

Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in **Geriatrica**

Progetto Pilota dell'Università di Genova
per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula
nelle Scuole di Specializzazione



Eccellenza della formazione medica post-laurea

Collana diretta da

Prof. Mario Amore
(Università di Genova)

Comitato scientifico

Dott.ssa Giulia Bartalucci
(Università di Genova)

Prof. Fabrizio Consorti
(Sapienza Università di Roma)

Prof. Paolo Durando
(Università di Genova)

Prof. Giacomo Garibotto
(Università di Genova)

Prof. Alessandro Giordano
(Università di Roma UCSC)

Prof.ssa Antonella Lotti
(Università di Genova)

Prof. Mario Messina
(Università degli Studi di Siena)

Prof. Giovanni Murialdo
(Università di Genova)

Prof. Patrizio Odetti
(Università di Genova)

Prof. Gaetano Privitera
(Università degli Studi di Pisa)

Dott.ssa Chiara Riforgiato
(Università di Genova)

Dott. Stefano Sartini
(Università di Genova)

Prof. Piersante Sestini
(Università degli Studi di Siena)

Scuole pilota

Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica – Siena

Prof. Mario Messina – Università degli Studi di Siena
Prof. Francesco Molinaro – Università degli Studi di Siena

Scuola di Specializzazione in Geriatria – Genova

Prof. Patrizio Odetti – Università di Genova
Prof. Alessio Nencioni – Università di Genova

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Pisa

Prof. Gaetano Privitera – Università degli Studi di Pisa
Dott. Filippo Quattrone – Università degli Studi di Pisa
Dott.ssa Erica De Vita – Università degli Studi di Pisa

Scuola di Specializzazione in Medicina d’Emergenza – Urgenza – Genova

Prof. Giovanni Murialdo – Università di Genova
Prof. Roberto Pontremoli – Università di Genova
Prof. Aldo Pende – Università di Genova
Dott. Stefano Sartini – Università di Genova
Dott. Leonardo Ghezzi – Università di Genova

Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro – Genova

Prof. Paolo Durando - Università di Genova
Prof. Ivo Iavicoli – Università di Napoli Federico II
Prof. Guglielmo Dini – Università di Genova
Dott. Alfredo Montecucco – Università di Genova

Scuola di Specializzazione in Medicina Nucleare – Roma UCSC

Prof. Alessandro Giordano – Roma UCSC
Dott. Claudio Altini – Roma UCSC
Dott. Salvatore Annunziata – Roma UCSC
Dott. Matteo Bauckneht - Università di Genova

Scuola di Specializzazione in Nefrologia – Genova

Prof. Giacomo Garibotto – Università di Genova
Prof.ssa Francesca Viazzi – Università di Genova
Dott.ssa Francesca Cappadona – Università di Genova
Prof. Pasquale Esposito – Università di Genova

Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in Geriatrica

Progetto Pilota dell'Università di Genova
per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula
nelle Scuole di Specializzazione

AUTORI

L'ideazione e la scrittura di questo libro è frutto della collaborazione tra il comitato scientifico dell'Università di Genova e S.I.Pe.M e la *Scuola di Specializzazione in Geriatria* dell'Università di Genova.

I capitoli 1, 2, 3, 4, 5 sono stati scritti da Prof. Patrizio Odetti, Prof. Alessio Nencioni e Prof. Fiammetta Monacelli.

© 2021 GUP

I contenuti del presente volume sono pubblicati con la licenza
Creative commons 4.0 International Attribution-NonCommercial-ShareAlike.



Alcuni diritti sono riservati.

