso processo di cambiamento in atto nelle strutture sanitarie vede il management impegnato a elaborare strategie per favorire l'introduzione di una cultura di responsabilizzazione sui risultati grazie a nuovi metodi di gestione del personale, fra i quali la valutazione. La valutazione del personale, perciò, rappresenta una tappa obbligata del funzionamento di ogni sistema organizzativo in quanto verifica che si completi il ciclo tra formulazione di obiettivi strategici, risultati dell'organizzazione, contributo di ogni persona al raggiungimento degli stessi.

I sistemi di valutazione del personale si occupano di:

- valutare l'assolvimento delle responsabilità gestionali o professionali connesse a ogni incarico;
- valutare il contenuto delle prestazioni lavorative e l'aderenza rispetto agli standard assegnati.

Obiettivo dei seguenti paragrafi è riassumere come avviene la verifica della professionalità esercitata dal medico (genericamente definito incarico), fonte oggi di numerosi dibattiti in ambito sanitario, tralasciando tutte le altre forme di valutazione non strettamente pertinenti con il contenuto del presente lavoro.

I contratti collettivi di lavoro e la valutazione dei dirigenti medici

La valutazione dell'incarico (job evaluation) non investe direttamente la persona, ma serve a definire oggettivamente il contenuto delle singole funzioni individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale; con tale strumento si determinano l'importanza della specifica posizione in relazione alle altre costituite in azienda e, dunque, il correlato livello retributivo riconosciuto al dirigente chiamato a ricoprire l'incarico. La ricaduta retributiva del peso attribuito al singolo incarico è per il comparto pubblico tanto più evidente in relazione all'esistenza di un fondo aziendale specifico, costituente il limite di spesa per la valorizzazione delle posizioni dirigenziali esistenti. Pur con il predetto vincolo finanziario, l'intento insito nella valutazione della posizione è verificare l'equità dei trattamenti retributivi connessi agli incarichi di ogni posizione aziendale rispetto alle altre in modo da gratificare in termini competitivi il proprio personale.

La valutazione dei dirigenti medici in sanità si fonda essenzialmente su due aree:

- l'espletamento degli incarichi (già dal 1996; dal 2000 differenziati in gestionali e professionali);

- la verifica del raggiungimento obiettivi di budget, di équipe e/o individuali (già dal 1996 produttività per i dirigenti medici e veterinari di I e II livello del Servizio Sanitario Nazionale).

Questi principi sono presenti nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del 1996, rafforzati da quello del 1998 e cambiati in molte aspetti sostanziali in quello del 2000. Tralasciando la parte di valutazione relativa al raggiungimento degli obiettivi finalizzati alla retribuzione di risultato, la rilettura dei CCNLL è funzionale solo ad affermare l'esistenza di una cornice contrattuale che avrebbe potuto indurre le aziende sanitarie ad avvicinarsi a modelli di people strategy fondati sulla gestione dei talenti e sul valore delle competenze professionali, e non esclusivamente sul perseguimento dei risultati tout court.

La valutazione dell'espletamento degli incarichi (CCNL del 1996, CCNL del 2000)

Il Capo I del Titolo II (Incarichi dirigenziali, specificità medica e retribuzione di posizione) tratta degli "incarichi dirigenziali e della valutazione dei dirigenti ai fini della retribuzione di posizione".

Gli incarichi di dirigente di II livello sono "apicali", cioè di direzione di struttura, graduati secondo parametri definiti dal CCNL. La revoca dell'incarico per i dirigenti di II livello può avvenire in seguito all'accertamento dei risultati negativi di gestione o dell'inosservanza delle direttive impartite con atto scritto e motivato secondo le procedure nel caso previste. Gli incarichi ai dirigenti di I livello possono prevedere la direzione di struttura semplice ovvero di funzioni ispettive e di consulenza, di studio e ricerca, ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs. n. 29 del 1993 o di natura professionale in relazione alle attività assistenziali svolte. Anche in questo caso la revoca dell'incarico in seguito all'accertamento dei risultati negativi di gestione o dell'inosservanza delle direttive impartite avviene con atto scritto e motivato dopo l'espletamento delle procedure di valutazione. Per la valutazione dei risultati conseguiti dai dirigenti in relazione allo svolgimento degli incarichi agli stessi affidati, le aziende definiscono sistemi e meccanismi di valutazione gestiti attraverso i servizi di controllo interno o nuclei di valutazione, differenziando metodologie, obiettivi e risultati raggiunti dai dirigenti gestionali e dai dirigenti professionali.

Nel Contratto del 2000 cambiano le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti medici e veterinari, che diventano:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice;
- c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di 5 anni di attività.

Per *incarichi professionali di alta specializzazione* s'intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico-professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse riferite alla disciplina e all'organizzazione interna della struttura di riferimento. Per *incarichi professionali* s'intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee richiedenti una competenza specialistico-funzionale di base

nella disciplina di appartenenza la cui valutazione è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa.

L'oggetto della valutazione per tutti i dirigenti, oltre gli obiettivi specifici riferiti alla singola professionalità e ai relativi criteri di verifica dei risultati, è costituito da altri elementi ulteriormente integrabili a livello aziendale con particolare riferimento:

- al livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e alla qualità dell'apporto specifico,
- ai risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi,
- quali indicazioni per indagare e sviluppare la dimensione professionale del dirigente, obbligo per l'azienda, invito per le società scientifiche.

Si tratta di tutto quell'ambito di lavoro di valutazione professionale, ovvero della valutazione che deve attestare la crescita professionale di ogni dirigente in relazione alla responsabilità affidatagli nella propria unità operativa e/o nel proprio dipartimento. Il modello a cui tendere prevede di valutare professionalmente un dirigente e ciò presuppone l'aver chiarezza del suo livello di maturità professionale rispetto al percorso di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti e dei distretti anche sulla scorta di indicazioni fornite dalle comunità dei professionisti. Occorre preventivamente mappare il livello di professionalità di ogni dirigente in azienda, compararlo ai livelli "previsti" dagli stadi di maturità professionale indicati dalle linee guida internazionali in tema di evidence based medicine o dalle società scientifiche e formulare indicatori tecnici che siano espressione della buona resa del professionista sul campo. Riconoscere le capacità professionali di ogni operatore è la modalità tramite la quale diventa possibile realizzare piani di sviluppo professionale/piani formativi individuali in funzione delle competenze necessarie all'incarico assunto. In coerenza con questo principio è opportuno che, dal punto di vista retributivo, le aziende valorizzino gli incarichi professionali rispetto agli incarichi gestionali mediante una diversa allocazione delle risorse economiche aziendali.

Joint Commission International

La discussione sul tema del monitoraggio e della valutazione delle capacità professionali dei medici non sarebbe completa se non si citasse l'esperienza di Joint Commission International.

Le origini della *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), di cui *Joint Commission International* (JCI) è consociata, risalgono ai primi del Novecento quando Ernest Armory Codman, chirurgo di Boston fondatore di ciò che oggi è conosciuto come "valutazione degli outcome", propose un sistema per valutare i risultati finali di un ospedale e mantenere traccia di ogni paziente per riuscire a determinare la reale efficacia del trattamento eseguito. Nel caso in cui l'intervento risulti non efficace l'ospedale dovrebbe cercare di capirne le motivazioni e utilizzare le informazioni di questa analisi per evitare che insuccessi analoghi si ripetano. Codman non solo invitò i chirurghi a raccogliere sistematicamente i risultati di outcome dei trattamenti effettuati, ma anche a rendere pubbliche le informazioni perché i pazienti, valutando i risultati dell'attività, avrebbero potuto scegliere consapevolmente il chirurgo ritenuto migliore. Oggi la combinazione della misurazione degli outcome e della verifica dell'aderenza a standard focalizzati sulla performance è riconosciuta come l'approccio più completo e avanzato alla valutazione di tutti i tipi di sistemi e organizzazioni sanitarie. In particolare, gli standard sono focalizzati sulle performance dell'organizzazione e raggruppati in aree funzionali chiave quali i diritti del paziente, le cure sanitarie, la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere e altri standard riferiti non solo alle risorse strutturali dell'organizzazione ma soprattutto alle capacità produttive.

Il manuale attualmente in uso propone 368 standard di cui 197 core, cioè obbligatori per l'accreditamento, suddivisi negli 11 raggruppamenti indicati in tabella 1.

L'uso metodico degli standard per la verifica dei processi sanitari e dei processi organizzativi induce nel tempo importanti cambiamenti culturali affinché la filosofia del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e delle performance cliniche possa trovare un pieno compimento nella sanità di ogni Regione. Le trasformazioni devono coinvolgere la condivisione delle responsabilità mediche, la reingegnerizzazione dei processi relativi ai trattamenti sanitari, la gestione della documentazione clinica, la definizione delle prestazioni che i singoli medici sono autorizzati a erogare in funzione della loro posizione ed esperienza o "privilegi" come vengono definiti dal manuale JCI: il contributo del medico alla realizzazione della mission ospedaliera e al soddisfacimento dei fabbisogni dei pazienti mediante l'erogazione di prestazioni cliniche che è qualificato a eseguire. Altri aspetti che necessitano di sviluppo e approfondimenti si riferiscono

Tabella 1 Standard previsti dalla Joint Commission International.

Prima parte: standard focalizzati sul paziente	Seconda parte: standard focalizzati sull'organizzazione
Accesso e continuità delle cure (25 standard)	Miglioramento della qualità e sicurezza del paziente (46 standard)
Diritti di pazienti e familiari (36 standard)	Prevenzione e controllo delle infezioni (21 standard)
Valutazione del paziente (44 standard)	Governance, leadership e direzione (30 standard)
Cura del paziente (70 standard)	Gestione e sicurezza delle infrastrutture (27 standard)
Educazione di paziente e familiari (10 standard)	Qualifiche ed educazione del personale (28 standard)
	Gestione delle informazioni (31 standard)

al campo della valutazione della performance clinica, mediante l'uso di indicatori di outcome. Lo sviluppo di questi aspetti non può prescindere dal supporto della direzione generale d'azienda. Ai fini della presente trattazione molto rilevante è la sezione degli standard che concerne le "Qualifiche ed educazione del personale". Tra le considerazioni generali di JCI sulla validità di questo set di standard si ricorda la più interessante: "Il modo migliore per assumere, valutare e nominare il personale è quello di implementare un processo coordinato e al tempo stesso efficiente e uniforme. È altresì essenziale la documentazione comprovante capacità, conoscenza, studi e precedenti esperienze lavorative del candidato. È molto importante esaminare le credenziali del personale medico e infermieristico, poiché questi professionisti sanitari sono coinvolti nel processo di assistenza clinica a diretto contatto con il paziente. Gli ospedali sono luoghi in cui deve essere possibile imparare e progredire dal punto di vista sia personale sia professionale. Di conseguenza sono offerte al personale la formazione e altre opportunità di aggiornamento". In questa logica, contesto strategico e contesto della specificità possono trovare una sintesi in scelte di people strategy di posizionamento.

Dei 28 standard appartenenti al raggruppamento Risorse umane si riportano, ai fini del presente lavoro, quelli ritenuti più interessanti (Allegato 1 e Allegato 2), ovvero quelli finalizzati all'istituzione di percorsi di sviluppo professionale fondati sulle competenze e quindi sulla valorizzazione dei talenti. Naturalmente lo standard di per sé non assicura il raggiungimento del risultato, ma è il fattore di induzione al cambiamento del modello organizzativo affinché il modello stesso e i suoi elementi misurabili siano perseguibili

Il Decreto Legislativo n. 150 del 2009 (riforma Brunetta)

Il D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 ("Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni") nasce con l'intento di regolamentare i livelli di produttività della pubblica amministrazione e, nel contempo, di generare sistemi meritocratici basati su una equa distribuzione dei premi in funzione del coinvolgimento del dipendente nel raggiungimento delle performance organizzative¹. Ai nostri fini sono importanti i titoli che riguardano:

- la definizione di performance organizzativa;
- gli ambiti della performance individuale e la loro valutazione;
- la premialità e i collegamenti con gli incarichi aziendali.

La Delibera CIVIT n. 89/2010 – "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del sistema di misurazione e valutazione della performance" (artt. 13, comma 6, lett. d,

e 30 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150) – e la Delibera CIVIT n. 104/2010 – "Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance" – sono i documenti che regolamentano quanto indicato al Titolo II della riforma, "Misurazione, valutazione e trasparenza della performance".

a) La Delibera CIVIT n. 89/2010 si concentra sulla misurazione della performance a livello organizzativo. La misurazione della performance organizzativa è un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione della performance organizzativa e individuale, ovvero per identificare il contributo che un soggetto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento dei risultati per i quali l'organizzazione è stata costituita. Un fattore fondamentale per l'uso efficace di un sistema di misurazione della performance è il legame che deve sussistere tra il sistema e gli obiettivi.

Alla luce delle considerazioni emerse anche nei dibattiti internazionali in merito a come la verifica del mantenimento delle caratteristiche di "buon professionista" sia affetta da un certo grado di incompletezza se svolta a prescindere da considerazioni di efficacia organizzativa, uno dei passaggi fondamentali del Decreto, che deve essere tradotto in operatività, è che competenze e capacità sono sì legate all'individuo, ma anche orientate e valutabili in funzione della capacità di ciascun professionista di diventare parte integrante del contesto in cui opera e di fornire un contributo alla performance del sistema di erogazione del servizio di cui è un componente. Il professionista è profondamente legato agli obiettivi della propria organizzazione nella dimensione sia macro sia micro e il suo percorso di sviluppo non può prescindere dai bisogni del sistema organizzativo, qui l'azienda sanitaria, in cui opera.

b) La Delibera CIVIT n. 104/2010 introduce la metodologia da adottare ai fini della misurazione e valutazione della performance individuale. Un primo elemento che va chiarito all'interno del sistema è lo scopo che l'amministrazione intende perseguire a breve, medio e lungo termine tramite l'adozione dello stesso. Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale sono riassunti nei seguenti punti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'amministrazione);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future per la singola persona (supportare l'allineamento).

Per quanto attiene i dirigenti professionali della sanità, la valutazione della performance individuale concerne il raggiungimento degli obiettivi di gruppo e/o individuali, questi ultimi coerenti con gli obiettivi dell'unità organizzativa. La valutazione del contributo specifico alla performance dell'unità organizzativa attraverso le competenze dimostrate è rimessa ai modelli autonomamente definiti dalle amministrazioni e che rappresentano lo

¹ Al decreto legislativo noto come "riforma Brunetta", particolarmente lungo e articolato, è succeduta una serie di delibere esplicative emanate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), istituita per supportare operativamente l'applicazione della legge e il monitoraggio della stessa.

spazio di valorizzazione delle competenze distintive rispetto alla strategia formulata dalla direzione (people strategy di posizionamento – distintività).

- c) Per quanto riguarda la premialità e i collegamenti con gli incarichi aziendali, a oggi la CIVIT non ha regolamentato operativamente questo passaggio della riforma. Il comma e)-f) dell'art. 20 ("Strumenti"), Capo II ("Premi"), riferendosi a quanto previsto dall'art. 9 ("Ambiti di misurazione della performance individuale") identifica però tra gli strumenti per premiare il merito e la professionalità anche l'attribuzione di incarichi e responsabilità e l'accesso a percorsi di alta formazione e di crescita professionale in ambito nazionale e internazionale.

La valutazione del personale è quindi un sistema operativo della people strategy estremamente importante, applicabile proficuamente solo grazie alla presenza di condizioni e strumenti aziendali propedeutici alla valutazione, finalizzati principalmente allo sviluppo del sistema organizzativo. Uno di questi ambiti valutativi è quello professionale. La costruzione di tale framework porta alla messa a punto di logiche e percorsi di accreditamento² dei professionisti, ovvero alla presenza di medici la cui capacità professionale è attestata dai volumi e dal livello qualitativo delle performance professionali conseguite in azienda, rilevate e misurate con modalità a ciò predisposte anche ai fini di un proprio dossier spendibile per la circolazione tra le aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Il monitoraggio delle competenze: dalla definizione dei contenuti di ruolo alla valutazione dei saperi professionali

Dopo aver esplicitato le teorie sulla base delle quali la people strategy delle aziende sanitarie deve riconoscere e premiare lo sviluppo delle competenze e dei talenti, e non essere prevalentemente centrata sulla dimensione economica quale ritorno del raggiungimento dei livelli di produzione negoziati, si intende descrivere un percorso di valorizzazione delle competenze professionali che ambisca anche alla certificazione dell'individuo. Il tema dello sviluppo professionale dei medici e la definizione di "che cos'è un *buon medico*" è attualmente molto dibattuto nell'ambito del filone di studio collegato allo sviluppo e al miglioramento dell'offerta di servizi sanitari. Correlato a questo aspetto, un ulteriore elemento degno di considerazione riguarda la capacità della dirigenza aziendale di definire chiari ed efficaci "sistemi di responsabilità attese" per i diversi ruoli professionali che si incastrano con gli obiettivi aziendali e preludano alla successiva fase di valutazione. Tutto quanto detto evidenzia il significato della progettazione di un sistema di verifica

delle competenze professionali dei medici che si possa spendere e utilizzare specialmente nel proprio ambito di lavoro: dalla formazione continua al conseguimento dei risultati aziendali, con il patrocinio di società scientifiche, ordini, collegi, associazioni e aziende sanitarie.

Partendo, infatti, da un piano strategico basato su un processo di autovalutazione si può giungere alla definizione del modello organizzativo, degli obiettivi attribuiti, dei processi di lavoro da governare e alle competenze distintive necessarie per conseguirle. A valle di tale processo si otterrebbe altresì l'opportunità di valutare le performance del personale in modo consistente rispetto alle responsabilità assegnate e agli obiettivi aziendali e di fornirne adeguata e formale attestazione (accreditamento del professionista) anche per permettere agli organi aziendali (collegi tecnici) di lavorare adeguatamente avvalendosi delle informazioni utili ai loro scopi istituzionali (per esempio, conferma e/o revoca degli incarichi).

Esistono legami tra il processo di accreditamento delle aziende sanitarie, sempre in fase di consolidamento, la qualificazione delle clinical competence dei professional sanitari operanti nelle aziende e i possibili sistemi di accreditamento di valutazione professionale utili anche fuori dei confini dell'azienda che da tale integrazione dovrebbero discendere?

Il dettato normativo che esplicita il modello italiano di accreditamento in sanità (Legge 229/1999, art. 8) introduce due livelli di accreditamento: l'accreditamento delle organizzazioni che erogano i servizi sanitari e l'accreditamento dei professionisti che, operando sia all'interno delle organizzazioni sia come singoli professionisti, costituiscono la variabile chiave e l'elemento fondante la qualità dei servizi sanitari. Il tema dell'accreditamento dei professionisti, oggi costretto a una coerenza tra l'attività e l'organico, evidenzia la necessità di creare "tappe" nel percorso di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti, dei distretti, per prevedere evoluzioni delle posizioni professionali in funzione della resa del professionista e delle valutazioni tipicamente aziendali.

L'osservazione delle prassi più diffuse mostra come spesso si tenda ad affrontare separatamente il binomio azienda-risorse professionali sia nella gestione della singola azienda sanitaria, sia a livello di sistema regionale. Riguardo al primo punto, infatti, l'azienda che si attrezza per l'accreditamento dell'organizzazione spesso non affronta, se non di passaggio, il problema della gestione delle clinical competence del personale essendo quasi sempre sufficiente una buona gestione amministrativa dei dati del personale per soddisfare i requisiti di un sistema di accreditamento istituzionale. Una vera policy aziendale delle risorse umane prevede che l'importanza riconosciuta al talento del professionista (da cui la parte variabile della posizione aziendale) non è "assoluta", ma può cambiare a seconda delle contingenze aziendali oltre che, ovviamente, da azienda ad azienda: in questo caso, le posizioni rispecchiano la mission dell'unità organizzativa considerata.

Per quanto riguarda il secondo punto, la definizione di un sistema di accreditamento dei professionisti, molto poco o quasi nulla è stato a oggi fatto sia a livello nazionale sia a livello locale, se si esclude l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

² In questo scritto il termine "accreditamento professionale" viene utilizzato come sinonimo di verifica delle capacità professionali per esprimere i livelli di autonomia del singolo nell'ambito sia dell'azienda sia extra aziendale.

I principali temi del dibattito internazionale relativi a verifica e valutazione dello sviluppo professionale del personale medico

Il tema dello sviluppo professionale³ dei medici è attualmente dibattuto a livello internazionale, per almeno tre ragioni comuni. Una prima motivazione è di "quality assurance", riguarda cioè la necessità di garantire una prestazione o un servizio sanitario di qualità adeguata, in continua sintonia con i cambiamenti del contesto ambientale e le evoluzioni scientifiche. Una seconda ragione è collegabile alla comparabilità dei titoli e delle prassi mediche e sanitarie, legata alle crescenti esigenze di circolazione globale di professionisti con capacità spendibili internazionalmente. Un terzo elemento critico è costituito dal mantenimento, da parte della professione medica, del privilegio di essere una professione che si autoregola grazie alla propria credibilità, attraverso programmi di valutazione dei professionisti.

Ciò che emerge oggi è la necessità di confrontarsi con maggiore chiarezza su alcune questioni e obiettivi di fondo tra cui la definizione dei modelli concettuali di verifica, la possibile alternativa tra interventi centrali o programmi autopromossi da ordini o società scientifiche, le reazioni da parte dei diversi interlocutori e la necessità di verificare se e quali fasi ed effetti sono stati già prodotti o ci si deve ragionevolmente attendere.

Le caratteristiche del processo: che cosa valutare

Il primo punto di ogni valutazione dovrebbe essere la definizione di "che cos'è un buon medico".

Il punto di partenza, preliminare a qualunque verifica di rispondenza a requisiti prestabiliti, è la chiarezza su due aspetti: da un lato quali debbano essere questi requisiti, dall'altro se essi siano credibili e basati sul consenso della comunità professionale e degli stakeholder, vale a dire medici, pazienti e sistema centrale o regionale. Una volta messi a punto i requisiti, le diverse definizioni di accreditamento (iniziale), rivalidazione⁴, ricertificazione (nel tempo) dei professionisti possono tutte essere ricondotte a un processo di verifica e attestazione finalizzato ad accrescere, o mantenere, la fiducia del pubblico in ciò che i medici fanno e validarne, di conseguenza, il titolo e l'autorità per operare. Nella maggior parte dei Paesi del mondo (Smith, 2000; Peck et al., 2000; Irvine, 1997) non si accetta più di basare la pratica medica sulle conoscenze acquisite una volta per tutte

³ Con la definizione "verifica e valutazione dello sviluppo professionale" si intende in questa sede riferirsi al processo di verifica della presenza e dell'aggiornamento continuo di requisiti, credenziali e capacità del personale medico nel corso della propria attività professionale, a partire dal conseguimento dei titoli universitari. Tale insieme di conoscenze deve essere non solo mantenuto attuale attraverso un aggiornamento dei contenuti, ma anche trasfuso nella pratica professionale coerentemente con le necessità della situazione organizzativa in cui il medico opera. Tale insieme di competenze viene definito con una terminologia molto variabile nell'ambito degli stessi Paesi anglosassoni (qualification, validation e re-validation, credentialing, recertification ecc.).

⁴ Rivalidazione è sinonimo del più comune e diffusamente utilizzato termine "ricertificazione".

nel corso degli studi. "The present public demand for periodic revalidation of doctors is inevitable. The tradition of graduating from a training programme and obtaining a licence for life seems naïve in this era when the quality of care we provide is so dependent on our efforts to keep up to date" (Parboosingh, 1993).

Le ragioni sono abbastanza ovvie e di natura molteplice: lo sviluppo molto rapido delle conoscenze mediche e delle soluzioni scientifiche, le aspettative di una maggiore accountability da parte delle organizzazioni sanitarie e dei medici anche in risposta al problema del rischio clinico, la crescente necessità di ampliare le prospettive della professione medica a un set di competenze organizzativo-relazionali finalizzate a erogare un buon servizio nell'ambito delle strutture in cui operano (Smith, 2000; Peck et al., 2000). Da tutto quanto sopra esposto emerge un aspetto cruciale riguardo al "che cosa osservare" nel processo di sviluppo professionale e accreditamento dei medici, ed è relativo alla natura dei requisiti professionali su cui porre le verifiche. Dando per consolidata nei vari Paesi la fase del curriculum professionale obbligatorio che conduce alla laurea e al conseguimento di una specializzazione, da questo momento in poi si innesta il tema dello sviluppo professionale e dell'accREDITamento anche per una futura riqualificazione professionale, obbligatoria dopo un certo numero di anni (7 in Italia, ma solo su aspetti formativi).

Complessivamente è stato notato che "essere, o continuare a essere un buon medico" si basa su due caposaldi complementari: *l'acquisizione di nuove conoscenze e lo sviluppo delle capacità per attuarle in modo competente* (Peck et al., 2000). Rispetto al primo punto lo strumento adottato è quello della Continuing Medical Education – CME nel mondo, ECM in Italia – i cui aspetti salienti sono due: le modalità di individuazione dei contenuti dei programmi formativi e le modalità di verifica dell'efficacia di tale scelta. Il secondo punto è solitamente citato come Continuing Professional Development (CPD nel mondo, sviluppo professionale in Italia) e richiede alcune riflessioni più approfondite.

Lo sviluppo professionale continuo si fonda sull'acquisizione continua di nuove conoscenze, capacità e comportamenti che rendano possibile un competente esercizio della pratica medica. In questo senso non vi è una distinzione netta tra CME e CPD, anche perché negli ultimi anni la formazione continua delle professioni sanitarie ha esteso i propri contenuti anche ad argomenti non tradizionalmente presenti nella formazione clinica, quali per esempio le tematiche di management o le cosiddette "soft skills" correlate ai comportamenti organizzativi e alle capacità di leadership. Vale la pena ricordare ancora una volta che le conoscenze da sole non sono sufficienti per svolgere in modo competente la propria professione in un contesto altamente complesso e multidisciplinare quale quello delle attuali organizzazioni sanitarie. In sintesi, si può affermare che a livello internazionale è in atto una tendenza a orientare progressivamente la crescita individuale, l'accREDITamento e la ricertificazione dei medici verso programmi di sviluppo professionale obbligatori, di contenuto clinico, professionale e manageriale, sottolineando la responsabilità professionale di ciascun medico nel proprio CPD e la possibilità di scegliere tra un ventaglio ampio di attività formative accreditate.

Come valutare: il processo di gestione del sistema

Una volta definito l'oggetto della valutazione è importante curare le modalità e la metodologia di verifica dei requisiti. Una disanima delle caratteristiche essenziali di un buon processo di valutazione è articolata in cinque criteri (McKinley et al., 2001):

- *affidabilità*, ovvero se apprezza le differenze in modo corretto e valuta le stesse performance senza discrepanze;
- *validità*, il grado in cui misura ciò che deve misurare e se l'oggetto della valutazione è proprio ciò che deve essere valutato;
- *accettabilità*, ovvero il grado di accettazione del processo di valutazione da parte di tutti gli stakeholder (il medico, il valutatore, il paziente, la comunità professionale, la società nel complesso);
- *fattibilità*, il grado con cui un processo di valutazione è accessibile, è a disposizione di tutti coloro che lo richiedono, senza particolari limitazioni all'accesso;
- *impatto educativo*, il grado in cui la valutazione può fornire un contributo al medico nel migliorare la propria performance grazie alle informazioni sui punti di forza e i punti di debolezza rilevati, accompagnate da raccomandazioni e strategie per il miglioramento.

Si sottolinea in aggiunta che tutti questi aspetti devono coesistere simultaneamente, pena l'utilità complessiva dell'intero sistema. Le modalità possibili per la verifica delle conoscenze e delle competenze di un buon medico possono essere di vario tipo. Un primo metodo riguarda la valutazione degli esiti sui pazienti, uno degli aspetti a cui il singolo paziente e la società sono ovviamente più sensibili. Tuttavia gli aspetti tecnici oggi appaiono estremamente difficili da presidiare sia per l'identificazione del numero di casi da analizzare, sia per la mancanza di evidenze che possano collegare in modo attendibile l'outcome dei pazienti alla qualità della pratica professionale.

Un secondo modo consiste nel valutare le conoscenze. Ciò può essere realizzato sulla base di esami che consentono di capire quanto il medico "sa", ma non quanto bene "mette in pratica" ciò che sa. Un altro metodo di valutazione si fonda sulle valutazioni espresse dai pazienti. Al di là del problema di come e quanti pazienti selezionare, si potrebbero verificare due situazioni distorte di segno opposto: da un lato un medico potrebbe aver fidelizzato i propri pazienti senza di fatto praticare al meglio la professione, dall'altro ciò che è buono per un paziente potrebbe non esserlo per il professionista e quindi creare una discrasia che si ripercuote in modo negativo sulla valutazione. La valutazione dei pari (peer review) è considerata un metodo efficace e ben accetto dai medici perché gruppi di pari condividono le stesse problematiche e si possono aiutare reciprocamente. Un ulteriore metodo, che oggi appare essere il più praticato, è costituito dalla raccolta documentale dei crediti formativi accompagnata eventualmente dalla registrazione di esperienze professionali riportate in un'agenda professionale (portfolio). Un orientamento recente è quello di trovare tutti i possibili collegamenti e sinergie con il parallelo processo di accreditamento delle organizzazioni, sottolineando come lo sviluppo professionale dei medici sia collegato a quello delle organizzazioni in cui operano, che a loro volta dovrebbero sintonizzare i propri obiettivi con quelli del sistema sanitario a cui appartengono (in Italia, con il D.Lgs. 229/1999 si proponevano insieme l'accREDITAMENTO delle aziende sanitarie e

l'accREDITAMENTO dei professionisti). Tuttavia, i percorsi si sono articolati in modo autonomo e spesso senza diretti collegamenti. La valutazione del medico inserito nel proprio ambiente di lavoro è peraltro uno degli standard presenti nei sistemi di accreditamento più diffusi e l'attenzione a valutare le performance dei professionisti che operano nell'organizzazione è considerata uno degli elementi chiave della qualità organizzativa.

In definitiva, sembra di poter concludere che non esiste una singola modalità ideale di valutazione, piuttosto si tratta di combinare un insieme di modalità che risultino efficaci rispetto agli obiettivi e ai contenuti di ciò che deve essere verificato. Di conseguenza, le varie modalità di verifica si incentrano essenzialmente nell'individuazione del modo in cui costruire un meccanismo di valutazione iniziale, di accreditamento poi e di ulteriore ricertificazione periodica efficace.

Quali effetti

I due punti chiave a cui un sistema di valutazione dovrebbe fornire risposta sono:

- l'identificazione di medici con performance decisamente negative;
- il supporto a tutti i medici nel continuo miglioramento delle proprie performance per lo sviluppo di una professionalità sostenuta nel tempo.

Resta aperto in molti casi il quesito su chi debba farsi carico di formulare le raccomandazioni derivanti dalle verifiche, dato che il percorso di valorizzazione del talento è rilevante rispetto al tipo di attività del singolo medico e non alla categoria professionale in generale, e a questa dovrebbe fare riferimento. Ancor più, quindi, si rileva l'opportunità di collegarla agli obiettivi dell'azienda in cui il medico opera e alle sue specifiche responsabilità in quell'organizzazione.

Rispetto al risultato finale della valutazione si propone, oltre all'accREDITAMENTO, per i medici con performance carenti, un processo di rinforzo degli elementi deboli con la ricerca di possibili percorsi alternativi e cambiamenti di carriera. In modo più specifico, autorevoli autori suggeriscono tre focalizzazioni per un efficace programma di sviluppo e di verifica delle clinical competence: conoscenze mediche nuove e rilevanti, outcome medici e processo di cura adottato, comportamenti etici e buone qualità di relazione interpersonali all'interno dell'organizzazione di cui fanno parte, aggiungendo però anche un insieme di elementi atti a condurre una valutazione che rifletta la qualità delle cure al paziente in termini complessivi.

La soluzione migliore è la costruzione di una griglia di competenze che combini la dimensione individuale di conoscenza con la dimensione del contesto di applicazione delle competenze, utilizzabile sia ai fini di analisi e presentazione delle componenti dell'apprendimento, sia ai fini della valutazione della loro effettiva applicazione. Ogni medico, a prescindere dalla specialità, deve disporre di un dossier (professional portfolio) che contenga informazioni aggiornate, da fonti diversificate, che siano in grado di dimostrare la qualità della sua attività: per esempio i risultati di eventuali audit, una registrazione delle attività in cui si è sostanzialmente il percorso di sviluppo professionale continuo, il giudizio di un campione di pazienti e di colleghi. Il dossier verrà rianalizzato annualmente, le eventuali carenze identificate

e si suggeriranno le aree di miglioramento e le azioni necessarie a colmare le lacune. L'appropriatezza dell'azione sanitaria, l'organizzazione del lavoro multidisciplinare, la responsabilizzazione dei professionisti sui processi tipici rappresentano inoltre i pilastri del governo clinico e possono essere interpretati come criteri di progettazione, gestione e valutazione dei sistemi regionali, di quelli aziendali e del lavoro del singolo professionista.

Il "professional portfolio"

In ambito clinico diversi sono i metodi e gli strumenti, proposti per la valutazione delle competenze professionali, che misurano le prestazioni in base alle modalità di lavoro, ovvero in riferimento al "processo".

Il professional portfolio ha l'ambizione di essere uno strumento che rappresenta il punto di raccolta di dichiarazioni atte a dimostrare la continua acquisizione di abilità, conoscenze, attitudini, la comprensione degli obiettivi e i risultati ottenuti. In esso sono riportate le evidenze, solitamente scritte, riguardanti il processo di apprendimento, attestanti il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo personale e professionale. Comprende non solamente il curriculum vitae, ma anche una griglia di autovalutazione e un piano di autoapprendimento per il perseguimento e/o mantenimento delle competenze professionali.

In questa sede s'intende soffermarsi maggiormente sul cosiddetto "portfolio valutativo" (summative portfolio), usato per i summative assessment, cioè per le valutazioni ai fini della validazione della propria esperienza professionale, e sul portfolio formativo, quale parte del portfolio valutativo, qualora abbia lo scopo di usare la formazione per permettere al medico di migliorare la qualità del proprio lavoro: "Dossier of evidence collected over time that demonstrates a doctor's education and practice achievements".

Gli scopi del portfolio possono essere:

- documentare le competenze professionali, mettendo in luce la dimensione retrospettiva dello strumento;
- sviluppare consapevolezza della propria storia, ovvero evidenziare la dimensione attuale del proprio sviluppo professionale;
- sostenere la progettualità professionale, mettendo in risalto la dimensione prospettica della transizione da una competenza iniziale a una avanzata.

Il professional portfolio, quindi, non può configurarsi come una semplice raccolta statistica di informazioni, ma deve costituirsi come uno strumento di accompagnamento del professionista per esplicitare il proprio percorso formativo e valutarne la pertinenza e la rilevanza in rapporto al proprio lavoro al fine di trovare nel proprio dipartimento/unità organizzativa il setting privilegiato di sviluppo formativo e professionale.

È opportuno che i diversi livelli che si intersecano nella formazione siano, in questa fase, tenuti distinti: vi è infatti un livello relativo alla valutazione delle performance conseguenti a un efficace intervento formativo che si inserisce nella più complessa gestione/valutazione del personale; vi è un altro livello relativo alla valutazione della coerenza tra la formazione programmata/realizzata e i bisogni individuali/di gruppo/aziendali dei professionisti.

La costruzione del professional portfolio in contesti ad alto valore professionale come la sanità "obbliga" ogni medico a costruire la propria strategia di apprendimento e di sviluppo di carriera, riconosce e incoraggia l'apprendimento autonomo basato sulla riflessione, propone un modello di sviluppo continuo in linea con le aspettative aziendali, documenta la competenza specialistica acquisita, rileva quanto prodotto dall'esperienza personale e costituisce una memoria della storia professionale.

Un professional portfolio dovrebbe attestare le seguenti evidenze:

- la *corretta azione clinica* (good clinical care);
- il *mantenimento della buona pratica clinica*, compresa la casistica nell'ambito del "fare" della propria specialità (maintaining good medical practice);
- la *formazione in campo medico*, il supporto e l'insegnamento a colleghi meno esperti, ai pazienti e ai loro familiari (teaching and training, appraising and assessing);
- la *capacità di relazione con i pazienti* (relationships with patients);
- la *capacità di lavorare in team* (working with colleagues and in teams);
- l'*integrità morale* (probity);
- lo *stato di salute personale* dell'interessato (health).

Lo strumento prevede la figura di un mentor, che può avere la caratteristica di *supervisore clinico* responsabile del monitoraggio, del supporto e della valutazione del lavoro clinico svolto, dei progressi realizzati dal professionista in un determinato arco temporale. Nei percorsi di valutazione delle competenze professionali a fini aziendali, strumenti come questo possono archiviare nel tempo quelle informazioni utili all'assegnazione di nuovi incarichi e livelli di responsabilità, fornendo dati qualificanti nel settore in cui il professional portfolio del singolo esprime una specificità, come:

- il numero di interventi effettuati dallo specialista;
- il decorso ospedaliero o postoperatorio dei pazienti;
- il numero e/o il grado di complicanze sopraggiunte;
- il numero di discordanze tra la diagnosi e la realtà clinica;
- la complessità dei casi trattati in rapporto alle complicanze intervenute e riferite a uno standard;
- il numero dei follow-up dei pazienti seguiti dal medico.

Di difficile progettazione è sicuramente la parte che riguarda la misurazione delle prestazioni aziendali, cioè la casistica individuale del medico conseguita grazie alle competenze valorizzate dall'organizzazione. Il principio può essere ormai culturalmente chiaro e difficilmente non condivisibile, ma la reale fattibilità è comunemente funzione di altri aspetti che possono esulare dalla buona volontà del professionista o del direttore della struttura di riferimento del professionista. Due sono i maggiori ostacoli che si incontrano su questo percorso e precisamente: la rilevazione di alcuni dati di attività individuali più identificabili per alcune specialità che maggiormente si prestano a tale scopo (tutte quelle a elevato ricorso a pratiche chirurgiche o a tecniche più o meno invasive); gli strumenti a supporto della rilevazione che, anche quando possibile, non sono progettati per disporre di dati di casistica individuale ma solo di équipe (per esempio i software in uso per l'elaborazione dei piani di intervento per i trattamenti di radioterapia, indicatore importante per la verifica delle competenze professionali, permettono l'estrapolazione di volumi totali e non la

suddivisione delle prescrizioni tra i medici che hanno effettuato la prestazione e deciso le cure per il paziente). Nelle singole realtà operative sarebbe auspicabile poter disporre del "Manuale delle procedure e delle istruzioni operative" così come di un "Registro delle procedure effettuate" da cui estrapolare la tipologia e le modalità delle prestazioni erogate nel reparto, oltre che i dati oggettivi utili a verificare se queste sono state condivise e discusse con i professionisti. Da questa considerazione si deduce come l'informatizzazione sia una tappa molto importante per l'evoluzione del sistema; la cartella clinica informatizzata potrebbe rivelarsi un passo significativo per agevolare i sistemi di misurazione dell'attività ospedaliera.

Esistono poi certamente tante specialità, soprattutto quelle internistiche, per le quali buona parte del lavoro non può essere misurata individualmente sia perché poco significativa, sia perché di difficile attuazione. In questi casi la valutazione diretta del supervisore e/o la verifica delle conoscenze o la presa di decisioni in situazioni critiche simulate è certamente la modalità migliore per attestare livelli di competenza professionale. Tali difficoltà, comunque, non risolvono la necessità di capire come valutare e come guidare l'azione di miglioramento anche nelle situazioni a maggiore difficoltà di oggettività.

Allegato 1: standard JCI per le risorse umane

- **SQE 1** I dirigenti dell'ospedale definiscono il tipo di formazione, le capacità, le conoscenze e gli altri requisiti professionali per tutti i membri del personale.
- **SQE 1.1 (obbligatorio)** Le responsabilità di ogni membro del personale sono definite in un documento aggiornato (job description).
- **SQE 3** L'organizzazione utilizza un programma predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni del paziente. È in atto la valutazione continua della pratica professionale per quanto concerne la qualità e la sicurezza dell'assistenza clinica erogata da ciascun medico.
- **SQE 3.2** Le informazioni sul personale sono documentate per ogni operatore.
- **SQE 5 (obbligatorio)** Tutti i membri del personale sono orientati all'organizzazione e alle responsabilità specifiche delle proprie mansioni all'atto della nomina in ruolo.
- **SQE 6** Ogni membro del personale riceve addestramento e formazione continui durante il servizio, volti a mantenere e promuovere capacità e conoscenze.
- **SQE 6.4** Al personale è offerta la possibilità di partecipare a studi avanzati, ricerche ed esperienze formative al fine di acquisire nuove capacità e conoscenze e di promuovere l'avanzamento di carriera.
- **SQE 7 (obbligatorio)** L'ospedale ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazioni, studi, tirocinio e pratica) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.

- **SQE 7.1 (obbligatorio)** L'ospedale tiene un archivio aggiornato delle abilitazioni, certificazioni o registrazioni professionali in corso di validità, se richiesti da leggi, regolamenti o dall'ospedale, di ogni medico.
- **SQE 7.2 (obbligatorio)** Le credenziali del personale medico sono rivalutate perlomeno ogni 3 anni in modo da determinare se le qualifiche sono idonee per continuare a erogare prestazioni sanitarie all'interno dell'ospedale.
- **SQE 8 (obbligatorio)** L'ospedale ha attivato un processo efficace per autorizzare il personale medico a ricoverare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.
- **SQE 9** L'ospedale ha attivato un processo efficace per la partecipazione del personale medico alle attività di miglioramento della qualità, tra cui la valutazione delle performance individuali laddove prevista, e per la rivalutazione del rendimento di ogni medico.

Allegato 2: intento degli standard da 7 a 9

"La valutazione delle credenziali di un medico fornisce le basi per prendere due decisioni: può il medico contribuire alla realizzazione della mission ospedaliera e al soddisfacimento dei fabbisogni del paziente? Se la risposta è sì, quali prestazioni cliniche è qualificato a eseguire? Questa seconda decisione è spesso denominata "privilegio". Le prestazioni cliniche che possono essere erogate da un membro del personale medico sono assegnate a soggetti e sedi appropriati all'interno dell'ospedale (per esempio sala operatoria, Pronto Soccorso). Entrambe le decisioni sono documentate e la seconda fornisce le basi per la valutazione continua dell'individuo. Il ruolo clinico essenziale del personale medico richiede la sua partecipazione attiva agli sforzi dell'ospedale tesi a valutare le proprie performance e i risultati clinici. In ogni momento in cui – nell'ambito del monitoraggio, della valutazione e del miglioramento della performance – il rendimento individuale di un singolo membro del personale medico è messo in discussione, l'ospedale attiva un processo di valutazione del rendimento individuale."

Le prestazioni che ogni medico è autorizzato a fornire (privilegio) attualmente non sono sempre esplicitate in un documento aziendale formale. Sono decise dal direttore di struttura ma non sono riportate in alcuno scritto e coloro che potrebbero avere la necessità di conoscere queste informazioni, tra cui i diretti interessati, non possono in alcun modo conoscere le prestazioni autorizzate. Parimenti è di fondamentale importanza per il direttore della struttura, nonché per l'azienda nel suo complesso, conoscere anche il livello di accettabilità degli esiti sanitari prodotti dal professionista. Non sempre, invece, esiste un sistema di misurazione della performance medica: da questo punto di vista l'approccio al

miglioramento della qualità e allo sviluppo delle capacità professionali deve diventare reale cultura organizzativa. La necessità di rilevare i dati, di identificare i problemi con una metodologia uniforme nell'ambito dell'organizzazione, l'adozione di una nuova filosofia che sostituisca il lavoro routinario e non finalizzato comportano cambiamenti lunghi e difficili da perseguire. Allo stesso modo la mancanza di job description chiare, di metodi e procedure di valutazione della performance sottolinea come esistano leggi e regolamenti ma pochi piani di implementazione dei percorsi di crescita delle competenze distintive dei professionisti e poche politiche aziendali scritte in merito alle strategie di sviluppo del personale, ovvero non esiste una people strategy come inizialmente definita.

Bibliografia consigliata

- Academy of Medical Royal Colleges. How the Royal Colleges might contribute to the process of Revalidation. March 2000.
- ACGME. The Outcome Project. 1999. www.acgme.org/outcome
- Belleri G. La competenza professionale: una prospettiva multidimensionale, http://www.giuseppebelleri.it/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=40
- Bezzi C. Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici. Milano: Franco Angeli, 2007.
- Bradshaw A. Defining "competency" in nursing (Part I): A policy review. *J Clin Nurs* 1997;6(5):347–54.
- Brown R. Portfolio Development and Profiling for Nurses. 2nd Ed. Dinton: Quay, 1995.
- Cheese P, Thomas RJ, Craig E. L'impresa dei talenti, Milano: Il Sole 24 Ore, 2008.
- Dauphinee WD. Revalidation of doctors in Canada. *BMJ* 1999;319(7218):1188–90.
- du Boulay C. From CME to CPD: getting better at getting better? *BMJ* 2000;320(7232):393–4.
- Duffy DF. Continuing Competence: Evidence of continuing competence in practice. Proceedings of the Conference "Credentialing Physician Specialists: A world perspective". Chicago, IL: 2000.
- Esmail A. Failure to act on good intentions. *BMJ* 2005;330(7500):1144–7.
- Gabrielli G. Remunerazione e gestione delle persone. Milano: Franco Angeli, 2005.
- General Medical Council. Working with Good Medical Practice. 1998.
- General Medical Council. Revalidating Doctors. London: GMC, 2000.
- Irvine D. The performance of doctors. II: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. *BMJ* 1997;314(7094):1613–5.
- Joint Commission International. Standard for Hospital and Competency Assessment. March 6, 2009.
- McKinley RK, Fraser RC, Baker R. Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians. *BMJ* 2001;322(7288):712–5.
- Newble D, Jolly B, Wakeford R. The Certification and Recertification of Doctors: Issues in the assessment of clinical competence. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Newble D, Paget N, McLaren B. Revalidation in Australia and New Zealand: approach of Royal Australasian College of Physicians. *BMJ* 1999;319(7218):1185–8.
- Norman GR, Shannon SI, Marrin ML. The need for needs assessment in continuing medical education. *BMJ* 2004;328(7446):999–1001.
- Norris M. Recertification in General Practice Reconsidered. Norwich: University of East Anglia, 1998.
- O'Rourke A. Reaccreditation and Revalidation. Regent Court: The Wisdom Centre, 2000.
- Parboosingh JT, Thivierge RL. The maintenance of competence (MOCOMP) programme. *Ann R Coll Physicians Sur Can* 1993;26:512–7.
- Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 2000;320(7232):432–5.
- Profili S. Il knowledge management. Approcci teorici e strumenti gestionali. Milano: Franco Angeli, 2004.
- Protasoni R. People strategy. La nuova sfida per il management di successo. Milano: Guerini e Associati, 2003.
- Redfern L, Hull C. PREP and profiles. Knowledge for practice. *Nurs Times* 1997;93(1):S1–4.
- Smith R. Vision of the Future: The role of credentialing physician specialists. Proceedings of the Conference "Credentialing Physician Specialists: A world perspective". Chicago, IL: 2000.
- Solari L. La gestione delle risorse umane. Dalle teorie alle persone. Firenze: Carocci, 2004.
- Tagliaferri E. La valutazione delle competenze. Forlì: 2008.
- Tamburisi O. La qualità nell'assistenza sanitaria ed il ruolo del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO): il caso "Fatebenefratelli". Tesi di Laurea. Università degli Studi di Napoli Federico II. Anno accademico 2002–03.
- The Open University Centre for Education in Medicine. Models of Continuing Professional Development. 2003.
- The Portfolio Approach to competency-based. Assessment at the Cleveland Clinic Lerner College of Medicine" Elaine F. Dannerefer, *Academic Medicine*, 82(5), 2007
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Standard for Post-registration Education and Practice. London: UKCCN, 1995.
- van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments and research practical implications. *Adv Health Sci Educ* 1996;1:41–67.
- Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357(9260):945–9.
- Windak A. A survey of current reaccreditation and recertification procedures in Europe. Paper presented at the European Conference on Reaccreditation and Recertification. Krakow University of Medicine, 1995.



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



La clinical competence in Medicina Interna

Giovanni Mathieu^a, Antonio Greco^b, Roberto Nardi^c, Michele Stornello^d,
Franco Berti^e, Fabrizio Colombo^f, Mauro Mattarei^g, Cristina Filannino^h,
Carlo Nozzoliⁱ, Antonino Mazzone^l

^a UOC Medicina Interna, Ospedale Edoardo Agnelli, Pinerolo (Torino)

^b UOC Geriatria, Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

^c UOC Medicina Interna, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

^d UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Umberto I, Siracusa

^e UOC Medicina Interna, Ospedale San Camillo Forlanini, Roma

^f UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

^g UOC Medicina Interna, Ospedale Santa Maria del Carmine, Rovereto (TN)

^h SDA Bocconi, Milano

ⁱ UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

^l UOC Medicina Interna, Ospedale Civile di Legnano (MI)

Background e scopo del lavoro

Le risorse umane rappresentano l'elemento centrale del sistema sanitario. Per i medici operanti nei reparti di Medicina Interna questo concetto corrisponde a identificare e declinare l'insieme delle caratteristiche che definiscono "il buon internista", per valutarne, in sostanza, la competenza clinica. Questa "competenza" non è garantita – di per sé – né da titoli accademici né da autoreferenzialità specialistiche, né tantomeno costituisce un mero ideale professionale. Essa ha come presupposto l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure, utilizzando indicatori espliciti.

Obiettivo generale dell'impegno di FADOI in questo ambito – in sinergia con SDA Bocconi – è stato quello di definire la clinical competence del medico internista nel Servizio Sanitario Nazionale italiano e nelle strutture convenzionate, nell'interesse dei pazienti e delle aziende sanitarie, per favorire un'assistenza professionale di qualità [1,2]. Obiettivo specifico è stato inoltre quello di definire una griglia di valutazione delle competenze dell'internista,

al fine di graduarne i livelli decisionali di responsabilità e di consapevolezza, utili per l'accreditamento istituzionale, la valutazione professionale e la progressione di carriera.

Come definire la competenza clinica

La definizione di clinical competence richiede necessariamente l'inquadramento delle conoscenze, abilità e capacità tecniche, delle qualità professionali, manageriali, relazionali e operative di ogni singolo specialista nel contesto sanitario di riferimento [3–5]. Essa presuppone un bilanciamento ottimale di alcune componenti – *sapere, saper fare e saper essere* – in una prospettiva multidimensionale e complessa di interazione tra sfera cognitiva, decisioni pratiche per la soluzione dei problemi, dinamiche relazionali e contesto socio-organizzativo. Secondo Epstein et al. [3] la competenza del medico richiede "un uso ponderato e giudizioso della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, delle capacità di ragionamento clinico, delle emozioni e dei valori, della capacità di riflessione nella pratica quotidiana, per il bene dei singoli e della comunità" [1].

Box 1. Le diverse definizioni di "competenza"

- "Caratteristica intrinseca di un individuo, casualmente collegata a una performance efficace o superiore nella mansione affidatagli, misurabile sulla base di un criterio prestabilito." [Boyatzis RE. *The competent manager: a model for effective performance*. London: Wiley, 1982.]
- "L'insieme strutturato di conoscenze, capacità e atteggiamenti necessari per svolgere un compito." [Pellerey M. *Progettazione didattica: metodologia della programmazione educativa scolastica*. Torino: SEI, 1983.]
- "Un insieme, riconosciuto e provato, delle rappresentazioni, conoscenze, capacità e dei comportamenti mobilizzati e combinati in maniera pertinente in un contesto dato." "Non è uno stato o una conoscenza posseduta. Non è riducibile né a un sapere, né a ciò che si è acquisito con la formazione [...]. La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità...) da mobilizzare, ma nella mobilizzazione stessa di queste risorse [...]. Qualunque competenza è finalizzata (o funzionale) e contestualizzata: essa non può dunque essere separata dalle proprie condizioni di 'messa in opera' [...]. La competenza è un saper agire (o reagire) riconosciuto. Qualunque competenza, per esistere, necessita del giudizio altrui." [Le Boter G. *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Editions d'Organization, 1995.]
- "La qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità e abilità, doti professionali e personali." [Quaglino GP. *Fare formazione*. Bologna: Il Mulino, 1992.]
- "Elemento per consentire un agire fondato su una comprensione del campo d'azione e una possibile previsione degli esiti del proprio agire." [Meghnagi S. *Conoscenza e competenza*. Torino: Loescher, 1992.]
- "Nella competenza professionale, insieme a un sapere cosa (il contenuto del compito) è presente un sapere come (la strategia di fronteggiamento del compito), che ha la proprietà di essere trasferibile su compiti diversi." [ISFOL, Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori, 1997.]
- "Insieme dei comportamenti che il soggetto, utilizzando le conoscenze acquisite, adotta per l'esecuzione di un compito, semplice o complesso che sia, o per la soluzione di un problema." [Tiriticco M. *Apprendimenti e competenze*. In: Cerini G, Cristanini D (a cura di). *A scuola di autonomia, dal PEI al POF*. Cap. 2. Napoli: Tecnodid, 1999.]
- "Ciò che una persona dimostra di saper fare (anche intellettualmente) in modo efficace, in relazione a un determinato obiettivo, compito o attività in un determinato ambito disciplinare o professionale. Il risultato dimostrabile e osservabile di questo comportamento competente è la prestazione o la performance." [Drago R. *La nuova maturità. Aggiornamento*. Centro Studi Erickson: Trento, 2000.]
- "Caratteristica intrinseca individuale che è causalmente correlata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito." [Spencer LM, Spencer SM. *Competenze nel lavoro, modelli per una performance superiore*. Milano: Franco Angeli, 2004.]
- "Capacità di tradurre consapevolmente uno schema cognitivo in un'attività che organizza e dirige informazioni e/o persone e/o risorse materiali verso il raggiungimento di un obiettivo in una pluralità di situazioni." [Guadalupi M. *Competenze e definizioni*. Roma, Garamond: 2005.]

In sostanza, la competenza va ben oltre le specifiche conoscenze e abilità. Essa è un *habitus*, che permea la vita professionale di ogni singolo medico, acquisita lungo un *continuum* nel corso del tempo [1], integrata dalle interazioni con l'organizzazione di riferimento.

In letteratura le definizioni di competenza sono diverse (Box 1), a dimostrazione del fatto che di essa non esiste un'univoca interpretazione. Secondo la definizione riportata nel *Vocabolario della lingua italiana* Devoto-Oli, la competenza è la "capacità di orientarsi in determinate questioni e possedere legittima autorità a esplicitare un mandato e/o ricoprire ruoli" [6]. La competenza professionale attiene alle capacità e alle conoscenze necessarie per lo svolgimento di una professione. Essa si riferisce, in generale, alla "abilità (tecnica, interpersonale e relazionale) di coloro che erogano assistenza sanitaria nell'utilizzare le migliori metodologie, conoscenze e tecnologie disponibili per produrre salute e soddisfazione per il paziente".

La competenza professionale in Medicina: implicazioni deontologiche e normative

L'impegno a migliorare la competenza professionale costituisce un obbligo sancito sia dal Codice di Deontologia Medica sia dalla Carta della Professionalità Medica, con evidenti conseguenze etico-giuridiche (Box 2).

Lo sviluppo negli ultimi anni del progetto nazionale e regionale dell'Educazione Continua in Medicina si è proposto come strumento di fondamentale importanza per le politiche di sviluppo dei professionisti, al fine di garantire un livello omogeneo e di eccellenza nella qualità assistenziale. A essa si dovrà affiancare una fase di verifica del livello di competenza clinica acquisita in relazione alle mansioni contrattuali affidate. Il singolo professionista avrà quindi, tra i futuri obblighi contrattuali, anche quello di sottoporsi a una periodica verifica dei livelli di competenza acquisita e di provvedere a colmare eventuali bisogni formativi evidenziati dal confronto con uno standard di riferimento nazionale o regionale.

Box 2.

- *Codice di Deontologia Medica. Art. 18: "Competenza professionale"* Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle indagini ritenute necessarie. Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione. Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.
- *Carta della Professionalità Medica: "Impegno alla competenza professionale"* I medici devono tenersi costantemente aggiornati in quanto è loro responsabilità mantenere il livello di conoscenze mediche e di competenze cliniche e organizzative necessarie per offrire un'assistenza di qualità. Più in generale, l'intera professione deve cercare di verificare che tutti i suoi membri siano competenti e che i medici abbiano a disposizione i meccanismi appropriati per raggiungere questo obiettivo.

Fonti: Codice di Deontologia Medica. Approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri il 24-25 giugno 1995; Carta della Professionalità Medica. Progetto della Fondazione ABIM, della Fondazione ACP-ASIM e della Federazione Europea di Medicina Interna. Progetto sulla Professionalità Medica (www.professionalism.org)

Box 3. Sapere, saper fare, saper essere

- **Competenza cognitiva (sapere)**
Riguarda teorie e concetti, conoscenze informali e tacite, acquisite con l'esperienza.
Esempi:
 - elencare;
 - descrivere;
 - definire;
 - interpretare;
 - scegliere.
- **Competenza funzionale e gestuale (saper fare)**
Comprende tutto ciò che un professionista dovrebbe essere in grado di fare in un determinato contesto di lavoro, apprendimento o attività sociale.
Esempi:
 - eseguire;
 - praticare;
 - somministrare;
 - applicare;
 - regolare;
 - misurare.
- **Competenza personale, comunicativa, relazionale (saper essere)**
Definisce come comportarsi in una situazione specifica.
Esempi:
 - informare;
 - spiegare;
 - far riflettere;
 - incoraggiare;
 - assicurare;
 - motivare.

Tale scenario, ovviamente, sarà applicato anche allo specialista in Medicina Interna. In particolare nel 2010 è stata avviata a livello nazionale una sperimentazione che vede impegnate alcune aziende sanitarie e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas) [7] per definire le modalità di valutazione delle performance individuali dei medici; il sistema di valutazione dovrebbe costituire un'opportunità per premiare il merito individuale, favorire la crescita professionale, disporre di informazioni per la migliore gestione delle risorse umane. La *Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) impone agli ospedali da essa accreditati di valutare la competenza dei dipendenti, al momento dell'assunzione e successivamente durante l'attività lavorativa; la valutazione della competenza è definita come "la raccolta sistematica di dati specifici riferiti al singolo professionista, allo scopo di determinare la capacità di un individuo di ottemperare alle aspettative dell'organizzazione" [8]. Le *capacità professionali, decisionali, manageriali* e di *advocacy* degli internisti dovrebbero essere valutate in funzione delle esigenze dei pazienti trattati nel "mondo reale", del contesto organizzativo, delle interazioni fra diversi attori sociali e singoli decisori.

La multidimensionalità della clinical competence

Nel 1990 lo psicologo George Miller propose un modello di riferimento per l'analisi della competenza clinica, secondo una stratificazione crescente in una piramide virtuale, integrando le conoscenze di base, le competenze funzionali e quelle personali con le "azioni agite" [9,10] (Box 3). La "piramide della clinical competence" di Miller deve essere oggi inquadrata nel contesto organizzativo specifico e nella complessità assistenziale di riferimento dei pazienti trattati, secondo livelli differenti di responsabilità e di caratteristiche professionali: *sa, sa come, mostra come, fa* (figg. 1-3). Le diverse tipologie di competenza s'intersecano continuamente nell'attività quotidiana dei singoli professionisti (Box 4).

Le competenze e le abilità tecniche ("hard skills") strettamente intese dovrebbero integrarsi con le cosiddette "soft skills", attinenti alla capacità di comunicazione e presentazione, leadership e management, gestione delle risorse umane, project management, customer service, lavoro di gruppo, sviluppo personale. Nelle organizzazioni complesse è

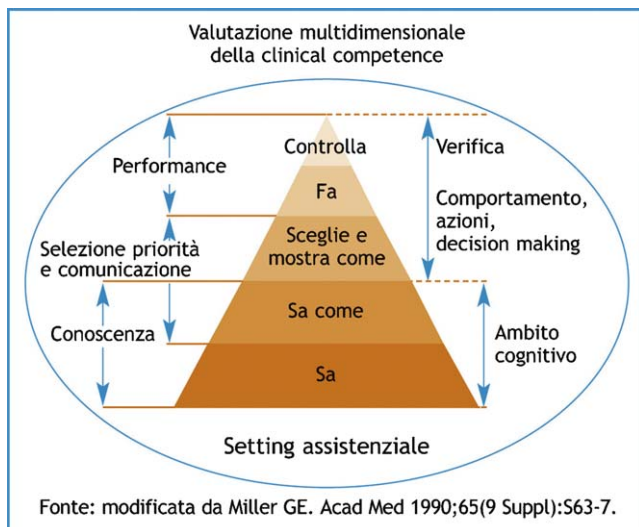


Figura 1

probabilmente più opportuno parlare di “mappa delle competenze”, ovvero della rappresentazione delle conoscenze, abilità tecniche e capacità comportamentali, necessarie per garantire l’efficacia di una performance, con riferimento allo specifico contesto aziendale, di per sé complesso [11].

Nella gestione della complessità dei casi il medico deve possedere i massimi *livelli di competenza e consapevolezza*, in relazione alla situazione (situation awareness), ai fini di una decisione adeguata [12] (Box 5).

La clinical competence deve essere inoltre riferita, in maniera dinamica, alla tipologia dei pazienti trattati e alle loro caratteristiche cliniche, che possono modificarsi nel tempo (Box 6).

Contesti organizzativi e comportamenti decisionali in Medicina Interna

Risk management ed expertise professionale

Il concetto di risk management si riconduce all’identificazione dei rischi attuali e potenziali presenti nel setting assistenziale, è finalizzato a controllare o eliminare i rischi stessi garantendo la sicurezza e il benessere dei pazienti, dei loro familiari e dello staff operativo, migliorando gli assetti organizzativi. In presenza di attività caratterizzate da un’elevata rapidità di cambiamento (sistemi adattativi), con elevati livelli di esposizione al rischio, sono richieste azioni di continuo miglioramento per una buona qualità degli interventi e/o delle procedure e una valida efficacia clinica. Qualità e sicurezza non sono sempre semplicisticamente abbinate [13]. A fronte della necessità di assistere i pazienti complessi è necessario “accettare la complessità come potenzialità e non come limite, per una conoscenza più pertinente, con l’uso costante della razionalità come imprescindibile barriera contro l’errore” [14].

L’importanza dell’expertise professionale in condizioni d’incertezza

I reparti di Medicina Interna rappresentano di fatto organizzazioni a elevata complessità, cui afferiscono pazienti tra loro assai differenti per tipologia e con flussi non programmabili. La complessità dei casi trattati risulta rilevante, sia per gravità clinica, fragilità, comorbidità e disabilità sia per quadri atipici di presentazione. Si riscontrano, di conseguenza, oggettive incertezze e difficoltà nel semplificare i percorsi diagnostico-terapeutici. Il riferimento all’expertise dei clinici è rilevante altrettanto quanto il ricorso alla medicina basata sulle evidenze. Scienza clinica ed esperienza del medico devono essere complementari, con riferimento al

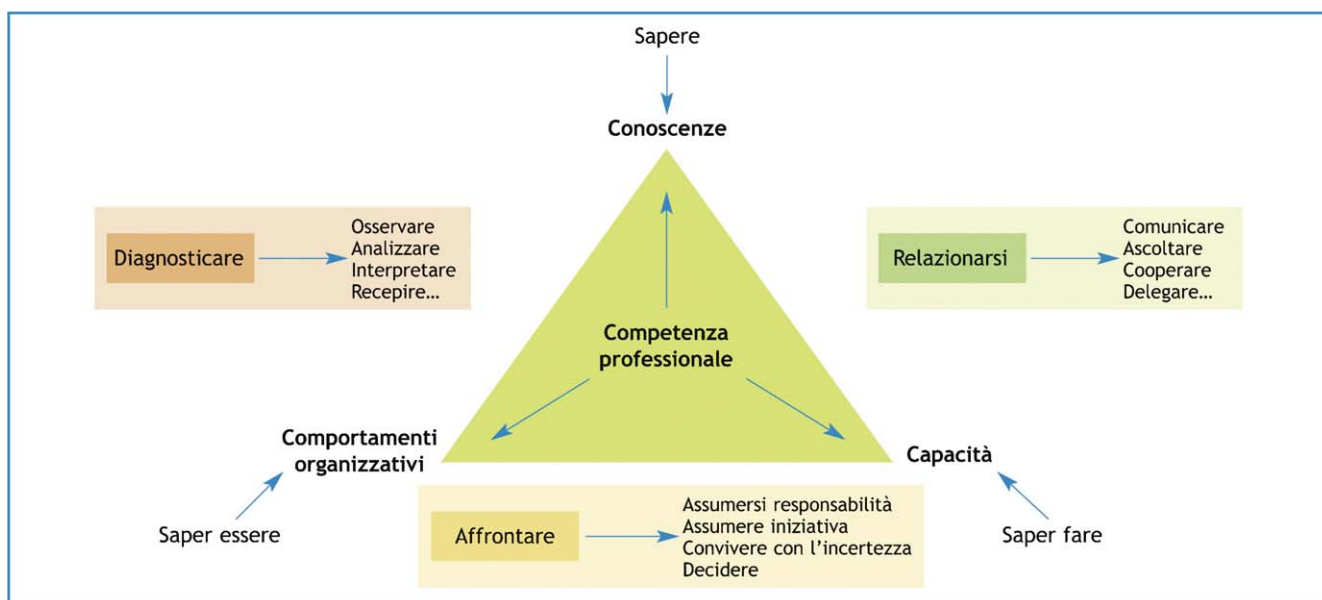


Figura 2

Dipartimento		Logo aziendale
Unità Operativa		
Ruolo		
Nome e cognome		

Processi	Conoscenze e competenze	Atteso	Posseduto	Differenza
Uno		5	5	0
		3	4	1
		5	2	3
		4	5	1
Due		1	2	1
		4	3	1
		3	3	0
Tre		4	3	1
		2	2	0
		4	5	1
Quattro		5	5	0
		2	1	1
Cinque		3	1	2
		3	4	1
Sei		3	3	0
		3	2	1
Sette		3	2	1
Otto		3	2	1
		3	2	1

Figura 3

“paziente reale”: non è possibile sostituire l’una con l’altra, privilegiando le tecniche di calcolo esplicito, quantitativo e statistico rispetto alla capacità di intuizione e ragionamento clinico [15]. Esperienza, conoscenza, medicina basata sulle prove e buon senso sono quindi elementi fondanti della competenza medica. La capacità di saper decidere circa il paziente complesso è come “navigare in un oceano di incertezze attraverso arcipelaghi di certezze” [16].

Autonomia professionale e standardizzazione delle procedure

Diversi fattori contribuiscono al risultato delle cure e ai rischi correlati. Autonomia professionale, produttività ed economia di sistema possono costituire elementi, a volte, fra loro

contrastanti. Il concetto di “autonomia professionale”, in ambito sanitario pubblico, va contestualizzato nel setting di riferimento e rispetto alla necessità di controllare la produzione, ovvero di perseguire obiettivi di standardizzazione – quando possibile – dei processi assistenziali [17].

Attività in équipe, comunicazione e procedure

La sicurezza nell’assistenza dipende in gran parte, oltre che dall’eccellenza professionale di ciascun singolo operatore, dalla condivisione armonica tra gli attori coinvolti nel processo assistenziale, perseguita a ogni livello della organizzazione con pervicacia, ambizione, audacia e aggressività, nello sforzo di salvaguardare l’interesse del paziente. Le attività sono necessariamente svolte in équipe, con una

Box 4. Le diverse dimensioni della professionalità medica

- Spazio operativo riconosciuto a un professionista, all'interno di un'organizzazione, concepito direttamente come risultato da una negoziazione in cui entrano in relazione:
 - il voler essere (*potenziale dinamico*);
 - il dover essere (*posizione*);
 - il poter essere (*profilo di ruolo*).
- Si basa su un mix di conoscenze, abilità (*skills*), capacità (*abilities*), atteggiamenti (*judgements*), secondo diverse dimensioni:
 - *dimensioni core*: cognitiva, tecnico-professionale, gestione delle conoscenze, relazione e comunicazione, etica, psicoaffettiva;
 - *dimensioni integrative*: organizzazione e gestione dei servizi sanitari, formazione e valutazione professionale.
- Si realizza su alcune direttrici principali:
 - il *contributo tecnico specifico* dell'attività professionale;
 - la *congruenza-pertinenza* rispetto al case-mix e ai casi trattati;
 - l'*operatività quotidiana*;
 - la *gestionalità*;
 - la *leadership*.
 - la *motivazione*: schemi mentali, bisogni o spinte interiori che inducono una persona ad agire;
 - i *tratti personali*: caratteristiche fisiche e una generale disposizione a comportarsi o a reagire in un determinato modo a una situazione o informazione;
 - l'*immagine di sé*: atteggiamenti, valori o concetto di sé.

Fonti: Tamburis O. La qualità nell'assistenza sanitaria e il ruolo del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO): il caso "Fatebenefratelli". Tesi di Laurea. Università degli Studi di Napoli Federico II. Anno accademico 2002-2003; Cartabellotta A. Workshop. La valutazione della competenza professionale. <http://www.gimbe.org/eventi/competence/index.htm>

rilevante importanza attribuita ai processi di comunicazione [18]. La comunicazione efficace tra i diversi componenti dell'équipe costituisce una chiave di successo dell'organizzazione. Essa deve essere finalizzata al perseguimento di obiettivi espliciti, condivisi, non corporativi, volti al reale interesse dei pazienti.

Information Communication Technology

L'Information Communication Technology (ICT) può rappresentare uno strumento utile per migliorare i processi di cura nei sistemi assistenziali a più elevata complessità. È di particolare utilità quando ci si trova ad affrontare le patologie più frequenti nei soggetti adulti e/o anziani, in cui una frammentazione della assistenza in vari setting di cura

Box 5. Le diverse tipologie di competenza

- *Competenze di base*: l'insieme delle conoscenze (e delle loro capacità d'uso) che costituiscono sia la base minima per l'accesso al lavoro, sia il requisito per l'accesso a qualsiasi percorso di formazione ulteriore.
- Queste rappresentano le cosiddette *competenze di soglia*, ovvero le caratteristiche essenziali che chiunque ricopra la posizione deve possedere per raggiungere un livello minimo di efficacia, ma che non distinguono chi ottiene una performance superiore da chi ne consegue una media.
- *Competenze distintive o discriminanti*: caratteristiche che distinguono le persone con prestazioni superiori da quelle con prestazioni medie.
- *Competenza trasversale*: entra in gioco nelle diverse situazioni lavorative e consente al soggetto di trasformare i saperi in comportamenti lavorativi efficaci in contesti specifici.
- *Competenze tecnico-professionali*: sono costituite dai saperi e dalle tecniche connessi all'esercizio delle attività richieste dai processi di lavoro nei diversi ambiti professionali.

Fonte: Tagliabue S. La valutazione delle competenze. <http://www.ecofo.unibo.it/NR/rdonlyres/8D2F042B-5265-49DB-954B-D626CEFE4173/58724/Lavalutazione-dellecompetenze2006.pdf>

aumenta la complessità dei quadri clinici, con il rischio di un peggioramento delle performance e di un incremento degli errori e dei costi [13].

Ragionamento clinico e decision making

Le modalità di ragionamento clinico si riconducono sostanzialmente a due differenti tipologie:

- ragionamento euristico, veloce, intuitivo, induttivo, basato sul riconoscimento (*pattern recognition, rule-out worst case, event driven*), acquisito in gran parte attraverso l'esperienza e utilizzabile da medici esperti);
- ragionamento algoritmico, più lento, razionale, deduttivo, basato su regole esplicite, analitico (utilizzabile da medici meno esperti, maggiormente funzionale alla didattica).

Il ricorso a un modello di tipo intuitivo o euristico, a razionalità limitata (processo definibile come in parallelo) assicura una rapidità di diagnosi attraverso automatismi e semplici operazioni di associazione. In altri termini, nel modello euristico viene enfatizzato il ruolo dell'esperienza e del giudizio soggettivo con il crescere della complessità e dell'incertezza, ma il potere predittivo, così come il rigore scientifico, risultano bassi. Al contrario un sistema analitico, basato su algoritmi e regole (sistema seriale), ancorché meno rapido e con ridotti automatismi, presenta un maggior rigore scientifico e una minore probabilità di errore diagnostico [19].

Box 6. Caratteristiche dei pazienti internistici

- Adulti, generalmente anziani o molto anziani.
- Con diverse comorbilità.
- Con prevalenti malattie croniche/cronico-riacutizzate.
- In alcuni casi "robusti".
- In alcuni casi "fragili".
- Nella maggioranza dei casi complessi.
- A volte disabili, a rischio di perdita dell'autosufficienza.
- A volte instabili, in alcuni casi critici.
- Con limitata speranza di vita.
- In trattamento polifarmacologico.
- Con frequenti ricoveri ripetuti.
- In alcuni casi a rischio di dimissione difficile.
- Che richiedono il giusto tempo di ascolto e di valutazione.
- Che richiedono l'intervento di diversi specialisti.
- Condivisi fra diversi medici nel processo di assistenza.
- Che richiedono continuità assistenziale.

Fonte: Nardi R, Scanelli G, Borioni D, Grandi M, Sacchetti C, Parenti M, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. Eur J Intern Med 2007;18(4):283–7.

Conoscenza ed errori

Nonostante le diverse variabili addotte per la definizione della competenza clinica, è necessario ribadire che la conoscenza, ovvero la cultura medica, è determinante ai fini dei processi decisionali. Tra i fattori che contribuiscono a una mancata o ritardata diagnosi, i fattori cognitivi sono coinvolti nel 99% dei casi [20]. Gli errori diagnostici in Medicina Interna sono per lo più correlati a fattori cognitivi o di sistema; solo una minoranza di errori è definibile come non legata a una colpa specifica dell'operatore medico (errori commessi dal paziente, presentazione anomala di malattia ecc.) [21].

Gli errori connessi a deficit cognitivi sono da attribuire a scarsa conoscenza del problema, insufficiente raccolta di dati, mancanza di opportuna sintesi; gli errori da attribuire a difetti di sistema, invece, sono più spesso collegati a deficit organizzativi o problemi di disponibilità di idoneo materiale sanitario. Un elemento di rischio nella genesi di errori in Medicina è rappresentato dalla "overconfidence". Le principali cause di overconfidence, e quindi di errori cognitivi, per il clinico sono sintetizzate nel Box 7 [22,23].

I domini generali della competenza professionale in Medicina Interna

Nel 2007 la *European Federation of Internal Medicine* (EFIM) ha definito sei domini principali delle "core competencies" relative alla gestione del paziente in Medicina Interna: la conoscenza medica, le capacità di comunicazione, gli aspetti tecnico-professionali, i problemi etici e medico-legali, la

Box 7. Cause principali di "overconfidence" nella generazione di errori cognitivi

- Mancanza di integrazione e sintesi tra storia clinica e rilievi obiettivi (*synthesis step*).
- Automatismi di risposta (*automatic responses*).
- Chiusura prematura del caso.
- Ricerca dei dati che confermano l'ipotesi diagnostica iniziale (*confirmation bias*).
- Errori di contesto.
- Ricorso a un modello di riconoscimento diretto del pattern clinico presente, anziché a un modello di tipo ipotetico-deduttivo.

pianificazione organizzativa e il management, le attività accademiche [1]. Le modalità di formazione/revisione della competenza degli internisti sono ampiamente descritte in letteratura, senza elementi di dettaglio specifico. Per quanto riguarda le abilità strumentali specifiche, si richiamano le indicazioni dell'*American Board of Internal Medicine* (ABIM) sulle competenze richieste all'internista [24] (tab. 1). Nelle singole realtà operative è auspicabile poter disporre del "Manuale delle procedure e delle istruzioni operative" e di un "Registro delle procedure effettuate" (utile peraltro ai fini dell'accreditamento), da cui estrapolare la tipologia e le modalità delle prestazioni effettuate nel reparto, oltre che di dati oggettivi utili a verificare se queste sono state condizionate e discusse con i pazienti.

La valutazione della clinical competence del medico in Medicina Interna**La complessità della valutazione**

La valutazione della clinical competence non è una procedura semplice. Sono in gioco i diversi elementi della "docimologia autentica", per cui la complessità della valutazione deriva dal definire ciò che si deve valutare *esattamente* nel professionista, in rapporto alle caratteristiche intellettuali e ai compiti specifici richiesti. Un'ulteriore complicazione, oltre alla disomogeneità nella definizione di competenza, è rappresentata dalla non semplice elaborazione di strumenti – validati e riproducibili – utili all'assessment delle competenze. L'"ambito" della valutazione attiene a tre elementi fondamentali [1] (tab. 2):

- *che cosa* si valuta (conoscenze, abilità ecc.);
- *come* si valuta (test di conoscenza, test di abilità ecc.);
- *chi* valuta (eterovalutazione, autovalutazione, valutazione tra pari).

Nella verifica della competenza è necessario valutare le caratteristiche personali del professionista, in confronto al reale svolgimento dei compiti lavorativi, secondo parametri ottimali predefiniti.

È necessario poter utilizzare una pluralità di metodi per identificare le competenze attese, scegliere l'approccio in funzione della mansione e del contesto di riferimento, non solo individuando le competenze attese, ma graduandone

Tabella 1 Procedure in cui l'internista deve essere competente secondo l'American Board of Internal Medicine.

	Competenza richiesta nelle procedure seguenti:				Effettua la procedura con competenza e in sicurezza
	Conosce, comprende e spiega				
	Indicazioni, controindicazioni, riconoscimento precoce e gestione delle complicanze, gestione del dolore, procedure sterili	Manipolazione dei campioni	Interpretazione dei risultati	Modalità di richiesta del consenso informato	
Paracentesi addominale	X	X	X	X	
ACLS (Advanced Cardiac Life Support)	X	—	—	—	X
Posizionamento di catetere arterioso	X	—	X	X	
Artrocentesi	X	X	X	X	
Posizionamento di catetere venoso centrale	X	X	—	X	
Prelievo di sangue venoso	X	X	X	—	X
Prelievo di sangue arterioso	X	X	X	X	X
Incisione e drenaggio di ascesso	X	X	X	X	
Puntura lombare	X	X	X	X	
Intubazione nasogastrica	X	X	X	X	
Pap test e coltura cervicale	X	X	X	X	X
Posizionamento di linea venosa	X	—	—	—	X
Posizionamento di catetere arterioso polmonare	X	—	X	X	
Toracentesi	X	X	X	X	

Tabella 2 Chi valuta i professionisti medici: pro e contro.

Valutatore	Aspetti positivi	Aspetti negativi
Autovalutazione	Responsabilizzazione	Eccesso di autostima
Diretto superiore	Conoscenza diretta del valutato	Pregiudizi, conflitti
Responsabile del diretto superiore	Maggiore conoscenza delle esigenze aziendali	Scarsa conoscenza diretta del soggetto valutato
Colleghi di pari livello	Valutazione "tra pari", solidarietà e condivisione dei problemi	Invidia, rancori, rivalità
Subordinati	Motivazione a un clima organizzativo collaborativo	Rivendicazioni corporative
Clienti dell'azienda	Opportunità di feedback per l'azienda	Preconcetti verso il Servizio Sanitario Nazionale, conoscenza limitata degli aspetti organizzativi, aspettative ingiuste
Altri stakeholder (comunità locale, volontariato)	Opportunità di feedback per l'azienda	Interessi politici, economici e di lobby
Nucleo di valutazione esterno	Obiettività e professionalità, necessità di definire indicatori specifici	Insufficiente conoscenza diretta del clima organizzativo dell'azienda e delle sue esigenze
Nucleo di valutazione interno all'azienda	Conoscenza diretta delle esigenze e del clima organizzativo	Insufficiente garanzia di imparzialità, per legami o conoscenze dirette valutatori-valutato
Nucleo di valutazione misto	Integrazione fra obiettività, professionalità e conoscenza del contesto organizzativo aziendale	Possibili limiti di integrazione tra componenti esterni e interni

Fonte: Martini M. Ermeneutica e metodologia della valutazione. <http://www.comlas.it/documenti/Valutazione.ppt>.

anche la rilevanza. Nella valutazione va considerato sempre il punto di vista dell'organizzazione in cui opera il professionista, la quale richiede soprattutto obiettivi di efficienza operativa e cambiamenti comportamentali e di risultato in termini d'impatto organizzativo aziendale, corrispondenti ai livelli 3 e 4 del consolidato modello di Kirkpatrick et al. [25]. Il tema della competenza professionale è pertanto di grande interesse per l'organizzazione aziendale, in quanto non solamente utile nella selezione del personale, nella pianificazione della formazione e nella valutazione delle posizioni, ma anche per i sistemi retributivi e premianti e per la definizione dei compiti da svolgere (*privilegi*) [26–28].

Gli strumenti di valutazione della competenza clinica

In ambito clinico diversi sono i metodi e gli strumenti proposti per la valutazione della competenza professionale. Nella maggior parte dei casi, si misurano le prestazioni in base alle modalità di lavoro, ovvero in riferimento al "processo". Misurare in base agli esiti di cura o al volume delle attività è più difficile e problematico [28–30].

La valutazione in base alla gestione dei processi assistenziali

La valutazione dei processi assistenziali costituisce il metodo che "presenta i maggiori vantaggi ai fini della valutazione della competenza professionale. Esso infatti include la valutazione sia dei processi generali (approccio al malato, capacità decisionale, razionalità, conoscenza, saper fare, relazionalità e comunicazione con i malati, i familiari e il personale che opera nei reparti, capacità diagnostiche, prognostiche e terapeutiche, consulenze specialistiche, prevenzione, riabilitazione, rapporti con il territorio ecc.) sia di processi specifici orientati alla singola situazione clinica e al singolo paziente, valutato nella sua complessità, criticità e priorità di decisioni" [31].

Tra gli strumenti impiegati nella valutazione della clinical competence, e del regolare sviluppo dei processi e sottoprocessi assistenziali a essa correlati, può essere preso in considerazione il cosiddetto "blueprint assessment" (da *blueprint*: schema, progetto, piano, programma, struttura, piano d'azione, cianografia). Questo costituisce un metodo di approccio valutativo molto dettagliato, per il quale si chiede un'esecuzione assolutamente fedele. Il "blu" del termine si riferisce al colore delle vecchie cianografie usate per ottenere copie dei progetti ingegneristici da inviare nei cantieri. In sostanza il blueprint definisce il risultato che si desidera ottenere con le azioni che è necessario porre in essere (come dire: "va fatto esattamente così"), per realizzare il prodotto voluto in un processo di assistenza ottimizzato. Un esempio applicativo del blueprint assessment è quello proposto per la Medicina Interna, fra le altre discipline specialistiche, dal *Joint Royal Colleges of Physicians Training Board* [32], cui si rimanda.

Una proposta applicativa semplificata di valutazione delle conoscenze e delle competenze in riferimento ai processi assistenziali è riportata in fig. 3 [28].

Il ruolo delle Società Scientifiche nell'implementazione e nella valutazione della competenza professionale applicata al "mondo reale"

Da quanto enunciato è evidente che il percorso di implementazione e di valutazione della clinical competence risulta quanto mai complesso. A questo riguardo le Società Scientifiche possono/devono svolgere un ruolo determinante per i professionisti associati. Del resto "i medici, a titolo personale e attraverso le relative associazioni professionali, devono assumersi la responsabilità di partecipare alla creazione e all'implementazione di meccanismi atti a promuovere e migliorare la qualità delle cure". Le Società Scientifiche possono/devono esercitare un ruolo rilevante (Box 8), in particolare nel predisporre i percorsi formativi e di crescita culturale, attraverso azioni finalizzate a colmare il gap tra le competenze attuali e quelle desiderate. Tra gli scopi istituzionali delle Società Scientifiche [33] è prioritario quello della valorizzazione del ruolo della disciplina rappresentata, attraverso la tutela degli interessi professionali e culturali dei professionisti associati e la progettazione e realizzazione di iniziative atte a migliorare la qualità assistenziale; lo strumento operativo utilizzato è essenzialmente costituito dalla promozione della ricerca scientifica e di iniziative didattiche, formative e di aggiornamento. Per ottenere risultati tangibili è comunque necessario superare la sovrapposizione e l'intreccio di iniziative spesso ripetitive e contraddittorie da parte dei vari livelli istituzionali coinvolti, perseguendo una collaborazione strutturata fra Servizio Sanitario Nazionale, agenzie sanitarie regionali, università e scuole di specializzazione, Società Scientifiche e Aziende Sanitarie.