Realizzazione Editoriale

GENOVA UNIVERSITY PRESS

Via Balbi, 6 - 16126 Genova

Tel. 010 20951558 - Fax 010 20951552

e-mail: gup@unige.it

<http://gup.unige.it>

ISBN: 978-88-3618-061-5 (versione eBook)

Pubblicato febbraio 2021

INDICE

| | |
|--|----|
| Introduzione | 9 |
| I valori del progetto | 11 |
| Perché il nostro progetto | 13 |
| Razionale e struttura del modello di Curriculum Proposto | 15 |
| L'albero della competenza | 32 |
| Fonti dell'introduzione | 33 |
| | |
| 1. Analisi del contesto nazionale | 35 |
| | |
| 2. Il profilo dello Specialista | 37 |
| Profilo dello specialista secondo DM 68/2015 | 37 |
| Definizione delle funzioni del medico specialista | 37 |
| | |
| 3. Mission e governance | 39 |
| | |
| 4. Obiettivi Formativi secondo DM 68/2015 | 41 |
| Obiettivi formativi integrati | 41 |
| Obiettivi formativi di base | 42 |
| Obiettivi della formazione generale | 42 |
| Obiettivi formativi della tipologia della Scuola | 42 |
| Attività professionalizzanti obbligatorie | 43 |
| Tabella SSD e CFU | 46 |
| | |
| 5. Syllabus delle competenze e learning outcome dello Specialista | 47 |
| Syllabus delle competenze e learning outcomes generali | 48 |
| Syllabus delle competenze e learning outcomes specialistici | 50 |
| Syllabus delle competenze e learning outcomes specialistici: tabelle | 52 |

| | |
|--|-----|
| 6. Sistema formativo e metodi di insegnamento/apprendimento | 77 |
| Sistema di insegnamento/apprendimento | 77 |
| Didattica formale | 78 |
| Metodi di insegnamento/apprendimento | 79 |
| Attività professionalizzante | 84 |
| Insegnamento/apprendimento durante l'attività professionalizzante (sul campo) | 85 |
| <i>Feedback e supervision</i> | 87 |
| 7. Sistema e metodi di valutazione | 89 |
| Sistema di valutazione | 89 |
| Valutazione sommativa (o certificativa) | 90 |
| Metodi di valutazione formale | 91 |
| Metodi di valutazione durante lo svolgimento dell'attività professionalizzante (sul campo) | 92 |
| 8. Risorse umane | 97 |
| 9. Annotazione e certificazione delle competenze e delle attività | 99 |
| 10. Sistema di qualità e di miglioramento | 101 |
| 11. Piano di Studio Locale delle attività formative della Scuola | 103 |
| 12. Allineamento con DIM 402/17 | 105 |
| 13. Allegati | 109 |
| 1. Modulo <i>Mini Clinical Evaluation Exercise</i> (MiniCEX) | 109 |
| 2. Modulo <i>Case-based Discussion</i> (CbD) | 111 |
| 3. Modulo <i>Direct Observation of Procedural Skills</i> (DOPS) | 115 |
| 4. Modulo <i>Multi-Source Feedback</i> (MSF) | 117 |
| 5. Modulo Report di Rotazione (RR) | 120 |
| 14. Fonti | 123 |

Introduzione

Carissimo lettore,

È per me un immenso piacere poter presentare questo testo, che è il frutto del grande lavoro delle sette scuole pilota che, insieme con il gruppo tecnico dell'Università di Genova che le ha supportate, per quasi due anni hanno con costanza approfondito, discusso, condiviso idee, capito insieme e, alla fine, creato un modello e portato a termine la stesura di sette curricula nazionali per le loro Scuole di Specializzazione.

Non è solo la base del lavoro di implementazione e miglioramento della qualità didattica che queste scuole stanno già realizzando o realizzeranno al livello locale, nelle loro sette realtà, ma è un esperimento che, speriamo, possa incoraggiare tanti altri, sia al livello locale che istituzionale, a incamminarsi sulla strada della ricerca dell'eccellenza didattica nelle Scuole di Specializzazione e, in generale, nella formazione post laurea.

È arrivato il momento in cui non è più possibile ignorare l'evidenza che la qualità con cui i nostri medici vengono formati incide direttamente sulla salute delle persone, sulla qualità con cui i servizi sanitari pubblici vengono erogati, e non è più eticamente accettabile mettere questo problema in secondo piano.

È arrivato il momento di concentrarsi non più solo su quanti medici vengono formati, su quanti anni durano le scuole di specializzazione, su quando questi medici possono immettersi sul lavoro.