Box 8. Il ruolo delle Società Scientifiche nello sviluppo della clinical competence

- Identificare i processi diagnostico-terapeutici e i percorsi clinici di competenza, compresi quelli che promuovono la continuità assistenziale e il coordinamento ottimale delle cure in funzione del ruolo svolto nel processo di assistenza.
- Ottimizzare e, se necessario, reingegnerizzare le diverse fasi dei processi di cura.
- Individuare indicatori e standard espliciti e misurabili di qualità dell'assistenza.
- Incentivare operazioni di benchmarking e di audit.
- Definire le competenze tecniche di base, auspicabili e aggiuntive, definendo, in sostanza, la clinical competence dei professionisti coinvolti in tali processi.
- Promuovere la ricerca clinica, attraverso la realizzazione di studi di efficacy e di effectiveness sui problemi di salute emergenti.
- Promuovere e attuare la formazione dei professionisti, rendendosi garanti, anche attraverso la certificazione, del raggiungimento degli obiettivi formativi.

Box 9. Tipologie di studi da implementare nella ricerca in Medicina Interna

- Studi di epidemiologia convenzionale e clinica, utili per identificare e quantificare la domanda e i bisogni di salute (*survey cliniche, registri longitudinali*).
- Trial clinici randomizzati e controllati volti a individuare strategie appropriate per rispondere ai bisogni di salute; di particolare importanza sono quelli indirizzati ad aree orfane o comunque prive di risposte terapeutiche (*studi di efficacy*).
- Studi clinici osservazionali, utili per verificare l'impatto e la trasferibilità delle strategie diagnostiche e terapeutiche nella pratica clinica (*studi di effectiveness e di outcome*).

La ricerca clinica come strumento di conoscenza del "mondo reale"

L'attuale profilo professionale del medico internista (come di altri medici specialisti) vede oggi un gap crescente tra le conoscenze biologiche di base e le applicazioni cliniche nel "mondo reale". Nell'agire medico ci si trova di frequente a operare in ambiti di insicurezza per l'impatto in aree grigie della Medicina, dove le conoscenze sono incomplete e l'incertezza diventa modalità abituale nell'esercizio della professione. L'ingente mole di informazioni scientifiche è spesso difficile da strutturare in conoscenze organiche e utili nella pratica clinica quotidiana. Le linee guida e le raccomandazioni non sempre risultano aggiornate e libere da conflitti di interesse. In questo scenario la ricerca clinica promossa dalle Società Scientifiche può orientarsi verso settori di grande importanza strategica (problemi emergenti e di ampia estensione, settori a elevato impegno assistenziale, bisogni inevasi) attraverso la progettazione e la realizzazione di differenti tipologie di studi (Box 9): non solo trial clinici controllati (che pure rappresentano lo strumento di valutazione dell'efficacia dei trattamenti meno soggetto a bias), ma anche studi clinici osservazionali, survey epidemiologiche, registri longitudinali, studi di effectiveness (volti a valutare l'impatto e la trasferibilità delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche nella pratica clinica quotidiana).

Infine occorre sottolineare che la ricerca clinica assume di per sé un valore formativo ed etico-comportamentale, in quanto abitua il clinico al rigore e alla coerenza metodologici, favorisce il confronto tra gli operatori coinvolti, rappresenta uno stimolo culturale rivolto allo sviluppo e all'innovazione, indirizza il medico alle norme della "good clinical practice" secondo regole di trasparenza. Come sia possibile trasferire i risultati dalla ricerca alla pratica clinica quotidiana è oggi un problema di fondamentale importanza e, al tempo stesso, di non facile soluzione [34].

Quale formazione efficace per un'assistenza di qualità?

Altrettanto difficile risulta poter garantire la qualità della *formazione continua* e dell'informazione. Per questa finalità

risulta utile creare uno stretto legame tra ricerca e formazione, con la partecipazione e il coinvolgimento degli operatori, attivando un percorso virtuoso di miglioramento della qualità assistenziale. Gli studi clinici possono cioè diventare occasione per integrare nei comportamenti le migliori pratiche cliniche e per individuare i principali bisogni formativi degli operatori sanitari.

In questo percorso assai difficile possono fornire un prezioso aiuto fattori quali la creazione di una rete di collaborazione tra i differenti attori del sistema, il confronto tra i vari soggetti professionali coinvolti, lo stretto monitoraggio dei processi e dei risultati, la progettazione e realizzazione di percorsi formativi finalizzati a realizzare un miglioramento dell'assistenza [35–37].

Per formazione efficace s'intende un processo formativo in grado di migliorare la pratica professionale quotidiana, con ricadute positive sul malato in termini di esiti sanitari. Un modello ottimale di valutazione della formazione dovrebbe comprendere tutti i 4 livelli di Kirkpatrick (Fig. 4): gradimento dei partecipanti (*item di valutazione disaggregati*); conoscenze e abilità (*strumenti adeguati di valutazione*); cambiamenti delle performance professionali (*strumenti oggettivi di verifica*); ricadute positive sullo stato di salute dei pazienti. È tuttavia una falsa convinzione ritenere che sia sufficiente aumentare le conoscenze generali per ottenere un miglioramento della pratica clinica e, di conseguenza, dello stato di salute dei pazienti. Occorre spostare l'attenzione dalla *formazione continua* (di per sé condizione necessaria, anche se non sufficiente, per migliorare la qualità dell'assistenza) allo *sviluppo professionale continuo*, inteso come sviluppo complessivo di tutte le conoscenze, abilità e capacità comprese nel processo di cura. I percorsi di aggiornamento sono di per sé relativamente semplici da progettare e organizzare, non richiedono costi elevati, ma presentano grandi limiti: non hanno un orientamento al setting professionale specifico, non portano allo sviluppo di modelli innovativi di intervento, coinvolgono in modo limitato i discenti, prevedono un intervento essenzialmente rivolto agli aspetti cognitivi, non garantiscono il sostegno alle motivazioni degli operatori e soprattutto non prevedono una verifica della reale efficacia formativa. Al contrario, gli interventi formativi, affinché possano risultare realmente efficaci, dovrebbero essere orientati ad affrontare tutti i problemi cognitivi, pragmatici e relazionali peculiari del contesto professionale dei discenti, prevedendo il loro coinvolgimento diretto [38,39]. L'aula di insegnamento è assai differente dal contesto in cui si svolge l'abituale attività professionale; i modelli didattici tradizionali sono spesso troppo lontani dalle situazioni reali e i contenuti possono risultare inadeguati rispetto agli obiettivi attesi. Inoltre, la valutazione degli eventi formativi non può limitarsi a misurare la soddisfazione del discente, ma occorre verificare in modo approfondito il livello di apprendimento e il trasferimento delle conoscenze nella pratica professionale. L'individuazione delle risposte cliniche da fornire al paziente ovvero l'analisi delle condizioni utili per un processo di riorganizzazione dei percorsi di cura, anche se prive di un immediato impatto clinico, possono permettere di meglio indirizzare il programma formativo [1,40]. Alla base del processo formativo si pongono comunque la valutazione e la definizione delle competenze professionali necessarie per svolgere una determinata funzione, un determinato compito.

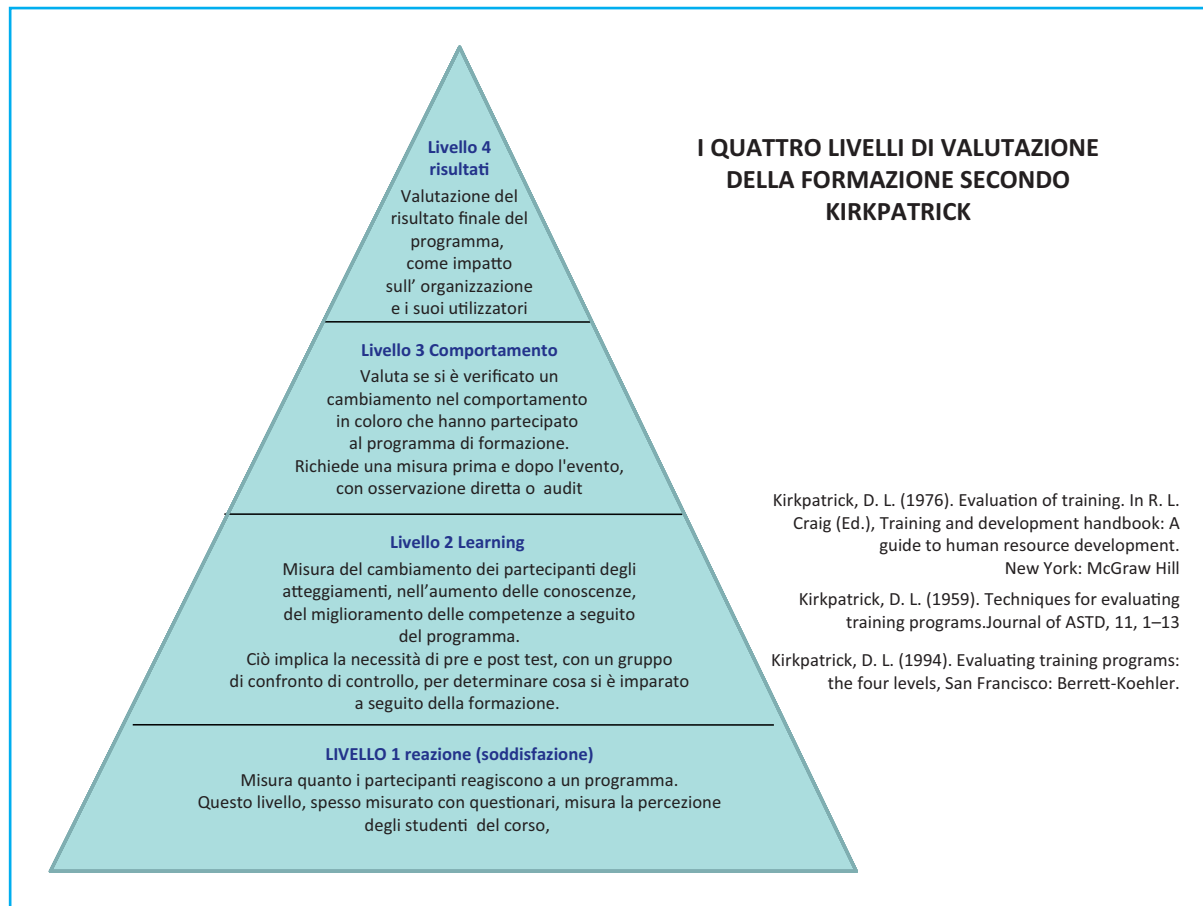


Figura 4

Vi sono oggi concrete evidenze che la formazione continua, organizzata secondo regole e metodi didattici corretti, possa modificare in senso migliorativo i profili assistenziali. Ciò si rende palese soprattutto quando i processi formativi escono dalle aule di insegnamento per trasferirsi nelle sedi in cui vengono quotidianamente svolti i compiti assistenziali. Si tratta, cioè, di applicare un modello che sia in grado di integrare l'Educazione Continua in Medicina nella pratica clinica routinaria o, in altri termini, imparare mentre si affrontano nella pratica i problemi correnti della clinica ("learning while solving real clinical problems") [41]. Questo modello formativo si fonda su quattro momenti affrontati in successione:

- *individuazione dei bisogni formativi del discente* (problemi prioritari, ricerca attiva in letteratura delle evidenze disponibili);
- *formazione e apprendimento* (apprendimento durante la soluzione dei problemi quotidiani, discussione di casi clinici e "giro visita");
- *utilizzo delle informazioni* (informazioni più rilevanti inserite nella pratica clinica corrente, elaborazione di documenti scritti, protocolli e raccomandazioni);
- *azioni di rinforzo* (introduzione delle conoscenze acquisite nella pratica assistenziale, individuazione e rimozione degli ostacoli al cambiamento organizzativo).

Questo percorso di eccellenza, oltre che di miglioramento continuo della pratica clinica, si inserisce appieno nel concetto di clinical governance, intesa come processo finalizzato

a implementare un sistema di qualità che tenda a migliorare gli esiti sanitari ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La centralità del momento formativo diventa pertanto elemento strategico del sistema, promuovendo e supportando la crescita professionale [42].

La griglia di valutazione delle competenze dell'internista: strumento proposto da FADOI per la valutazione della clinical competence

L'ipotesi di lavoro su cui si fonda il contenuto della clinical competence del medico internista prevede la definizione di schede di *valutazione delle competenze dell'internista*, al fine di graduarne i *livelli decisionali di responsabilità e di consapevolezza*, utili per l'accreditamento istituzionale, la valutazione professionale e la progressione formativa sulla scorta del "modus operandi" e del pensiero scientifico della FADOI.

Il contenuto del lavoro non riguarda al momento lo sviluppo professionale dei dirigenti medici internisti titolari di struttura semplice, struttura semplice dipartimentale, struttura complessa. Il primo step da definire attiene il livello di segmentazione delle competenze dell'internista, ovvero il momento in cui il medico passa tra le varie fasi di "maturità professionale" del proprio percorso di sviluppo professionale.

Sono stati selezionati tre livelli di crescita professionale, la cui sommatoria *definisce embrionalmente* il percorso

completo del medico che da una professionalità "di base" può accedere a una professionalità "ottimale" fino all'"eccellenza", in funzione dell'acquisizione dei requisiti richiesti da ogni livello. È stata inoltre creata una colonna per le "competenze distintive" contraddistinte per ogni patologia (dominio) e che in considerazione della loro peculiarità possono, ma non necessariamente devono, essere possedute dal professionista. La scelta delle singole patologie da esplorare è avvenuta valutando quella a maggiore prevalenza nell'ambito della Medicina Interna.

Conclusioni: il contesto operativo, le responsabilità delle società scientifiche e dei singoli professionisti

La complessità della definizione, dell'accertamento e della validazione della clinical competence in Medicina Interna pone un ineludibile quesito su quali istituzioni o enti possano essere accreditati (ovvero riconosciuti dal Ministero della Salute e dalle Aziende Sanitarie) quali garanti di una certificazione "on work" e di una verifica periodica della competenza clinica. È ferma convinzione di FADOI che questo delicatissimo compito spetti alle Società Scientifiche in possesso di idonei requisiti accertati e validati dagli enti nazionali competenti.

È necessario perseguire obiettivi di accreditamento (non formali ma professionali, non strutturali ma sostanziali) dei professionisti. Questi obiettivi dovrebbero essere scevri da interessi corporativi, ma fondati su elementi oggettivi di giudizio. Gli strumenti di valutazione dovrebbero essere condivisi e applicabili in tutti i casi, a prescindere dal contesto (universitario, ospedaliero, di ospedalità privata convenzionata), con un approccio di revisione "tra pari" (peer review) e in base a espliciti indicatori di qualità assistenziale occorre comunque ricordare che le competenze e le abilità richieste al singolo medico variano in funzione del contesto operativo: la competenza professionale è da considerare contesto-dipendente.

Lo sforzo compiuto da FADOI nell'elaborazione di un possibile strumento di riferimento, utile sia per il percorso formativo sia per la valutazione della clinical competence dell'internista, si propone di uniformarsi a questi obiettivi.

Al singolo professionista resta l'imprescindibile e doverosa necessità – gravata da evidenti implicazioni di ordine etico – di valutare i propri bisogni/obiettivi formativi, allo scopo di garantire al paziente, alle aziende ospedaliere e alla società in cui opera un'attività professionale sempre orientata al miglioramento e all'eccellenza professionale.

Bibliografia

- [1] Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 2002;359(9305):520–2.
- [2] ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243–6.
- [3] Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287(2):226–35.
- [4] Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2007;20(1):13–6.
- [5] Marvin JS. Invited commentary: Professionalism in 21st-century medicine. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2007;20(1):16–7.
- [6] Devoto G, Oli GC. *Vocabolario della lingua Italiana*. Firenze: Le Monnier; 2009.
- [7] Protocollo d'intesa tra il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e FORMEZ AGENAS FIASO ASL Aziende Ospedaliere per la sperimentazione dell'applicazione della Riforma Brunetta nell'ambito della valutazione del personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. 20 gennaio 2010. <http://www.innovazionepa.gov.it/media/621079/allegato%20%20protocollo.pdf>
- [8] The Joint Commission. Competency Assessment. http://www.jointcommission.org/certification/health_care_staffing_services.aspx (March 6, 2009).
- [9] Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65(9 Suppl):S63–7.
- [10] Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ* 2003;326(7392):753–5.
- [11] Associazione Italiana per la Formazione Manageriale. Glossario ASFOR. *Rivista Associazione Italiana Formazione Manageriale* 2006;XVIII(1 Suppl). http://www.asfor.it/sitounovo/LETTERA%20ASFOR/Asfor_Glossario_2006.pdf
- [12] Cartabellotta A. Workshop. La valutazione della competenza professionale, <http://www.gimbe.org/eventi/competence/index.htm>
- [13] Stevens DP. Quality and safety are rarely simple. *Qual Saf Health Care* 2009;18(2):82–3.
- [14] Nardi R, Fabbri T, Belmonte G, Leandri P, Mazzetti M, Pasquale A, et al. Medicina interna, paziente complesso, evidence based medicine e le non evidenze. *It J Med* 2009;3(4):191.
- [15] Gordon DR. Clinical science and clinical expertise: Changing boundaries between art and science in medicine. In: Lock M, Gordon DR, editors. *Biomedicine Examined*. Boston, MA: Kluwer; 1988. p. 257–95.
- [16] Morin E. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina; 2001.
- [17] Mathews SC, Pronovost PJ. Physician autonomy and informed decision making: finding the balance for patient safety and quality. *JAMA* 2008;300(24):2913–5.
- [18] Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med* 2005;142(9):756–64.
- [19] Sandhu H, Carpenter C, Freeman K, Nabors SG, Olson A. Clinical decisionmaking: opening the black box of cognitive reasoning. *Ann Emerg Med* 2006;48(6):713–9.
- [20] Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med* 2006;145(7):488–96.
- [21] Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med* 2005;165(13):1493–9.
- [22] Croskerry P, Norman G. Overconfidence in clinical decision making. *Am J Med* 2008;121(5 Suppl):S24–9.
- [23] Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med* 2008;121(5 Suppl):S2–23.
- [24] American Board of Internal Medicine. Internal Medicine Policies: Procedures required for internal medicine. <http://www.abim.org/certification/policies/imss/im.aspx>
- [25] Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating Training Programs*, 3rd Ed., San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2006.
- [26] Levati W, Sarò MW. *Il modello delle competenze*. Milano: Franco Angeli; 1998.
- [27] Angugiario P. Il modello delle competenze: una moda o una rivoluzione? http://www.studio-am.it/NewFiles/tam_modello.html

- [28] Sebastiani S, Guadagno V, Guerrieri C. Quali competenze? Scenario 2005;22(3):20–6, http://www.riaonweb.it/Documenti/didattica/quali_competenze.pdf.
- [29] Bezzi C. Glossario della ricerca valutativa, Versione 5.1.1. 28 maggio 2009. <http://www.valutazione.it/PDF/Glossario.pdf>
- [30] Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975;1(5955):447–51.
- [31] Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357(9260):945–9.
- [32] Joint Royal Colleges of Physicians Training Board. [http://www.jrcptb.org.uk/Specialty/Pages/General\(Internal\)Medicine.aspx](http://www.jrcptb.org.uk/Specialty/Pages/General(Internal)Medicine.aspx)
- [33] Statuto FADOI 2009. <http://www.fadoi.org/cont/ist/chi-siamo/0712/0612/statuto-351all2.pdf>
- [34] Lenfant C. Shattuck lecture—clinical research to clinical practice—lost in translation? *N Engl J Med* 2003;349(9):868–74.
- [35] Krumholz HM, Baker DW, Ashton CM, Dunbar SB, Friesinger GC, Havranek EP, et al. Evaluating quality of care for patients with heart failure. *Circulation* 2000;101(12):E122–40.
- [36] Gibbons RJ, Smith S, Antman E, American College of Cardiology; American Heart Association. American College of Cardiology/American Heart Association clinical practice guidelines: Part I: where do they come from? *Circulation* 2003;107(23):2979–86.
- [37] Gibbons RJ, Smith Jr SC, Antman E, American College of Cardiology; American Heart Association. American College of Cardiology/American Heart Association clinical practice guidelines: Part II: evolutionary changes in a continuous quality improvement project. *Circulation* 2003;107(24):3101–7.
- [38] Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD003030.
- [39] Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282(9):867–74.
- [40] Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002;288(9):1057–60.
- [41] Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ* 2004;329(7473):1017.
- [42] Heard SR, Schiller G, Aitken M, Fergie C, McCready Hall L. Continuous quality improvement: educating towards a culture of clinical governance. *Qual Health Care* 2001;10(Suppl 2):ii70–8.



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



“Bedside teaching”: competenza clinica e formazione sul campo. Torniamo all’antico per essere moderni

Antonino Mazzone^a, Fabrizio Colombo^b, Davide Croce^c, Roberto Nardi^d

^a UOC Medicina Interna, Ospedale Civile di Legnano, Milano

^b UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca’ Granda, Milano

^c Università C. Cattaneo LIUC, Castellanza (VA)

^d UOC Medicina Interna, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

Introduzione

La formazione del medico presuppone l’acquisizione della competenza clinica, che richiede conoscenza, abilità, capacità tecniche e relazionali. La competenza clinica è la risultante, in sostanza, di tre principali elementi: il sapere, il saper fare e il saper essere.

Il primo, il *sapere*, racchiude in sé l’insieme di teoria, concetti, conoscenze scientifiche e in passato si identificava con la figura del “Maestro”. Il *saper fare*, che comprende tutto ciò che un professionista dovrebbe essere in grado di eseguire in un determinato contesto di lavoro, e il *saper essere*, che definisce come comportarsi in una situazione specifica, sono l’esito di un processo fondato sul confronto quotidiano, su rapporti costruttivi, sulla capacità di interagire con gli altri professionisti medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici.

Il “bedside teaching” presenta da sempre interesse per l’insegnamento in Medicina ed è stato trattato dai più illustri precettori (box 1).

Questi concetti rappresentano quanto di più attuale è necessario perseguire per una formazione medica orientata al paziente: la competenza clinica come sintesi di conoscenza, abilità, intuizione e capacità relazionale. Essi permettono di perseguire una buona “esperienza pratica sul campo”, utile a migliorare conoscenza e competenze, ma anche un effettivo beneficio per il paziente, che si

Box 1.

- *Ippocrate* (460-370 a.C.): non solo un precettore, ma anche pragmatico osservatore itinerante, ci ha lasciato un principio fondamentale sul metodo: “Osservare tutto e studiare il paziente piuttosto che la malattia”.
- *Jacobus Sylvius* (1614-1672), anatomista e medico francese, fu uno dei promotori dell’addestramento sul campo: “Il mio metodo è accompagnare per mano i miei studenti nella pratica della Medicina, portandoli a vedere ogni giorno i malati nell’ospedale pubblico, affinché possano ascoltare i pazienti e i loro sintomi e valutarne l’esame obiettivo. Poi chiedo ciò che hanno osservato, i loro pensieri e le percezioni in merito alle cause della malattia e al possibile trattamento”.

sente soggetto di interesse “particolare e meticoloso” nel dibattito di un gruppo di medici [1,2]. Il bedside teaching definisce quell’attività di affiancamento e addestramento con la presenza fisica del paziente, necessaria nel percorso formativo di crescita del medico.

L’apprendimento al letto del paziente ha subito un drastico ridimensionamento negli ultimi anni, in relazione a un’accentuata enfattizzazione delle tecnologie di immagine

e di laboratorio – in grado di consentire una più semplice, pur scientificamente valida, lezione in aula, utile anche a superare le crescenti difficoltà organizzative delle strutture didattiche –, al maggior numero di pazienti da visitare e alla diminuzione dei tempi di degenza degli stessi. Purtroppo le tecnologie formative basate sull’imaging e sulla comunicazione a distanza non consentono di rendere conto della complessità dei pazienti ricoverati nei reparti di Medicina Interna, gravata dalla presenza di patologie epidemiologiche rilevanti per la gestione di tali malati [3,4]. Il modello di apprendimento del bedside teaching può costituire un completo metodo di formazione, sulla base di diverse strategie didattiche.

Tecniche di teaching

Shadowing (role modelling)

Consente di apprendere – dal comportamento del medico senior durante le visite al paziente – l’atteggiamento nei confronti del paziente, l’approccio professionale, la capacità di gestione delle situazioni difficili e del trattamento di cura. Limiti di questa tecnica sono l’apprendimento passivo e l’affidarsi alla sola capacità critica di osservazione e riflessione dello specializzando.

Patient-centred teaching

In contrasto con la precedente, questa tecnica coinvolge attivamente il medico in formazione, chiamato a seguire il trattamento sin dalla fase iniziale. Questi assiste il paziente direttamente ed è incoraggiato a esporre i casi trattati e discutere sulla gestione degli stessi. Il discente si trova costretto a mettere in pratica ciò che ha appreso dallo studio. È l’approccio più corretto, ma con il limite di un considerevole dispendio di tempo per la discussione/confronto con il paziente.

Report-back model

In questo approccio il discente visita da solo il paziente e consegna il report al senior, presentando le proprie valutazioni di diagnosi, con conseguente fase di discussione e confronto.

Direct observation

Il senior osserva direttamente la visita dello specializzando al paziente, in modo che questi possa essere valutato nel suo complesso, dal punto di vista sia clinico sia relazionale. È una tecnica molto utile per valutare competenze mirate dello specializzando.

Videotaped interviews

Dopo aver ottenuto il consenso del paziente, lo specializzando registra la visita. In seguito la registrazione viene visionata dal senior (e se necessario dagli altri specializzandi) come materiale di lezione. Questo metodo offre l’importante vantaggio di poter interrompere la visione della registrazione nei punti ritenuti fondamentali. Per una sintesi sulle diverse tecniche si veda la [tabella 1](#).

Discussione

Il bedside teaching permette, oltre a una pratica esperienza sul campo per migliorare conoscenza e competenze, un beneficio per il paziente, il quale si sente oggetto di meticoloso interesse e di dibattito di un gruppo di medici.

Le grandi strutture ospedaliere possiedono tutte le potenzialità richieste per offrire una buona formazione: casistica, complessità, tecnologia, cultura. Complessità e casistica sono sì elementi necessari per offrire un ventaglio diagnostico più completo possibile, ma spingono l’apprendimento a un rovesciamento concettuale: il “bedside” diviene sede di apprendimento empirico autonomo per lo specializzando, che incrementa il proprio know-how grazie ad approcci progressivi e non a un confronto costruttivo tra colleghi sulle casistiche più disparate [5,6].

Il riconoscimento della clinical competence in Medicina Interna dovrebbe corrispondere a un processo diffuso a tutte le strutture ospedaliere pubbliche, secondo percorsi accreditati dalle Regioni sulla base di criteri espliciti. Ben vengano gli ospedali d’insegnamento per contribuire, insieme alle università e alle istituzioni regionali, a valutare, definire e accreditare le strutture ospedaliere che sono in grado di evidenziare le specifiche competenze professionali.

Tabella 1 Tecniche di insegnamento.

	Apprendimento diretto	Coinvolgimento attivo	Autonomia	Presenza del medico senior	
				Attiva	Passiva
Shadowing	X			X	
Patient-centred		X	X		
Report-back			X		
Direct observation			X		X
Videotaped interviews			X		

Bibliografia

- [1] Doshi M, Brown N. Whys and hows of patient-based teaching. *Adv Psychiatric Treat* 2005;11:223–31.
- [2] La Combe MA. On bedside teaching. *Academia and clinic. Ann Intern Med* 1997;126(3):217–20.
- [3] Nair B, Coughlan J, Hensley M. Impediments to bed-side teaching. *Med Educ* 2002;32(2):159–62.
- [4] Nardi R, Fabbri T, Belmonte G. Medicina interna, paziente complesso, evidence-based medicine e le non evidenze. *It J Med* 2009;3(4):191–200.
- [5] Upshur R, Shawn T. Chronicity and complexity: is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician* 2008;54(12):1655–8.
- [6] ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243–6.



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



Modelli di valutazione della clinical competence del medico specialista internista ospedaliero

Roberto Nardi^a, Giovanni Mathieu^b, Franco Berti^c, Cristina Filannino^d, Antonio Greco^e, Carlo Nozzoli^f, Antonino Mazzone^g, a cura del gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi¹

^a UOC Medicina Interna, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

^b UOC Medicina Interna, Ospedale Edoardo Agnelli, Pinerolo (Torino)

^c UOC Medicina Interna, Ospedale San Camillo Forlanini, Roma

^d SDA Bocconi, Milano

^e UOC Geriatria, Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

^f UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

^g UOC Medicina Interna, Ospedale Civile di Legnano (MI)

Introduzione

Il tema della definizione delle competenze professionali, della loro valutazione e del loro sviluppo è di fondamentale importanza nell'attuale contesto sanitario, trovandosi il medico a operare in un ambito in cui la rapida obsolescenza dei saperi tecnico-scientifici impone una continua revisione

delle conoscenze e delle abilità. I frequenti cambiamenti organizzativi e gestionali richiedono una pronta adesione ai modelli innovativi definiti, con adeguate capacità propositive e sufficiente flessibilità di risposta da parte dei professionisti. Un'approfondita riflessione sulle competenze professionali sta pertanto diventando un'esigenza ineludibile sotto il profilo sia clinico sia etico-comportamentale.

¹ **Editors:** Antonino Mazzone, Legnano (MI); Carlo Nozzoli, Firenze; Franco Berti, Roma; Fabrizio Colombo, Milano; Cristina Filannino, Milano; Antonio Greco, Acquaviva delle Fonti (BA); Giovanni Mathieu, Pinerolo (TO); Mauro Mattarei, Rovereto (TN); Roberto Nardi, Bologna; Michele Stornello, Siracusa; Irene Stornello, Roma; Stefania Nardi, Bologna.

Supervisor: Marco Candela, Fabriano (AN); Giorgio Cioni, Pavullo (MO); Marco Grandi, Sassuolo (MO); Gualberto Gussoni, Milano; Ido Iori, Reggio Emilia; Paolo Leandri, Bologna; Francesco Cipollini, Ascoli Piceno; Andrea Fontanella, Napoli; Domenico Panuccio, Bologna; Giuliano Pinna, Asti; Filippo Salvati, Chieti; Francesco Sgambato, Benevento; Maurizio Ventrucci, Bologna.

Gruppo di consenso: Giorgio Ballardini, Rimini; Riccardo Battelli, Angera (VA); Alberto Camaiti, Livorno; Michele Cannone, Canosa di Puglia (BT); Efsio Chessa, Ghilarza (OR); Giuseppe De Mattheis, Città Sant'Angelo (PE); Audenzio D'Angelo, Palermo; Roberto Frediani, Verbania; Anna Gargiulo, Caserta; Giovanni Gulli, Reggio Calabria; Giuseppe Lombardo, Milano; Pietro Marino, Milano; Bruno Mongiardo, Viterbo; Lionello Parodi, Savona; Ruggero Pastorelli, Roma; Cecilia Politi, Isernia; Alfredo Porro, Garbagnate Milanese (MI); Antonino Praticò, Bagno di Romagna (FC); Fabio Precotto, Este (PD); Pier Giorgio Rabitti, Napoli; Massimo Rondana, San Vito al Tagliamento (PN); Pierangelo Santori, San Benedetto del Tronto (AN); Francesco Serafini, Mestre (VE); David Terracina, Roma.

Gruppo di consenso giovani: Raffaella Bassu, Pescia (PT); Luca Bonanni, Mestre (VE); Luigi Carbone, Roma; Mariangela Di Lillo, Fano (PU); Paola Gnerre, Micaela La Regina, Milano; Domenico Montemurro, Adria (RO); Maicol Onesta, Fabriano (AN); Roberta Re, Novara; Daniela Tirota, Cattolica (RI).

L'adesione a un percorso di valutazione delle performance lavorative rappresenta per il medico un momento essenziale per lo sviluppo continuo delle competenze e per una miglior capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

La mission della Medicina Interna è volta a migliorare la qualità e l'efficacia delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche, assistenziali del malato medico (tabella 1), garantendo l'appropriatezza del ricovero e della terapia, riconoscendo e trattando le urgenze affinché il paziente medico ospedalizzato sia correttamente preso in carico con una definizione e gestione del suo percorso complessivo, fino all'affidamento al medico curante e/o alla rete dei servizi territoriali. Tra gli obiettivi istituzionali di una società scientifica vi è quello di rappresentare un "luogo di cultura" in cui il medico può sviluppare i propri saperi e le proprie competenze distintive, attraverso l'adesione alle iniziative proposte nel campo della ricerca e in ambito formativo, favorendo un confronto tra differenti esperienze lavorative e pratiche cliniche e sviluppando le caratteristiche peculiari della disciplina che rappresenta.

Anticipando le richieste che potrebbero essere imposte da future iniziative di accreditamento a livello regionale o nazionale – attraverso disposizioni legislative o contrattuali – e orientandosi a esperienze internazionali già consolidate, FADOI ha ritenuto opportuno mettere a punto un percorso sperimentale di monitoraggio e valutazione delle competenze dei propri iscritti i quali, in modo volontario, desiderino uscire da un'autoreferenzialità specialistica e siano disponibili a misurarsi con un sistema di indicatori e di buone pratiche cliniche appositamente individuate. Siamo fermamente convinti che una gestione di questo processo attraverso un coinvolgimento attivo delle Società Scientifiche possa non soltanto raccogliere importanti contributi in merito alla definizione degli indicatori di performance, ma anche lasciare ampi spazi per lo sviluppo di progetti innovativi che vedano la diretta partecipazione di chi è coinvolto nell'agire medico quotidiano e ha consapevolezza delle situazioni esistenti. Questo progetto, nato da una partnership tra FADOI e SDA Bocconi, rappresenta un primo importante passo nella definizione di un nuovo ruolo delle Società Scientifiche, quali promotrici dello sviluppo e del monitoraggio continuo della professionalità individuale del medico internista. L'obiettivo che si intende perseguire è volto a esplicitare le attività, le esperienze e le competenze dei medici di Medicina Interna necessarie a esercitare il loro ruolo per poter costruire un percorso formativo basato sulle rilevazioni dei saperi acquisiti e delle abilità tecnico-scientifiche.

I tratti distintivi della Medicina Interna si fondano sui seguenti elementi:

- pluripotenzialità, intesa come capacità di sviluppare e integrare conoscenze e competenze multiple;

Tabella 1 Prerogative distintive della Medicina Interna.

- Abilità di sintesi clinica
- Capacità di diagnosi e terapia
- Elevata flessibilità funzionale riferita a pazienti con patologie pluriorgano, complesse o sistemiche o con più malattie di carattere medico coesistenti nello stesso individuo

- flessibilità, che consiste nella capacità di adattare e modificare le priorità di intervento sia nel singolo paziente sia in risposta alle necessità epidemiologiche del territorio;
- interdipendenza funzionale, nella consapevolezza che il case-mix dei pazienti in carico richiede una dipendenza reciproca con diversi interlocutori, ma al tempo stesso necessita di una "regia" unitaria rispetto al singolo caso;
- economicità, che richiede un'efficiente gestione dei posti letto (comunque meno costosi rispetto a quelli con indirizzo di alta specializzazione), peraltro con un differente turnover determinato dal frequente ricovero di pazienti con problematiche irrisolte o a elevata complessità per la presenza di multiple comorbidità e interazioni di ordine fisiopatologico, clinico e socioassistenziale.

La sintesi delle caratteristiche sopra citate orienta verso un professionista in continua formazione, consapevole del proprio ruolo nel contesto organizzativo, con comportamenti congruenti, a valenza multidimensionale, suscettibili di valutazione (fig. 1).

La valutazione professionale rappresenta una sfida per il cambiamento "culturale" richiesto a quanti lavorano nell'ambito del Sistema Sanitario (pubblico o privato convenzionato), che accettano di venire "osservati in modo costruttivo" rispetto al ruolo che esercitano, a ciò che fanno e a ciò che "dovrebbero fare". È evidente che il processo di valutazione deve essere caratterizzato da elementi espliciti, che ne garantiscano oggettività e trasparenza sulla metodologia utilizzata.

La valutazione delle competenze proposta da FADOI utilizza specifici standard di riferimento e indicatori di natura professionale al fine di verificare se il dirigente medico è un "buon professionista", cioè sufficientemente "esperto" nel proprio lavoro, capace di risolvere problemi specialistici di elevata complessità.

Il progetto non si pone come alternativa a decisioni e strumenti tipicamente istituzionali e/o aziendali in merito alle politiche di gestione delle risorse umane, bensì come strumento di riferimento specifico per la formazione, la valutazione e il monitoraggio delle capacità professionali dei medici specialisti ospedalieri di Medicina Interna.

La griglia dei "domini di competenza" proposta

L'ipotesi di lavoro su cui si è fondato il contenuto della "clinical competence" è stata quella di definire una griglia di valutazione delle competenze del medico internista, al fine di graduarne i livelli di responsabilità decisionale e di consapevolezza del ruolo, utili per conseguire una forma di accreditamento istituzionale e per costruire un percorso di progressione formativa e di crescita professionale. L'obiettivo finale è quello di delineare percorsi di sviluppo professionale idonei alla crescita nell'ambito della disciplina specialistica. A tal fine FADOI, in collaborazione con SDA Bocconi, ha progettato e realizzato un percorso di interazione attiva con un gruppo di direttori di struttura complessa di Medicina Interna operanti su tutto il territorio nazionale, per l'individuazione delle competenze professionali dei dirigenti internisti ospedalieri che volontariamente vorranno aderire al progetto, anche ai fini di un possibile accreditamento e/o certificazione (rimandiamo in proposito al

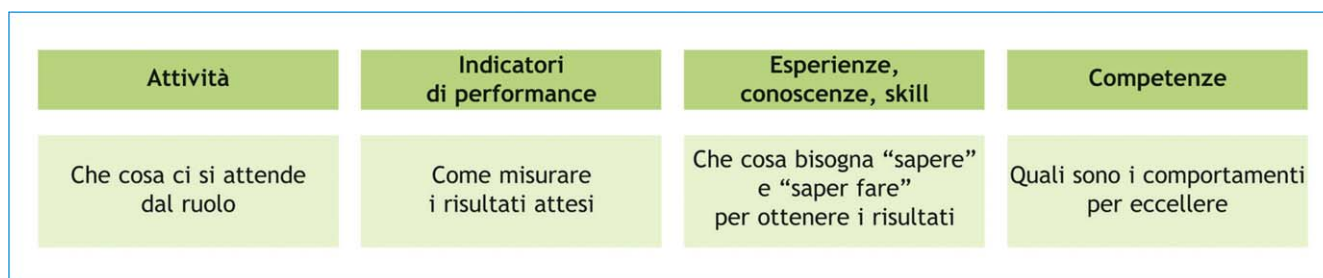


Figura 1 Misurazione dei contenuti del ruolo del medico internista.

programma "La valutazione della clinical competence in Medicina Interna: integrazione tra competenze professionali e competenze manageriali dei valutatori" presentato il 14 giugno 2010 presso la SDA Bocconi di Milano).

La mappa delle competenze peculiari del medico di Medicina Interna si articola in due parti distinte, una di natura strettamente specialistico-professionale e una di ordine organizzativo-gestionale relativa alle caratteristiche personali, con i seguenti obiettivi:

- costruire percorsi di buona pratica clinica, verificando, validando e migliorando le competenze professionali dei dirigenti attraverso metodologie formative innovative, idonee a favorire la crescita professionale;
- facilitare il compito dei direttori di struttura e dei dirigenti medici internisti nelle attività cliniche e gestionali, al fine di perseguire un'appropriata gestione delle risorse, in sintonia con gli obiettivi del contesto operativo.

Il contenuto del progetto non riguarda, al momento attuale, lo sviluppo professionale dei dirigenti medici internisti titolari di struttura semplice, struttura semplice dipartimentale, struttura complessa.

Nella costruzione della griglia, per l'individuazione dei diversi domini della competenza internistica nei vari ambiti nosologici, sono stati considerati prevalentemente i dati forniti dal Progetto Minerva, relativi a 130 UOC di Medicina Interna e a 161.961 schede di dimissione ospedaliera (SDO),

in cui erano individuate le principali patologie afferenti ai reparti di Medicina Interna (tabella 2) [a].

A partire da tale analisi epidemiologica di base, sono state selezionate le principali patologie che, per rilevanza statistico-epidemiologica, importanza e criticità gestionale sono state considerate dal gruppo di lavoro di maggiore importanza, ai fini dell'analisi specifica sulle competenze richieste.

Nella proposta di valutazione della crescita professionale sono stati selezionati tre differenti livelli; l'acquisizione del livello superiore presuppone il possesso di quello inferiore. L'integrazione e la sommatoria dei vari livelli definiscono *in massima* il percorso completo del medico internista, che da una professionalità di base può accedere a un livello di professionalità ottimale o di eccellenza qualora risponda "pienamente" ai requisiti richiesti per ogni singolo livello. I livelli di "graduazione" considerati compendiano elementi riferiti alle conoscenze, abilità, attitudini, secondo diverse fasi di sviluppo formativo (tabella 3). È stato introdotto il concetto di *competenza distintiva*, riguardante la capacità di saper svolgere un'attività professionale di un livello peculiare, in funzione di ciascuna patologia considerata, quando utile a fornire una risposta a specifici bisogni di salute del malato; il medico può possederla *in aggiunta* alle competenze richieste per la funzione specialistica e si riferisce all'erogazione di prestazioni di tipo medico subspecialistico.

Tabella 2 Il progetto Minerva: 130 UOC di Medicina Interna, 161.961 SDO relative al 2002.

DRG*	Diagnosi	N. casi
127	Insufficienza cardiaca e shock	12.956 (= 8%)
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	7.774
014	Malattie cerebrovascolari specifiche, eccetto attacco ischemico transitorio	5.830
134	Ipertensione arteriosa	4.858
089	Polmonite semplice e pleurite (età > 17 anni)	4.372
202	Cirrosi epatica ed epatite alcolica	4.210
395	Anomalie dei globuli rossi (età > 17 anni)	4.049
294	Diabete (età > 35 anni)	4.040
015	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	3.725
183	Esofagite, gastroenterite, miscellanea	3.703
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.077

* Ampia dispersione di DRG: 385 DRG differenti Fonte: Bellis P. In: Medicina interna. Complessità e metodologia. Torino: CSE, 2004.

Tabella 3 Contenuti dei livelli di professionalità proposti.

Livello I Professionalità di base	Livello II Professionalità ottimale	Livello III Professionalità eccellente	Competenza distintiva
<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde alle competenze specialistiche essenziali, come "core curriculum", base minima per l'accesso al lavoro (necessarie, per esempio, nell'effettuazione delle guardie in tutti i contesti operativi), in una fase iniziale finalizzata a un percorso di ulteriore formazione • Ha bisogno di supervisione e di ulteriore training 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde alle migliori competenze specialistiche desiderabili nella gestione dei pazienti complessi, praticate secondo parametri di riferimento definiti, in una fase consolidata di sviluppo formativo • È competente per effettuare il compito assegnato, in maniera autonoma, senza necessità di supervisione 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde a competenze specialistiche di gran lunga superiori alla media, praticate anche in setting assistenziali ad alta intensità di cura, in una fase avanzata di sviluppo formativo e didattico • È competente per formare altri professionisti in Medicina Interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrisponde alle specifiche competenze aggiuntive, praticate nell'ambito della Medicina Interna, per le quali il professionista costituisce un riferimento per l'ospedale e/o altri professionisti anche esterni, nell'ambito di uno sviluppo formativo di nicchia e/o subspecialistico • È competente per formare altri professionisti in ambiti specifici/subspecialistici della Medicina Interna

Tabella 4 Selezione delle caratteristiche personali e delle capacità più significative per ogni livello professionale secondo il gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi.

A	B	C
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente
Area: Capacità emozionali		
Autocontrollo e gestione dello stress	Autocontrollo e gestione dello stress	Autocontrollo e gestione dello stress
	Gestione dei conflitti	Gestione dei conflitti
Area: Capacità relazionali		
Disponibilità ai rapporti interpersonali	Disponibilità ai rapporti interpersonali	Negoziazione
Disponibilità a lavorare in gruppo	Convincimento	Capacità di parlare in pubblico
Convincimento	Capacità di parlare in pubblico	Gestione dei gruppi e delle riunioni
Capacità di parlare in pubblico	Gestione dei gruppi e delle riunioni	Gestione delle risorse umane
	Leadership	Leadership
Area: Capacità gestionali		
Programmazione del proprio lavoro	Organizzazione	Tenacia/realizzazione
Organizzazione del proprio lavoro	Decisione	Programmazione
Controllo operativo	Orientamento ai risultati	Organizzazione
Iniziativa		Orientamento ai risultati
Tenacia/realizzazione		
Decisione		
Area: Capacità intellettuali		
Risoluzione dei problemi operativi	Raccolta ed elaborazione di informazioni	Analisi
Raccolta ed elaborazione di informazioni	Analisi	Soluzione dei problemi
	Soluzione dei problemi	Formulazione di piani/strategie
	Stesura di rapporti e relazioni	
Area: Capacità innovative		
Adattabilità/flessibilità	Propensione al nuovo	Propensione al nuovo
Propensione al nuovo		

Tabella 5 Indipendenza e interdipendenza.

Indipendenza	Interdipendenza
Sistema caratterizzato da autonomia, autoreferenzialità e libertà dei singoli agenti (“io”)	Sistema caratterizzato dalla reciproca dipendenza dei diversi agenti (“noi”): <ul style="list-style-type: none"> • i partner si appoggiano l’uno all’altro • hanno raggiunto un equilibrio dei ruoli

Riguardo alle *caratteristiche personali* del medico internista, il gruppo di lavoro FADOI-SDA Bocconi ha definito alcune priorità relative alle diverse capacità di comportamento riprese dal modello delle competenze di McClelland [b] e al concetto di competenza, inteso nel senso di “caratteristica intrinseca individuale causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio stabilito” [c]. Le capacità selezionate (emozionali, relazionali, gestionali, intellettuali e innovative), suddivise secondo diversi livelli, rappresentano il tratto integrante e consolidato della personalità di un individuo, in grado di predirne il comportamento in un’ampia gamma di situazioni e di compiti di lavoro, causando e predicendo, secondo criteri standard, i risultati positivi o negativi ottenibili e/o ottenuti (tabella 4).

Tra le capacità selezionate non emerge prepotentemente l’enfasi che la professione medica pone, o dovrebbe porre, su due comportamenti, complementari tra loro anche se diametralmente opposti: integrazione (lavoro di squadra) e specializzazione (autonomia di natura professionale). Infatti nella valutazione dei “professionals” dovrebbero essere considerate le capacità del singolo medico di aderire a un concetto di “interdipendenza professionale” nel contesto ospedaliero, in contrapposizione a una tentazione/propensione all’indipendenza/autonomia professionale che può anche tramutarsi e/o degenerare in autoreferenzialità (tabella 5).

L’esplicitazione dei valori fondanti il lavoro di team, quali possibili fattori di successo (“winning team”) per la singola équipe, è utile per la verifica di performance e l’audit di verifica, in base alle situazioni operative, alle risorse assegnate, ai processi concordati, ai risultati e alle relative difformità, al fine del raggiungimento degli obiettivi aziendali (fig. 2).

Il percorso di consenso per l’elaborazione della griglia finale

Il percorso seguito per la proposizione finale della griglia (fig. 3) è stato delineato con un metodo di tipo Delphi-Rand, che riconoscendo il valore dell’opinione, dell’esperienza e dell’intuizione degli esperti permette di usare l’informazione disponibile quando manca un univoco e pieno sapere scientifico [d].

Il percorso si è basato sulla presentazione, da parte del comitato dei 10 promotori, di una prima elaborazione di griglia al gruppo di 13 “supervisor esperti” che in maniera indipendente esprimevano un parere, integrando o modificando i contenuti della bozza ricevuta. Dopo tale revisione la griglia è stata presentata al gruppo di consenso (24 Direttori di Medicina Interna e 10 giovani internisti, suddivisi in tre sottogruppi), cui è stato chiesto di rivedere – per la parte a ciascun sottogruppo assegnata – tutto il lavoro, con

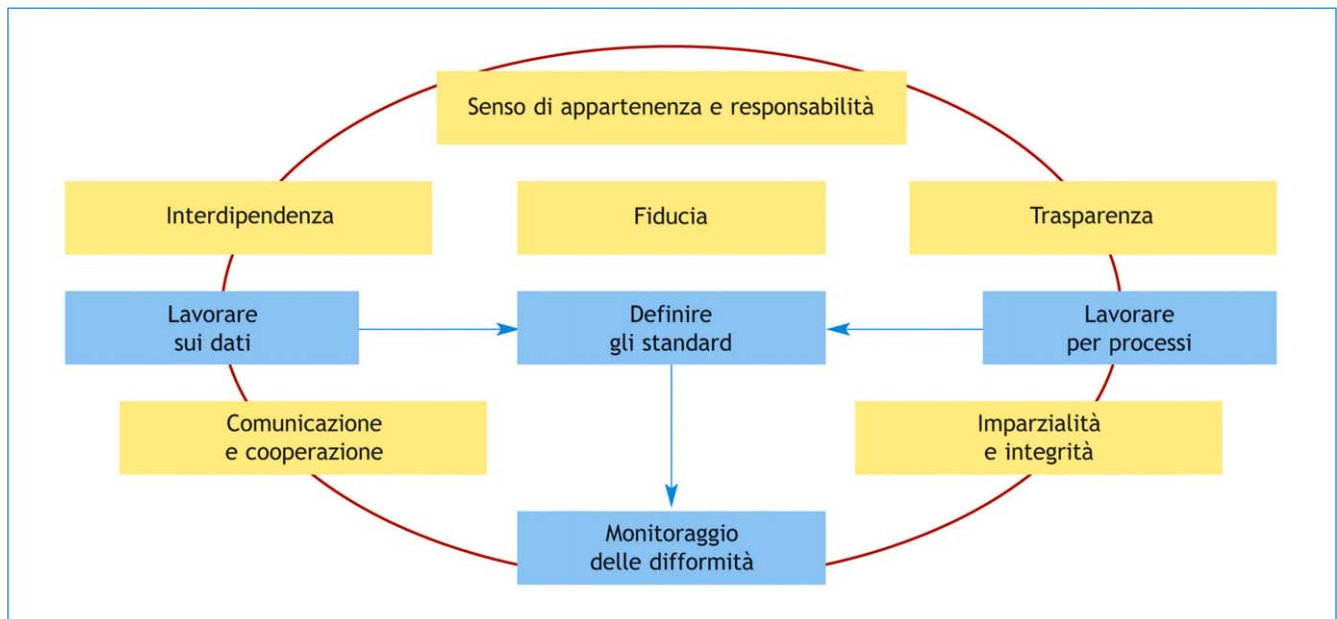


Figura 2 Valori fondanti e regole per l’équipe ai fini del raggiungimento di risultati di successo.

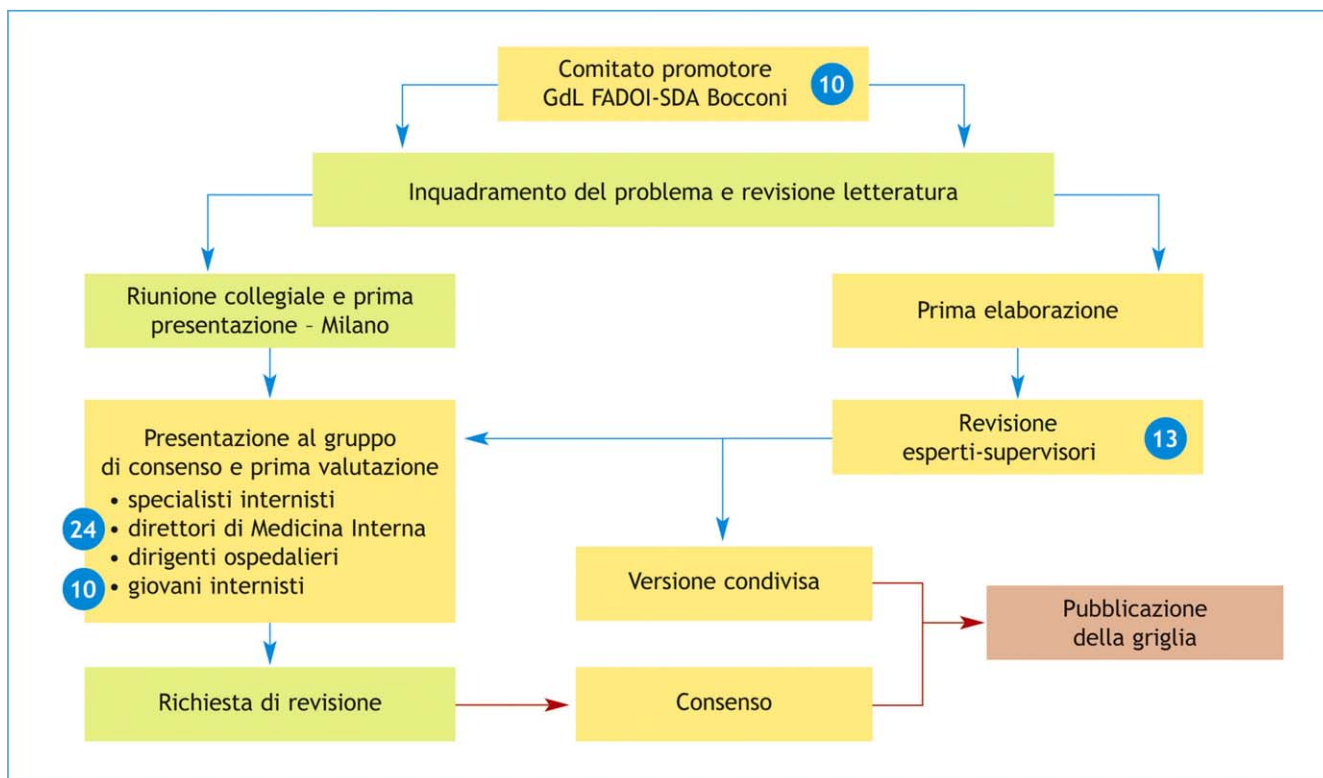


Figura 3 Metodo applicato al progetto FADOI-SDA Bocconi.

un'analisi critica improntata, per ogni singolo item, a tre possibili opzioni: *completo accordo*, *completo disaccordo*, *versione alternativa* (in tal caso era necessario specificare le proposizioni proposte). Alle risposte ottenute dal panel ha fatto seguito l'analisi in dettaglio delle opinioni (*punti di vista comuni o divergenti*, con le ragioni addotte, rispetto alla versione iniziale), un computo analitico della somma di opinioni e della convergenza condivisa e l'elaborazione della proposta definitiva.

L'obiettivo fondamentale, in sostanza, è stato quello di condividere il documento finale all'interno della FADOI, per poterlo successivamente presentare alle Istituzioni, alla

comunità medico-scientifica e ai cittadini come portatori di interessi.

Che cosa resta da fare

Definire le modalità di valutazione della clinical competence

In ambito clinico, diversi sono i metodi e gli strumenti proposti per la valutazione della competenza professionale (tabelle 6 e 7) [1–18]. Nella maggior parte dei casi si

Tabella 6 Basi e strumenti di valutazione della competenza professionale.

Base della valutazione	Note	Strumenti per la valutazione
Risultati (outcome)	La valutazione è problematica, troppi fattori influenzano i risultati e l'esito delle cure nel paziente, specie se complesso	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle cliniche • Dati amministrativi • Diari/registri
Processo/subprocesso di cura ^a	Si valuta l'aderenza del medico alle linee guida e/o ai percorsi diagnostico-terapeutici definiti come standard di assistenza nei processi/subprocessi di cura del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione diretta • Audit clinico-organizzativi
Volume di attività	Si misurano le procedure effettuate	

^a Un processo può essere definito come un insieme di attività, organizzate fra loro secondo una logica temporale (cioè per fasi) e finalizzate a trasformare determinati input (materiali, informazioni, risorse ecc.) in output (prodotti, risultati); descrivere le attività lavorative come processi consente di coglierne la dimensione dinamica, vale a dire il loro accadere nel tempo. Un subprocesso può essere definito come un sottoinsieme di fasi/attività all'interno del processo più generale. Fonte: Norcini JJ. BMJ 2003;326(7392):753-5.

misurano le prestazioni in base alle modalità di lavoro, ovvero in riferimento al "processo". Effettuare misurazioni in base agli esiti di cura o al volume delle attività è più difficile e problematico [19,20].

A prescindere dalle modalità di valutazione che FADOI vorrà darsi fra le diverse opzioni disponibili, va ribadito che *la competenza professionale è contesto-dipendente*: conoscenze, abilità, attitudini del medico internista non sono uguali in tutte le realtà operative e le abilità richieste al singolo medico variano in relazione alle caratteristiche dell'organizzazione sanitaria e al contesto clinico in cui si trova a operare. Infatti, nei presidi ospedalieri di maggiori dimensioni e con una più completa articolazione delle aree specialistiche, la modulazione del case-mix nei reparti internistici tende prevalentemente a escludere i pazienti a più spiccata valenza specialistica, che vengono per lo più affidati a reparti con specifiche competenze, incidendo di conseguenza sul contenuto professionale dei singoli medici. Al contrario, negli ospedali di medie e/o piccole dimensioni, in assenza di strutture a valenza specialistica, le attitudini richieste al medico internista possono essere estese a competenze specialistiche altrimenti non disponibili in sede.

Ne consegue che la costruzione del portfolio (con la valutazione delle competenze professionali individuali) andrà adattata al contesto organizzativo e alle sue caratteristiche. Il percorso di sviluppo professionale del singolo dirigente medico dovrà fare obbligatoriamente riferimento a tali differenze e disomogeneità presenti nel Sistema Sanitario Nazionale, in modo da contestualizzare le azioni valutative in maniera coerente con la specifica realtà esistente.

Anche per questo motivo, sarà indispensabile programmare e realizzare un'estesa sperimentazione del sistema valutativo delle competenze cliniche in differenti realtà organizzative dislocate su tutto il territorio nazionale, al fine di verificare sul campo l'applicabilità e l'utilità del sistema proposto.

Definire il percorso di sviluppo professionale congruente con gli obiettivi formativi

Tra le "ragioni di esistere" di una società scientifica è inclusa quella di "fare formazione", auspicabilmente efficace, utile ai fini dello sviluppo della competenza professionale (fig. 4 [e]).

Tabella 7 Modalità di valutazione della competenza professionale.

Test di valutazione scritti (valutazione delle conoscenze)	Valutazione sul campo da parte di un supervisore
<ul style="list-style-type: none"> • Quiz a risposta multipla (vero-falso) • Il migliore di 5 quiz a risposta multipla • Accoppiamento su opzioni multiple • Prove su temi scritti: la composizione (redazione, dissertazione) consente di valutare sia le conoscenze sia le capacità di analisi, di sintesi e di espressione scritta • Risposte brevi a domande aperte • Key feature problems • Autovalutazione mediante check-list o questionari semiquantitativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Prove cognitive e relazionali: <ul style="list-style-type: none"> • risoluzione e discussione di casi clinici • revisione di ricerche • revisione di incidenti critici • capacità didattica • per esplorare il ragionamento clinico su un paziente • per valutare le capacità di comunicazione e di interazione in un gruppo professionale • Prove gestuali: osservazione diretta nell'esecuzione di procedure: <ul style="list-style-type: none"> • per valutare la conoscenza, l'abilità pratica e procedurale e le attitudini del medico nell'interazione con il paziente. • Prove relazionali: gioco di ruolo (role play) <ul style="list-style-type: none"> • per valutare la gestione della tensione nervosa, la reattività, la capacità d'adattamento • Osservazione diretta "bed-side" o con simulazione a distanza/video o con controllo del processo di assistenza e cura mediante l'impiego di: <ul style="list-style-type: none"> • griglie di valutazione • liste di controllo • "blueprint" assessment • macro/microsimulazione, skill trainer
Prove pratiche (valutazione delle abilità): alcuni metodi proposti	
<ul style="list-style-type: none"> • OSCE^a • OSPE, OSVE, OSTE, OSLER ecc. • PACES^b 	
Valutazione di	Strumenti
Conoscenze	<ul style="list-style-type: none"> • Questionari a scelta multipla • Essay • Risposte brevi • OSCE

Tabella 7 (Continua)

Test di valutazione scritti (valutazione delle conoscenze)	Valutazione sul campo da parte di un supervisore
Abilità (skill), case management	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione diretta • Audit • Revisione di casi o case-based discussion • Simulazione • DOPS^c • Procedure-based assessment • Portfolio delle competenze individuali^d • Mini-CEX^e
Attitudini	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione e reporting • Peer review strutturata o peer assessment tool • Osservazione diretta o con videoregistrazione • Qualità percepita

Note

^a L'Objective Structured Clinical Examination (OSCE, esame clinico strutturato e obiettivo) è un metodo di approccio per la valutazione obiettiva – pianificata e strutturata – della competenza clinica nelle sue diverse componenti. È, di fatto, uno schema organizzativo che permette di valutare diverse abilità attraverso prove standardizzate e oggettive. L'OSCE è stato ideato nel 1975 da Ronald Harden, presso l'Università scozzese di Dundee. Nel corso degli anni numerosi studi effettuati in molti Paesi hanno confermato l'obiettività, la validità e l'affidabilità di questo metodo nel valutare la competenza clinica degli studenti del corso di laurea in Medicina. L'OSCE si è poi sviluppato in particolare in quei Paesi in cui la formazione è a un livello avanzato (Canada, Stati Uniti, Regno Unito, Australia, Sudafrica). Con versioni modificate si è poi diffuso in altre professioni della salute quali infermieri, fisioterapisti, dietisti e tecnici di radiologia. Esso consta di un insieme di prove (stazioni); a ogni stazione, l'esaminando deve dimostrare ciò che è in grado di fare, di fronte a un paziente simulato o una situazione, piuttosto che rispondere a domande teoriche. Nell'OSCE i criteri di valutazione sono predefiniti per ciascuna delle stazioni da superare, corrispondenti a competenze cliniche specifiche e i giudizi vengono espressi ricorrendo a specifiche griglie di valutazione, preparate in anticipo, ad hoc, in funzione delle performance che devono essere esplorate. Nell'OSCE sono pertanto necessarie alcune fasi preliminari al processo di valutazione vero e proprio: a) la definizione delle "core competencies" da valutare; b) il disegno e lo sviluppo delle prove (stazioni); c) la pianificazione e l'organizzazione delle stazioni. Il numero delle stazioni è in funzione delle competenze che si intendono valutare, con un range compreso tra un minimo di 10 e un massimo di 25 stazioni. Il tempo a disposizione dell'esaminando è solitamente prestabilito e limitato, al massimo 10 minuti per le prove più complesse, sulla base del fatto che nelle situazioni reali il tempo è sempre limitato. All'OSCE si sono aggiunti altri strumenti di valutazione, che di fatto ne costituiscono varianti: OSLE (Objective Structured Long Examination Record), OSPE (Objective Structured Practical Examination), OSVE (Objective Structured Video Examination), OSTE (Objective Structured Teaching Evaluation), OSPRE (Objective Structured Performance-Related Examination), OSSE (Objective Structured Selection Exam).

^b Il PACES fa parte del programma di esame in tre parti "Membership of the del Royal College of Physicians (MRCP UK)" effettuato dalla Federazione dei Medical Royal Colleges del Regno Unito (Londra, Edimburgo, Glasgow). Dopo due prove scritte con domande a scelta multipla, l'esame MRCP-PACES consiste nell'affrontare un "carosello" di 5 stazioni con verifica: 1) della capacità di esaminare il sistema respiratorio e l'addome; 2) della capacità di effettuare l'anamnesi; 3) dell'abilità nell'esaminare il sistema cardiovascolare e di eseguire un esame neurologico; 4) della capacità di comunicazione e di affrontare le questioni di etica medica; 5) dell'abilità nell'esaminare gli occhi, il sistema endocrino, il sistema locomotore e la cute.

^c L'osservazione diretta delle competenze procedurali (Directly Observed Procedural Skills, DOPS) consiste nell'osservazione e valutazione di un'abilità procedurale eseguita con un paziente reale. Le competenze procedurali (abilità tecniche o pratiche) valutate sulla base del DOPS variano da quelle relativamente semplici e comuni (come il prelievo venoso) fino alle più complesse (per esempio, colangiografia retrograda endoscopica). La valutazione viene effettuata da medico esperto utilizzando un elenco di item e compiti definiti, con un rating di graduazione (per esempio: sotto le aspettative, 1-2; borderline, 3; entro le aspettative, 4; al di sopra delle aspettative, 5-6).

^d Il portfolio è uno strumento proposto prevalentemente in ambito infermieristico. Costituisce la raccolta di dichiarazioni che dimostra la continua acquisizione di abilità, conoscenze, attitudini, la comprensione e i risultati ottenuti. In esso sono raccolte le evidenze, solitamente scritte, riguardanti il processo di apprendimento e attestanti il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo personale e professionale. Comprende non solamente il *curriculum vitae*, ma anche una griglia di autovalutazione e un piano di autoapprendimento per il perseguimento e/o il mantenimento delle competenze professionali.

^e Il Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX), introdotto originariamente dall'American Board of Internal Medicine, è un metodo di valutazione delle competenze essenziali, idonee a fornire una buona assistenza clinica. Esso valuta le competenze cliniche e professionali mediante l'osservazione diretta del medico nella sua interazione con un paziente in un incontro clinico. Le aree di competenza valutate includono: la capacità di costruire la storia clinica e di effettuare l'esame fisico, la professionalità, il giudizio clinico, la capacità di comunicazione, l'organizzazione/efficienza complessiva e la terapia. Fonti: Harden RM, et al. Br Med J 1975;1(5955):447-51; Harden RM. Med Teach 1988;10(1):19-22; Wass V, et al. Lancet 2001;357(9260):945-9; Schuwirth LW, et al. BMJ 2003;326(7390):643-5; Schuwirth LW, et al. Med Educ 2004;38(9):974-9; Chiantor L, et al. Tutor 2007;7(3):174-84. http://www.cse.it/riviste/Archivio_Tutor/2007/Tutoronline3.pdf; Smees S. BMJ 2003;326(7391):703-6; Weissman JS, et al. JAMA 2005;294(9):1058-67; Gome JJ, et al. Intern Med J 2008;38(4):249-53; Lenhard A, et al. J Gen Intern Med 2008;23(3):288-93; Curriculum europeo per la Medicina d'Emergenza. http://www.simeu.it/download/ct/Specializzazione/Curriculum_EuSEM_it.pdf; Wigton RS. Procedural Skills for Internal Medicine. New York, NY: Mosby, 1996; MRCP(UK) Examination and Specialty Certificate Examination website. <http://www.mrcpuk.org/Pages/Home.aspx>; Wigton RS. Ann Intern Med 1996;125(12):1003-4; Brown R. Portfolio development and profiling for nurses, 2nd Ed. Dinton: Quay, 1995; McMullan M, et al. J Adv Nurs 2003;41(3):283-94; Norcini JJ, et al. Ann Intern Med 2003;138(6):476-81.

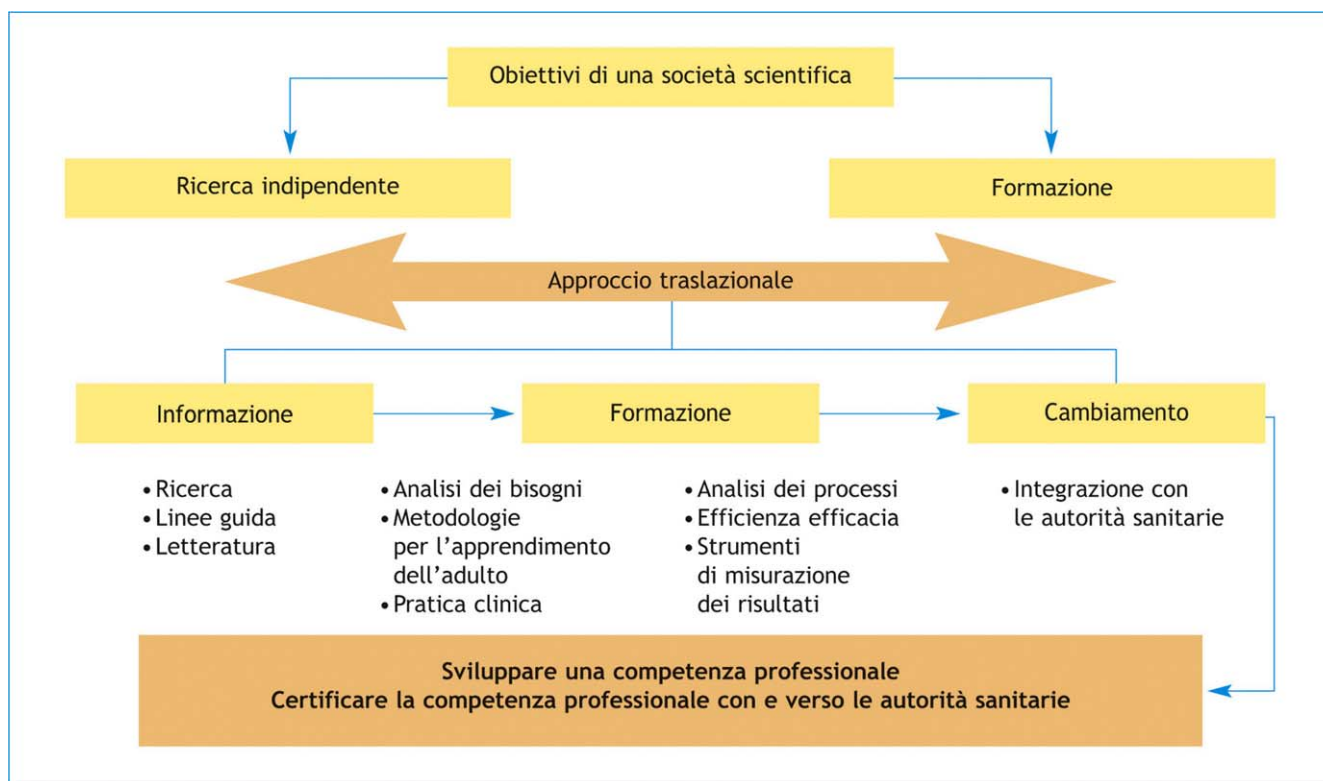


Figura 4 Obiettivi di una società scientifica.

In questo senso la griglia proposta ha l'implicito vantaggio di definire gli obiettivi formativi del medico internista ospedaliero. Sono esplicitati i contenuti di dettaglio, secondo una modulazione che può procedere per i diversi item in diversi ambiti nosologici (le "righe" della griglia) e per livelli differenziati crescenti (le "colonne"). Dovranno essere definiti i migliori strumenti didattici, le strategie e i contesti operativi

per progettare e realizzare le esperienze di insegnamento/apprendimento (lezioni magistrali, lezioni frontali con dibattito tra discenti ed esperti, tavole rotonde con dibattito, dimostrazioni tecniche, discussione di problemi o di casi didattici, filmati, questionari, flash di stimolo, esecuzione diretta/simulazione da parte dei partecipanti di attività pratiche o tecniche, role playing, lavoro in piccoli gruppi ecc.).

Tabella 8 Processi di verifica dei saperi professionali.

Valutazione	Processo mediante il quale si perviene all'attribuzione di un giudizio di valore rispetto alle competenze acquisite, possedute, esercitate
Validazione	Processo mediante il quale l'esperienza maturata dal professionista viene ricostruita, documentata e descritta in termini di competenze e successivamente messa a confronto con standard professionali istituzionalmente definiti
Accreditamento	Processo attraverso il quale un ente o un'istituzione pubblica o privata "mette in grado" una persona di dimostrare di possedere realmente le competenze dichiarate ovvero di accedere a una prova d'esame o di abilitazione di fronte a una commissione
Certificazione	Processo mediante il quale le competenze acquisite da una persona in contesti formali, informali o non formali sono verificate tramite prove specifiche, rapportate a standard professionali istituzionalmente definiti e riconosciuti pubblicamente: <ul style="list-style-type: none"> • certificazione finalizzata al riconoscimento di crediti formativi e professionali spendibili in più contesti a livello nazionale • esito di un percorso di "validazione" da parte di un ente/organismo chiamato a riconoscere legalmente e socialmente i "crediti" presentati • raggiunta a seguito di una verifica da parte di una commissione di esperti

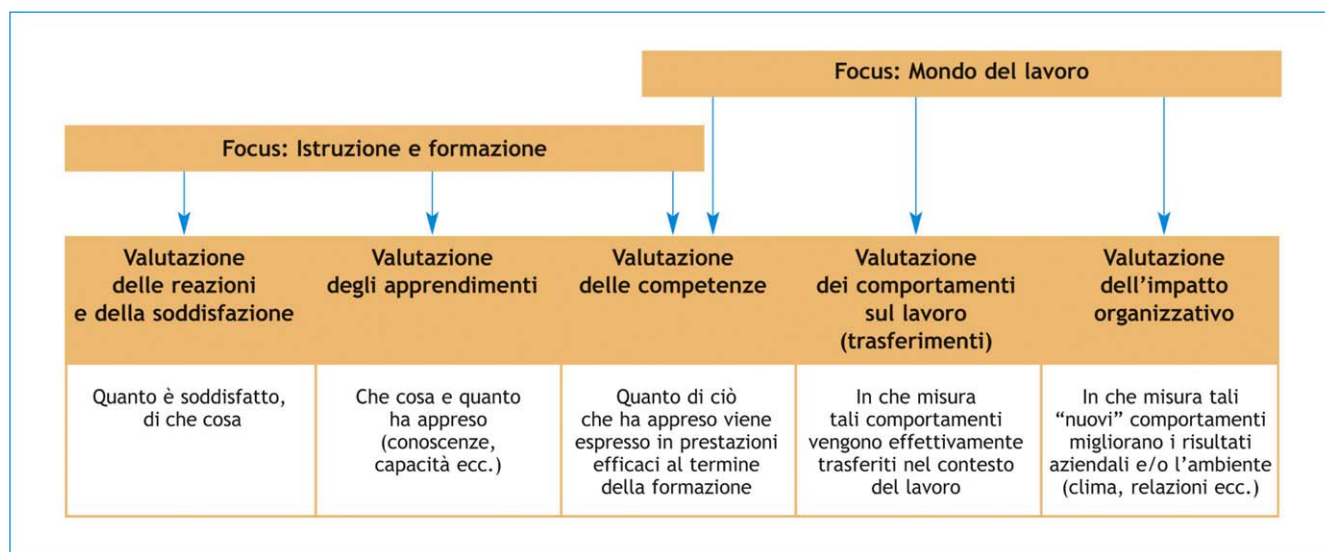


Figura 5 I cinque livelli della valutazione.

Definire il percorso di validazione e di certificazione

Il processo di valutazione si integra con altri elementi, rappresentati dalla validazione, dall'accreditamento e dalla certificazione (tabella 8).

È necessario distinguere la certificazione dalla valutazione dei risultati. La valutazione è l'espressione di un

giudizio che si fonda su elementi forniti dal processo di verifica, la quale, a sua volta, si fonda sugli esiti delle diverse misurazioni. La valutazione pertanto rappresenta l'esito di un itinerario complesso. La certificazione di una competenza, invece, è la rappresentazione di un saper fare intenzionale ed efficace raggiunto dal professionista in relazione al contesto. L'attestazione delle competenze, espressa nel portfolio, costituisce pertanto un valore

Tabella 9 Livelli di convenienza di un processo di valutazione professionale.

Vantaggi per il paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza • Elementi oggettivi di valutazione • Superamento dell'autoreferenzialità
Vantaggi per il singolo medico	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore identificazione e valorizzazione delle proprie competenze professionali • Autoanalisi dei propri punti di forza/punti di debolezza/ambiti di ulteriore sviluppo formativo/professionale • Superamento dell'autoreferenzialità • Elaborazione di un progetto professionale congruente e realistico, orientato a obiettivi specifici • (Ri)motivazione, (ri)orientamento, aumento dell'autostima/fiducia in sé (empowerment) • Supporto al trasferimento delle competenze acquisite (mobilità) • Ulteriore sviluppo della propria competenza (metacognizione) • Miglioramento della qualità dei curricula
Vantaggi per la formazione	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento qualitativo dell'offerta e della trasparenza formativa • Aumento dell'efficienza e dell'efficacia della formazione offerta • Personalizzazione/individualizzazione/modulazione degli interventi formativi • Riconoscimento di crediti (anche per "moduli" aggiuntivi)
Vantaggi per l'azienda sanitaria e la società	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione delle risorse umane e migliore conoscenza degli individui • Migliore qualità professionale garantita ai cittadini e trasparenza • Ottimizzazione della gestione delle carriere • Maggiore efficacia/efficienza nei processi di selezione/incentivazione • Facilitazione del cambiamento • Facilitazione dell'adattamento delle persone alle evoluzioni organizzative • Selezione degli investimenti formativi

aggiunto rispetto alla valutazione individuale. La certificazione è importante in quanto utile a definire quanto e come mobilitare e valorizzare le proprie conoscenze, capacità, risorse personali per rispondere efficacemente (trovando un positivo punto di equilibrio tra sé e l'organizzazione) alle domande, aspettative, esigenze che il contesto di lavoro esprime. FADOI, in qualità di Società Scientifica accreditata come provider di formazione, può fin d'ora esercitare a pieno titolo un ruolo significativo nello sviluppo dell'apprendimento e delle conoscenze medico-scientifiche dell'internista; al contempo è auspicabile che sia coinvolta dagli Enti Istituzionali nell'accredimento dei diversi processi di valutazione, validazione e certificazione, con vantaggi evidenti per il singolo professionista, ma anche per la qualità della formazione e per il miglioramento del contesto assistenziale. (fig. 5, tabella 9).

Problemi aperti e conclusioni

È evidente che il lavoro svolto costituisce una premessa indispensabile, proprio perché è impossibile "accreditare" o "certificare" le competenze senza aver prima costruito un curriculum di riferimento standard. Gli assi definiti con la griglia proposta delle competenze (che, peraltro, dovrà essere sottoposta a "manutenzione" nel tempo) *costituiscono "il tessuto" per la costruzione di percorsi di apprendimento-formazione, orientati all'acquisizione delle competenze chiave dell'internista e per l'attivazione di un circolo virtuoso di miglioramento della pratica clinica.*

Il lavoro fin qui svolto è pertanto solo parziale e rappresenta esclusivamente l'inizio di un percorso lungo e complesso. È necessario attuare una *sperimentazione del modello valutativo* nel concreto delle strutture organizzative, al fine di verificarne l'applicabilità "in vivo", di affinare gli strumenti utilizzati e di correggere eventuali errori o omissioni.

Resta, comunque, l'impegno a superare la possibile discrepanza tra la "valutazione delle competenze" e la "programmazione per competenze". Le prossime sfide che ci attendono riguardano alcune problematiche ancora aperte, sulle quali sarà necessario, così com'è avvenuto per la condivisione della griglia delle competenze, trovare il più ampio consenso sia all'interno di FADOI sia con altri interlocutori istituzionali. I problemi ancora aperti sono numerosi, per esempio:

- la volontarietà (o meno) dell'accesso alla valutazione/certificazione;
- le modalità pratiche di valutazione;
- la graduazione degli apprendimenti/certificazione;
- gli standard minimi richiesti per la certificazione;
- i livelli di certificazione;
- le modalità di certificazione delle competenze;
- l'individuazione dei soggetti certificatori;
- il valore legale della certificazione;
- quando certificare e con quali scadenze;
- le implicazioni per lo sviluppo del percorso di carriera per il medico internista.

Le questioni da affrontare nel prossimo futuro sono, in sostanza, numerose e complesse. Con ulteriori critiche costruttive, proposte integrative e/o di emendamento e l'impegno di tutti, insieme, ce la faremo.

Legenda delle abbreviazioni e degli acronimi utilizzati nella griglia

ABCD-ABCD2: Age, Blood pressure, Clinical features, Duration of symptoms and Diabetes
 ABI (o ABPI) Index: Ankle Brachial (Pressure) Index
 ABPM: Ambulatory Blood Pressure Monitoring
 ACD: Anemia of Chronic Disease
 ACLS: Advanced Cardiovascular Life Support
 AD: Alzheimer Disease
 ADL: Activity Daily Living
 ADR: Adverse Drug Reaction
 APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
 APR-DRG: All Patient Refined DRG
 APS: Acute Physiology Score
 ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome
 ASA: American Society of Anesthesiologists
 BAP: Bone-specific Alkaline Phosphatase
 BAL: Lavaggio Bronco-Alveolare
 BISAP: Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis
 BMD: Bone Mineral Density
 BNP: Brain Natriuretic Peptide
 BODE (Index): Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, Exercise Capacity Index
 BOOP: Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia
 BPCO: Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva
 BSA: Bedside Swallowing Assessment
 CAP: Community-Acquired Pneumonia
 CIN: Contrast Induced Nephropaty
 CDC Shock: Defibrillation and Cardioversion
 CJD: Jacob-Creutzfeldt Disease
 CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
 CNS: Canadian Stroke Scale
 CSE: Cellule Staminali Emopoietiche
 CUS: Compression Ultrasonography
 CV: Cardio-Vascolare
 DFO: Deferoxamina
 DKA: Diabetic Ketacidosis
 DM: Diabete Mellito
 DNI: Diabetic Neuropathy Index
 DOPS: Direct Observation of Procedural Skills
 DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
 DXA: Dual-energy X-ray Absorbiometry
 EBM: Evidence Based Medicine
 EFIM: European Federation of Internal Medicine
 EHRA: European Heart Rythm Association
 EPO: Eritropoietina
 ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography
 EUS: Endoscopic Ultrasonography
 EWSS: Early Warning Scoring System
 FANS: Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei
 FEV1: Forced Expiratory Volume in the 1st second
 FE VSx: Frazione di Eiezione Ventricolare Sinistra
 FIM: Functional Indipendency Measurement scale
 FRAX: (WHO) Fracture Risk Assessment Tool
 FUO: Fever of Unknown Origin
 GFR: Glomerular Filtration Rate
 GCS: Glasgow Coma Scale
 G-CSF: Granulocyte-Colony Stimulating Factor
 GM-CSF: Granulocyte Macrophage-Colony Stimulating Factor

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease	OSSE: Objective Structured Selection Examination
GRACE: Global Registry of Acute Coronary Events	OSTE: Objective Structured Teaching Evaluation
HHS: Hyperosmolar Hyperglycaemic Syndrome	OSVE: Objective Structured Video Examination
HIT: Heparin Induced Thrombocytopenia	PA: Pancreatite Acuta
HIV: Human Immunodeficiency Virus	PACCS: Partial Anterior Circulation Stroke
HLA: Human Leukocyte Antigen	PACES: Practical Assessment of Clinical Examination Skills
IA: Ipertensione Arteriosa	PAD: Peripheral Arterial Disease
IADL: Instrumental Activity Daily Living	PC: Pancreatite Cronica
ICD: Implantable Cardioverter-Defibrillator	PCR: Proteina C Reattiva
IE: Ipertensione Essenziale	PEEP: Positive End-Expiratory Pressure
IMA: Infarto Miocardico Acuto	PET: Positron Emission Tomography
IMAO: Inibitori della Mono-Amino-Ossidasi	PICCS: Peripherally Inserted Central Catheters
IPSS: International Prognostic Scoring System	PICP: Procollagen Type I C-Terminal Peptide
IOT: Intubazione Oro-Tracheale	PINP: Procollagen Type I N-Terminal Propeptide
IRA: Insufficienza Renale Acuta	PM: Pace Maker
IRC: Insufficienza Renale Cronica	POCS: Posterior Circulation Stroke
IS: Ipertensione Secondaria	PQRST: Provocazione, Qualità, Regione colpita, Severità, Tempo-durata (metodo di valutazione del dolore)
LACS: Lacunar Stroke	PSI: Physiology Stability Index
LARN: Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di energia e Nutrienti	PST: Papilla-Sfintero-Tomia
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza	PURSUIT: Platelet glycoprotein IIb/IIIa in Unstable angina: Receptor Suppression Using Integrilin
LEC: Liquido Corporeo Extracellulare	QCT: Quantitative Computed Tomography
LES: Lupus Eritematoso Sistemico	QUS: Quantitative Ultra Sonografy
LIC: Liquido Corporeo Intracellulare	RANK: Receptor Activator of Nuclear factor Kappa B (TRANCE Receptor)
LOD: Logistic Organ Dysfunction system	RANKL: Receptor Activator of Nuclear factor Kappa-B Ligand
LVAD: Left Ventricular Assist Device	RFI: Renal Failure Index
MARDS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale	RMN: Risonanza Magnetica Nucleare
MCD: Mild Cognitive Dysfunction	SAPS: Simplified Acute Physiology Score
MCQ: Multiple Choice Questionnaire	SCA: Sindrome Coronarica Acuta
MDRD: Modification of Diet in Renal Disease	SERMs: Selective Estrogen Receptor Modulators
MDS: Myelodysplastic Syndrome	SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome
MEWS: Modified Early Warning Score	SNC: Sistema Nervoso Centrale
MID: Multi-Infarct Dementia	SOFA: Sepsis-related Organ Failure Assessment
MINI-CEX: Mini Clinical Evaluation Exercise	SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography
MINI-PAT: Mini-Peer Assessment Tool	SSS: Scandinavian Stroke Scale
MMS: Mini Mental State	STEMI: ST Segment Elevation Myocardial Infarction
MOF: Multiple Organ Failure	TAB: Team Assessment Behaviour
MPM: Mortality Prediction Model	TACS: Total Anterior Circulation Stroke
MRCP: Magnetic Resonance Cholangio-Pancreatography	TAO: Terapia Anticoagulante Orale
MRCP-UK: Membership of the del Royal College of Physicians	TAP: Trypsin Activation Peptide
MRX: Morphometric X-ray Radiography	TC: Tomografia assiale Computerizzata
MSF: Multi-Source Feedback	TEE: Ecocardiografia Trans-Esofagea
MXA: Morphometric X-ray Absorptiometry	TEV: Tromboembolismo Venoso
NIEC: North Italian Endoscopic Club	TIA: Transient Ischemic Attack
NIH: National Institutes of Health	TIMI: Thrombolysis in Myocardial Infarction
NIHSS: NIH Stroke Scale	TIPS: Trans-jugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt
NIV: Non Invasive Ventilation	TISS: Therapeutic Intervention Scoring System
NKF-KDOQI: US National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative	TSA: Tronchi Sovra-Aortici
NSTEMI: Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction	TVP: Trombosi Venosa Profonda
NYHA: New York Heart Association	VCI: Vena Cava Inferiore
OCSF: Oxfordshire Community Stroke Project	VD: Vascular Dementia
OPG (o OCIF): Osteoprotegerina (o Osteoclastogenesis Inhibitory Factor)	VEMS: Volume Espiratorio Massimo nel 1° Secondo
OSCE: Objective Structured Clinical Examination	VFG: Velocità di Filtrazione Glomerulare
OSLER: Objective Structured Long Examination Record	VINDICATE: Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine
OSPE: Objective Structured Practical Examination	WHVP: Wedged Hepatic Venous Portal gradient
OSPPE: Objective Structured Performance-Related Examination	WPSS: WHO classification-based Prognostic Scoring System

Validazione dei contenuti nei domini della griglia e analisi statistica

La validazione dei contenuti nei domini della griglia suddivisi per i tre livelli (professionalità di base, professionalità ottimale e competenza distintiva) è avvenuta sottoponendo la griglia stessa a un gruppo di verificatori esterni a quello degli estensori. A ciascun verificatore è stato chiesto di esprimere in maniera dicotomica (accordo/disaccordo) un giudizio su ogni singolo item. L'analisi statistica del livello di concordanza è stato eseguito mediante il test K di Cohen.