È il momento di mettere al centro come questi colleghi vengono formati, mettere tutte le nostre energie al servizio della qualità della loro formazione.

È possibile, ci sono le evidenze, in altre realtà accade già.

Ce lo chiede l'Europa, ce lo chiedono i nostri giovani medici, ce lo chiedono gli studenti e, soprattutto, ce lo chiedono le persone, i pazienti, la società.

Servono, come è servito a noi, coraggio, fatica, approfondimento, pazienza, voglia e forza per mettersi in discussione, per mettere in discussione il “come si è sempre fatto” a vantaggio del “come si potrebbe fare meglio” e, come sempre, spirito di adattamento e inventiva per trovare soluzioni di qualità e sostenibili.

Ma questo testo è la dimostrazione che ce la possiamo fare. Che è possibile. Con passione e determinazione.

Spero che questo sia solo l’inizio del lavoro per le nostre sette scuole pilota, che ancora una volta ringrazio con tutto il cuore per la fiducia, l’entusiasmo e la passione, e che sia anche lo spunto per tante altre realtà per trovare il coraggio di incamminarsi in questa splendida avventura.

Auguro a tutti buon lavoro.

Prof. Mario Amore

I valori del progetto

Eccellenza

Massima qualità nella formazione dei professionisti della salute e nell'erogazione dei servizi assistenziali per i pazienti.

Social accountability

Responsabilità verso la salute del paziente, della comunità e della società.

Patient safety

Sicurezza del paziente come priorità garantita attraverso la competenza dei professionisti e l'efficienza del sistema.

Sostenibilità

Processi di design e governance costruiscono un sistema sostenibile ed equilibrato.

Diversità

La diversità vissuta e promossa come valore e ricchezza per tutti.

Equità

Diritti e opportunità garantiti ad ogni individuo, senza discriminazione di razza, età, credo religioso, orientamento sessuale, posizione sociale...

Rispetto

Profondo e incondizionato rispetto per ogni persona dimostrato in ogni attività didattica e assistenziale.

Perché il nostro progetto

La formazione medica Specialistica, che segue la fase formativa della Laurea in Medicina e Chirurgia, rappresenta un momento molto delicato per il medico in formazione che, successivamente, si troverà a esercitare la propria professione all'interno della società e della comunità medica.

Infatti, rappresenta il momento in cui dall'apprendimento di nozioni e abilità medico-scientifiche con il ruolo dello studente passa progressivamente a compiere l'atto medico con il ruolo del professionista, ovvero esercitando un mestiere che sottende ben definite e complesse competenze specialistiche. Tali competenze sono sviluppate mediante il proprio percorso di specializzazione, mediante un processo di formazione continua e tramite la propria esperienza sul campo e, come tali, vengono riconosciute dalle collettività medica sia per i titoli conseguiti sia in termini di *expertise* all'interno del proprio contesto di lavoro.

Da tutto questo si deduce che anche dalle modalità, con cui un sistema disegnerà e strutturerà tale fase formativa del processo di crescita del medico, dipenderà la qualità dell'insieme delle prestazioni assistenziali offerte all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, sia in termini di servizio offerto dai medici in formazione specialistica durante la Scuola di Specializzazione sia, soprattutto, successivamente come specialisti e professionisti in salute.

Questo concetto è noto ormai dagli inizi degli anni '90, è supportato da dati scientifici, ed è quanto dichiarato dall'UEMS (*Union Européenne des Médecins Spécialistes*) che sottolinea che "nonostante gli sforzi per migliorare la qualità delle cure e nonostante gli obiettivi raggiunti sino ad adesso, sono ancora presenti forti disuguaglianze nella qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria fornita ai cittadini tra un paese e l'altro" e che "resta nella convinzione dell'UEMS che la qualità delle cure sia strettamente legata alla qualità dei *training* strutturati per i professionisti in salute".

L'UEMS riporta anche tra i propri obiettivi principali in materia di *education*, la necessità di fondare le basi degli standard formativi europei sul disegno di *Competence-Based-European Curricula* per ogni specializzazione medica, al fine di armonizzare il processo di formazione e *l'assessment* dei *Medical Training*.

Nonostante le posizioni assunte dall'UEMS le modalità con cui viene erogata la formazione medica specialistica in Europa rimane ancora molto variabile nei

diversi paesi, a cominciare dalla realtà italiana, dove al paradigma di acquisizione di competenze valutate e certificate si contrappone il paradigma di *Time-Based learning*, secondo il quale l'apprendimento delle competenze specialistiche si basa sul tempo di frequentazione all'interno di specifici ambienti medici ad esempio determinati reparti, ambulatori, corsie, sale operatorie, ecc.

La letteratura in materia di *medical education* post laurea, tuttavia, ormai da anni sottolinea le implicazioni qualitative dell'uno e dell'altro paradigma ed individua nella *competence-based medical education* un sistema sicuramente tecnicamente e strutturalmente più complesso rispetto al *time-based-learning*, ma più "sicuro" da un punto di vista del risultato in termini di *quality assurance* del professionista in salute che presterà assistenza sanitaria all'interno della società e dunque in termini di servizio sanitario. Questo perché i *Competence-Based Curricula* mettono al centro l'*assessment* del medico in formazione e, dunque, il fatto che questi abbia raggiunto o meno i vari *Learning Outcome*, obiettivo formativo, specifico in questione, in tutte le proprie componenti teoriche, pratiche e comportamentali. Pertanto, in un sistema *competence-based*, ad esempio, perché un medico possa dirsi cardiologo non è sufficiente che abbia trascorso parte del proprio percorso formativo in reparto di cardiologia e abbia prestato assistenza assieme al proprio Tutor a una serie di pazienti con infarto del miocardio. Bensì, deve aver dato prova di possedere le conoscenze teoriche che riguardano la patologia cardiaca e la terapia farmacologica, di padroneggiare i procedimenti terapeutici in termini di *flowchart* di assistenza, di manovre pratiche e di passaggi decisionali ed, infine, di sapersi confrontare con i propri colleghi, con gli infermieri, con i pazienti e i parenti con il corretto atteggiamento umano ed etico, rispetto e controllo della situazione clinica.

L'articolo "*Competency-Based Medical Education: theory to practice*", oltre ad offrirci una chiara definizione dei *Competence-Based Curricula*, ci sottopone anche un'altra riflessione, ovvero che nell'era della *public accountability* i curricula medici debbano assicurare che tutti i medici siano adeguatamente preparati negli ambiti medici principali.

In questo contesto si inserisce il progetto dell'Università degli Studi di Genova "Promuovere l'eccellenza nella formazione post laurea: i Curricula delle Scuole di Specializzazione", iniziato nel Giugno 2017 con la partecipazione di Sette Scuole Pilota, ovvero Chirurgia Pediatrica (Siena), Geriatria (Genova), Igiene e Medicina Preventiva (Pisa), Medicina d'Emergenza-Urgenza (Genova), Medicina Nucleare (Roma UCSC), Medicina del Lavoro (Genova), Nefrologia (Genova).

Tali Scuole hanno preso parte ad un percorso che ha consentito loro di disegnare e completare i propri Piani di Studio, composti da una sezione di Curriculum

Nazionale e di una sezione di implementazione locale, che descrive come le competenze e i *learning outcome* vengano inseriti nella pratica clinica quotidiana dello specializzando. Questo procedimento ha consentito, quindi, che venissero definiti anche i relativi Curricula Nazionali, andando a individuare una struttura generale applicabile potenzialmente a qualsiasi Scuola di Specializzazione di quella tipologia.

Il lavoro svolto dalle Scuole è stato supportato dalla realizzazione di *workshop* periodici durante i quali sono state affrontate le tematiche della costruzione del Curriculum basata sui *Learning Outcomes* o Obiettivi Formativi Specifici, i metodi di insegnamento, apprendimento e valutazione e, infine, dell'implementazione dei Piani di Studio locali, ovvero la declinazione del curriculum nella realtà quotidiana dei medici in formazione specialistica in termini di calendarizzazione delle lezioni, struttura delle rotazioni, ecc.