Il test K di Cohen stima l'accordo tra la valutazione di due osservatori che abbiano esaminato entrambi lo stesso fenomeno. Il valore 1 indica l'accordo perfetto, mentre il valore 0 indica che l'accordo potrebbe essere dovuto al caso. Il test statistico ha mostrato un livello di concordanza intraosservatori molto elevato ($K = 0,98$; $p < 0,0001$), confermando la validità degli item valutativi della griglia.

Bibliografia specifica

- [1] Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ* 2003;326(7392):753–5.
- [2] Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975;1(5955):447–51.
- [3] Harden RM. What is an OSCE? *Med Teach* 1988;10(1):19–22.
- [4] Wass V, van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357(9260):945–9.
- [5] Schuwirth LW, van der Vleuten CP. ABC of learning and teaching in medicine: Written assessment. *BMJ* 2003;326(7390):643–5.
- [6] Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? *Med Educ* 2004;38(9):974–9.
- [7] Chiantor L, Dimonte V, Garrino L, Renga G. L'objective structured clinical examination: analisi della letteratura. *Tutor* 2007;7(3):174–84. http://www.cse.it/riviste/Archivio_Tutor/2007/Tutoronline3.pdf.
- [8] Smee S. Skill based assessment. *BMJ* 2003;326(7391):703–6.
- [9] Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, Park ER, Kim M, Clarridge B, et al. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA* 2005;294(9):1058–67.
- [10] Gome JJ, Paltridge D, Inder WJ. Review of intern preparedness and education experiences in General Medicine. *Intern Med J* 2008;38(4):249–53.
- [11] Lenhard A, Moallem M, Marrie RA, Becker J, Garland A. An intervention to improve procedure education for internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2008;23(3):288–93.
- [12] Curriculum europeo per la Medicina d'Emergenza. Un documento della Task Force dell'EuSEM sul Curriculum approvato dal Council della Società Europea per la Medicina d'Emergenza e dalla Commissione Multidisciplinare in Medicina d'Emergenza della UEMS. http://www.simeu.it/download/ct/Specializzazione/Curriculum_EuSEM_it.pdf
- [13] Wigton RS. Procedural Skills for Internal Medicine: A new program to help internists build and assess clinical competence reference manual. New York, NY: Mosby; 1996.
- [14] MRCP(UK) Examination and Specialty Certificate Examination website. <http://www.mrcpuk.org/Pages/Home.aspx>
- [15] Wigton RS. Measuring procedural skills. *Ann Intern Med* 1996;125(12):1003–4.
- [16] Brown R. Portfolio development and profiling for nurses, 2nd Ed, Dinton: Quay; 1995.
- [17] McMullan M, Endacott R, Gray MA, Jasper M, Miller CM, Scholes J, et al. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2003;41(3):283–94.
- [18] Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003;138(6):476–81.
- [19] Associazione Italiana per la Formazione Manageriale. Glossario ASFOR. Rivista Associazione Italiana Formazione Manageriale 2006;XVIII(1 Suppl). http://www.asfor.it/sitonuovo/LETTERA%20ASFOR/Asfor_Glossario_2006.pdf
- [20] Bezzi C. Glossario della ricerca valutativa, Versione 5.1.1. 28 maggio 2009. <http://www.valutazione.it/PDF/Glossario.pdf>

Bibliografia generale

- [a] Bellis P. Progetto Minerva: origini, obiettivi, metodologie. In: *Medicina interna. Complessità e metodologia*. Torino: CSE, 2004.
- [b] McClelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence". *Am Psychol* 1973;28(1):1–14.
- [c] Spencer LM, Spencer SM. *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*. Milano: Franco Angeli; 1995.
- [d] Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method: the use of experts. *Manag Sci* 1963;9(3):458–67.
- [e] Fontanella A. *Presentazione del Dipartimento Formazione*. Fondazione FADOL; Roma, 3 marzo 2010.

Formazione nel ruolo

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper assumere le decisioni in maniera globale: interrogando ed esaminando bene gli ammalati, ragionando bene su ciò che essi presentano, non tralasciando gli aspetti psicodinamici e le emozioni, le volontà esplicite ma anche quelle implicite, i giusti bisogni, il contesto socio-economico e familiare, le possibili comorbidità, le limitazioni funzionali o le disfunzioni cognitive e le alterazioni della sfera affettiva • Saper utilizzare i metodi della evidence based medicine (EBM) • Saper definire la differenza fra linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper esercitare il metodo sia induttivo che deduttivo nel ragionamento clinico • Conoscere tutto il percorso della Evidence based practice, linee guida, clinical governance, audit • Valutare criticamente i protocolli e saperli applicare al paziente reale • Saper discriminare la significatività statistica dalla rilevanza clinica • Conoscere i limiti della EBM in Medicina Interna e la sua integrazione con l'esperienza clinica 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovare e implementare i protocolli • Saper descrivere il processo di Health Technology Assessment e i suoi strumenti • Valutare criticamente un protocollo di studio • Applicare la EBM al paziente reale con metodo P.I.C.O. • Condurre un audit clinico 	<ul style="list-style-type: none"> • Possedere una specifica competenza professionale - certificata secondo criteri di eccellenza - da rendere disponibile - come valore aggiunto - alla Organizzazione locale, nell'interesse del paziente • Saper definire e ricercare la MID (minimally important difference) o MCID (differenza minima clinicamente importante - minimal clinically important difference) nei trials clinici

Comportamenti individuali

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere gli obiettivi aziendali e partecipare alla facilitazione del perseguimento degli stessi quando negoziati e condivisi • Avere la consapevolezza che nel lavoro di squadra – nel contesto aziendale: <ul style="list-style-type: none"> - la competenza e l'eccellenza degli atti tecnico-operativi che deve improntare i comportamenti individuali va riversata nel comportamento del gruppo; - l'obiettivo di ognuno non è solo quello di riuscire personalmente, ma di far sì che tutto il gruppo riesca a raggiungere gli obiettivi dell'azienda; - Avere la consapevolezza che la mancata partecipazione attiva personale agli obiettivi aziendali sarà valutata in termini meritocratici, con riferimento a sistemi premianti e/o sanzioni • Saper dimostrare nel contesto organizzativo locale di evitare un comportamento: 	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipare al perseguimento degli obiettivi negoziati e condivisi, con la capacità di alimentare il lavoro di gruppo • Saper dimostrare, nel contesto organizzativo, la capacità di una critica costruttiva finalizzata al raggiungimento di obiettivi condivisi, congruenti con quelli dell'Azienda in cui si presta servizio • Saper evidenziare una relazione di apertura, esplicitazione e di fiducia, confronto-competizione sulle ipotesi • Partecipare attivamente al perseguimento degli obiettivi negoziati e delle le strategie • Saper proporre, rispetto alle criticità rappresentate, ipotesi di soluzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper partecipare ad un lavoro di team in termini di: <ul style="list-style-type: none"> - Riconoscimento dell'interdipendenza con gli "altri" - pluralità di interazione e di integrazione; - percezione della necessità reciproca; - sistematico orientamento allo scambio, collaborazione • Saper facilitare, nel contesto organizzativo e considerate le diverse opinioni, il raggiungimento di obiettivi condivisi, congruenti con quelli dell'Azienda • Saper creare alleanze e sinergie, gestire e saper superare resistenze e opposizioni • Documentare il raggiungimento degli obiettivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper perseguire gli obiettivi condivisi dell'Azienda

<ul style="list-style-type: none"> - passivo - irriducibile - poco sinergico con gli obiettivi espliciti condivisi di "opposizione" non propositiva • Saper proporre una discussione sulle criticità • Partecipare attivamente alla discussione sugli obiettivi negoziati e le strategie 			
---	--	--	--

Autonomia nel lavoro

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Superato il periodo di inserimento dimostrarsi autonomo nell'esercizio delle attività indicate dalla propria job description • Essere autonomo nell'esercizio dell'attività indicata, pur se con necessità di supervisione nella gestione dei casi complessi 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare i compiti specifici senza bisogno di supervisione • Saper evidenziare le criticità organizzative, in base allo specifico professionale e le possibili ipotesi di soluzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Formare altri professionisti ad effettuare il compito specifico • Saper individuare gli elementi di forza e di debolezza in un progetto 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i Collaboratori nel contesto organizzativo • Possedere una professionalità riconosciuta a livello nazionale • Possedere una professionalità riconosciuta a livello internazionale

Preparazione generale assistenza e cura

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Raccogliere e gestire i dati anamnestici e le informazioni utili nella storia del paziente • Orientare il percorso diagnostico-terapeutico sulla base dei dati anamnestici • Descrivere le comorbidità attive/sottese e i problemi • Riconoscere i principali meccanismi fisiopatologici sottesi al quadro clinico evidenziato • Formulare le ipotesi diagnostiche e diagnostico differenziali • Interpretare e valutare i dati clinici, laboratoristici e strumentali 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare in autonomia le consulenze in altri reparti • Gestire in autonomia i pazienti in altri reparti (ortopedia, chirurgia, ecc.) • Stabilire le priorità cliniche in funzione delle comorbidità • Decidere il percorso diagnostico appropriato alla persona (anche per costo/beneficio) in funzione delle ipotesi emergenti • Formulare ipotesi diagnostiche e diagnostico differenziale anche nei pazienti con patologie multiple e nel paziente complesso • Interpretare e valutare criticamente i 	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificare la gestione del paziente in funzione della prognosi • Pianificare la gestione del paziente in funzione della VMD • Proporre le terapie "off label" in maniera motivata e congruente con le normative vigenti • Individuare i pazienti che richiedono una specifica educazione sanitaria per una migliore partecipazione alla gestione della malattia • Gestire le dimissioni protette e le dimissioni difficili • Formalizzare e pianificare i criteri che 	

<ul style="list-style-type: none"> • Determinare la prognosi delle più frequenti e gravi patologie internistiche • Proporre la terapia appropriata (anche per i costi/benefici) in base alle conoscenze disponibili e alle prove di efficacia • Fornire le informazioni necessarie e trasmettere le note di educazione sanitaria, anche ai fini dell'ottenimento del consenso informato • Trasmettere secondo modalità chiare e comprensibili gli elementi clinici necessari ad assicurare la continuità assistenziale • Trasferire le informazioni diagnostico-terapeutiche al medico specialista laddove necessario <p>Gestire il paziente per la cura di malattie acute e/o croniche riacutizzate</p>	<p>dati clinici, laboratoristici e strumentali anche nei pazienti con patologie multiple e nel paziente complesso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinare la prognosi delle più frequenti e gravi patologie internistiche anche nei pazienti con patologie multiple e nel paziente complesso • Rimodulare il percorso diagnostico terapeutico sulla base di nuovi dati Individuare i fattori condizionanti la prognosi • Effettuare una valutazione multi-dimensionale (VMD) • Personalizzare la terapia appropriata e verificarne la congruità in base anche alla VMD e alle patologie internistiche nei pazienti con patologie multiple e nel paziente complesso • Coinvolgere il paziente e/o i familiari nella gestione del processo di cura • Trasmettere secondo modalità chiare e comprensibili gli elementi clinici necessari ad assicurare la continuità assistenziale anche nei casi più complessi sia per problematiche cliniche che sociali • Trasferire le informazioni diagnostico-terapeutiche al medico specialista laddove necessario anche nelle situazioni di non competenza internistica (competenze chirurgiche piuttosto che procedure interventistiche) • Gestire il paziente per: <ul style="list-style-type: none"> - la cura di malattie acute e/o croniche riacutizzate e sindromi diverse e complesse, - la cure palliative, - le cure perioperatorie • Pianificare la gestione del paziente per la cura di malattie dall'accettazione alla dimissione e continuità assistenziale 	<p>regolano i rapporti tra varie specialità e i trasferimenti interni</p>
---	--	---

Paziente complesso

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> ● Stratificare i rischi e selezionare gli elementi salienti ● Definire le priorità e la gerarchia dei bisogni ● Utilizzare gli strumenti di valutazione della dipendenza funzionale ● Selezionare gli obiettivi di cura e la terapia farmacologica appropriata ● Definire quale setting assistenziale è auspicabile per il paziente ● Prendere le decisioni anche in condizioni di incertezza ● Utilizzare le prove 'evidence based' di efficacia disponibili per il paziente reale ● Riconoscere la presenza di patologia che richieda l'isolamento del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ● Effettuare una valutazione multidimensionale nei diversi setting assistenziali: <ul style="list-style-type: none"> - In ospedale, - In ambulatorio (consulenze) - Nel follow-up in continuità assistenziale - In reparti post-acuti, - In strutture residenziali, - In altri reparti/servizi ● Saper riconoscere i diversi domini della complessità e differenziare i concetti di: <ul style="list-style-type: none"> - Complessità clinica - Complessità assistenziale infermieristica - Complessità gestionale ● Utilizzare gli strumenti di valutazione delle comorbidità ● Programmare una stratificazione di intensità di cure in relazione alla valutazione multidimensionale ● Programmare una stratificazione di intensità di cure in relazione alla stratificazione prognostica ● Utilizzare gli strumenti di valutazione della fragilità ● Utilizzare le prove 'evidence based' di efficacia disponibili per il paziente reale ● Definire il possibile destino prognostico del paziente in funzione delle decisioni assunte ● Effettuare la stratificazione prognostica 		

Paziente fragile			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper descrivere il fenotipo del paziente "fragile" • Saper differenziare il paziente "robusto" da quello "fragile" • Assumere decisioni in base alla valutazione prognostico-funzionale del paziente • Saper definire e inquadrare il paziente a rischio di ricovero ripetuto, "frequent user", a rischio di "dimissione difficile" • Saper pianificare la dimissione già al momento dell'ammissione in ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper impiegare almeno uno dei principali metodi di valutazione del paziente fragile) • Saper definire i criteri clinici di valutazione della sarcopenia • Saper definire il percorso di dimissione protetta in base ad una valutazione multidimensionale • Descrivere gli elementi prognostici predittivi di esito sfavorevole dopo la dimissione dall'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipare a programmi di "disease-case management" nell'Azienda di appartenenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare direttamente procedure per la valutazione della sarcopenia (impedenziometria, DEXA, misure di performance fisica, speed gait, ecc.)

Paziente critico			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Valutare, gestire e trattare il paziente acuto, critico non stabile • Ossigeno terapia con occhiali e con Maschera di Venturi secondo linee guida • Proporre gli accertamenti laboratoristici e strumentali necessari, in emergenza, urgenza, urgenza differita e condizioni ordinarie, secondo criteri di appropriatezza • Saper differenziare l'intensità delle cure necessarie • Riconoscere i cambiamenti significativi nella condizione del paziente e assunzione delle tempestive decisioni conseguenti • Saper effettuare l'ACLS • Possedere le competenze per l'impiego dell'Ossigenoterapia, della Maschera di Venturi • Possedere le competenze di base sull'impiego del Monitor defibrillatore e del PM esterno • Possedere la certificazione BLS-D 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporre gli accertamenti necessari per l'eventuale evoluzione negativa del quadro clinico • Saper utilizzare la telemetria quando disponibile • Programmare le azioni connesse al cambiamento di status del paziente • Gestire le fasi iniziali delle principali urgenze ematologiche in attesa di trasferimento o consulenza specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere, applicare, implementare gli strumenti di valutazione del paziente critico nei diversi ambiti nosologici, quali, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> - Classificazione di Eherenwerth per i trasferimenti dei pazienti - APACHE II-III ASA - SAPS II-III - OMEGA, APS, EWSS - TISS, McCabe - SOFA - LOD, ASA - MPM - PSI - AVPU-GCS-MMS - NYHA-KILLIP-LOWN - TIMI score - BTS-FINE-PORT per CAP - Scala di Scala di Kelly e Matthey per stato neurologico in corso di insufficienza respiratoria - O.P.Q.R.S.T. per dolore toracico - Criteri di Banks, Agarwall e Pitchumoni, 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper utilizzare la cannula rino-faringea e presidio extra-glottico (PEG), ad esempio, tubo laringeo, in alternativa all'intubazione oro-tracheale (IOT) • Saper effettuare l'intubazione oro-tracheale (IOT) • Saper effettuare un ALS (advanced life support) • Saper effettuare L'ATLS • Saper effettuare l'ACLS

- Ottenere il consenso informato per le procedure diagnostico-terapeutiche ed assistenziali necessarie
- Raccogliere, se disponibili, le direttive anticipate dei pazienti, anche ai fini di procedure di rianimazione

- Ranson, IMRIE, Glasgow, Atalanta, Salles, Balthazar per pancreatite acuta
- ROCKALL CORE per emorragie digestive
- CLASSI ACS per shock emorragico
- CIRS, CHARLSON per la comorbilità
- NIHSS, CNS, SSS, BSA, BARTHEL, RANKIN, FIM, READ per l'ictus
- WFNS score
- Hunt-Hess score per emorragia subaracnoidea
- Criteri di WELLS per TVP
- CHILD-TURCOTTE-PUGH score per insufficienza epatica
- Trey-Davidson score per encefalopatia epatica
- DIC score per coagulazione intravascolare disseminata
- EHRA AF score, CHA2-DS2-VASc score, OBRI, HAS-BLED bleeding risk score per la valutazione del paziente e del rischio trombotico /emorragico in corso di fibrillazione atriale ecc.
- Spiegare (insegnare) gli accertamenti correlati ai segni e sintomi predittivi di evoluzione negativa
- Allertare la figura sanitaria che assiste il malatto (infermiere/ medico in formazione) sui segni/sintomi e accertamenti predittivi di evoluzione negativa

Paziente critico non stabile

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare i sistemi di monitoraggio dei parametri di base • Saper effettuare la diagnosi e la terapia nelle situazioni di urgenza/emergenza: EPA, SCA, aritmie maggiori, insufficienza ventilo-respiratoria, coma carbonarotico, cheto acidosi diabetica e sindromi iperosmolari, coma ipoglicemico e tacidemia, disturbi elettrolitici, coma epatico, emorragie digestive, pancreatite acuta, sepsi, ictus, shock, delirium, sincopi, crisi convulsive, ipertermia maligna, reazioni trasfusionali, overdose di stupefacenti e/o farmaci, insufficienza renale acuta, sindromi emorragiche, sindromi ematologiche acute, sindromi dolorose acute, psicosi, sindromi dolorose acute toraciche e addominali, MOF, ecc. • Effettuare la valutazione di gravità, di rischio e di stratificazione prognostica nelle diverse patologie del paziente acuto critico • Impiegare gli strumenti di valutazione di gravità, di rischio e di stratificazione prognostica nelle diverse patologie del paziente acuto critico (MEWS, NIHSS, Glasgow, ABCD, Apache, ecc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper valutare un monitoraggio multiparametrico non invasivo del paziente • Impiegare con dimestichezza i principali indici/score di gravità del paziente critico 	<ul style="list-style-type: none"> • Impiegare la valvola di Boussignac, la C-PAP e il Bi-Level • Conoscere, applicare, implementare gli strumenti di valutazione del paziente critico nei diversi ambiti nosologici, quali, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> - Classificazione di Eherenwerth per i trasferimenti dei pazienti - APACHE II-III - ASA - SAPS II-III - OMEGA, APS, EWSS - TISS, McCabe - SOFA - LOD, ASA - MPM - NYHA-KILLIP-LOWN - TIMI score - BTS-FINE-PORT per CAP - Scala di Scala di Kelly e Matthay per stato neurologico in corso di insufficienza respiratoria - O.P.Q.R.S.T. per dolore toracico - Criteri di Banks, Agarwall e Pitchumoni, Ranson, IMRIE, Glasgow, Atalanta, Salles, Balthazar per pancreatite acuta - ROCKALL SCORE per emorragie digestive - CLASSI ACS per shock emorragico - CIRS, CHARLSON per la comorbilità - NIHSS, CNS, SSS, BSA, BARTHEL, RANKIN, FIM, SPREAD per l'ictus - WFNS score - Hunt-Hess score per emorragia subaracnoidea - Criteri di WELLS per TVP - CHILD-TURCOTTE-PUGH score per insufficienza epatica - Trey-Davidson score per encefalopatia epatica - DIC score per coagulazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di eseguire intubazione oro-tracheale (IOT) • Capacità di gestire ventilazione invasiva • Saper dirigere l'area critica

		<p>intravascolare disseminata</p> <ul style="list-style-type: none"> - EHRA AF score, CHA2-DS2-VASc score, OBRI, HAS-BLED bleeding risk score per la valutazione del paziente e del rischio trombotico /emorragico in corso di fibrillazione atriale ecc. • Saper effettuare l'ecografia internistica bed side (addome, cuore, vasi) • Saper inserire un catetere venoso centrale (CVC) 	
--	--	--	--

Sindrome coronarica acuta NSTEMI

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere gli aspetti eziopatogenetici e fisiopatologici • Saper riconoscere i segni ECGrafici di ischemia, lesione e necrosi • Raccogliere una anamnesi completa (ivi compreso quella farmacologica) e effettuare un esame obiettivo mirato ai possibili quadri eziologici • Conoscere le modalità, sintomi e segni di presentazione atipica di IMA/SCA • Riconoscere le principali diagnosi differenziali quali le patologie cardiache non ischemiche (es. pericardite) o non cardiache (s. spasmo esofageo) • Assicurare un adeguato accesso venoso e effettuare le manovre di stabilizzazione emodinamica laddove necessario • Richiedere i test di valutazione diagnostica e di monitoraggio • Conoscere le procedure per la diagnosi e le metodologie di trattamento delle possibili complicanze e del trattamento antiaggregante/anticoagulante • Eseguire il trattamento elettrico (DC shock) di un'aritmia ipercinetica maligna • Conoscere il meccanismo di azione e le indicazioni dei farmaci da utilizzare • Riconoscere le condizioni cliniche che rendono necessario l'immediato trasferimento in terapia intensiva o in 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper valutare in modo appropriato nella pratica clinica il significato (e i limiti) dei diversi biomarcatori di danno miocardico • Saper applicare il metodo P.Q.R.S.T. per la valutazione del dolore toracico • Saper utilizzare la classificazione della Società Canadese di Cardiologia in 4 stadi di gravità dell'angor • Conoscere e applicare gli score di rischio per l'identificazione dei pazienti con prognosi severa • Organizzare l'assistenza ai pazienti a più elevato rischio di morte improvvisa • Saper individuare i pazienti ad alto rischio e tra questi valutare in base alle condizioni cliniche globali quali avviare alle procedure di rivascolarizzazione coronarica • Operare una sintesi clinico-laboratoristica e delle tecniche di immagine per formulare un piano di cura complessivo • Valutare vantaggi/svantaggi relativi ai trattamenti -farmacologico ed invasivo • Operare una stratificazione del rischio prognostico mediante la conoscenza di score specifici (TIMI-GRACE-PURSUIT) • Pianificare le dimissioni favorendo la continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipare ad iniziative di miglioramento della qualità per una efficace prevenzione, riconoscimento precoce e riduzione AUDIT, portfolio delle possibili complicanze • Saper effettuare la trombo lisi nei casi indicati • Realizzare periodici report di aggiornamento della letteratura scientifica sull'argomento • Coordinare/partecipare al team multidisciplinare coinvolto nella gestione delle SCA/NSTEMI • Coordinare/partecipare attivamente alla stesura di linee guida e percorsi assistenziali per rendere efficiente ed efficace l'assistenza ai pazienti con SCA NSTEMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Eseguire eco-cardiogramma per la valutazione della cinesi globale e segmentaria

<p>emodinamica interfacciandosi con il relativo medico competente (es. shock cardiogeno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saper gestire l'infusione di nitrati e dopamina • Pianificare le dimissioni favorendo la continuità assistenziale • Riconosce i segni ed i sintomi indicativi di una instabilizzazione del quadro clinico • Riconoscere le condizioni cliniche di stabilizzazione e di possibile dimissione del paziente e/o trasferimento ad altro setting assistenziale • Comunicare ai pazienti e loro familiari gli aspetti eziologici, la prognosi, le indicazioni diagnostiche e terapeutiche, i programmi di follow-up, richiedendo il relativo consenso informato 			
--	--	--	--

Aritmia cardiaca

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare l'interpretazione diagnostica (lettura ECG) • Saper individuare le aritmie più comuni (es. Fibrillazione Atriale) e non complesse • Identificare e riconoscere le modalità di presentazione clinica delle più comuni aritmie, raccogliendo una anamnesi mirata ed effettuando un esame obiettivo (con particolare attenzione alla stabilità emodinamica) • Conoscere i farmaci antiaritmici, secondo la classificazione di Vaughan-Williams e il loro meccanismo d'azione • Capacità di eseguire defibrillazione elettrica in situazioni di emergenza/urgenza • Richiedere gli esami appropriati per la valutazione delle aritmie (ivi compreso ECG Holter, telemetria, ecc.) • Operare una valutazione prognostica del rischio aritmico (caratteristiche ECG, 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la classificazione di Lown delle aritmie • Saper riconoscere, secondo i criteri EHRA, la gravità dei sintomi in caso di fibrillazione atriale • Saper impostare la terapia delle principali aritmie cardiache anche nei casi più complessi e nei pazienti polipatologici e politrattato • Saper utilizzare la telemetria in area subintensiva quando disponibile • Saper riconoscere i pazienti da indirizzare al cardiologo per la gestione delle aritmie complesse • Saper individuare i pazienti che possono autogestire la terapia "pill in the pocket" • Saper gestire la terapia farmacologica di un paziente che presenta torsade de point • Comunicare al paziente ed ai familiari la diagnosi, la prognosi ed il piano di cura 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper interpretare all'ECG i tracciati più complessi • Saper utilizzare un monitor defibrillatore dotato di P.M. trans toracico • Saper riconoscere i pazienti suscettibili di ablazione elettrica atriale sinistra 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper interpretare l' ECG Holter 24h e/o 7 giorni • Saper effettuare un ALS (advanced life support) • Saper eseguire la cardio-versione elettrica in elezione • Saper riconoscere i pazienti suscettibili di ablazione chirurgica • Saper applicare un PM temporaneo

<p>condizioni cardiache e comorbidità), individuando il livello di cura richiesto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i farmaci, le condizioni metaboliche e le comorbidità che possono scatenare le aritmie • Saper effettuare la terapia farmacologia per ridurre la frequenza cardiaca in corso di FA o di altra aritmia ipercinetica sopraventricolare in pazienti emodinamicamente stabili • Saper riconoscere i pazienti suscettibili di applicazione di PM • Riconoscere tempestivamente le aritmie ad alto rischio richiedenti interventi specialistici in urgenza • Conoscere i meccanismi di azione, le indicazioni e le controindicazioni dei farmaci anti-aritmici • Scegliere l'impostazione terapeutica appropriata delle principali aritmie cardiache secondo la medicina basata sulle evidenze • Comunicare al paziente ed ai familiari la diagnosi, la prognosi ed il piano di cura dopo la dimissione, trasmettendo informazioni sui farmaci e sulle procedure da attivare • Attivare un approccio multi-disciplinare e multi-professionale secondo le logiche del <i>disease management</i> per facilitare le dimissioni e migliorare la qualità di vita • Utilizzare le raccomandazioni evidence-based per la diagnosi, terapia, monitoraggio delle principali aritmie cardiache 	<p>dopo la dimissione, trasmettendo informazioni sui farmaci e sulle procedure da attivare</p>		
--	--	--	--

Scompenso cardiaco

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i fattori di rischio per lo Scompenso Cardiaco Saper applicare e utilizzare la classificazione di Killip • Conoscere la stadiazione • Conoscere i criteri di diagnosi e saper effettuare la diagnosi differenziale • Riconoscere l'eziologia sottesa • Individuare i fattori precipitanti • Trasferimento delle competenze al medico specialista per la gestione della cardiopatia avanzata / refrattaria • Valutare la presenza di comorbidità e il loro significato clinico-prognostico • Utilizzare gli score di stratificazione prognostica • Impostare la terapia per rallentare la progressione della cardiopatia • Valutare l'indicazione e le controindicazioni alla ventilazione non invasiva con PEEP positiva • Riconoscere le indicazioni all'uso delle tecniche di NIV nel paziente acuto • Riconoscere le indicazioni alla terapia delle apnee ostruttive • Pianificare le dimissioni del paziente con SC e compilare una lettera di dimissione adeguata • Saper gestire l'assistenza ai pazienti terminali 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione dello SC refrattario • Impostare un programma di monitoraggio e di follow-up secondo le logiche del disease management • Conoscenza degli indicatori di buona pratica clinica • Impostare la terapia per rallentare la progressione della cardiopatia • Selezionare i pazienti per proporre l'esecuzione di coronarografia • Selezionare i pazienti per proporre la contro pulsazione aortica in area subintensiva • Selezionare i pazienti per proporre l'applicazione di un LVAD (<i>left ventricular assist device</i>) • Gestione dello SC refrattario • Selezionare i pazienti per proporre l'impianto di un PM bi- ventricolare per la re sincronizzazione cardiaca • Selezionare i pazienti per proporre un'emofiltrazione • Effettuare la ventilazione non invasiva con PEEP positiva • Selezionare i pazienti per proporre un ICD in prevenzione secondaria • Selezionare i pazienti per proporre l'applicazione di un LVAD (<i>left ventricular assist device</i>) • Selezionare i pazienti potenziali candidati a trapianto cardiaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare un'ecografia toracica di base • Acquisizione di altre tecniche strumentali di diagnosi e terapia (impedenziometria, BNP, eccetera) • Possedere la certificazione ACLS • Saper effettuare la NIV • Selezionare i pazienti potenziali candidati a biopsia miocardica 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare un'ecocardiografia trans esofagea TEE • Gestire l'ultra-filtrazione

Ictus			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Eseguire EO generale • Effettuare diagnosi differenziale • Effettuare esame neurologico • Effettuare terapia di supporto quando escluso uso di trombo litico • Valutare e monitorare i parametri vitali • Conoscere gli accertamenti necessari per individuare le fonti emboli gene • Conoscere i criteri di inclusione ed esclusione per trombolisi • Impostare le posture necessarie • Valutare e gestire i rischi e le complicanze • Impostare il trattamento secondo linee guida • Interagire correttamente e tempestivamente con gli altri specialisti • Saper gestire l'assistenza ai pazienti terminali 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare le scale di valutazione dell'ictus (es. Cincinnati pre-hospital scale, GCS, NIH Stroke Scale, 5- NIHSS, Canadian Neurological Scale, Scandinavian Stroke Scale, Rankin, Barthel, Indice di comorbidità secondo Greenfield etc) • Utilizzare le scale di valutazione dell'ictus (es. NIHSS) • Saper discriminare clinicamente un ictus ischemico da quello emorragico • Saper effettuare una diagnosi di sede dell'ictus ischemico, secondo i criteri OSCP-Oxfordshire Community Stroke Project • Effettuare stratificazione prognostica, in funzione della sede della lesione (TACS, PACS, POS, LACS), secondo mortalità e dipendenza funzionale • Prescrivere i presidi e gli ausili necessari 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper interpretare e discutere i dati neuro radiologici (TC, RMN encefalo e tronco) • Effettuare trombo lisi periferica (quando autorizzato) 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare ecocolordoppler TSA • Effettuare ecodoppler transcranico • Saper leggere un EEG

Ischemia cerebrale			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il TIA • Saper interpretare un ECG • Saper riconoscere le condizioni che possono essere confuse con un TIA: <ul style="list-style-type: none"> - CRISI COMIZIALI - SINCOPI, LIPOTIMIE - EMICRANIA CON AURA - S. DI MENIERE - AMNESIA GLOBALE TRANSITORIA - PARALISI PERIODICHE DISKALIEMICHE - CRISI IPOGLICEMICHE - NARCOLESSIA. CATAPLESSIA - TURBE SENSITIVE DA IPERVENTILAZIONE, ISTERIA - EMORRAGIE CEREBRALI, - EMATOMA SUBDURALE - NEOPLASIE CEREBRALI 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare una stratificazione prognostica di rischio di ictus a 7 giorni secondo il punteggio ABCD e ABCD2 di Rothwell et al. • Saper pianificare il timing delle indagini necessarie in funzione del rischio calcolato (basso, medio, alto) di ictus 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper proporre in presenza di stenosi carotidea critica intervento di disostruzione precoce • Saper interpretare e discutere i dati neuro radiologici (TC, RMN encefalo e tronco) • Saper avviare allo specialista il paziente con sospetta pervietà del forame ovale • Saper selezionare i pazienti con pervietà del forame ovale candidabili a chiusura trans catetere 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper eseguire un ecodoppler dei vasi epiaortici • Saper eseguire un'eco-cardiografia

<ul style="list-style-type: none"> • Saper proporre l'iter diagnostico completo • Saper proporre la terapia antiaggregante più appropriata (singola o in associazione) • Saper proporre la TAO quando indicata e appropriata • Saper intervenire sui fattori di rischio e le comorbidità associate 			
--	--	--	--

BPCO

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere la stadiazione della malattia secondo le linee guida più accreditate (GOLD) • Saper modulare la terapia cronica di fondo in base alla stadiazione di gravità della malattia • Diagnosticare e curare le riacutizzazioni • Saper discriminare i pazienti da proporre per un trattamento in terapia intensiva • Porre le indicazioni e le controindicazioni alla NIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper valutare il FEV-1 • Saper definire la condizione di ostruzione delle vie aeree non reversibile • Considerare le comorbidità nella prognosi e terapia • Saper applicare la scala di Scala di Kelly e Matthay per la valutazione dello stato neurologico • Effettuare, quando possibile, test funzionali quali, ad esempio: <i>Six minutes walking test</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper valutare il valore percentuale del VEMS post-broncodilatatore rispetto al valore teorico • Saper utilizzare gli strumenti disponibili per la valutazione dello stato di salute e della qualità di vita nella BPCO (per esempio: St George Respiratory Questionnaire) • Saper valutare il BODE index per la stratificazione prognostica dei pazienti e la valutazione della probabilità di ospedalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare una spirometria, con misura dei volumi polmonari, della diffusione del CO e dei gas ematici • Saper gestire la NIV nella BPCO con insufficienza respiratoria nei casi indicati • Saper eseguire un'intubazione oro-tracheale (IOT) e conoscere le relative indicazioni • Saper gestire la ventilazione invasiva

Polmonite di comunità

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze Distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare la stratificazione prognostica e la valutazione di gravità • Scegliere la terapia antibiotica mirata ed empirica più appropriata in funzione del setting assistenziale, dell'età e delle condizioni del paziente: <ul style="list-style-type: none"> - Paziente domiciliare <40 aa. immunocompetente - Paziente <60 aa. immunocompetente o con patologie concomitanti - Paziente >60 aa. o con patologie concomitanti - Paziente ospedalizzato - Paziente in condizioni critiche - Paziente con malattie strutturali del 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare tempestivamente lo "switching" della terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper interpretare i risultati del bronco-lavaggio alveolare BAL • Saper valutare e gestire i casi di possibile BOOP- Bronchiolitis obliterans-organizing pneumonia 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper eseguire un'intubazione oro-tracheale (IOT) • Saper gestire la ventilazione invasiva • Saper effettuare un bronco-lavaggio alveolare BAL

<p>polmone</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paziente allergico alla penicillina Sospetta aspirazione • Selezionare gli esami colturali necessari ed adeguati • Scegliere la terapia antibiotica mirata ed empirica più appropriata nel paziente comune e nel paziente grave • Effettuare il monitoraggio e indicazioni per il follow-up 			
---	--	--	--

Polmonite nosocomiale

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare la stratificazione prognostica e la valutazione di gravità • Saper effettuare tempestivamente lo "switching" della terapia • Scegliere la terapia antibiotica mirata ed empirica più appropriata in funzione del setting assistenziale, dell'età e delle condizioni del paziente: <ul style="list-style-type: none"> - Paziente domiciliare <40 aa. immunocompetente - Paziente <60 aa. immunocompetente o con patologie concomitanti - Paziente >60 aa. o con patologie concomitanti - Paziente ospedalizzato - Paziente in condizioni critiche - Paziente con malattie strutturali del polmone - Paziente allergico alla penicillina Sospetta aspirazione • Selezionare gli esami colturali necessari ed adeguati • Saper eseguire un'intubazione oro-tracheale (IOT) • Scegliere la terapia antibiotica mirata ed empirica più appropriata • Effettuare il monitoraggio ed indicazioni per il follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Scegliere la terapia antibiotica mirata ed empirica più appropriata nel paziente grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper interpretare i risultati del bronco-lavaggio alveolare BAL 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare un bronco-lavaggio alveolare BAL • Saper gestire la ventilazione invasiva

Anemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire l'anemia nel paziente internistico, la classificazione delle anemie e le possibili cause epidemiologicamente più frequenti • Saper differenziare l'anemia sideropenica dall'anemia da malattia cronica (ACD) • Saper individuare le comorbilità e i fattori importanti nel determinismo/ prognosi dell'anemia • Gestire l'accettazione e la dimissione del paziente • Conoscere gli accertamenti diagnostici necessari per lo studio di base delle anemie • Saper effettuare la terapia marziale (valutazione del fabbisogno di ferro, dello stato marziale, della carenza assoluta e/o funzionale di ferro, del possibile sovraccarico, valutazione delle riserve, modalità di supplementazione, ecc.) • Saper valutare e gestire le possibili complicanze/reazioni avverse, incompatibilità ABO correlate all'emotrasfusione • Saper effettuare un buon impiego del sangue e degli emoderivati • Saper gestire la sacca e la relativa modulistica, in funzione delle responsabilità professionali • Saper gestire l'assistenza ai pazienti terminali 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le indicazioni e le linee guida più aggiornate sulle modalità di prescrizione e somministrazione di farmaci che richiedono specifiche procedure (es: antifungini, antivirali, anticorpi monoclonali) • Saper selezionare i pazienti suscettibili di terapia con EPO • Gestire i pazienti afferenti a una delle seguenti aree specialistiche: linfomi, leucemie, mieloma multiplo, malattie mieloproliferative, trapianto allogenico e autologo, terapie cellulari innovative) • Trattamento internistico anche nei casi più complessi e nel paziente polipatologico • Inquadramento diagnostico anche nei casi più complessi e nel paziente polipatologico • Saper differenziare le diverse forme disponibili e le rispettive posologie di ferro: <ul style="list-style-type: none"> - formulazione orale: ferroso fumarato, gluconato, solfato, solfato long acting - formulazione ev/im: Fe destrano, Fe sucrosio • Saper interpretare i risultati della tipizzazione linfocitaria Saper gestire l'anemia nell'ipotesi diagnostica di una mielodisplasia 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper somministrare i fattori di crescita per la mobilitazione delle CSE e per la ricostituzione cellulare • Gestione delle seguenti patologie o complicanze: linfomi, leucemie, mieloma multiplo, malattie mieloproliferative, trapianto allogenico e autologo, terapie cellulari innovative 	<ul style="list-style-type: none"> • Riferimento per parere sulla gestione di casi complessi e/o controversi nell'ambito di una delle seguenti aree specialistiche: <ul style="list-style-type: none"> - linfomi - leucemie - mieloma multiplo - malattie mieloproliferative - trapianto allogenico e autologo - terapie cellulari innovative • Valutazione del chimerismo "<i>donor versus recipient</i>" dopo trapianto di midollo come possibilità di modulare la terapia immunosoppressiva post-trapianto • Somministrazione della chemioterapia ad alte dosi ed i regimi di condizionamento • Conoscere le indicazioni al trapianto per le diverse patologie • Conoscere le metodiche di tipizzazione degli HLA • Saper gestire le modalità di infusione di cellule staminali periferiche/ midollo osseo