Il percorso realizzato dalle Scuole si è sviluppato progressivamente ed è stato il procedimento che ha portato alla stesura di documenti cardine nel progetto di implementazione della formazione medica specialistica.

È stato anche un percorso che ha portato alla maturazione da parte di docenti, dottorandi e specializzandi della consapevolezza prima di tutto della necessità di un cambiamento culturale nella modalità di formare i professionisti in salute, partendo ad esempio dalla definizione di un contesto di apprendimento adeguato nel quale siano presenti continuamente occasioni per apprendere e insegnare, una buona interazione tra docenti/tutor e medici in formazione con *feedback* costante e produttivo e che metta al centro la *safety* del paziente.

Razionale e struttura del modello di Curriculum Proposto

Cosa è un curriculum

Alla base dell'intero processo formativo medico, dal pre-laurea alla formazione continua, c'è l'obiettivo di preparare il professionista a rispondere in modo eccellente ai bisogni in salute della società dove questo si trova ad operare.

Nel delineare le caratteristiche di tale processo formativo, la stesura di un Curriculum riveste un ruolo centrale ed iniziale e per questa ragione i lavori del gruppo sono partiti proprio dalla stesura di Curricula Nazionali, cioè documenti che fornissero indicazioni generali per tipologia di Scuola di Specializzazione su come implementare il processo formativo, da cui derivare, a pioggia, i piani di

studio locali delle singole Scuole.

Un "Curriculum" fornisce la dichiarazione e la descrizione del panorama di esperienze che mettono il medico in formazione nelle condizioni di raggiungere i propri obiettivi formativi. (1)

Tuttavia, oltre che una mera guida per chi apprende o chi insegna, il curriculum rappresenta una sorta di accordo di tipo etico, metodologico e di intenzioni tra i medici in formazione, i docenti, i tutor, coloro che disegnano il curriculum stesso, le istituzioni professionali (es. Ordini dei Medici, Ospedali, servizi territoriali, Regioni, Ministero della Salute, ecc.) e formative (es. Università) e i vari altri *stakeholder*, incluso il pubblico. (1)

In quanto tale, il curriculum non è solo un documento descrittivo, ma rappresenta un processo dinamico e finalizzato, che inizia col definire i bisogni della società e di conseguenza gli obiettivi di apprendimento (*learning outcome*) che i medici in formazione sono chiamati a raggiungere per rispondere a questi bisogni, fornendo dettagli sui contenuti di tali *outcome*, sulla struttura del curriculum stesso, sulle opportunità formative, sul programma valutativo del raggiungimento di tali *outcome* da parte del medico in formazione (*assessment*), sulle risorse umane a disposizione per la didattica e la logistica e sulle strategie di valutazione (*evaluation*) e *quality assurance* del processo formativo stesso. (1,2,3)

Il curriculum quindi svolge la funzione di fornire supporto al medico in formazione, offrendo chiare e coerenti informazioni riguardanti i *learning outcome* che devono essere raggiunti, il sistema di *assessment*, i livelli di expertise e di performance attesi in ogni fase del training, così che questi non si senta solo nel difficile percorso formativo, e sia più consapevole di cosa sta facendo, come lo sta facendo e perché, facilitando il raggiungimento dei risultati attesi. (1, 2)

Similmente il curriculum ha un ruolo chiave nel supportare gli insegnanti e i tutor nel definire, organizzare e calendarizzare le opportunità formative e il programma valutativo, in modo che questi siano strettamente allineati con tutti i *learning outcome* individuati. (1,2)

Alla luce di questo importante ruolo di supporto, i curricula devono essere chiari e facili da interpretare e pertanto i team addetti alla loro stesura si avvalgono di alcuni strumenti di presentazione, come il "curriculum *statement*" (dichiarazione degli intenti e dei metodi del curriculum) e il "curriculum *mapping*" (schematica ed esplicita presentazione delle singole parti del curriculum e delle connessioni tra queste) per renderli più fruibili a chi apprende, a chi insegna e agli *stakeholder*. (4)

Curriculum design

Il processo di stesura di un curriculum (*curriculum design*) è per tanto molto complesso e articolato. Il primo passaggio da fare è definire perché il curriculum è necessario, e quindi in particolare i bisogni della società che portano alla necessità di formare determinati professionisti.