Sindromi mielodisplastiche

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire le sindromi mielodisplastiche (MDS), la loro epidemiologia, le forme primitive e secondarie • Conoscere le modalità di presentazione di una sindrome mielodisplastica • Conoscere le indicazioni per supporto trasfusionale (trasfusione di eritrociti e piastrine) • Conoscere il meccanismo d'azione dell'eritropoietina ricombinante (r-HU EPO) e lo schema di terapia (d'attacco e di mantenimento) • Conoscere le indicazioni e i limiti d'impiego dei Fattori di crescita G-CSF e GM-CSF 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire l'anemia "isolata" delle MDS, le sue caratteristiche, escludendo possibili cause secondarie • Saper definire la piastrinopenia "isolata" delle MDS, le sue caratteristiche, escludendo possibili cause secondarie • Saper fare la diagnosi di sindrome mielodisplastica sulla base dei criteri diagnostici della Working Conference di Vienna sulle MDS: <ol style="list-style-type: none"> 1) criteri "indispensabili": <ol style="list-style-type: none"> a) citopenia prolungata (³6 mesi) mono- o plurilineare b) esclusione di altre cause 2) criteri "decisivi": <ol style="list-style-type: none"> a) displasia morfologica mono- o plurilineare (valutazione su aspirato midollare) in almeno il 10% delle cellule (³ 15% per i sideroblasti ad anello) b) anomalie citogenetiche specifiche • Saper definire la leucopenia "isolata" delle MDS, le sue caratteristiche, escludendo possibili cause secondarie • Saper valutare l'entità del sovraccarico marziale con metodi diretti e indiretti 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper eseguire un agoaspirato midollare • Saper quantificare il valore percentuale di cellule blastiche midollari • Conoscere la "Sindrome 5q" • Conoscere le modalità di ferro chelazione con deferoxamina (DFO), deferiprone (L1), deferasirox e gli obiettivi terapeutici in base ai valori di ferritina 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper selezionare i pazienti candidati a trapianto allogenico di midollo osseo • Saper valutare nei preparati midollari le anomalie morfologiche caratteristiche della diseritropoiesi (megaloblastosi, eccesso di precursori E1-E2, frammentazioni nucleari, ponti internucleari, irregolarità cromatiniche, vacuoli citoplasmatici, sideroblasti ad anello), la disgranulopoiesi (alterazioni della lobulazione nucleare, assenza di granuli nel citoplasma, la pseudoanomia di Pelger) e dismegacariocitopoiesi (presenza di micromegacariociti, piccoli megacariociti binucleati, nucleo unico non lobato o multinuclearità) • Saper eseguire una biopsia ossea • Conoscere il sistema prognostico IPSS (International Prognostic Scoring System) che, sulla base della percentuale di cellule blastiche midollari, delle caratteristiche cariotipiche e del numero di citopenie periferiche attribuisce uno score di rischio a ciascun paziente, con l'individuazione di 4 classi principali (rischio basso, intermedio-1, intermedio-2 e alto) • Saper interpretare lo studio citogenetico eseguito su sangue midollare, con valutazione delle classi di rischio: a) favorevole, b) intermedio, c) sfavorevole • Conoscere il sistema "WHO classification-based Prognostic Scoring System" (WPSS) che tiene conto della classificazione WHO, della citogenetica secondo IPSS e della richiesta trasfusionale, con l'individuazione di 5 sottogruppi di rischio: molto basso, basso, intermedio, alto, molto alto • Conoscere la Lenalidomide e le sue

indicazioni appropriate nelle MDS, i possibili effetti collaterali

- Conoscere la Lenalidomide e le sue indicazioni appropriate nelle MDS, i possibili effetti collaterali
- Conoscere la Azacitidina e i farmaci demetilanti, le loro indicazioni appropriate nelle MDS, i possibili effetti collaterali

Tromboembolismo venoso

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper individuare i pazienti con sospetta embolia polmonare e/o TVP e saper porre l'indicazione alle varie metodiche diagnostiche (ecografia, angioTC, scintigrafia polmonare, arteriografia) • Profilassi antitrombotica nei pazienti chirurgici • Profilassi antitrombotica in ortopedia • Scegliere la terapia trombolitica o eparinica non frazionata in urgenza • Stratificare il rischio di TEV in tutti i pazienti ricoverati e implementare le misure profilattiche indicate (farmaci, mezzi meccanici e/o deambulazione per ridurre il rischio di TEV) • Determinare il livello di cura richiesto dal paziente inclusa la scelta di uno specifico schema di terapia anticoagulante (farmaco, dose, target e durata), l'eventuale posizionamento di filtro cavale e l'eventuale necessità di un trattamento urgente come la terapia trombolitica o di un trattamento invasivo (embolectomia chirurgica) • Profilassi antitrombotica nel paziente medico • Scegliere la terapia con eparina non frazionata o eparina a basso peso molecolare, riconoscendone i possibili effetti indesiderati • Scegliere la terapia con eparina non frazionata, eparina a basso peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare e gestire circuiti veloci ("fast track") per l'accesso rapido dei pazienti alla ultrasonografia per la diagnosi del tromboembolismo venoso-TEV • Profilassi antitrombotica in Neurochirurgia • Profilassi antitrombotica in Gravidanza • Profilassi antitrombotica nell'anziano fragile, in lungodegenza e nel paziente oncologico 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestire il follow up della terapia anticoagulante orale – TAO - nel tempo • Saper selezionare i pazienti suscettibili di posizionamento di filtro cavale 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestire l'attività di ecografia venosa per il TEV • Gestire il laboratorio di screening della TEV

<p>molecolare, fondaparina riconoscono i possibili effetti indesiderati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevedere e trattare i fattori che possono complicare il TEV o il suo trattamento come l'insufficienza cardiopolmonare, il sanguinamento e/o la mancata risposta anticoagulante • Saper gestire la terapia infusionale con eparina non frazionata • Profilassi antitrombotica nell'obeso • Saper gestire il controllo e la terapia della piastrinopenia da eparina (HIT) • Scegliere la terapia con Fondaparinux • Profilassi antitrombotica nell'insufficienza renale • Scegliere la terapia con dicumarolici e i pazienti candidati/non idonei alla TAO • Riconoscere la piastrinopenia da eparina-HIT • Saper iniziare correttamente e gestire le prime fasi della TAO e saper scegliere presidi alternativi in caso di controindicazione assoluta alla terapia anticoagulante • Indicare le modalità di follow up e di controllo • Indicare le modalità di follow up, di controllo e saper fornire al paziente tutte le informazioni necessarie per prevenire il rischio di interazioni della TAO con alimenti e farmaci • Saper fornire indicazioni per la prevenzione e la stratificazione del rischio; saper fornire al paziente le avvertenze sul comportamento da tenere in caso di sanguinamenti o piccoli interventi chirurgici • Saper effettuare una corretta stratificazione diagnostico/prognostica dell'embolia polmonare e selezionare in base ad essa la terapia più appropriata 			
--	--	--	--

Diabete mellito

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Classificare il diabete (DM) e spiegare il processo fisiopatologico che porta a iperglicemia, chetoacidosi diabetica (DKA) e iperosmolarità non chetotica (HHS) • Conoscere i criteri diagnostici del diabete, la classificazione e le forme "prediabetiche" • Saper diagnosticare e trattare la chetoacidosi diabetica (DKA) e l'iperosmolarità non chetotica (HHS) • Effettuare un'anamnesi accurata con ricerca di sintomi suggestivi per copatologia acuta che può influenzare il controllo glicemico, il controllo ambulatoriale della glicemia, compliance alla terapia e influenze sociali che possono influenzare il controllo glicemico • Saper valutare i fattori che influenzano l'insorgenza e il controllo del diabete • Fare un esame obiettivo in grado di identificare le cause precipitanti di iperglicemia, DKA e HHS • Saper valutare il significato diagnostico e prognostico dell'iperglicemia all'ingresso del paziente in ospedale • Saper gestire la terapia insulinica infusione in pazienti critici • Identificare l'obiettivo glicemico nel paziente ricoverato e il razionale di uno stretto controllo della glicemia su morbilità e mortalità • Facilitare il piano di dimissione del ricovero • Spiegare meccanismo d'azione, indicazioni, controindicazioni, dei farmaci utilizzati per il diabete 	<ul style="list-style-type: none"> • Screening della polineuropatia sensitivo-motoria (Diabetic Neuropathy Index – DNI) • Idoneità a prescrivere i presidi diagnostico-terapeutici nel paziente diabetico • Effettuare, interpretare test per la neuropatia vegetativa • Facilitare il piano di dimissione del ricovero • Utilizzare, dal momento del ricovero, un approccio multidisciplinare che può includere infermiere, dietista, centro anti diabetico, servizi sociali • Spiegare gli obiettivi di una dimissione e passaggio di cura sicuri 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare lo screening, diagnosi diabete gestazionale e gestione diabete in gravidanza • Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per l'ottimizzazione del controllo glicemico nei pazienti ricoverati in varie situazioni (pazienti in degenza ordinaria, chirurgici, critici) • Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per la standardizzazione della valutazione e del trattamento di DKA e HHS • Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per promuovere con approccio multidisciplinare qualità e efficacia della gestione del diabete 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare il fundus oculi con riconoscimento della retinopatia di sfondo o avanzata • Partecipare a team multidisciplinare esperto nella cura del piede diabetico

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Conoscere i diversi tipi di insulina di uso corrente, dell'insulina umana regolare e degli analoghi insulinici ad azione rapida, modalità d'impiego, caratteristiche farmacologiche (tempo d'insorgenza dell'azione, effetto massimo, durata d'azione)• Documentare il piano terapeutico e le istruzioni alla dimissione interagendo con il medico responsabile del <i>follow-up</i> ambulatoriale e l'eventuale invio al CAD• Scegliere tempestivamente quando intraprendere la terapia insulinica nel diabete di tipo 2• Saper gestire l'apporto idrico e le alterazioni elettrolitiche causate da DKA e HHS• Regolare la terapia farmacologica per raggiungere un controllo glicemico ottimale minimizzando gli effetti collaterali• Riconoscere e trattare l'ipoglicemia• Riconoscere le indicazioni per una valutazione specialistica• Comunicare con paziente e familiari per spiegare storia e prognosi del DM, possibili complicanze a lungo termine e strategie di prevenzione, obiettivi della cura, sui effetti avversi, dieta, piano alla dimissione, importanza del controllo della glicemia, e del trattamento dei fattori di rischio CV | | | |
|---|--|--|--|

Gestione del paziente con arteriopatia periferica degli arti inferiori (PAD = *peripheral artery disease*)

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Individuare i pazienti a rischio di PAD • Effettuare un esame obiettivo comprensivo di accurata valutazione dei polsi periferici e di eventuali soffi vascolari • Conoscere la storia naturale della malattia e la sua evoluzione • Conoscere la stadiazione della PAD secondo Fontaine • Valutare i fattori di rischio che possono far precipitare l'ischemia critica AAIL • Valutare i risultati dell'angioTC • Riconoscere un'ischemia acuta degli arti inferiori • Riconoscere un'ischemia critica cronica degli arti inferiori • Riconoscere precocemente un'ischemia acuta degli arti inferiori • Indirizzare tempestivamente il paziente allo specialista per valutare intervento di rivascolarizzazione, trombectomia, trombolisi, ecc. • Effettuare una diagnosi differenziale tra le possibili cause di ulcere trofiche agli AAIL • Valutare le comorbidità (prevalentemente cardio-vascolari) e le priorità ad esse correlate • Individuare i pazienti a rischio di CIN 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i gradi e le categorie di Rutherford per la stadiazione della malattia • Effettuare un indice ABI • Conoscere e applicare la classificazione di Wagner e della Texas University per la stadiazione delle ulcere cutanee vascolari nel diabetico • Valutare i risultati dell'indice ABI • Saper valutare i risultati dell'arteriografia • Valutare i risultati dell'angioTC • Valutare i risultati dell'angioRM • Riconoscere precocemente un'ischemia critica cronica degli arti inferiori • Effettuare una terapia con prostanoidei/endoprost • Individuare i pazienti suscettibili di possibile trattamento di rivascolarizzazione • Saper valutare il rischio operatorio globale 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuare i pazienti suscettibili di possibile trattamento endovascolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare un'ossimetria transcutanea • Effettuare un eco-color-doppler arterioso AAIL • Effettuare un programma dettagliato di training per esercizio fisico (riabilitazione PAD AAIL)

Gestione del paziente con insufficienza renale acuta - IRA

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distntive
<ul style="list-style-type: none"> • Definire il significato clinico di IRA pre renale, intrinseca e postrenale Individuare attraverso una specifica anamnesi (clinico-farmacologica) i fattori che possono aver precipitato IRA • Conoscere i segni ed sintomi della IRA pre, intrinseca e postrenale • Condurre un esame obiettivo per determinare la eventuale ritenzione idrica ed identificare eventuali comorbilità causa di IRA • Comunicare con il paziente e i familiari per spiegare loro la storia e la prognosi dell'IRA • Conoscere le cause della IRA pre-renale, intrinseca e post-renale • Definire il significato clinico di IRA pre renale, intrinseca e postrenale Conoscere i segni ed sintomi della IRA pre, intrinseca e postrenale. Conoscere le cause della IRA pre-renale, intrinseca e post-renale • Saper valutare le indagini diagnostiche, e interpretazioni utili allo studio dell'IRA (urine, sedimento urinario, escrezione urinaria di proteine, valutazioni sierologiche e <i>imaging</i> renale) • Comunicare con il paziente ed i familiari per spiegare gli obiettivi della cura e le misure terapeutiche da continuare a domicilio • Indicare quali esami clinici, laboratoristici e di imaging richiedere per il corretto inquadramento dell'IRA • Comunicare con il paziente ed il familiare per spiegare loro le procedure diagnostiche, l'uso ed i potenziale effetti collaterali dei farmaci impiegati • Conoscere gli squilibri elettrolitici che intercorrono nel corso di IRA e saperli correggere 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper valutare il RFI: Renal Failure index in base ai dati del sodio urinario in mEq/L)/ (creatinina urinaria in mg/dL e della creatininemia in mg/Dl • Prescrivere un appropriato piano nutrizionale e coordinare il giusto intervento metabolico • Riconoscere il momento per la consultazione del nefrologo e/o dell'urologo • Monitorare l'equilibrio idrico ed elettrolitico • Iniziare misure di prevenzione che includono le modifiche della dieta e l'adeguamento posologico dei farmaci impiegati per le comorbiltà • Adeguare la dose dei farmaci al GFR e alla velocità di escrezione • Conoscere quali mezzi di contrasto iodati e non iodati sono da evitare; conoscere ed evitare gli agenti nefrotossici e se necessari saper monitorare la funzione renale e la dose dei farmaci utili 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmare e gestire un approccio multidisciplinare che può includere l'infermiere, il dietista, la farmacia Identificare i pazienti che possono beneficiare di un trattamento emodialitico precoce • Comunicare con il paziente ed il familiare per spiegare loro le procedure diagnostiche, l'uso ed i potenziale effetti collaterali dei farmaci impiegati • Saper individuare e gestire i pazienti a rischio di Fibrosi nefrogenica sistemica-NSF 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare una dialisi peritoneale • Provvedere all'allestimento di un accesso vascolare per emodialisi

<ul style="list-style-type: none"> • Calcolare il filtrato glomerulare corretto per il corretto aggiustamento delle posologie dei farmaci da somministrare • Individuare i pazienti a rischio di IRA e instaurare le giuste misure per evitarlo • Saper individuare e gestire i pazienti a rischio di nefropatia da mezzo di contrasto-CIN (<i>contrast induced nephropathy</i>), anche in base al CIN risk score <p>Identificare e trattare i fattori che possono complicare il decorso di IRA, includendo la pressione arteriosa e le infezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare le raccomandazioni della EBM, i protocolli e la stratificazione del rischio per il trattamento della IRA • Conoscere le indicazioni e le controindicazioni dei farmaci idonei al trattamento dell'IRA • Conoscere le indicazioni al trattamento emodialitico 			
--	--	--	--

Gestione del paziente con insufficienza renale cronica - IRC

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere precocemente la presenza di IRC: calcolare la clearance della creatinina mediante le formule di uso più corrente (Cockfort-Gault, MDRD, CKD-Epi) per la stima del Vol FG, ma anche conoscere i limiti delle formule utilizzate • Conoscere le modalità di valutazione della proteinuria • Ricerare sistematicamente la IRC nei pazienti a rischio: diabete di tipo 1 e 2, ipertensione arteriosa, malattie CV (cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, arteriopatia periferica, malattia cerebro-vascolare), malattia strutturale del tratto urinario (nefrolitiasi, ipertrofia prostatica, ecc.), malattia sistemica con possibile coinvolgimento renale, per esempio, LES, mieloma multiplo), storia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la stadiazione della IRC secondo la classificazione della NKF-KDOQI (US National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) • Impiegare correntemente il rapporto ACR (albumina/creatinina ratio) per l'identificazione della proteinuria • Proporre autonomamente l'iter diagnostico per la diagnosi di nefropatia ischemica • Conoscere la farmacocinetica dei principali farmaci in corso di IRC • Saper individuare e gestire i pazienti a rischio di Fibrosi nefrogenica sistemica-NSF 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare un sedimento urinario • Valutare con diagnostica ecografica ed ecocolordoppler la presenza di una possibile stenosi dell'arteria renale • Saper prevedere un possibile recupero della funzionalità renale in presenza di nefropatia ischemica • Conoscere i limiti e le indicazioni della rivascularizzazione • Prevedere un possibile recupero della funzionalità renale in presenza di CIN • Valutare le alterazioni urinarie asintomatiche • Valutare e trattare le alterazioni del metabolismo calcio-fosforo nei pazienti con IRC • Gestire l'osteodistrofia renale dell'adulto con IRC 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare una dialisi peritoneale • Valutare con diagnostica ecografica ed ecocolordoppler l'asimmetria di volume dei reni • Provvedere all'allestimento di un accesso vascolare per emodialisi • Valutare con diagnostica ecografica ed ecocolordoppler la presenza di una possibile stenosi dell'arteria renale • Gestire l'emodialisi in urgenza e/o in area critica

- eredo-familiare di malattia renale
- Valutare gli antiipertensivi più appropriati nella IRC
 - Saper riconoscere i pazienti a rischio di danno nefrotossico farmacodipendente
 - Monitorare la funzione renale in corso di terapia con ACE Inibitori e Sartani
 - Riconoscere i pazienti con IRC, anemia e comorbilità prognosticamente importanti
 - Saper gestire (non impiego, posologia-intervalli di somministrazione, controllo delle possibili reazioni avverse) la terapia farmacologica in rapporto alla funzionalità renale (FANS, antibiotici, eparina, eccetera)
 - Individuare i pazienti con anemia e IRC, suscettibili di terapia con EPO
 - Gestire la politerapia e le possibili interazioni farmacologiche in funzione di un possibile rischio nefrotossico
 - Effettuare la terapia marziale (valutazione del fabbisogno di ferro, dello stato marziale, della carenza assoluta e/o funzionale di ferro, del possibile sovraccarico, valutazione delle riserve, modalità di supplementazione, eccetera)
 - Sospettare la presenza di una nefropatia ischemica arteriosclerotica
 - Individuare i pazienti con sospetta ipertensione arteriosa secondaria
 - Saper individuare e gestire i pazienti a rischio di nefropatia da mezzo di contrasto-CIN (*contrast induced nephropathy*), anche in base al CIN risk score
 - Utilizzare le statine in corso di IRC
 - Conoscere i protocolli di prevenzione della CIN
 - Selezionare i pazienti con IRC da indirizzare ad un nefrologo per valutazione e trattamento specialistico

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Iponatremia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la distribuzione del liquido corporeo intra-extracellulare (LIC-LEC) e il concetto di iso-ipo-iperosmolalità plasmatica • Saper definire i concetti di deplezione di LEC, disidratazione extra-cellulare, iperidratazione intra-cellulare, disidratazione intra-cellulare • Conoscere come la quantità di sodio muta nelle varie soluzioni (soluzione fisiologica 0,9%: 154 mEq/litro; soluzione ipertonica 3%: 513 mEq/litro; soluzione ipertonica 5%: 860 mEq/litro; soluzione ipotonica 0,45%: 77 mEq/litro) e utilizzarle con appropriatezza • Saper definire il concetto di "acqua libera" • Saper definire il concetto di "osmolalità" e applicare le formule per il calcolo dell'osmolalità plasmatica • Saper definire il concetto di "volemia efficace" e conoscere la fisiopatologia delle modificazioni della volemia • Conoscere la fisiopatologia della osmoregolazione e della regolazione di volume circolante • Saper impostare la terapia dell'iponatremia ipotonica-isovolemica • Saper distinguere una carenza vera del sodio totale da una condizione di eccesso di acqua pur con sodio totale normale e da una situazione di eccesso di sodio, con un maggiore eccesso di acqua • Saper descrivere le possibili cause di deplezione del LEC (perdite renali ed extrarenali) • Saper definire l'iponatremia • Saper distinguere le varie forme di iponatremia: <ol style="list-style-type: none"> 1) Iperotonica 2) Isotonica 3) Ipotonica: 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper riconoscere le iponatremie vere dalle "pseudo-iponatremie" e le possibili cause sottese • Saper distinguere clinicamente, tra le forme di iponatremia "acute", quelle a insorgenza rapida (calo della sodiemia superiore a 1 mEq/litro/ora) da quelle a insorgenza più graduale • Conoscere i fattori che influenzano la sodiuria e la osmolalità urinaria (U_{Na} e U_{osm}) • Conoscere l'importanza della determinazione della sodiuria (U_{Na} superiore ai 20 mEq/litro) nei casi di perdite renali • Saper calcolare la quantità di sodio da infondere utilizzando la formula di Adrogue • Saper distinguere l'iponatremia a insorgenza acuta dalle forme "croniche" • Saper impostare la terapia dell'iponatremia ipotonica-ipervolemica • Saper calcolare la quantità di sodio moltiplicando il deficit sodico plasmatico (mEq/l) per l'acqua corporea totale (Litri) • Saper valutare i tempi di infusione e la velocità della correzione • Saper impostare la terapia dell'iponatremia ipotonica-ipovolemica • Saper scegliere il tipo di soluzione idonea (salina ipertonica al 3%) in presenza di convulsioni o altri sintomi neurologici acuti • Saper riconoscere il quadro della mielinolisi pontina, a seguito di errori nella correzione della sodiemia • Saper gestire l'iponatremia nell'insufficienza renale acuta • Saper gestire l'iponatremia nell'insufficienza renale cronica 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper valutare la presenza di edema della papilla (papilla da stasi) • Saper utilizzare gli antagonisti del recettore dell'arginina vasopressina per il trattamento per via endovenosa dell'ipo-natriemia ipervolemica nei pazienti ospedalizzati (Vaprisol), conoscendone la posologia, le contro-indicazioni, le interazioni farmacologiche e le possibili ADR 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestire l'emo-filtrazione

<p>3a. Ipervolemica 3b. Isovolemica 3c. Ipovolemica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le possibili cause di iponatremia • Conoscere le modalità di presentazione clinica dell'iponatremia, in funzione dei valori di sodiemia (mEq/l) • Saper riconoscere i segni clinici di intossicazione idrica • Saper riconoscere i segni clinici di disidratazione • Conoscere le cause di inappropriata secrezione di ADH (SIADH) e le possibili opzioni terapeutiche • Conoscere le cause di ipo-aldosteronismo e le possibili opzioni terapeutiche • Gestire in emergenza l'iponatremia 			
--	--	--	--

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Ipernatremia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire l'ipernatremia • Saper riconoscere e gestire le comorbilità/cause sottese all'ipernatremia • Saper gestire la terapia dell'ipernatremia in caso di deplezione del volume effettivo circolante • Saper definire i concetti di iperosmolarità ipertonica e di disidratazione cellulare • Saper descrivere le cause di ipernatremia da perdita pura di acqua • Saper differenziare il coma iper-osmolare da altri tipi di coma • Saper descrivere le cause di ipernatremia da perdita ipotonica di sodio (deplezione del LEC) • Conoscere le formule per gestire l'ipernatremia • Saper descrivere le cause di ipernatremia da perdita ipotonica di sodio e di potassio • Saper descrivere le cause di ipernatremia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le conseguenze e le risposte adattative dell'ipernatremia sul SNC • Saper gestire la correzione del deficit di acqua • Saper gestire la terapia dell'ipernatremia in caso di deplezione del volume effettivo circolante • Conoscere le formule per correggere il deficit di acqua • Saper distinguere l'ipernatremia da perdite renale vs quella da cause extrarenali in base a UNa e U osm 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper gestire la terapia dell'ipernatremia in presenza di un volume effettivo circolante normale • Saper gestire la terapia dell'ipernatremia in presenza di un volume effettivo circolante elevato 	

<p>da eccesso di apporto infusionale di sodio</p> <p>Conoscere le caratteristiche delle soluzioni da infondere in caso di ipernatremia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saper descrivere le caratteristiche dei pazienti a maggior rischio di ipernatremia • Riconoscere le manifestazioni cliniche di ipernatremia • Gestire in emergenza l'ipernatremia 			
--	--	--	--

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Ipotassiemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire l'ipopotassemia • Conoscere le cause di "pseudo-ipotassiemia" • Conoscere i fattori in grado di influenzare la potassiemia • Riconoscere i segni ECG-grafici di ipotassiemia, in funzione dei livelli di kaliemia • Conoscere le possibilità di apporto con i nutrienti e le fonti principali • Saper gestire la terapia infusionale con supplementi di potassio in base ai prodotti a base di sali di Potassio concentrati disponibili, quali, per esempio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Potassio cloruro 2 mEq / ml fiale 10 ml 2. Potassio lattato 2 mEq / ml fiale 10 ml 3. Potassio fosfato 2 mEq / ml fiale 10 ml 4. K-flebo 1 mEq/ml fiale 10 ml (potassio aspartato) 5. K-flebo 3 mEq/ml fiale 10 ml (potassio aspartato) • Conoscere le cause di ipopotassiemia • Conoscere i sintomi e i segni dell' ipopotassiemia • Conoscere gli effetti dell'acidosi e dell'alcalosi sul potassio sierico 		<ul style="list-style-type: none"> • Saper approfondire la diagnosi eziologica di ipopotassiemia in base all'equilibrio acido/base (alcalosi/acidosi) e al UK minore o maggiore di 25 mEq/die • Saper correlare la potassiemia misurata con il pH del paziente • Saper riconoscere i casi refrattari di ipotassiemia (ipomagnesiemia associata) • Saper differenziare la sindrome di Gitelman (ipokaliemia-ipomagnesemia familiare, con alcalosi metabolica ipokaliemica in associazione a significativa ipomagnesemia e diminuzione della secrezione urinaria di calcio) da altre forme (es s. di Bartter tipo3) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le azioni del rene sull'omeostasi del potassio sierico e i fattori coinvolti nell'escrezione di potassio • Gestire in emergenza l'ipopotassiemia 			
---	--	--	--

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Iperpotassiemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire l'iperpotassiemia e conoscerne le cause • Conoscere i fattori in grado di influenzare la potassiemia • Conoscere gli effetti dell'acidosi sul potassio sierico • Saper gestire le urgenze e l'iperpotassiemia acuta, con kaliemia > 6.5 mEq/l • Conoscere le azioni del rene sull'omeostasi del potassio sierico • Conoscere i fattori coinvolti nell'escrezione di potassio • Saper gestire il primo trattamento medico dell'iperpotassiemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le cause di "pseudo-iperpotassiemia" • Riconoscere i segni ECG-grafici di iperpotassiemia, in funzione dei livelli di kaliemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper gestire la sindrome da lisi tumorale 	<ul style="list-style-type: none"> • Provvedere all'allestimento di un accesso vascolare per emodialisi • Gestire l'emodialisi in urgenza e/o in area critica

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Ipomagnesiemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la fisiopatologia del magnesio, il suo bilancio (assorbimento, escrezione), il fabbisogno giornaliero (LARN) e l'apporto con i nutrienti, le fonti principali • Saper definire l'ipomagnesemia e conoscerne le cause • Saper individuare le cause iatrogeniche di aumentata perdita urinaria di Mg • Conoscere i sintomi e i segni della ipomagnesiemia • Saper gestire le urgenze con magnesiemia < 1.2 md/dl: tetania, aritmie maligne, convulsioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper utilizzare le infusioni di MgSO₄ 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper diagnosticare la sindrome di Gitelman (vedi sopra, ipopotassiemia) 	

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Ipermagnesiemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la fisiopatologia del magnesio, il suo bilancio (assorbimento, escrezione), il fabbisogno giornaliero (LARN) e l'apporto con i nutrienti, le fonti principali • Saper definire l'ipermagnesiemia e conoscerne le cause • Conoscere i sintomi e i segni della ipermagnesiemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper diagnosticare la sindrome di Gitelman (vedi sopra, ipopotassiemia) • Saper utilizzare l'infusione ev di calcio per antagonizzare la depressione respiratoria in attesa di emodialisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper gestire la terapia dell'intossicazione grave da Mg con supporto circolatorio e respiratorio 	

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Ipofosforemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la fisiopatologia del fosforo, il suo bilancio (assorbimento, escrezione), i fattori che ne regolano l'assorbimento intestinale, il fabbisogno giornaliero (LARN) e l'apporto con i nutrienti, le fonti principali • Saper definire le ipofosfatemie e conoscerne le cause • Conoscere le manifestazioni cliniche e le conseguenze dell'ipofosfemia sul metabolismo mitocondriale, la fosforilazione ossidativa e la dissociazione di emoglobina 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper gestire la terapia dell'ipofosfemia in acuto • Saper gestire la terapia dell'ipofosfemia in cronico 		

Gestione del paziente con squilibri idro-elettrolitici - Iperfosforemia

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la fisiopatologia del fosforo, il suo bilancio (assorbimento, escrezione), i fattori che ne regolano l'assorbimento intestinale, il fabbisogno giornaliero (LARN) e l'apporto con i nutrienti, le fonti principali • Definire le iperfosfatemie e conoscerne le cause • Distinguere le forme acute da quelle croniche • Conoscere le manifestazioni cliniche e le conseguenze dell'iperfosfatemia a carico di miocardio e valvole cardiache (aritmie e valvulopatie), vasi (gangrena digitale), intestino, rene (peggioramento del danno interstiziale e della funzione) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le cause di "pseudo-iperfosfatemia" da emolisi • Saper trattare la crisi tetanica ipocalcémica da iperfosfatemia acuta • Saper impostare la restrizione dietetica e la terapia con chelanti del P 	<ul style="list-style-type: none"> • Definire e calcolare il prodotto di solubilità tra Ca⁺ e P • Saper gestire la sindrome da lisi tumorale 	

Gestione del paziente con alterazioni dell'equilibrio acido base

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il concetto di acido, base, sistema tampone (buffer) • Indicare le possibili cause di aumento o perdita di H⁺ • Definire il pH ematico e i suoi valori normali, la concentrazione idrogenionica e i suoi valori normali, il concetto di acidemia e di alcalemia, il rapporto CO₂ / HCO₃⁻, il concetto di acidosi e alcalosi • Descrivere le conseguenze sull'organismo di un'acidemia < a 7.38 • Descrivere i sistemi tampone (bicarbonati, fosfati, proteine, Hb) • Descrivere le conseguenze sull'organismo di un'alcalemia > a 7.42 • Descrivere il normale processo di escrezione della CO₂ (ventilazione, diffusione, perfusione) Riconoscere i sintomi e i segni clinici di uno stato di acidosi • Descrivere il ruolo dell'apparato 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivere il significato dell'equazione di Henderson e la variante di Henderson-Hasselbach • Saper calcolare i "compensi attesi" (o "previsti") • Saper calcolare i bicarbonati necessari per ottenere il compenso clinico • Saper calcolare gli alcalinizzanti necessari per ottenere il compenso clinico 		

<p>respiratorio e del rene nell'equilibrio acido-base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere i sintomi e i segni clinici di uno stato di alcalosi • Definire il concetto di gap anionico e i suoi determinanti (anioni-cationi) • Definire il concetto di "compenso atteso" (o "previsto") • Classificare l'acidosi e l'alcalosi in base ai livelli di pH, HCO_3^-, pCO_2 • Definire il concetto di acidosi/alcalosi compensata/scompensata • Conoscere le indicazioni e le controindicazioni all' utilizzo dei bicarbonati • Conoscere le indicazioni e le controindicazioni all' utilizzo degli altri alcalinizzanti 			
---	--	--	--

Gestione del paziente con alterazioni dell'equilibrio acido base - Acidosi metabolica			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il concetto di acidosi metabolica • Conoscere le principali cause di acidosi metabolica • Saper gestire il coma diabetico cheto-acidosico • Saper definire il concetto di acidosi lattica e di lattacidemia • Saper riconoscere quadri misti 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper gestire le principali cause di acidosi metabolica, quali ad es: <ul style="list-style-type: none"> - Acidosi uremica da IRC avanzata - Chetoacidosi diabetica - Acidosi lattica - Intossicazione da metanolo, paraldeide, etilene, salicilati - Chetoacidosi alcoolica - Overdose di ferro • Saper gestire la terapia con bicarbonato di sodio • Saper discriminare il paziente suscettibile di terapia conservativa da quello che richiede intervento intensivo/nefrologico/dialitico • Saper gestire la iperlattacidemia e l'acidosi lattica 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper inquadrare le forme di acidosi metabolica con normale gap anionico <ul style="list-style-type: none"> - IRC lieve-moderata - Perdite gastro-intestinali di HCO_3^- (diarrea acuta profusa) - Acidosi renale tubulare distale di tipo I - Acidosi renale tubulare prossimale di tipo II - Acidosi diluizionale - Trattamento dell'acidosi renale tubulare diabetica • Conoscere le cause di iperlattacidemia e di acidosi lattica secondo Cohen e Woods 	

Gestione del paziente con alterazioni dell'equilibrio acido base - Acidosi respiratoria

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il concetto di acidosi respiratoria • Saper discriminare il paziente suscettibile di terapia non invasiva da quello che richiede intervento intensivo • Conoscere le principali cause di acidosi respiratoria • Saper disporre l'allocazione del paziente (miglior luogo di cura) in funzione di valori di pH e dello stato di coscienza: <ul style="list-style-type: none"> - > 7.35 - 7.35-7.30 - < 7.35, paziente vigile - < 7.25 e/o alterazione dello stato neurologico) • Saper riconoscere quadri misti 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper discriminare il paziente suscettibile di terapia non invasiva da quello che richiede intervento intensivo • Saper applicare la scala di Scala di Kelly e Matthay per la valutazione dello stato neurologico del paziente con insufficienza respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare la NIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper applicare un presidio extra-glottico • Saper effettuare l'intubazione oro-tracheale • Saper gestire un ventilatore

Gestione del paziente con alterazioni dell'equilibrio acido base - Alcalosi metabolica

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il concetto di alcalosi metabolica • Saper gestire la terapia (inibire la perdita di acidi, ripristinare il volume extracellulare con soluzioni di NaCl, reintegrare l'ipopotassiemia) • Conoscere le principali cause di alcalosi metabolica • Saper riconoscere quadri misti 			

Gestione del paziente con alterazioni dell'equilibrio acido base - Alcalosi respiratoria

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il concetto di acidosi respiratoria • Conoscere le principali cause di acidosi respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper trattare le cause sottese • Saper gestire il re-breathing 		

Gestione del paziente ospedalizzato con malnutrizione carenziale

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il concetto di malnutrizione, iponutrizione • Conoscere le conseguenze del digiuno e della iponutrizione • Saper effettuare una rapida selezione dei pazienti a rischio di malnutrizione e conoscere i test di screening • Saper effettuare un'anamnesi mirata • Saper calcolare il BMI e valutarne i risultati (in eccesso e in difetto) • Saper riconoscere i segni clinici di malnutrizione, in funzione del deficit dei singoli macro/micronutrienti/vitamine, ecc. • Saper ricercare ed interpretare i dati di laboratorio per la valutazione della malnutrizione • Conoscere gli aspetti etici sottesi al tema della nutrizione artificiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper differenziare marasma, kwashiorkor, carenza di micronutrienti, PEM (protein Energy malnutrition) • Saper utilizzare i test di screening: <ul style="list-style-type: none"> - MUST (Malnutrition screening tool): comunità - NRS (Nutritional Risk Screening): pazienti ricoverati - MNA (Mini Nutritional Assessment): anziani • Saper effettuare un'anamnesi alimentare 24 ore/7 giorni • Saper calcolare il fabbisogno idrico • Saper classificare la disfagia e dare indicazioni conseguenti sul tipo e modalità di alimentazione • Saper effettuare il <i>water swallow test</i> (test della deglutizione dell'acqua: tre cucchiaini e un bicchiere) e valutare la disfagia secondo livelli di gravità • Saper valutare i dati antropometrici per un giudizio clinico-prognostico • Pianificare il programma di assistenza • Pianificare la dietoterapia in funzione della patologia di base • Selezionare i pazienti che richiedono supporto nutrizionale artificiale • Selezionare i pazienti suscettibili di alimentazione per sonda NG • Prescrivere la nutrizione artificiale enterale • Selezionare i pazienti suscettibili di PEG 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper applicare il Nutritional Risk Index (NRI = $(1.489 \times \text{albumina sierica (g/L)} + 41.7 \times (\text{peso attuale/peso usuale}))$) • Saper calcolare il BEE con la formula di Harris-Benedict • Saper calcolare e prescrivere il fabbisogno calorico giornaliero, suddiviso per macronutrienti • Saper calcolare e prescrivere il fabbisogno vitaminico • Prescrivere e gestire la PEG • Saper riconoscere le condizioni patologiche che richiedono un aumentato fabbisogno calorici, idrico, proteico, di micronutrienti (vitamine, oligoelementi, elettroliti) • Conoscere le indicazioni degli MCT (trigliceridi a media catena) e degli aminoacidi ramificati • Prescrivere la nutrizione artificiale parenterale • Gestire il follow-up dei pazienti in NET-NPT 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare specifici test funzionali: <ul style="list-style-type: none"> - Funzione muscolare (dinamometria etc.) - Funzione muscoli respiratori (spirometria etc.) - Umore e funzioni mentali (mood score etc) • Saper inserire un catetere venoso centrale CVC per alimentazione parenterale totale

Gestione del paziente con patologia nodulare della tiroide

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> Inquadrare la problematica dal punto di vista diagnostico 	<ul style="list-style-type: none"> Gestire la problematica in accordo con altri Specialisti Saper individuare le soluzioni terapeutiche più idonee Saper individuare i pazienti candidati ad intervento chirurgico 	<ul style="list-style-type: none"> Gestire in modo autonomo il percorso diagnostico 	<ul style="list-style-type: none"> Effettuare direttamente le indagini eco-ultrasonografiche Effettuare direttamente le indagini eco-ultrasonografiche e biotiche Effettuare alcune tecniche terapeutiche quali alcolizzazione, terapie ablativa con laser o termofrequenza

Gestione del paziente con disfunzione tiroidea

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> Saper inquadrare la problematica dal punto di vista diagnostico ed impostare la terapia standard 	<ul style="list-style-type: none"> Interpretare quadri laboratoristici "dubbi" 	<ul style="list-style-type: none"> Impostare e gestire trattamenti non usuali per situazioni particolari Gestire i Pazienti Tiroidectomizzati per Neoplasia Tiroidea 	<ul style="list-style-type: none"> Gestire la oftalmopatia Basedowiana

Gestione del paziente con cirrosi epatica

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> Saper definire la cirrosi epatica, le varie forme, le cause sottese, l'ipertensione portale e la sua fisiopatologia Utilizzare comunemente lo score Child-Turcotte-Pugh Riconoscere dal punto di vista clinico-semeiologico le caratteristiche generali del paziente cirrotico: ipotrofia muscolare, eritema palmare, spiders nevi, caput medusae, flapping tremor Saper effettuare lo screening delle possibili eziopatogenesi delle cirrosi: ET-OH dipendente, post-virale (HVC, HBSAg, HBV occulto) mocromatosa (iperferritinemia, percentuale di saturazione della transferrina), autoimmune (autoanticorpi, ipergammaglobulinemia) M. Wilson, (deficit di ceruloplasmina ed 	<ul style="list-style-type: none"> Saper gestire l'ipertensione portale e le varici esofagee complicate da sanguinamento con terapia farmacologica: glipressina, somatostatina; octreotide Saper valutare il significato di accertamenti quali gli autoanticorpi: <ul style="list-style-type: none"> - antinucleo (ANA) - antimuscolo liscio (SMA) - antimicrosomi epatici e renali (LKM) - antimitocondrio (AMA) e test genetici (C 282 Y // H 63 D) Saper effettuare lo screening della polineuropatia sensitivo-motoria Saper effettuare la terapia della cirrosi biliare primitiva (CBP) e della colangite sclerosante primitiva (CSP) Saper gestire l'ascite refrattaria Organizzare e gestire progetti di follow 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare lo score di fibrosi METAVIR e Ishak Porre indicazione allo shunt porto-sistemico intraepatico transgiugulare (TIPS) Saper effettuare il posizionamento di una sonda di di Sengstaken-Blakemore come misura tampone prima di un nuovo tentativo di terapia endoscopica o di un intervento derivativo porto-sistemico radiologico (TIPS) o chirurgico Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per la prevenzione della malattia neoplastica nel cirrotico 	<ul style="list-style-type: none"> Effettuare agoaspirati e/ o microbiopsie ECO guidate e/o ablazioni in ecografia Effettuare ecografia epatica con mezzo di contrasto Effettuare esami endoscopici in urgenza / elezione Saper gestire le terapie antivirali Gestire un'emorragia varicosa con sclerosi /legatura Effettuare il follow up dei pazienti trapiantati di fegato Scegliere ed impostare terapia radiologica interventistica mediante posizionamento di TIPPS nelle asciti intrattabili o nelle recidive di sanguinamento dal tratto digestivo superiore Saper gestire il sanguinamento da emorragia varicosa con TIPS precoce se

ipercupremia, da deficit di alfa 1 antitripsina, post-NASH, post-iatrogena (antitubercolari)