Infatti, oggi, una delle principali sfide della *medical education* è quella di sviluppare l'*expertise* e la competenza del professionista in salute in modo che questi sia in grado di fornire un servizio assistenziale di qualità eccellente, aggiornato alle più recenti evidenze scientifiche, equo per tutta la popolazione e calibrato sui bisogni di una società che cambia, che diventa ogni giorno più complessa e globalizzata. (5)

Essere in grado di identificare tali bisogni, metterli al centro del servizio assistenziale e ricalibrare il ruolo dei professionisti sanitari orientandolo alla *social accountability*, cioè alla responsabilità che questi professionisti si assumono nei confronti della salute della società, non è quindi solo una sfida per le istituzioni responsabili dei Servizi Sanitari, ma anche delle Istituzioni responsabili della formazione. (6, 7)

Oltre ad allinearsi con i bisogni in salute della società e alle priorità della comunità, i curricula dei professionisti in salute devono rispondere alle necessità di diversi *stakeholder*, tra cui le istituzioni eroganti Servizi Sanitari, le istituzioni responsabili per la formazione, le associazioni di pazienti, gli Ordini Professionali, gli enti finanziatori, i medici in formazione stessi ed i pazienti. Ognuna di queste entità ha diverse priorità e svolge un processo di *advocacy* per queste, richiedendo ad esempio un maggior numero di professionisti per sopperire al bisogno crescente di forza lavoro, una sempre maggiore *expertise* e qualità della performance nell'ottica di garantire la sicurezza del paziente, una migliore ottimizzazione dei costi e della sostenibilità del processo formativo, ecc.

Intorno a tutte queste necessità, il curriculum viene disegnato non come oggetto statico, ma bensì in modo dinamico, intorno a influenze e bisogni sociali, professionali, economici, accademici ed etici che cambiano. (8, 9)

Il team designato per la stesura del curriculum dovrebbe pertanto essere costituito a livello centrale e locale da staff tecnico e dai diversi *stakeholder*, con l'obiettivo di discutere e deliberare i principali obiettivi ed elementi del curriculum. (10)

Avendo ben presenti le esigenze dei diversi *stakeholder* e le basi etiche delle istituzioni responsabili per il percorso formativo, il team chiamato a sviluppare il curriculum deve definire e dichiarare chiaramente la *vision*, la *mission* e i valori alla

base del processo formativo stesso. Questa dichiarazione (*curriculum statement*) è un punto chiave nell'ottica di mantenere coerenza e etica durante tutto il processo di stesura del curriculum. Si tratta di dichiarare al pubblico, ai docenti, ai tutor, ai medici in formazione specialistica e agli stakeholder gli scopi del processo formativo, i valori professionali ed educativi che rappresentano le fondamenta di questo, il profilo e le qualità dello specialista che si vuole formare e i metodi e principi pedagogici a cui il curriculum si ispira. Il resto del curriculum seguirà questa dichiarazione iniziale, sviluppando lo schema e la scaletta che il team designato alla stesura deciderà di adottare. Non esiste un modello universale di struttura del curriculum, ma questo deve essere disegnato seguendo le necessità e i bisogni locali e ricercando l'accordo e la collaborazione tra tutti gli *stakeholder*. (1, 3, 8)

Formazione post laurea

Il processo di stesura di un curriculum nel post laurea presenta alcune differenze rispetto al pre-laurea.

Per rispondere alla necessità della società di disporre di professionisti in grado di erogare un eccellente servizio assistenziale, i medici devono sviluppare *expertise* e raggiungere determinati standard nei vari ambiti della professione, quali comunicazione, *advocacy* in salute, leadership, expertise tecnico, *scholarship* e professionalità, come descritto nei CanMeds.