- Differenziare clinicamente la cirrosi compensata e quella scompensata mediante evidenza semeiologica di versamento endoaddominale e/o idrotorace dx, edema scrotale ed edemi arti inferiori bilaterali
- Gestire le possibili complicanze della cirrosi scompensata quali: encefalopatia ricorrente, SER (sindrome epato-renale tipo 1, tipo 2), peritonite batterica spontanea, squilibri elettrolitici (iponatremia, ipopotassiemia), idrotorace dx ecidivante (toracentesi e/ o proposizione di talcaggio pleurico.), s. epato-polmonare, cancro primitivo del fegato
- Saper effettuare la programmazione di follow up ambulatoriale mediante esecuzione di esami biochimici trimestrali (compresa la terminazione della alfafetoproteina) ed ECO addome semestrale per la prevenzione della malattia neoplastica primitiva epatica
- Riconoscere il deficit di sintesi proteica da parte dell'organo cirrotico con evidenza di ipoalbuminemia, ipocolesterolemia, ipotransferrinemia, ipoprotrombinemia, o aumento dell'INR
- Impostare la terapia diuretica e osmolare che non incida negativamente sulla funzione renale e sulle attività della sfera neurologica superiore
- Documentare il piano terapeutico e le istruzioni alla dimissione interagendo con il medico responsabile del follow-up ambulatoriale ospedaliero e/o il proprio Medico di base
- Esecuzione di paracentesi evacuativa ed esplorativa
- Conoscenza dei fattori precipitanti dello scompenso nel cirrotico quali: diuretici, disidratazione, sepsi, alcool ecc.

up diretto H/DS/ambulatoriale

- Facilitare il piano di dimissione già dall'inizio del ricovero

HVPG > 20 mmHg o alto rischio clinico

- Determinazione del timing per l'invio del paziente al trapianto di fegato
- Scelta clinica fra le note opzioni di trattamento per le malattie evolutive neoplastiche epatiche quali: PEI (alcolizzazione), PAI (iniezione di acido acetico), TACE (chemioembolizzazione), TAE (embolizzazione transarteriosa) LASER terapia, RF (radiofrequenza), LIPIODOL Radioattivo 131/ trans arterioso

Gestione del paziente con sanguinamento gastro-intestinale

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere gli aspetti eziopatogenetici e fisiopatologici • Raccogliere una anamnesi completa (ivi compreso quella farmacologica) e effettuare un esame obiettivo mirato ai possibili quadri eziologici • Riconoscere le principali diagnosi differenziali nell'ambito dei sanguinamenti GI del tratto superiore e inferiore • Richiedere i test di valutazione diagnostica e di monitoraggio • Saper eseguire la manovra di inserimento di un sondino naso-gastrico • Riconoscere i pazienti a rischio elevato per complicanze e che richiedono un intervento terapeutico aggressivo • Conoscere il meccanismo di azione e le indicazioni dei farmaci da utilizzare • Porre le indicazioni al supporto trasfusionale ed alla ripetizione del medesimo • Riconoscere le condizioni cliniche che rendono necessaria una consulenza specialistica, interfacciandosi con il relativo medico competente • Assicurare un adeguato accesso venoso ed è in grado di effettuare le manovre di stabilizzazione emodinamica laddove necessario • Porre l'indicazione all'inserimento di un sondino naso-gastrico ed alla esecuzione di un lavaggio gastrico • Pianificare le dimissioni favorendo la continuità assistenziale • Riconoscere i segni ed i sintomi indicativi di una instabilizzazione del quadro clinico 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzare l'assistenza ai pazienti a più elevato rischio o con episodi ricorrenti di sanguinamento GI • Proporre gli score di rischio per l'identificazione dei pazienti con prognosi severa • Valutare vantaggi/svantaggi relativi ai trattamenti medico-farmacologici, endoscopici e chirurgici • Procedure per la diagnosi e le metodologie di trattamento delle possibili coagulopatie di accompagnamento • Operare una sintesi clinico-laboratoristica e delle tecniche di immagine per formulare un piano di cura complessivo (farmacologico, nutrizionale, endoscopico o chirurgico) • Attivare un approccio multi-disciplinare coinvolgendo le figure specialistiche e i servizi dedicati • Conoscere le indicazioni (sanguinamento gastro-intestinale occulto con EGDS e colonscopia negative, m. di Crohn, lesioni da FANS, poliposi del piccolo intestino, patologia neoplastica, diarrea cronica di origine sconosciuta) e le controindicazioni (occlusione o pseudo-occlusione del tubo digerente; note stenosi del tratto gastrointestinale, gravidanza, pregressa chirurgia maggiore dell'addome (relativa), patologia motoria intestinale, disordini della deglutizione, diverticolo di Zenker) all'applicazione di una videocapsula 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper classificare la gastropatia congestizia secondo NIEC ("North Italian Endoscopic Club") • Saper classificare le varici esofagee/gastriche secondo NIEC ("North Italian Endoscopic Club") e secondo Sarin • Saper definire il rischio emorragico in base ad alcuni elementi quali: <ul style="list-style-type: none"> - WHVPG: <10 - 12 mm Hg - grandezza delle varici - esofagite - segni rossi - ematocisti - varice su varice - stadio della cirrosi - sanguinamento recente FANS • Coordinare/partecipare al team multidisciplinare coinvolto nella gestione dei sanguinamenti GI Saper effettuare il posizionamento di una sonda di di Sengstaken-Blakemore come misura tampone prima di un nuovo tentativo di terapia endoscopica o di un intervento derivativo porto-sistemico radiologico (TIPS) o chirurgico • Coordinare/partecipare attivamente alla stesura di linee guida e percorsi assistenziali per rendere efficiente ed efficace l'assistenza ai pazienti con sanguinamenti GI • Partecipare ad iniziative di miglioramento della qualità per una efficace prevenzione, riconoscimento precoce e riduzione delle possibili complicanze • Realizzare periodici report di aggiornamento della letteratura scientifica sull'argomento 	<ul style="list-style-type: none"> • Eseguire manovre di endoscopia digestiva anche in urgenza per il trattamento dei sanguinamenti acuti GI • Gestire un'emorragia varicosa con sclerosi /legatura • Saper gestire il sanguinamento da emorragia varicosa con TIPS precoce seHVPG > 20 mmHg o alto rischio clinico

<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere le condizioni cliniche di stabilizzazione e di possibile dimissione del paziente e/o trasferimento ad altro setting assistenziale • Attivare le misure preventive per evitare gli episodi di sanguinamento GI o le possibili recidive 			
--	--	--	--

Gestione del paziente con pancreatite acuta (PA)

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Classificare la PA sul piano eziologico e prognostico • Conoscere la fisiopatologia della iperamilasemia/lipasemia, SIRS, MOF e necrosi pancreatica sterile e infetta • Eseguire una anamnesi accurata con ricerca di sintomi e segni rilevanti per la diagnosi differenziale • Conoscere le cause di iperamilasemia non pancreatica • Riconoscere e gestire la PA biliare (indici ematici, esecuzione di EUS, RMCP, ERCP+ PST) • Eseguire un esame obiettivo in grado di identificare i segni prognostici di gravità (versamento pleurico, tachicardia, ipotensione, confusione mentale, etc) • Riconoscere le indicazioni per la gestione in Unità di Cura Intensiva • Riconoscere le condizioni cliniche che rendono necessaria una consulenza specialistica, interfacciandosi con il relativo medico competente • Sapere meccanismo d'azione, indicazioni, controindicazioni dei farmaci utilizzati (fluidi e.v., gabesato mesilato, octreotide/somatostatina, antibiotici) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i segni essenziali di severità (versamento pleurico, insufficienza renale, elevazione di PCR, etc) • Conoscere il significato di flemmone, necrosi sterile ed infetta, cisti e pseudocisti pancreatica. Individuare i casi di PA ereditaria • Conoscere il ruolo trigger del tripsinogeno • Apprendere il ruolo di citochine, antiproteasici, macrofagi • Diagnosticare le cause occulte di PA (microlitiasi biliare, discinesia dell'Oddi, tumori, alterazioni congenite (pancreas divisum, etc), farmaci • Individuare la macroamilasemia con il rapporto amilasi/creatinina • Conoscere l' iperamilasemia pancreatica cronica benigna • Conoscere i fattori di rischio di PA post-ERCP • Conoscere il ruolo ed il significato del test dinamico US/RM secretina • Definire la composizione della dieta • Conoscere la farmacocinetica dei principali farmaci per il trattamento della PA 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendere e applicare i criteri di Atlanta, di Ranson, Glasgow ed APACHE II e il BISAP (bedside index) • Comprendere le variazioni nel tempo degli enzimi pancreatici e della PCR • Conoscere il ruolo ed il significato del test dinamico US/RM secretina • Utilizzare altri indici di severità (IL-6, TAP, procalcitonina, etc) • Conoscere i criteri di Balthazar per la classificazione della PA secondo le alterazioni CT. Gestire l' ARDS, la necrosi settica, il supporto nutrizionale mediante nutrizione enterale 	<ul style="list-style-type: none"> • Praticare Agoaspirato delle raccolte fluide ed esami correlati • Gestire il paziente critico in una Unità specializzata

Gestione del paziente con pancreatite cronica (PC)

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Classificare la PC sul piano eziologico • Distinguere la forma recidivante dalla Pancreatite Acuta • Riconoscere i segni di malattia avanzata (diabete, steatorrea) • Conoscere le alterazioni anatopatologiche parenchimali, cisti e pseudocisti pancreatiche comprese • Conoscere i processi fisiopatologici che portano a steatorrea e diabete • Fare una anamnesi accurata con ricerca dei fattori di rischio, dei sintomi e dei segni rilevanti per la diagnosi differenziale • Riconoscere e gestire la PC alcolica, ostruttiva ed autoimmune • Fare un esame obiettivo in grado di identificare i segni del malassorbimento e delle complicazioni • Riconoscere le condizioni cliniche che rendono necessaria una consulenza specialistica, interfacciandosi con il relativo medico competente • Sapere il meccanismo d'azione, indicazioni, controindicazioni dei farmaci utilizzati (analgesici, estratti pancreatici, octreotide/somatostatina, antidiabetici) • Comunicare con paziente e familiari per spiegare prognosi della PC, possibili complicanze a breve e lungo termine, strategie di prevenzione delle recidive, obiettivi della cura, suoi effetti avversi, dieta, piano alla dimissione, trattamento dei fattori di rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i meccanismi di danno pancreatico da alcol, tabacco, ostruzione e i processi dell'autoimmunità • Conoscere le formulazioni dei farmaci per il trattamento della steatorrea • Gestire al meglio il diabete secondario evitando le ipoglicemie • Misurare la qualità di vita del pz con PC e promuoverne un miglioramento attraverso il counselling • Indagare le cause occulte di PC (microlitiasi biliare, discinesia dell'Oddi, tumori, alterazioni congenite (pancreas divisum, ecc.) • Riconoscere la PC "painless" (valutazione di indici ematici, esecuzione di US, TC, EUS, RMCP, test funzionali) • Conoscere il significato dei tubeless test • Conoscere le procedure terapeutiche endoscopiche (stent, PST, rimozione dei calcoli, ecc.) • Interpretare i risultati dell'imaging diagnostico (ultrasonografia, TC spirale, RMCP, ecc.) • Conoscere i vari interventi chirurgici e le loro indicazioni • Definire la composizione della dieta per la PC 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticare tutte le forme minori (PC autoimmune, la PC tropicale, ereditaria) • Riconoscere le forme di insufficienza pancreatica secondaria (da diabete, IBD, celiachia, encocrinopatie, etc) • Conoscere il ruolo del tripsinogeno, degli antiproteasici, il polimorfismo genetico delle mutazioni delle CFTR, la digestione endoluminale di lipidi, vitamine liposolubili, protidi, e glucidi • Interpretare l' iperamilasemia pancreatica cronica • Conoscere il ruolo ed il significato del test dinamico US/RM secretina • Conoscere i breath test con lipidi marcati • Conoscere i test fecali per la diagnosi di steatorrea • Porre la diagnosi differenziale delle formazioni cistiche pancreatiche • Gestire il dolore addominale con i farmaci analgesici e sapere le indicazioni alla terapia neurolitica 	<ul style="list-style-type: none"> • Praticare Ago-aspirato delle pseudocisti ed esami correlati

Febbre sconosciuta

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper documentare l'andamento della febbre, compresa la capacità di verificare una febbre <i>factitia</i> • Saper definire la FUO • Conoscere le possibili eziologie sottese alle diverse forme descritte di FUO (classica, nosocomiale, neutropenica e HIV-associata) • Riconoscere le possibili cause di FUO • Saper riconoscere le condizioni di compromissione immunitaria • Effettuare accurata anamnesi, finalizzata alla diagnosi eziologica di FUO • Effettuare un adeguato esame fisico di fronte a una FUO • Proporre precocemente, all'ingresso in ospedale, l'esecuzione di esami colturali (emocoltura, urinocoltura in particolare), prima dell'inizio della terapia antibiotica • Pianificare le indagini di primo livello per la diagnosi di FUO • Proporre con appropriatezza le indagini diagnostiche di secondo livello per la diagnosi eziologica di FUO 	<ul style="list-style-type: none"> • Definire la FUO nelle diverse forme descritte (classica, nosocomiale, neutropenica E HIV-associata) • Coinvolgere il paziente e la sua famiglia nella sfida diagnostica della FUO, con un approccio sistematico, graduale e progressivo degli accertamenti diagnostici necessari • Inquadrare le possibili malattie sottese ad una FUO in viaggiatori di ritorno da Paesi tropicali • Coinvolgere, in modo appropriato, gli altri specialisti eventualmente necessari nella gestione del paziente, dato che la molteplicità delle cause di FUO richiede spesso un approccio multidisciplinare (laboratoristico, ematologico, reumatologico, pneumologico, infettivologico, neurologico, chirurgico, ecc) • Riconoscere le possibili condizioni correlate a riattivazione di un processo tubercolare o a una tubercolosi latente • Saper riconoscere i casi sospetti di meningite acuta • Saper riconoscere i casi sospetti di encefalite acuta-subacuta • Riconoscere le cause di FUO associate a splenomegalia • Riconoscere le cause di FUO associate a neutropenia • Saper interpretare lo studio delle sottopopolazioni linfocitarie • Saper correlare le richieste di Imaging diagnostico (TC torace, ecografia addominale (pelvi inclusa), TC addomino-pelvica con mdc, Scintigrafia con radio-Gallio 67 scan, Scintigrafia con leucociti Indio-marcati, Scintigrafia con Tc 99m, RMN, PET-TC scan, Ecocardiografia transtoracica o transesofagea, Ecocolor Doppler) nei pazienti con FUO alle possibili diagnosi sottese 		<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare direttamente un'ecocardiografia trans-toracica • Effettuare direttamente le indagini eco-ultrasonografiche per un approccio di primo livello alla FUO (privilegio) • Effettuare direttamente una biopsia osteo-midollare

Gestione del paziente con Sepsì			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere gli aspetti eziopatogenetici e fisiopatologici • Raccogliere una anamnesi completa (ivi compreso quella farmacologica) ed effettuare un esame obiettivo mirato ai possibili quadri eziologici • Gestire la terapia con dobutamina • Riconoscere le principali diagnosi differenziali quali la SIRS, la SEPSI grave, lo SHOCK SETTICO • Richiedere i test di valutazione diagnostica e di monitoraggio • Operare una stratificazione del rischio prognostico mediante la conoscenza di score specifici (SOFA) • Conoscere il meccanismo di azione e le indicazioni dei farmaci da utilizzare • Riconoscere le condizioni cliniche che rendono necessario l'immediato trasferimento in terapia intensiva o in emodinamica interfacciandosi con il relativo medico competente (es. shock settico) • Conoscere i principi e le tecniche di ossigenazione del paziente • Calcolare il rapporto tra PaO₂ e FiO₂ e conoscere il significato dei relativi cutpoint • Assicurare un adeguato accesso venoso e conoscere i principi per il ripristino di una corretta volemia • Gestire la terapia per riportare alla normalità i parametri metabolici (trasfusioni di emazie concentrate, eventuale terapia con dobutamina) • Conoscere i parametri metabolici della sepsi ed il significato prognostico degli esami di laboratorio (es: lattacidemia, procalcitonina) • Pianificare le dimissioni favorendo la continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare vantaggi/ svantaggi relativi ai trattamenti -farmacologico ed invasivo. Identificare rapidamente i pazienti con shock settico e trattarli in maniera aggressiva mentre vengono ricoverati in unità di cure intensive. Valutare la stabilità cardiorespiratoria e implementare un ripristino aggressivo dei liquidi, mantenimento pervietà vie aeree e supporto al circolo • Concludere la correzione della ipovolemia. Conoscere gli score di rischio per l'identificazione dei pazienti con prognosi severa(es SOFA) • Conoscere le procedure per la diagnosi e le metodologie di trattamento delle possibili complicanze • Operare una sintesi clinico-laboratoristica e delle tecniche di immagine per formulare un piano diagnostico complessivo e mirato alle possibili complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenere, coordinare o partecipare allo sviluppo e promozione di linee guida e percorsi che facilitino una valutazione efficiente e tempestiva ed il trattamento dei pazienti con sepsi • Coordinare/partecipare attivamente alla implementazione locale di linee guida e percorsi assistenziali per rendere efficiente ed efficace l'assistenza ai pazienti con SEPSI • Partecipare ad iniziative di miglioramento della qualità per una efficace prevenzione, riconoscimento precoce e riduzione delle possibili complicanze • Realizzare periodici report di aggiornamento della letteratura scientifica sull'argomento 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserire e gestire la messa in opera dei cateteri venosi PICC e Midline

<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere i segni ed i sintomi indicativi di una instabilizzazione del quadro clinico • Gestire in modo complessivo i farmaci per la sepsi in concomitanza con eventuali altri farmaci per patologie specifiche croniche del paziente • Conoscere i principi e la tecnica per la ricerca dei patogeni • Conoscere i principi, le tecniche e gli esami di controllo che permettano una corretta sospensione della terapia antibiotica • Riconoscere le condizioni cliniche di stabilizzazione e di possibile dimissione del paziente e/o trasferimento ad altro setting assistenziale • Comunicare ai pazienti e loro familiari gli aspetti eziologici, la prognosi, le indicazioni diagnostiche e terapeutiche, i programmi di follow-up, richiedendo il relativo consenso informato 			
---	--	--	--

Gestione del paziente con depressione			
Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper individuare la depressione con un approccio anamnestico semplice • Saper riconoscere i sintomi di depressione con i livelli di gravità corrispondenti: <ul style="list-style-type: none"> - sintomi depressivi sottosoglia - depressione lieve - depressione moderata - grave depressione sintomi psicotici associati • Saper effettuare una valutazione globale della durata dei sintomi e delle malattie e/o disabilità associate • Saper riconoscere i pazienti depressi in funzione del contesto socio-economico e 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper riconoscere i sintomi di depressione con i livelli di gravità corrispondenti: <ul style="list-style-type: none"> - sintomi depressivi sottosoglia - depressione lieve - depressione moderata - grave depressione sintomi psicotici associati • Saper considerare nel paziente adulto depresso possibili cause metaboliche (alterazioni del calcio e del magnesio) sottese • Saper inquadrare i disturbi depressivi secondo il DSM IV e la ICD -10 • Saper riconoscere i pazienti a rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere ed applicare la Scala MADRS (Scala di Montgomery e Asberg per la Depressione) per l'identificazione dei pazienti a rischio suicidiario • Saper riconoscere una condizione di demenza pseudo-depressiva • Saper descrivere i meccanismi d'azione dei farmaci <ul style="list-style-type: none"> - triciclici e loro derivati - IMAO - Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) - Inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (NARI) - Inibitori della ricaptazione di 	

<p>delle comorbidità associate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saper riconoscere i pazienti con malattie croniche potenzialmente causa e/ o conseguenza di depressione • Saper riconoscere i casi che possono essere trattati senza lo specialista psichiatra • Saper riconoscere i casi che devono essere inviati allo specialista psichiatra 	<p>(e, viceversa, in condizioni protettive) di atti autolesivi e/o suicidari</p>	<p>serotonina e noradrenalina (NSRI-venlafaxina; Alfa 2 antagonisti (mirtazapina)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antidepressivi serotoninergici e noradrenergici (NASSA) - Altri: Trazodone, Nefazodone, • Mianserina Iperico, S. adenosilmetionina (Same), amisulpiride 	
--	--	---	--

Gestione del paziente con delirium

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper definire il delirium secondo il DSM IV 7 • Conoscere gli aspetti eziopatogenetici e fisiopatologici del delirio e a impostare una terapia di base • Saper individuare le cause di delirium secondo un approccio eziologico, per esempio: «VINDICATE»;<i>: Vascolar, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine</i> • Saper raccogliere un'anamnesi completa (ivi compreso quella farmacologica) e di effettuare un esame obiettivo mirato ai possibili quadri eziologici • Riconoscere le principali condizioni predisponenti (demenza, terapia farmacologica, malattie sistemiche, post operatorio ecc.) • Saper quali test di valutazione diagnostica e di monitoraggio richiedere • Saper stratificare il rischio prognostico mediante la conoscenza di score specifici (Confusion Assessment Method (CAM)) • Conoscere il meccanismo di azione e le indicazioni dei farmaci da utilizzare • Saper riconoscere le condizioni cliniche di stabilizzazione e di possibile dimissione del paziente e/o 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper individuare e correggere le cause di delirium post-operatorio: • Ipossia cerebrale perichirurgica; Ipotensione arteriosa; stress chirurgico; uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica; dolore postchirurgico; alterazioni idro-elettrolitiche • Saper proporre ed applica gli score di rischio per l'identificazione dei pazienti ad alto rischio • Valutare vantaggi/ svantaggi relativi alla terapia • Conoscere le procedure per la diagnosi e le metodologie di trattamento delle possibili complicanze del delirio • Saper operare una sintesi clinico-laboratoristica e delle tecniche di immagine per formulare un piano di cura complessivo • Saper attuare le misure atte alla prevenzione del delirium: evitare per quanto possibile l'uso di farmaci a rischio [antidepressivi triciclici tipo nortriptilina, barbiturici, benzodiazepine, antistaminici, spasmolitici, antiparkinsoniani, antidiarroici (difenossilato), miorilassanti, codeina, digitale, narcotici meperidina, morfina), 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper descrivere le caratteristiche ambientali che aumentano il rischio di demenza • Coordinare/partecipare al team multidisciplinare coinvolto nella gestione del delirio • Coordinare/partecipa reattivamente alla stesura di linee guida e percorsi assistenziali per rendere efficiente ed efficace l'assistenza ai pazienti con delirium • Partecipare ad iniziative di miglioramento della qualità per una efficace prevenzione, riconoscimento precoce e riduzione delle possibili complicanze • Realizzare periodici report di aggiornamento della letteratura scientifica sull'argomento • Conoscere e suggerire l'impiego dello strumento più adeguato per la valutazione del delirio nei vari setting assistenziali (Confusion Assessment Method, Delirium Rating Scale, Delirium Symptom Interview) Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) • Saper organizzare l'assistenza ai pazienti a più elevato rischio di sviluppare il delirium 	

trasferimento ad altro setting assistenziale	prednisolone, cefalosporine di terza generazione]; mantenere una buona idratazione; evitare l'ipossia; trattare prontamente patologie acute; utilizzare tecniche di orientamento (Reality Orientation); correggere i deficit sensoriali; tenere l'ambiente ben illuminato e poco rumoroso		
--	---	--	--

Disfunzione cognitiva demenza

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper descrivere le demenze e le diverse sue manifestazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Malattia di Alzheimer (AD) - La demenza vascolare ischemica (VD) o multi-infartuale (Multi-infarct Dementia-MID) - Le demenze degenerative di tipo non-Alzheimer - Demenza fronto-temporale - Demenza a corpi di Lewy Idrocefalo normoteso • Saper condurre una valutazione clinica iniziale: <ul style="list-style-type: none"> - anamnesi mirata - esame fisico e neurologico - valutazione condizione sociale - valutazione dello stato funzionale - valutazione dello stato mentale - valutazione delle patologie e dei farmaci • Saper considerare le caratteristiche clinico-strumentali differenziali fra le forme più frequenti di demenza • Saper classificare le demenze a seconda della loro eziologia • Saper escludere la presenza di delirium o di depressione • Saper definire il declino cognitivo lieve MCD (<i>mild cognitive dysfunction</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper applicare i criteri per la diagnosi di malattia di Alzheimer • Saper applicare i criteri per la diagnosi di demenza vascolare • Saper applicare i criteri per la diagnosi clinica di demenza frontotemporale e riconoscerne il profilo clinico • Saper valutare il rischio di conversione della MCD a demenza • Saper valutare la compromissione mnemonica e il tipo di dismnesia • Saper valutare la presenza di deficit cognitivo come: <ul style="list-style-type: none"> - afasia-disturbi del linguaggio) - aprassia - agnosia - deficit del pensiero astratto e delle capacità di critica • Saper valutare lo stato funzionale (ADL-IADL) • Saper applicare Geriatric Depression Scale • Saper riconoscere i casi di "demenza curabile" (ad es, idrocefalo normoteso) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare un Clock Drawing Test per lo screening di demenza • Saper valutare i marcatori liquorali (S. di Jacob-Creutzfeldt-CJD): <ul style="list-style-type: none"> - proteina neuronale 14.3.3 - livelli di proteina Tau molto elevati - diminuzione dei livelli di Aβ(42) Malattia di Alzheimer: <ul style="list-style-type: none"> - diminuzione della Aβ(42) - aumento dei livelli di proteina Tau - Tau-iperfosforilata proposta come marcatore liquorale migliore rispetto alla Tau totale • Saper valutare le caratteristiche dei reperti di neuroimaging cerebrale associati a demenza vascolare • Saper gestire la terapia con inibitori dell'acetilcolin-esterasi (AChEIs), tipo donepezil, rivastigmina, galantamina 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare una valutazione neuropsicologica • Saper effettuare il follow up del paziente nel contesto/in collaborazione con un "Centro esperto"

<ul style="list-style-type: none"> • Saper proporre l'iter diagnostico strumentale utile ed appropriato ai fini diagnostici (esami di laboratorio, indagini cardio-vascolari, TC, RMN, PET, SPECT, eccetera) • Saper selezionare i pazienti da indirizzare al "Centro esperto" • Saper classificare le demenze a seconda della loro eziologia • Saper escludere la presenza di delirium o di depressione 			
--	--	--	--

Dolore

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le tipologie del dolore • Conoscere e utilizzare le scale del dolore in relazione alla tipologia di paziente • Conoscere la scala dell'OMS della terapia del dolore • Gestire la terapia del dolore • Gestire le reazioni avverse e gli effetti collaterali correlati alla terapia del dolore 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper utilizzare anche le scale delle espressioni non verbali (per esempio, negli adulti dementi) • Gestire il dolore anche nei casi più complessi o con dolore resistente • Modulare la terapia con oppioidi • Conoscere e gestire le interazioni dei farmaci antidolorifici con i farmaci più comunemente usati dagli anziani • Conoscere e gestire i criteri di conversione degli oppioidi • Sapere quando chiamare gli specialisti del dolore per rapportarsi con gli stessi 		<ul style="list-style-type: none"> • Sa effettuare una anestesia tronculare

Osteoporosi

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Saper inquadrare il paziente a rischio di osteoporosi, in funzione dell'età, genere (maschile o femminile), epoca post-menopausale, razza, anamnesi familiare, fisiologica, alimentare, attività fisica, esposizione solare, farmacologica, eccetera • Saper somministrare i quesiti per un'autovalutazione del paziente a rischio di osteoporosi • Conoscere il fabbisogno minimo di 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper descrivere le differenze fra osteoporosi di primaria e secondaria e saper riconoscere le comorbilità possibile causa di osteoporosi • Conoscere le implicazioni fisiopatologiche dell'ipovitaminosi D • Saper richiedere gli esami di laboratorio di secondo livello • Saper riconoscere l'utilità e i limiti dei markers di turnover osseo: <ul style="list-style-type: none"> - di formazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le implicazioni fisiopatologiche correlate al Sistema RANK/RANKL/OPG <ul style="list-style-type: none"> - Receptor for Activation of Nuclear factor Kβ espresso dai pre-osteoclasti) - RANK-L (Ligand) espresso dagli osteoblasti Osteoprotegerina (OPG) prodotta da osteoblasti • Saper utilizzare il FRAX (WHO Fracture Risk Assessment Tool) per il calcolo del rischio di frattura sulla base di età, BMI e 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare la ultrasonografia ossea-QUS (Quantitative Ultra Sonography) • Saper effettuare la densitometria DXA • Saper prescrivere un corsetto ortopedico • Saper riconoscere i pazienti suscettibili di vertebroplastica con iniezione di polimetilmetacrilato

<p>apporto nutrizionale di calcio e di vitamina D in gravidanza, negli adulti e negli anziani</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere i farmaci potenzialmente in grado di determinare osteoporosi • Saper richiedere gli esami di laboratorio di primo livello • Saper riconoscere i casi di ipocalcemia factitia • Saper individuare con appropriatezza i pazienti da sottoporre a densitometria sec. LEA 	<p>§ Fosfatasi alc. Tot. (ALP) § Fosf. alc. Ossea (BAP) § Osteocalcina § Propeptide carbossiterminale collagene tipo 1 (PICP) § Propeptide aminotermiale collagene di tipo 1 (PINP) - di riassorbimento: § Fosfatasi alc. Tot. (ALP) § Fosf. alc. Ossea (BAP) § Osteocalcina § Propeptide carbossiterminale collagene tipo 1 (PICP) Propeptide aminotermiale collagene di tipo 1 (PINP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le indicazioni e gli effetti del Ranelato di stronzio • Saper valutare la morfometria sull'intera colonna (T4-L4) secondo il metodo morfo-vertebrale semiquantitativo di Genant • Saper interpretare i dati della densitometria in funzione del T score • Saper riconoscere i pazienti meritevoli trattamento, in funzione di: <ul style="list-style-type: none"> - BMD + età + altri fattori di rischio - Pregressa frattura vertebrale - Terapia steroidea • Saper definire il trattamento migliore, in funzione di: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi delle forme secondarie - Correzione dei fattori di rischio modificabili - Alimentazione ed esercizio fisico - Esposizione solare - Introito di vitamina D + calcio • Conoscere i diversi bisfosfonati (Zolendronato, Alendronato, Ibandronato, Risedronato, Etidronato, Clodronato, Pamidronato, Neridronato), le indicazioni, le relative dosi, vie di somministrazione ed effetti collaterali 	<p>densità minerale ossea (BMD), e di 7 fattori di rischio dicotomici: precedenti fratture da fragilità, storia famigliare di fratture, terapia con corticosteroidi, Artrite Reumatoide, abitudine al fumo di sigaretta, consumo eccessivo di alcool, presenza di condizioni che inducono la demineralizzazione dell'osso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saper calcolare il fattoriale di rischio di frattura con l'algoritmo DeFRA Saper valutare la DXA (Dual-energy X-ray Absorbiometry) • Saper valutare la QUS (Quantitative Ultra Sonography) • Saper valutare la QCT (Quantitative Computed Tomography) • Saper differenziare la morfometria radiologica (MRX) dalla morfometria assorbimetrica (MXA), con rispettivi vantaggi e possibili fonti di errore • Conoscere le caratteristiche farmacologiche differenziali delle varie forme di vit. D del commercio (colecalciferolo; diidro-tachisterolo; calcifediolo; a-calcidiolo; calcitriolo) • Saper riconoscere e trattare l'iperparatiroidismo idiopatico, con aumentata escrezione di calcio urinario (>4 mg/kg/die) rilevabile in due differenti determinazioni, in assenza di patologie sistemiche o trattamenti (ipertiroidismo, sarcoidosi, intossicazione da vit. D ecc.) • Selezionare i pazienti a rischio di problemi odontoiatrici (osteonecrosi, necrosi asettica, osteomielite, ascessi odontogeni, ipertrofia gengivale/gengiviti, perdita denti, eccetera) dei pazienti in terapia o eleggibili • Saper gestire l'osteodistrofia nell'insufficienza renale cronica
--	--	---

- Conoscere le indicazioni e gli effetti dei SERMs
- Conoscere le indicazioni e gli effetti della Teriparatide e del PTH
- Saper individuare i pazienti *non-responders* dopo terapia anti-riassorbitiva (alendronato, risedronato, raloxifene) da almeno un anno

Ipertensione arteriosa

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Classificare l'ipertensione arteriosa (IA) secondo le linee guida internazionali e secondo i fondamenti fisiopatologici dell'ipertensione essenziale (IE) e dell'ipertensione secondaria (IS) • Compilare un'anamnesi accurata con ricerca di sintomi suggestivi per comorbidità che possano influenzare il controllo pressorio, la compliance alla terapia, la prognosi • Ricercare condizionamenti sociali che possano influenzare il controllo pressorio • Interpretare e valutare fattori predisponenti, modificabili (sale, alcol, stile di vita ecc) e non (familiarità, età, genere, ecc), presentazione clinica, reperti di laboratorio, indagini base da effettuare e loro interpretazione • Eseguire un esame obiettivo in grado di identificare le stimate di una possibile ipertensione secondaria (aspetto cushingoide, ipotiroidismo, eccessivo sviluppo del torace, ecc) • Identificare l'obiettivo pressorio nel paziente ricoverato, la stratificazione prognostica e il razionale di uno stretto controllo della pressione arteriosa PA su morbilità e mortalità • Facilitare il piano di dimissione del ricoverato • Utilizzare la diagnostica strumentale di base secondo le linee guida: ECG, 	<ul style="list-style-type: none"> • interpretare i principali test, anche di secondo livello, per l'ipertensione secondaria • Effettuare lo screening e/o la diagnosi di particolari tipi di ipertensione (gravidanza, anziano, giovane, cardiopatico, nefropatico, fase critica) • Utilizzare in modo appropriato la diagnostica strumentale secondo le linee guida: ECG, ecocardiogramma, ecodoppler TSA, ecodoppler arterioso, test diagnostici di secondo livello per l'ipertensione secondaria • Utilizzare, dal momento del ricovero, un approccio multidisciplinare che può includere infermiere, dietista, psicologo • Riconoscere le indicazioni per una valutazione specialistica di terzo livello 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare i principali test, anche di secondo livello, per l'ipertensione secondaria • Promuovere la formazione di team multidisciplinari esperti nel trattamento dell'IA (ipertensione perioperatoria, nell'anziano, nel giovane, in gravidanza, diabete e diabete gestazionale, crisi ipertensive, nefropatia, cardiopatia ecc) • Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per la standardizzazione della valutazione e del trattamento dell'IA • Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per l'ottimizzazione del controllo della PA in varie situazioni (perioperatoria, ictus, scompenso, gravidanza, fase critica, endocrinopatie) • Organizzare, coordinare o partecipare allo sviluppo di linee guida e protocolli per promuovere con approccio multidisciplinare qualità/ efficacia della gestione dell'IA • Organizzare gruppi educazionali gestiti dallo specialista e dall'infermiere adeguatamente preparato per gestire, con la partecipazione attiva del paziente, problematiche della terapia, della dieta, relazionali 	<ul style="list-style-type: none"> • Saper effettuare il fundus oculi e valutare la retinopatia ipertensiva secondo Keith-Wagener e Barker • Gestire e/o effettuare rilevazione dinamica della PA (ABPM), ecocardiogramma, ecodoppler TSA • Eseguire esami strumentali, dosaggi ormonali, e test di stimolo o soppressione molto specifici, ecodoppler vasi renali, rilevazioni intrarteriose

<p>screening diagnostico di primo livello per l'ipertensione secondaria e per il danno d'organo e la valutazione del rischio cardiovascolare secondo le tabelle ministeriali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentare il piano terapeutico e le istruzioni alla dimissione inter-agendo con il medico responsabile del follow-up ambulatoriale ed elaborare dei protocolli per l'eventuale rinvio al Centro dell'ipertensione • Spiegare gli obiettivi di una dimissione e passaggio di cura sicuri • Spiegare gli obiettivi di una dimissione e passaggio di cura sicuri • Scegliere la terapia antipertensiva appropriata, anche in rapporto al costo beneficio, la dieta e la condotta di vita • Regolare la terapia farmacologica per raggiungere un controllo pressorio ottimale minimizzando gli effetti collaterali • Spiegare meccanismo d'azione, indicazioni, controindicazioni, dei farmaci utilizzati per l'IA • Riconoscere e trattare le crisi ipertensive • Riconoscere le indicazioni per una valutazione specialistica di secondo livello • Comunicare col paziente e familiari per spiegare storia e prognosi dell'IA, possibili complicanze a lungo termine e strategie di prevenzione, obiettivi della cura, effetti avversi, dieta, piano alla dimissione, importanza del controllo della pressione arteriosa e possibilmente dell'auto misurazione domiciliare previa breve formazione del paziente e dei familiari, e del trattamento dei fattori di rischio CV 			
---	--	--	--

Aspetti tecnico-professionali ed abilità (generali e specifiche)

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione prelievo e incannulamento venoso • Esecuzione prelievo arterioso • Toracentesi • Paracentesi • Emocoltura • Urino coltura • Posizionamento di catetere vescicale • Posizionamento di sonda naso-gastrica • Elettrocardiografia • Interpretazione diagnostica basale dell'ECG (differenziazione delle aritmie atriali e ventricolari) 	<ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento di catetere vescicale (semirigido) anche nei casi più complessi • Artrocentesi • Toracentesi anche nei casi più complessi (versamenti di piccola entità, saccati) • Paracentesi anche nei casi più complessi e gestione delle complicanze, gestione del dolore, procedure sterili • Posizionamento di catetere vescicale (semirigido) anche nei casi più complessi • Saper effettuare una rachicentesi • Interpretazione diagnostica anche dei tracciati più complessi 	<ul style="list-style-type: none"> • Incannulamento venoso con PICC e midline • Formare i professionisti 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundus oculi • Rachicentesi • Somministrare la Terapia per via intra rachidea • Esecuzione ed interpretazione di ECG Holter • Test da sforzo

Ecografia internistica

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità Eccellente
<ul style="list-style-type: none"> ● Conoscere i principi della metodica e della formazione di immagini ecografiche ● Conoscere i limiti della metodica, la semantica e gli artefatti ● Conoscere l'anatomia ecografia normale degli organi esplorabili con gli ultrasuoni ● Conoscere le principali applicazioni dell'ecografia in emergenza e in elezione ● Conoscere i principi e le applicazioni del doppler e dello ecocolordoppler <p><u>Saper riconoscere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Versamento pleurico -Versamento addominale -Versamento pericardio con i segni precoci di tamponamento cardiaco -Aneurisma Ao Addome -Dilatazione V.C.I. -Capacità di valutare in modo indiretto la PVC utilizzando il diametro AP della vena cava inferiore e le sue variazioni respiratorie -Capacità di riconoscere la presenza della distensione delle vene giugulari -Capacità di riconoscere la presenza di EPA Interstiziopatia polmonare -Ritenzione urinaria -Idronefrosi -Calcolosi renale -Globo vescicale -Splénomegalia -Idrope colecisti -Calcolosi biliare -Ittero ostruttivo -Pneumotorace -Capacità di riconoscere la presenza di pneumotorace con lung point 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Acquisizione delle seguenti competenze acquisite con almeno 120 ore dedicate alla diagnostica teorica (20 ore) pratica (100 ore) ed esecuzione con refertazione di almeno 250 esami ecografici:</u> ● Valutazione del volume e dello spessore delle camere cardiache ● Capacità di misurare le dimensioni delle camere sinistre - radice aortica, spessori ventricolo sinistro, accorciamento frazionale ● Capacità di valutare la funzione sistolica del ventricolo sinistro (FE, MAPSE, distanza E-setto...) ● Dimensioni camere destre, TAPSE ● Valutazione "di massima" di alterazioni della cinetica regionale, nelle diverse proiezioni asse corto e asse lungo ● Valutazione della FE VSx ● Valutazione della f. valvolare attraverso lo studio color Doppler ● Valutazione morfologica M-Mode e Bidimensionale valvola aortica (sclerosi, calcificazioni) e valvola mitrale (calcificazioni, fibrosi, degenerazione mixomatosa, prolasso) ● Valutazione semiquantitativa rigurgito mitralico (/4+) e identificazione della stenosi mitralica ● Velocità o gradiente massimo aortico e valutazione semiquantitativa di un eventuale rigurgito, (/4+) ● Valutazione qualitativa di un eventuale rigurgito tricuspidalico (/4+) e stima della PaPs ● Capacità di valutare il gradiente pressorio atrio-polmonare ● Diagnosi di cuore polmonare acuto e cronico ● Capacità di identificare dei segni di cardiopatia ipertensiva, dei diversi pattern di ipertrofia ventricolare (eccentrica, concentrica, rimodellamento) e delle principali cardiomiopatie ● Identificazione di vegetazioni valvolari ● Valutazione degli ecopattern e delle volumetrie dei parenchimi addominali ● Valutazione di lesioni focali intra e extra-parenchimali ● Valutazione volumetria ed ecopattern tiroidea 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Acquisizione di UNA delle seguenti metodiche attraverso frequentazioni di corsi specifici avanzati e stage presso centri di riferimento nazionale e/o internazionale:</u> ● Ecocolordoppler Transcranico <ul style="list-style-type: none"> -Follow-up degli operati e portatori endoprotesi aortica -Studio con US di Tripode celiaco, arteria mesenterica superiore, arterie renali, arteria mesenterica inferiore: quadri normali e patologici -Management dei pazienti con patologia stenotica e aneurismatica -Arterie renali: velocimetria dell'arteria renale principale e intrarenali -Management dei pazienti con stenosi arteria renale -Follow-up dei rivascolarizzati ● Ecografia con mezzo di contrasto ● Ecografia interventistica di II° livello (biopsie, termoablazione lesioni neoplastiche, drenaggi, etc) ● Ecografia transesofagea ● Diagnosi di endocardite, vegetazioni su protesi valvolari e device; indicazioni a TEE ● Eco-stress

Saper eseguire:

- Paracentesi ecoguidata
- Toracentesi ecoguidata
- Ecografia compressiva (CUS) tronchi venosi femoro-iliaci

- Valutazione linfadenomegalie
- **Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici(TSA):**
- Riconoscere quadri normali e patologici: carotidi comuni, esterne, interne, vertebrali, succlavie, oftalmiche
- Misurare IMT

Placche/stenosi:

Caratterizzazione ecografia delle placche, quantizzazione del grado di stenosi

- Occlusione
- Dissecazione
- Furto vertebrale

-Arteriopatia obliterante degli arti inferiori:

- Misurazione indice di Winsor
- Riconoscere quadri **doppler** normali e patologici
- Quantizzazione del grado di stenosi
- ECD di Aorta e iliache, A. femorale comune, superficiale, profonda, poplitea, tronco tibio peroniero, tibiale posteriore, peroniera, tibiale anteriore, pedidia**

-Placche/stenosi:

- Caratterizzazione ecografica delle placche, quantizzazione del grado di stenosi
- Occlusioni
- Patologia aneurismatica:** sede, dimensioni, complicanze
- Pseudoaneurismi** post cateterismo arterioso
- Ecocolordoppler venoso arti inferiori completo (Cava, ilache, femorali comune, superficiale, profonde, poplitee, sottopoplitee: gemellari, soleari, peroniere, tibiale anteriori e posteriori) CCUS (CUS completa: vene sopra e sottopoplitee)**
- Valutazione ecocolordoppler stenosi a. periferiche
- Conoscere la tecnica di incannulamento ecoguidato di un vaso periferico (basilica) o centrale (giugulare e/o femorale)

Gestione della cartella clinica

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Compilazione accurata e leggibile dell' anamnesi familiare e personale, dell'anamnesi patologica remota (con particolare attenzione ai precedenti ricoveri ed ai loro motivi), dell'anamnesi patologica prossima, dell'evoluzione temporale dei segni/sintomi in atto, con valutazione ragionata della diagnostica differenziale e del grado di urgenza o emergenza • Usare la check list nella chiusura della cartella clinica • Compilazione accurata di quanto rilevato con l'esame obiettivo clinico generale e dei vari organi/apparati • Compilazione accurata e leggibile del diario clinico e della terapia prescritta • Gestione dei consensi informati all'esecuzione delle indagini diagnostiche e ai trattamenti terapeutici • Compilazione corretta ed adeguata della SDO (scheda di dimissione ospedaliera) • Riconoscimento della presenza di patologia che richieda l'isolamento del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Usare la check list nella chiusura della cartella clinica • Proposizione di azioni tese al miglioramento della struttura e della compilazione delle cartelle cliniche; capacità di sintesi e di epicrisi elevate 		<ul style="list-style-type: none"> • Impiego All Patient Refined DRG (APR-DRG) • Attività di controllo e verifica di cartelle cliniche riferite a pazienti con patologie di particolare complessità e interdisciplinarietà

Grado di interazione in azienda

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Normali attività con il personale aziendale (colleghi, infermieri, ecc. della propria U.O. e del Presidio 	<ul style="list-style-type: none"> • DRG corretto e chiusura cartella clinica • Visite- parere in autonomia presso altre U.O. Confronto nei rapporti clinici e diagnostici con il personale delle altre unità operative di degenza e dei servizi diagnostici • Collaborazione operativa con altre U.O. sia dello stesso che di altro Presidio Aziendale 		

Grado di complessità nelle relazioni con interlocutori esterni all'azienda

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Medici di famiglia, specialisti esterni, medici del territorio, Informatori farmaceutici 		<ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione in progetti di ricerca, sperimentazioni, studi multicentrici 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotori, direttori e coordinatori di progetti di ricerca • Collaborazione con società scientifiche, organismi regionali o statali

Attività didattica scientifica

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Partecipare ad abstract scientifici/case report 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuire alla formazione efficace degli studenti, colleghi, pazienti e altri soggetti coinvolti nel settore dell'assistenza sanitaria • Esercitare la funzione di tutor di studenti/discenti più giovani • Partecipare a pubblicazioni scientifiche/lavori originali 		<ul style="list-style-type: none"> • Docente in Scuole Universitarie e non e in corsi di formazione ECM • Pubblicare a primo nome su riviste nazionali ed internazionali

Ricerca

Professionalità di base	Professionalità ottimale	Professionalità eccellente	Competenze distintive
<ul style="list-style-type: none"> • Partecipare a studi di ricerca 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinare studi osservazionali e TRIAL clinici 		<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere studi di ricerca • Partecipare a studi di ricerca internazionale



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



Bibliografia

Caratteristiche generali del professionista

- Cocco GC. Valorizzare il capitale umano d'impresa. Il talento delle persone come competenza distintiva delle imprese. Milano: Etas, 2001.
- Cortellazzi S, Pais I. Il posto della competenza. Persone, organizzazioni, sistemi formativi. Milano: Franco Angeli, 2001.
- Fertonani M. Le competenze manageriali. Dalla valutazione delle prestazioni e del potenziale alla valutazione delle competenze manageriali. Milano: Franco Angeli, 2003.
- Spencer LM, Spencer SM. Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore. Milano: Franco Angeli, 2003.

Formazione richiesta nel ruolo di medico specialista internista ospedaliero

- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al (eds). Harrison – Principi di medicina interna. 17^a Ed. Milano: McGraw-Hill, 2009.
- Forrest CB. A typology of specialists' clinical roles. Arch Intern Med 2009;169(11):1062-8.
- Kellett J, Vanderschueren S. What is internal medicine? Eur J Intern Med 2007;18(7):509.
- Kucharz EJ. Internal medicine: yesterday, today, and tomorrow. Part II. Definition and development in the 20th century. Eur J Intern Med 2003;14(4):272-4.
- Portioli I. Vita da internista. It J Med 2010;4(4):217.
- Royal College of General Practitioners. Curriculum Home. http://www.rcgp-curriculum.org.uk/nmrgcp/wpba/multi-source_feedback.aspx

Formazione richiesta nel ruolo: comportamenti individuali del medico specialista internista ospedaliero dirigente nell'azienda sanitaria

- Conti A, Gensini GF. Medicina basata sulle evidenze e linee guida. Tavola rotonda "e-Health, prospettive a livello nazionale ed europeo". 2004.
- Corrao S, Fontana S. Governo clinico, miglioramento della performance e ruolo dell'internista. G It Medicina Interna 2003;2(2):4-8.
- Goodman CS. HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment. The Lewin Group. January 2004
- Impact of HTA in policy and practice. The experiences of the INAHTA agencies. http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp
- NIHR Health Technology Assessment programme. <http://www.nchta.org/index.htm>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN guidelines: an introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines. Edinburgh: SIGN Publication N. 39. SIGN Secretariat. Royal College of Physicians of Edinburgh. 1999.

Gestione del paziente complesso

- Nardi R, Fabbri T, Belmonte G. Medicina interna, paziente complesso, evidence-based medicine e le non evidenze. It J Med 2009;3(4):191-200
- Nardi R, Scanelli G, Borioni D, Grandi M, Sacchetti C, Parenti M, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. Eur J Intern Med 2007;18(4):283-7.
- Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. Eur J Intern Med 2007;18(5):359-68.

- Panaszek B, Machaj Z, Bogacka E, Lindner K. Chronic disease in the elderly: a vital rationale for the revival of internal medicine. *Pol Arch Med Wewn* 2009;119(4):248-54.
- Pedace C, Nardi R, Mathieu G. Disease management in medicina interna. *Malattie croniche e continuità assistenziale*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2004.
- Rambihar VS, Rambihar VS. Complexity: the science for medicine and the human story. *Lancet* 2010;375(9721):1162.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. the vector model of complexity. *J Gen Intern Med* 2007;22 Suppl 3:382-90.
- Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, et al. The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest* 1991;100(6):1619-36.
- Lemeshow S, Le Gall JR. Modeling the severity of illness of ICU patients. A systems update. *JAMA* 1994;272(13):1049-55.
- NICE Clinical Guideline 50. Acutely Ill Patients in Hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. <http://guidance.nice.org.uk/CG50>
- Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. *Crit Care Med* 1999;27(3):633-8.

Gestione del paziente fragile e "difficile"

- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998;316(7141):1348-51.
- Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;33(1):45-56.
- Consensus Development Panel, Solomon DH et al. Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision Making. *Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT)*. <http://consensus.nih.gov/1987/1987GeriatricAssessment065html.htm>
- Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Comprehensive functional assessment for elderly patients. *Ann Intern Med* 1988;109(1):70-2.
- Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. Progetto finalizzato del Ministero della Sanità. ICS 110.1 RF 98.98.
- Nardi R, Scanelli G, Tragnone A, Lolli A, Kalfus P, Baldini A, et al. Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med* 2007;2(2):95-9.
- Wenger NS, Shekelle PG. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med* 2001;135(8 Pt 2):642-6.

Gestione del paziente critico

- Armitage M, Eddleston J, Stokes T; Guideline Development Group at the NICE. Recognising and responding to acute illness in adults in hospital: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007;335(7613):258-9.
- Bourdaud N, Carli P. Monitorage d'urgence. *EMC-Médecine* 2004;1:569-79.
- Bright D, Walker W, Bion J. Clinical review: Outreach – A strategy for improving the care of the acutely ill hospitalized patient. *Crit Care* 2004;8(1):33-40.
- Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR, Ewy GA, Fleisher LA, Hertzner NR, et al. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Committee on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery. *Circulation* 1996;93(6):1278-317.

Score di gravità (<http://www.medalreg.com/>)

- APACHE III Physiologic Subscore
- CRITICAL CARE
- New Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)
- Organ Failure Score
- The Omega Score
- The Rapid Acute Physiology Score (RAPS)
- The Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) Score
- TISS-28

Cardiovascolare

- The National Registry of Myocardial Infarction Non-ST Elevation (NRM NSTE) Risk Model for Mortality
- TIMI Risk Score in Patients with Unstable Angina or Non-ST Elevation Myocardial Infarction

Epatobiliare-pancreas

- The Child-Pugh Score for Grading Hepatic Cirrhosis
- CT Severity Index (Balthazar Score) in Acute Pancreatitis
- Glasgow Prognostic Criteria in Acute Pancreatitis (Imrie Criteria)

Gastrointestinale

- The Rockall Risk Scoring System in Upper Gastrointestinal Bleeding

Neurologia

- Clinical Examination Scale Following Acute Cerebral Infarction (NIH Stroke Scale, NIHSS)
- Glasgow Coma Scale
- Modified NIH Stroke Scale
- Rankin's Clinical Signs Associated with Poor Outcome After Stroke
- The Scandinavian Neurological Stroke Scale (SSS)

Gestione del paziente con sindrome coronarica acuta

- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, et al; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction); American College of Emergency Physicians; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Thoracic Surgeons; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; Society for Academic Emergency Medicine. ACC/AHA 2007 guidelines for the management

- of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *Circulation* 2007;116(7):e148-304.
- Canadian Cardiovascular Society; American Academy of Family Physicians; American College of Cardiology; American Heart Association. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2008;51(2):210-47.
 - European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions; ESC Committee for Practice Guidelines. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2010;31(20):2501-55.
 - Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al; Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006;27(11):1341-81.
 - Fraker TD Jr, Fihn SD; 2002 Chronic Stable Angina Writing Committee; American College of Cardiology; American Heart Association. 2007 chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to develop the focused update of the 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina. *J Am Coll Cardiol* 2007;50(23):2264-74.
 - Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures; American Academy of Family Physicians; American College of Emergency Physicians; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to develop performance measures for ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction): developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians and the American College of Emergency Physicians: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Hospital Medicine. *Circulation* 2008;118(24):2596-648.
 - Kushner FG, Hand M, Smith SC Jr, King SB 3rd, Anderson JL, Antman EM, et al; American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2009;120(22):2271-306.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Acute Coronary Syndromes. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/93-97/index.html>
 - Task Force for Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of European Society of Cardiology, Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernández-Avilés F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2007;28(13):1598-660.
 - Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008;29(23):2909-45.
- ### Gestione del paziente con aritmia cardiaca
- Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM, Alpert JS, Calkins H, Camm AJ, et al; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Supraventricular Arrhythmias. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Supraventricular Arrhythmias). *Circulation* 2003;108(15):1871-909.
 - Estes NA 3rd, Halperin JL, Calkins H, Ezekowitz MD, Gitman P, Go AS, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures; Physician Consortium for Performance Improvement (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for Atrial Fibrillation); Heart Rhythm Society. ACC/AHA/Physician Consortium 2008 clinical performance measures for adults with nonvalvular atrial fibrillation or atrial flutter: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and the Physician Consortium for Performance

- Improvement (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2008;117(8):1101-20.
- European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31(19):2369-429.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cardiac Arrhythmias in Coronary Heart Disease. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/93-97/index.html>
 - Wann LS, Curtis AB, January CT, Ellenbogen KA, Lowe JE, Estes NA 3rd, et al; ACCF/AHA Task Force Members. 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2011;123(1):104-23.
 - Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M, Buxton AE, Chaitman B, Fromer M, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines; European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death—executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death) Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Eur Heart J* 2006;27(17):2099-140.
 - Francis GS, Greenberg BH, Hsu DT, Jaski BE, Jessup M, LeWinter MM, et al. ACCF/AHA/ACP/HFSA/ISHLT 2010 clinical competence statement on management of patients with advanced heart failure and cardiac transplant: a report of the ACCF/AHA/ACP Task Force on Clinical Competence and Training. *Circulation* 2010;122(6):644-72.
 - Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 2009;119(14):1977-2016.
 - NICE Chronic Heart Failure. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. www.rcplondon.ac.uk
 - Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology; ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J* 2008;29(19):2388-442.
 - Vardas PE, Auricchio A, Blanc JJ, Daubert JC, Drexler H, Ector H, et al; European Society of Cardiology; European Heart Rhythm Association. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The Task Force for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2007;28(18):2256-95.
 - Weintraub NL, Collins SP, Pang PS, Levy PD, Anderson AS, Arslanian-Engoren C, et al; American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation. Acute heart failure syndromes: emergency department presentation, treatment, and disposition: current approaches and future aims: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010;122(19):1975-96.

Gestione del paziente con scompenso cardiaco

- Authors/Task Force Members, Dickstein K, Vardas PE, Auricchio A, Daubert JC, Linde C, McMurray J, et al. 2010 Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure: an update of the 2008 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure and the 2007 ESC guidelines for cardiac and resynchronization therapy. Developed with the special contribution of the Heart Failure Association and the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2010;31(21):2677-87.
- Bonow RO, Bennett S, Casey DE Jr, Ganiats TG, Hlatky MA, Konstam MA, et al; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Performance Measures; Heart Failure Society of America. ACC/AHA Clinical Performance Measures for Adults with Chronic Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Performance Measures): endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation* 2005;112(12):1853-87.

Gestione del paziente con ictus

- Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al; American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council; Clinical Cardiology Council; Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy

- of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke* 2007;38(5):1655-711.
- Broderick J, Connolly S, Feldmann E, Hanley D, Kase C, Krieger D, et al; American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council; High Blood Pressure Research Council; Quality of Care and Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults: 2007 update: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, High Blood Pressure Research Council, and the Quality of Care and Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. *Stroke* 2007;38(6):2001-23.
 - Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42(1):227-76.
 - Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council for High Blood Pressure Research; Council on Peripheral Vascular Disease, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42(2):517-84.
 - Ingeman A, Andersen G, Hundborg HH, Svendsen ML, Johnsen SP. Processes of care and medical complications in patients with stroke. *Stroke* 2011;42(1):167-72.
 - Leifer D, Bravata DM, Connors JJ, Hinchey JA, Jauch EC, Johnston SC, et al; on behalf of the American Heart Association Special Writing Group of the Stroke Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Working Group; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Nursing. Metrics for Measuring Quality of Care in Comprehensive Stroke Centers: Detailed Follow-Up to Brain Attack Coalition Comprehensive Stroke Center Recommendations. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/STR.0b013e318208eb99v1>
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Stroke: Identification and management of dysphagia. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/119/index.html>
 - Smith EE, Shobha N, Dai D, Olson DM, Reeves MJ, Saver JL, et al. Risk score for in-hospital ischemic stroke mortality derived and validated within the Get With the Guidelines-Stroke Program. *Circulation* 2010;122(15):1496-504.
 - Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. <http://www.spread.it/node/60>
 - Wolfe CD, Redfern J, Rudd AG, Grieve AP, Heuschmann PU, McKeivitt C. Cluster randomized controlled trial of a patient and general practitioner intervention to improve the management of multiple risk factors after stroke: stop stroke. *Stroke* 2010;41(11):2470-6.
- ### Gestione del paziente con ischemia cerebrale transitoria
- Albers GW, Caplan LR, Easton JD, Fayad PB, Mohr JP, Saver JL, et al; TIA Working Group. Transient ischemic attack—Proposal for a new definition. *N Engl J Med* 2002;347(21):1713-6.
 - Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324(7329):71-86.
 - Caplan LR. A 70-year-old man with a transient ischemic attack: review of internal carotid artery stenosis. *JAMA* 2008;300(1):81-90.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/108/index.html>
- ### Gestione del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Celli BR, MacNee W; ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004;23(6):932-46.
 - Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2009. www.ginasthma.com
 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2009. <http://www.goldcopd.com>
 - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. http://www.icsi.org/news/new_and_recently_revised_scientific_documents_1455.html
 - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). <http://www.icsi.org/templates/documents.aspx?catID=52>
 - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines. Diagnosis and Management of Asthma. <http://www.icsi.org/templates/documents.aspx?catID=52>
 - Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, Boushey HA, Busse WW, et al; American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Asthma Control and Exacerbations. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180(1):59-99.

Gestione del paziente con polmonite acquisita in comunità

- AAVV. Le infezioni nel paziente anziano. Linee guida FADOI. *It J Med* 2007;1(1 Suppl 2).
- American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(4):388-416.
- Blasi F, Iori I, Bulfoni A, Corrao S, Costantino S, Legnani D. Can CAP guideline adherence improve patient outcome in internal medicine departments? *Eur Respir J* 2008;32(4):902-10.
- Gussoni G, Iori I, Blasi F, Bulfoni A, Costantino S, Giusti M, et al. Le polmoniti nei pazienti provenienti da residenze sanitarie assistenziali: è necessaria una strategia terapeutica dedicata? *It J Med* 2009;3(3):212-9.
- Iori I, Gussoni G, Blasi F, Bulfoni A, Costantino S, Legnani D. Linee guida e gestione ospedaliera delle polmoniti acquisite in comunità: l'esperienza italiana dello studio FAST-CAP. *It J Med* 2008;2(2):5-18.
- Lazzaro C, Iori I, Gussoni G. Studio FASTCAP sulla gestione ospedaliera delle polmoniti acquisite in comunità: valutazione farmacoeconomica della fase prospettica. *It J Med* 2008;2(2):55-66.
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al; Infectious Diseases Society of America; American Thoracic Society. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007;44 Suppl 2:S27-72.
- Renaud B, Coma E, Hayon J, Gurgui M, Longo C, Blancher M, et al; Pneumocom Study Investigators. Investigation of the ability of the Pneumonia Severity Index to accurately predict clinically relevant outcomes: a European study. *Clin Microbiol Infect* 2007;13(9):923-31.
- Renaud B, Coma E, Labarere J, Hayon J, Roy PM, Boureaux H, et al; Pneumocom Study Investigators. Routine use of the Pneumonia Severity Index for guiding the site-of-treatment decision of patients with pneumonia in the emergency department: a multicenter, prospective, observational, controlled cohort study. *Clin Infect Dis* 2007;44(1):41-9.
- Torres A, Ewig S, Lode H, Carlet J; European HAP working group. Defining, treating and preventing hospital acquired pneumonia: European perspective. *Intensive Care Med* 2009;35(1):9-29.
- Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Huchon G, Ieven M, Ortqvist A, et al; European Respiratory Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Eur Respir J* 2005;26(6):1138-80.
- Yealy DM, Auble TE, Stone RA, Lave JR, Meehan TP, Graff LG, et al. Effect of increasing the intensity of implementing pneumonia guidelines: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2005;143(12):881-94.
- American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(4):388-416.
- Carratalà J, Mykietiuk A, Fernández-Sabé N, Suárez C, Dorca J, Verdagué R, et al. Health care-associated pneumonia requiring hospital admission: epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes. *Arch Intern Med* 2007;167(13):1393-9.

Gestione del paziente con anemia

- Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood* 2004;104(8):2263-8.
- KDOQI. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for anemia in chronic kidney disease: 2007 update of hemoglobin target. *Am J Kidney Dis* 2007;50(3):471-530.
- KDOQI; National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Am J Kidney Dis* 2006;47(5 Suppl 3):S11-145.
- Marsh JC, Ball SE, Cavenagh J, Darbyshire P, Dokal I, Gordon-Smith EC, et al; British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the diagnosis and management of aplastic anaemia. *Br J Haematol* 2009;147(1):43-70.
- Mazzone A, Vezzoli M, Ottini E. Masked deficit of B(12) and folic acid in thalassemia. *Am J Hematol* 2001;67(4):274.
- Weiss G, Goodnough LT. Anemia of chronic disease. *N Engl J Med* 2005;352(10):1011-23.
- World Health Organization. Nutritional Anemias: Report of a WHO scientific group. Geneva: World Health Organization, 1968.

Gestione del paziente con sindrome mielodisplastica

- British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the Diagnosis and Therapy of Adult Myelodysplastic Syndromes. 2003. http://www.bcshguidelines.com/4_HAEMATOLOGY_GUIDELINES
- Greenberg PL, Baer MR, Bennett JM, Bloomfield CD, De Castro CM, Deeg HJ, et al. Myelodysplastic syndromes clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2006;4(1):58-77.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Updates Myelodysplastic Syndromes (MDS) Guidelines. <http://www.nccn.org/about/news/newsinfo.asp?NewsID=97>
- Van Etten RA, Shannon KM. Focus on myeloproliferative diseases and myelodysplastic syndromes. *Cancer Cell* 2004;6(6):547-52.

Gestione del paziente con polmonite ospedaliera nosocomiale

- AAVV. Le infezioni nel paziente anziano. Linee guida FADOI. *It J Med* 2007;1(1 Suppl 2).

Gestione del paziente con tromboembolismo venoso o trombosi venosa profonda

- Campanini M, Gussoni G, Silingardi M, Scannapieco G, Buniolo C, Valerio A, et al. Fattori di rischio per

- tromboembolismo venoso e profilassi nei pazienti ricoverati in Medicina Interna: analisi dello studio FADOI "GEMINI". *It J Med* 2010;4(4):24-31.
- Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al; American College of Chest Physicians. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008;133(6 Suppl):381-453S.
 - Gussoni G, Campanini M, Silingardi M, Scannapieco G, Mazzone A, Magni G, et al; GEMINI Study Group. In-hospital symptomatic venous thromboembolism and antithrombotic prophylaxis in Internal Medicine. Findings from a multicenter, prospective study. *Thromb Haemost* 2009;101(5):893-901.
 - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines. Venous Thromboembolism Diagnosis and Treatment. <http://www.icsi.org/templates/documents.aspx?catID=12&pageID=8>
 - NICE. Venous Thromboembolism: Reducing the Risk of VTE (DVT and PE) in Patients Admitted to Hospital. <http://guidance.nice.org.uk/CG92>
 - Scannapieco G, Ageno W, Airoldi A, Bonizzoni E, Campanini M, Gussoni G, et al; TERSICORE Study Group. Incidence and predictors of venous thromboembolism in post-acute care patients. A prospective cohort study. *Thromb Haemost* 2010;104(4):734-40.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and Management of Venous Thromboembolism. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/122/index.html>
 - Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, Galie N, Pruszczyk P, et al; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2008;29(18):2276-315.
 - Society for Vascular Surgery; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society for Vascular Medicine and Biology; Society of Interventional Radiology; ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; Vascular Disease Foundation. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation* 2006;113(11):e463-654.
 - Olin JW, Allie DE, Belkin M, Bonow RO, Casey DE Jr, Creager MA, et al. ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS 2010 performance measures for adults with peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on performance measures, the American College of Radiology, the Society for Cardiac Angiography and Interventions, the Society for Interventional Radiology, the Society for Vascular Medicine, the Society for Vascular Nursing, and the Society for Vascular Surgery (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for Peripheral Artery Disease). *Circulation* 2010;122(24):2583-618.

Gestione del paziente con diabete mellito

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2011. *Diabetes Care* 2011;34 Suppl 1:S11-61.
- Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ, et al; Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2007;28(1):88-136.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Diabetes. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/116/index.html>
- Società Italiana di Diabetologia. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010. http://www.progettodiabete.org/pdf/2010_linee_guida_amd.pdf

Gestione del paziente con arteriopatia periferica degli arti inferiori

- Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL, et al; American Association for Vascular

Gestione del paziente con insufficienza renale acuta e cronica

- Boero R, Degli Esposti E, Galli G, Losito A, Mambelli E, Stella I. Linee guida per la nefropatia ischemica arteriosclerotica. www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/LG_nefropatia_ischemica.pdf
- Cianciaruso B; Italian Society of Nephrology. Conservative therapy guidelines for chronic renal failure. *G Ital Nefrol* 2003;20 Suppl 24:S48-60.
- Fuiano G, Di Filippo S, Memoli B, Cioffi M, Caglioti A, Mazza G; Italian Society of Nephrology. Guidelines for dialysis. Replacement therapy for acute renal failure in critically ill patients. *G Ital Nefrol* 2004;21 Suppl 28:S1-10.
- Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al; National Kidney Foundation. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med* 2003;139(2):137-47.
- National Service Framework for Renal Services. Part Two: Chronic kidney disease acute renal failure and end

of life care. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4102941

- NICE Guideline. Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease in Adults in Primary and Secondary care. <http://www.nice.org.uk/CG73>
- NICE. Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease in Adults in Primary and Secondary Care. <http://guidance.nice.org.uk/CG73>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and Management of Chronic Kidney Disease. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/103/index.html>

Gestione del paziente con squilibri idrolettrolitici

- American Medical Directors Association (AMDA). Dehydration and fluid maintenance in the long-term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2009. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15590>
- Brandstrup B, Tønnesen H, Beier-Holgersen R, Hjortsø E, Ørding H, Lindorff-Larsen K, et al; Danish Study Group on Perioperative Fluid Therapy. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Ann Surg* 2003;238(5):641-8.
- Khosla S. Ipercalcemia e ipocalcemia. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al (eds). *Harrison – Principi di medicina interna*. 17^a Ed. Milano: McGraw-Hill, 2009, p. 285.
- Møller AM, Pedersen T, Svendsen PE, Engquist A. Perioperative risk factors in elective pneumonectomy: the impact of excess fluid balance. *Eur J Anaesthesiol* 2002;19(1):57-62.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postoperative Management in Adults. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/77/index.html
- Sgambato F, Prozzo S, Caporaso C, Milano L, Sgambato E, Piscitelli GL. La fisiopatologia clinica delle ipersodiemie. *It J Med* 2007;1(1 Suppl 2):6-18.
- Sgambato F, Prozzo S. Le iponatriemie: problemi diagnostici e terapeutici, semplici e complessi. *G It Medicina Interna* 2003;2(Suppl 2):8-37.
- Singer GG, Brenner BM. Alterazioni dei liquidi e degli elettroliti. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al (eds). *Harrison – Principi di medicina interna*. 17^a Ed. Milano: McGraw-Hill, 2009, p. 274.

Gestione del paziente con alterazioni dell'equilibrio acido base

- DuBose TD. Acidosi e alcalosi. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al (eds). *Harrison – Principi di medicina interna*. 17^a Ed. Milano: McGraw-Hill, 2009, p. 287.
- Sgambato F. Polmone e interrelazioni tra sistemi. *It J Med* 2009;3(3 Speciale 2):2-5.

Gestione del paziente ospedalizzato con malnutrizione carenziale

- ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2002;26(1 Suppl):1-138SA.
- Botella-Carretero JI, Carrero C, Arrieta F, Balsa J, Zamarrón I, Vázquez C. Role of peripherally inserted central catheters (PICC) in home and in-hospital parenteral nutrition. *Nutritional Therapy & Metabolism* 2009;27(2):55-61.
- Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr* 2009;28(4):445-54.
- Bozzetti F, Forbes A. The ESPEN clinical practice Guidelines on Parenteral Nutrition: present status and perspectives for future research. *Clin Nutr* 2009;28(4):359-64.
- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. *Clin Nutr* 2006;25:180-360.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-21.
- Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition—percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr* 2005;24(5):848-61.
- NICE. Nutrition Support in Adults. <http://guidance.nice.org.uk/CG32>
- Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. February 2006. London: Royal College of Surgeons of England, 2006; 1-247.
- SINPE. Linee guida SINPE per la nutrizione artificiale ospedaliera 2002. <http://www.sinpe.it/LineeGuida.aspx>
- Westaby D, Young A, O'Toole P, Smith G, Sanders DS. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. *Gut* 2010;59(12):1592-605.

Gestione del paziente con patologia nodulare della tiroide

- Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al; American Thyroid Association Guidelines Taskforce. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2006;16(2):109-42.
- Gharib H, Papini E, Paschke R, Duick DS, Valcavi R, Hegedüs L, et al; AACE/AME/ETA Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract* 2010;16 Suppl 1:1-43.

Gestione del paziente con disfunzione tiroidea

- Baskin HJ, Cobin RH, Duick DS, Gharib H, Guttler RB, Kaplan MM, et al; American Association of Clinical

Endocrinologists. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Endocr Pract* 2002;8(6):457-69.

Gestione del paziente con cirrosi epatica

- AISF. Linee guida AISF per l'ipertensione portale. 2006. http://www.webaisf.org/index.php?option=com_docman&task=search_result&Itemid=73&lang=it
- Angeli P, Merkel C. Pathogenesis and management of hepatorenal syndrome in patients with cirrhosis. *J Hepatol* 2008;48 Suppl 1:S93-103.
- Bosch J, Berzigotti A, Garcia-Pagan JC, Abraldes JG. The management of portal hypertension: rational basis, available treatments and future options. *J Hepatol* 2008;48 Suppl 1:S68-92.
- Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. In: Child CG (ed). *The Liver and Portal Hypertension*. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1964, pp. 1-85 (tables 1-4, p. 50).
- Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology* 2009;49(4):1335-74.
- Ginès P, Cárdenas A, Arroyo V, Rodés J. Management of cirrhosis and ascites. *N Engl J Med* 2004;350(16):1646-54.
- Ginès P, Schrier RW. Renal failure in cirrhosis. *N Engl J Med* 2009;361(13):1279-90.
- Kim WR, Poterucha JJ, Wiesner RH, LaRusso NF, Lindor KD, Petz J, et al. The relative role of the Child-Pugh classification and the Mayo natural history model in the assessment of survival in patients with primary sclerosing cholangitis. *Hepatology* 1999;29(6):1643-8.
- Parikh S, Shah R, Kapoor P. Portal vein thrombosis. *Am J Med* 2010;123(2):111-9.
- Poupon R. Primary biliary cirrhosis: a 2010 update. *J Hepatol* 2010;52(5):745-58.
- Wallerstedt S, Olsson R, Simrén M, Broomé U, Wahlin S, Löf L, et al. Abdominal tenderness in ascites patients indicates spontaneous bacterial peritonitis. *Eur J Intern Med* 2007;18(1):44-7.

Gestione del paziente con sanguinamento gastrointestinale

- Adler DG, Leighton JA, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Qureshi WA, et al; ASGE. ASGE guideline: The role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60(4):497-504.
- ASGE Standards of Practice Committee, Fisher L, Lee Krinsky M, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010;72(3):471-9.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with

nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152(2):101-13.

- de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005;43(1):167-76.
- Dell'Era A, Rojas-Gonzalez DP, Primignani M, de Franchis R. Emorragie digestive alte da varici: update 2008-2009. *G Ital End Dig* 2010;33:185-9.
- Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med* 2010;362(9):823-32.
- Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *British Society of Gastroenterology. Gut* 2000;46 Suppl 3-4:III1-15.
- Levacher S, Letoumelin P, Pateron D, Blaise M, Lapandry C, Pourriat JL. Early administration of terlipressin plus glyceryl trinitrate to control active upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. *Lancet* 1995;346(8979):865-8.
- Palmer K, Nairn M; Guideline Development Group. Management of acute gastrointestinal blood loss: summary of SIGN guidelines. *BMJ* 2008;337:a1832.
- Pohl J, Delvaux M, Ell C, Gay G, May A, Mulder CJ, et al; ESGE Clinical Guidelines Committee. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guidelines: flexible enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel diseases. *Endoscopy* 2008;40(7):609-18.
- Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38(3):316-21.
- Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ, McAlindon ME. Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut* 2008;57(1):125-36.
- Sung JJ, Lau JY, Ching JY, Wu JC, Lee YT, Chiu PW, et al. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010;152(1):1-9.

Gestione del paziente con pancreatite acuta

- American Gastroenterological Association (AGA) Institute on "Management of Acute Pancreatitis" Clinical Practice and Economics Committee; AGA Institute Governing Board. AGA Institute medical position statement on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007;132(5):2019-21.
- Banks PA, Freeman ML; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2006;101(10):2379-400.
- Forsmark CE, Baillie J; AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee; AGA Institute Governing Board. AGA Institute technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007;132(5):2022-44.
- Harrison DA, D'Amico G, Singer M. The Pancreatitis Outcome Prediction (POP) Score: a new prognostic index for patients with severe acute pancreatitis. *Crit Care Med* 2007;35(7):1703-8.
- Takeda K, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, et al; JPN. JPN guidelines for the management

of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006;13(1):42-7.

- Working Party of the British Society of Gastroenterology; Association of Surgeons of Great Britain and Ireland; Pancreatic Society of Great Britain and Ireland; Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005;54 Suppl 3:iii1-9.

Gestione del paziente con pancreatite cronica

- Adler DG, Lichtenstein D, Baron TH, Davila R, Egan JV, Gan SL, et al. The role of endoscopy in patients with chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2006;63(7):933-7.
- Frulloni L, Falconi M, Gabbriellini A, Gaia E, Graziani R, Pezzilli R, et al; Italian Association for the Study of the Pancreas (AISP). Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis. *Dig Liver Dis* 2010;42 Suppl 6:S381-406.

Gestione del paziente con febbre di origine sconosciuta

- AAVV. Le infezioni nel paziente anziano. Linee guida FADOI. *It J Med* 2007;1(1 Suppl 2).
- De Klein E, Knockaert DC, Van Der Meer J. Fever of unknown origin: a new definition and proposal for diagnostic work-up. *Eur J Int Med* 2000;11:1-3.
- Knockaert DC, Dujardin KS, Bobbaers HJ. Long-term follow-up of patients with undiagnosed fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 1996;156(6):618-20.
- Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2003;163(5):545-51.
- Woolery WA, Franco FR. Fever of unknown origin: keys to determining the etiology in older patients. *Geriatrics* 2004;59(10):41-5.

Gestione del paziente con sepsi

- Alberti C, Brun-Buisson C, Chevret S, Antonelli M, Goodman SV, Martin C, et al; European Sepsis Study Group. Systemic inflammatory response and progression to severe sepsis in critically ill infected patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(5):461-8.
- Brun-Buisson C, Doyon F, Carlet J, Dellamonica P, Gouin F, Lepoutre A, et al. Incidence, risk factors, and outcome of severe sepsis and septic shock in adults. A multicenter prospective study in intensive care units. French ICU Group for Severe Sepsis. *JAMA* 1995;274(12):968-74.
- Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med* 2004;30(4):536-55.
- Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al; International Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee; American Association of Critical-Care Nurses; American College of Chest Physicians; American College of Emergency Physicians; Canadian Critical

Care Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; European Society of Intensive Care Medicine; European Respiratory Society; International Sepsis Forum; Japanese Association for Acute Medicine; Japanese Society of Intensive Care Medicine; Society of Critical Care Medicine; Society of Hospital Medicine; Surgical Infection Society; World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med* 2008;36(1):296-327.

- Green RS, Djogovic D, Gray S, Howes D, Brindley PG, Stenstrom R, et al. Canadian Association of Emergency Physicians Sepsis Guidelines: The optimal management of severe sepsis in Canadian emergency departments. [http://www.cjem-online.ca/sites/default/files/pg443\(2\).pdf](http://www.cjem-online.ca/sites/default/files/pg443(2).pdf)
- Osborn TM, Nguyen HB, Rivers EP. Emergency medicine and the surviving sepsis campaign: an international approach to managing severe sepsis and septic shock. *Ann Emerg Med* 2005;46(3):228-31.
- Shapiro NI, Howell MD, Talmor D, Lahey D, Ngo L, Buras J, et al. Implementation and outcomes of the Multiple Urgent Sepsis Therapies (MUST) protocol. *Crit Care Med* 2006;34(4):1025-32.
- Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al; Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. http://www.survivingsepsis.org/About_the_Campaign/Documents/Final%2008%20SSC%20Guidelines.pdf
- Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 1996;22(7):707-10.
- Wang HE, Shapiro NI, Angus DC, Yealy DM. National estimates of severe sepsis in United States emergency departments. *Crit Care Med* 2007;35(8):1928-36.

Gestione del paziente con depressione

- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Major Depression in Adults in Primary Care. <http://www.icsi.org/templates/documents.aspx?catid=12&pageID=2>
- NICE. Depression: The treatment and management of depression in adults. <http://guidance.nice.org.uk/CG90>
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004;329(7471):895-9.

Gestione del paziente con delirium

- Britton A, Russell R. Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD000395.
- Mussi C, Salvioli G. Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano. *G Gerontol* 2000;48:434-40.

- Naughton BJ, Saltzman S, Ramadan F, Chadha N, Priore R, Mylotte JM. A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(1):18-23.
- NICE. Delirium: Diagnosis, prevention and management. <http://guidance.nice.org.uk/CG103>

Gestione del paziente con disfunzione cognitiva, demenza

- Bridges-Webb CB, Wolk MJ for the Royal Australian College of General Practitioners. Care of Patients with Dementia in General Practice. Guidelines. <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/CareofPatientswithDementia/20060413dementia-guidelines.pdf>
- Iverson DJ, Gronseth GS, Reger MA, Classen S, Dubinsky RM, Rizzo M; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: evaluation and management of driving risk in dementia: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010; 74(16):1316-24.
- NICE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. <http://guidance.nice.org.uk/CG42>
- Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forcica MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, et al; American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med* 2008;148(5):370-8.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Dementia. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/86/index.html>

Gestione del paziente con dolore

- American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(8):1331-46.
- Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>
- Management of Opioid Therapy for Chronic Pain Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for management of opioid therapy for chronic pain. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=16313>
- NICE Clinical Guideline 88. Low Back Pain: Quick reference guide. <http://www.nice.org.uk/CG88quickrefguide>
- NICE Clinical Guideline 96. Neuropathic Pain: The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. <http://www.nice.org.uk/CG96>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of Pain in Adults with Cancer. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/106/index.html>

Gestione del paziente con osteoporosi

- Grossman J, MacLean CH. Quality indicators for the care of osteoporosis in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55 Suppl 2:S392-402.
- Linee guida per la diagnosi, prevenzione e terapia della osteoporosi. *Reumatismo* 2009;61:1-26.
- NICE. Osteoporosis – Primary prevention. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and strontium ranelate for the primary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women. <http://guidance.nice.org.uk/TA160>

Gestione del paziente con ipertensione arteriosa

- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007;28(12):1462-536.
- Torre JJ, Bloomgarden ZT, Dickey RA, Hogan MJ, Janick JJ, Jyothinagaram SG, et al; AACE Hypertension Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of hypertension. *Endocr Pract* 2006;12(2):193-222.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Hypertension in Older People. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/49/index.html>

Aspetti tecnico-professionali e abilità (generali e specifiche)

Elettrocardiografia

- Hancock EW, Deal BJ, Mirvis DM, Okin P, Kligfield P, Gettes LS, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part V: electrocardiogram changes associated with cardiac chamber hypertrophy: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2009;119(10):e251-61.
- Kligfield P, Gettes LS, Bailey JJ, Childers R, Deal BJ, Hancock EW, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part I: The electrocardiogram and its technology: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College

- of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2007;115(10):1306-24.
- Mason JW, Hancock EW, Gettes LS; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part II: Electrocardiography diagnostic statement list: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2007;115(10):1325-32.
 - Rautaharju PM, Surawicz B, Gettes LS, Bailey JJ, Childers R, Deal BJ, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part IV: the ST segment, T and U waves, and the QT interval: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2009;119(10):e241-50.
 - Surawicz B, Childers R, Deal BJ, Gettes LS, Bailey JJ, Gorgels A, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part III: intraventricular conduction disturbances: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2009;119(10):e235-40.
 - Wagner GS, Macfarlane P, Wellens H, Josephson M, Gorgels A, Mirvis DM, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part VI: acute ischemia/infarction: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2009;119(10):e262-70.
 - Arienti V. *Ecografia clinica del tratto gastroenterico*. Modena: Athena Audiovisuals, 2006.
 - Erlicher A, Corrado G. Patent foramen ovale, stroke, and echocardiography: diagnostic methodology and appropriateness of indications. *G Ital Cardiol (Rome)* 2006;7(8): 523-34.
 - Kendall JL, Shimp RJ. Performance and interpretation of focused right upper quadrant ultrasound by emergency physicians. *J Emerg Med* 2001;21(1):7-13.
 - Sistema Nazionale per le Linee Guida. Impiego della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche. documento 18. Settembre 2008. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Diagno_01-64_2008.pdf
 - SIUMB-SIRMN. Documento congiunto sulla gestione dell'ecografia. *G It Ecografia* 1998;4:237-8.
 - Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. <http://www.siec.it/index.php>
 - Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia. Documento SIUMB per le linee guida in ecografia. *G It Ecografia* 2005.
 - Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia. Standard per una corretta esecuzione dell'esame ecografico. *J Ultrasound* 2009 Nov;Speciale.

Procedure

- Kuiper JJ, van Buuren HR, de Man RA. Ascites in cirrhosis: a review of management and complications. *Neth J Med* 2007;65(8):283-8.
- Mercadante S, Intravaia G, Ferrera P, Villari P, David F. Peritoneal catheter for continuous drainage of ascites in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2008; 16(8):975-8.
- Nazeer SR, Dewbre H, Miller AH. Ultrasound-assisted paracentesis performed by emergency physicians vs the traditional technique: a prospective, randomized study. *Am J Emerg Med* 2005;23(3):363-7.
- Reichman E, Simon RR. *Emergency Medicine Procedures*. New York: McGraw-Hill Professional, 2003.
- The Merck Manual of Medical Information. Second Home Edition. Common medical tests. <http://www.merckmanuals.com/home/print/appendixes/ap2/ap2a.html>
- Thomsen TW, DeLaPena J, Setnik GS. Videos in clinical medicine. Thoracentesis. *N Engl J Med* 2006;355(15):e16.
- Thomsen TW, Shaffer RW, White B, Setnik GS. Videos in clinical medicine. Paracentesis. *N Engl J Med* 2006; 355(19):e21.

Gestione della cartella clinica

- Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 3rd Ed. 2008.
- Joint Commission International. Manuale interpretazione standard per ospedali e per la sicurezza del paziente. 2009.
- Regione Lombardia. Manuale della cartella clinica. 2^a Ed. 2007. <http://www.comlas.it/documenti/ManualeCartellaClinicadellaRegioneLombardia.pdf>
- Roberts JS, Coale JG, Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA* 1987; 258(7):936-40.

Ecografia

- ACEP (American College of Emergency Physician Emergency). Ultrasound Guidelines. 2001. <http://www.acep.org/content.aspx?id=30276>