Ma questo processo non si esaurisce con la Laurea in Medicina e Chirurgia, viceversa questa è solo il punto di partenza, aprendo una nuova fase di continua crescita nei suddetti ambiti che durerà fino alla fine della vita professionale del medico. (11)

I neolaureati sono pertanto chiamati a continuare il loro percorso formativo nel post laurea, incrementando la comprensione delle nozioni teoriche e raccogliendo una grande quantità di esperienza pratica.

Tuttavia le caratteristiche della *medical education* post laurea differiscono necessariamente e sostanzialmente da quella pre-laurea e questo repentino cambiamento può rappresentare un momento complesso per il medico neolaureato, che si trova a ricoprire un ruolo completamente nuovo: ha la necessità di mettere in atto un tempestivo processo di adattamento, da un punto di vista didattico, professionale, psicologico e anche emotivo.

La pianificazione della didattica, gli obiettivi, i metodi di insegnamento/apprendimento e di valutazione, gli stessi programmi e calendari sono

completamente diversi nel *setting* della formazione post laurea poiché devono raggiungere nuovi, diversi e sfidanti obiettivi. (8)

Una di queste sfide, forse la più complessa, nella formazione post laurea è la coesistenza della pratica professionale (condizione di lavoratore) e del percorso didattico (condizione di studente).

I giovani medici, infatti, cominciano ad essere professionalmente (e legalmente) responsabili dei pazienti e a prendere parte attivamente, come membri del team professionale, alle attività assistenziali, cominciando a fare esperienza di tutti i doveri e le problematiche etiche di questo nuovo ruolo.

Essi, in ogni momento della loro attività clinica, devono garantire la sicurezza del paziente e pertanto il grado di responsabilità professionale che si assumono si trova ad essere strettamente correlato con il loro livello di competenza acquisito. (12)

L'entità di supervisione e *feedback* da parte dei membri *senior* del team deve essere calibrata pertanto sul livello di competenza, in modo da mantenere l'equilibrio appropriato tra autonomia e supervisione, nell'ottica di garantire la sicurezza sia del paziente che del medico in formazione.

Nel difficile equilibrio tra formazione e assunzione di responsabilità professionale da parte del medico in formazione, è utile cercare di definire il livello di competenza di quest'ultimo ad esempio seguendo il modello descritto da Dreyfus, il quale descrive 5 livelli di crescente *expertise*: *novice, advanced beginner, competent, proficient, expert*.

In questo contesto la valutazione assume un ruolo centrale perché permette, purché appropriata e calibrata sulla skill che si vuole valutare, di stabilire il grado di competenza raggiunto. (13)

In alcuni Paesi, i curricula post laurea specificano in modo molto diretto quali sono le attività assistenziali che, ad un dato livello di *expertise*, il medico in formazione è tenuto a svolgere e con quale grado di supervisione (EPA, Entrusted Professional Activities), con l'obiettivo di ottimizzare la sicurezza del paziente e la gradualità della progressione professionale del giovane medico. (14)

L'equilibrio tra la responsabilità professionale e la formazione è certamente sfidante e complesso, tuttavia rappresenta anche un'opportunità di incredibile ricchezza per implementare strategie didattiche efficaci, le quali, poiché correlate con la pratica e la responsabilità clinica, assistono e stimolano il processo di apprendimento con una nuova e potente forza. Anche la valutazione può e deve essere riadattata al contesto e, anch'essa, può vedersi rinnovata e stimolata da questo. (8)

Un'altra peculiarità del periodo di formazione post laurea è rappresentata dal fatto che i giovani medici si trovano a dover prendere delle difficili decisioni riguardanti la loro carriera. Il supporto e la *coaching* da parte dei membri senior dello staff riguardo allo sviluppo della carriera è fondamentale e i medici in formazione devono gradualmente sviluppare un buon grado di consapevolezza e di autovalutazione di se stessi e della propria professionalità per poter compiere queste scelte in serenità, pianificando, sempre più in autonomia la propria formazione continua. (11)

Competency-based curricula

Ad oggi, la maggior parte dei moderni curricula, sia nel contesto pre- che post laurea, sono disegnati secondo un approccio pedagogico focalizzato sull'individuazione dei *learning outcome*.

Contrariamente al modello tradizionale di curriculum basato sulla definizione dei processi di insegnamento e sulle liste di contenuti, la "*Outcome-Based medical Education*" (OBE) si focalizza sui risultati, su quello che realmente lo studente/medico in formazione è in grado di dimostrare di saper fare alla fine del suo percorso formativo. (15, 16)

In accordo con questo modello, il team responsabile della stesura del curriculum dovrebbe per prima cosa individuare gli *outcome* che si vogliono raggiungere e di conseguenza, a ritroso, determinare le appropriate opportunità di apprendimento, di valutazione e perfino la cornice di *evaluation* e *quality assurance*. In qualche modo i *learning outcome* occupano una posizione chiave nel curriculum, fungendo da *primum movens* della progettazione di questo e da collante tra le sue varie parti. (15)

Nella OBE sono i prodotti che definiscono i processi e non viceversa. L'enfasi viene posta sui risultati e pertanto le domande che coloro che disegnano il curriculum si pongono sono "quale medico/specialista vogliamo ottenere alla fine del corso/training?" piuttosto che "quale processo di insegnamento vogliamo attuare?".

La risposta alla domanda riguardante quale sia il medico/specialista che vogliamo ottenere alla fine del corso/training deve essere ricercata, come descritto sopra, nell'analisi scientifica, epidemiologica, sociale, etica e antropologica dei bisogni locali di salute. (16)

Pertanto, siccome più strettamente correlato al background della società e dei suoi bisogni, il modello basato sugli *outcome* (OBE) risulta essere più

rilevante, e quindi più adatto, in un contesto di *social accountability* come quello a cui stiamo assistendo. (16)

Tuttavia, per essere in grado di guidare tutta la procedura di stesura del curriculum, i *learning outcome* non solo devono essere rilevanti per la società e per il servizio sanitario, ma devono anche essere scritti ed espressi in una forma che sia adatta allo scopo.

Essi devono essere scritti chiaramente, in una forma omogenea, descrivendo la conoscenza, le *skill* o l'attitudine comportamentale che ci si aspetta lo studente/medico in formazione abbia acquisito con il processo formativo.

Il *learning outcome* deve essere facilmente valutabile e, pertanto, correlabile immediatamente al corrispondente *assessment* e facile da capire per lo studente/medico in formazione e per il tutor/docente.

Il *learning outcome* deve essere espresso con un verbo nella forma all'infinito e il verbo utilizzato è molto importante perché, descrivendo l'azione che è richiesta allo studente/medico in formazione per dimostrare di essere in possesso di quella conoscenza/skill/attitudine, è strettamente correlato con la valutazione.

Inoltre il tipo di verbo utilizzato suggerisce anche il grado di complessità di dominio cognitivo a cui il *learning outcome* fa riferimento. (17)

Correlato al concetto di OBE, in molte realtà negli ultimi anni si è affermato un modello di curriculum basato "sulle competenze" ("*Competency-Based Medical Education*", CBME).

Sebbene al centro del curriculum ci siano i *learning outcome*, viene introdotto in CBME il concetto di "competenza" (*competence*), il quale si riferisce allo spettro di abilità, trasversali a multipli domini, che descrive il grado di performance che il professionista è in grado realizzare. Il termine "competenza" è generico e richiama al concetto dinamico di variabilità nel tempo (diversi livelli di expertise, Dreyfus) e inter-dominio. Tuttavia, quando contestualizzato al momento di training in cui lo studente/medico in formazione si trova, al contesto clinico e ambientale e alle abilità a cui si si riferisce, assume delle caratteristiche più specifiche.

Nel modello CBME, l'espressione al plurale "competenze" (*competencies*, dal singolare *competency*), indica invece le singole abilità specifiche che sono osservabili e valutabili, integrando al proprio interno le varie componenti quali conoscenze, *skills* e attitudini/comportamenti.

Le competenze sono quindi una sorta di unità, di ingredienti del concetto più ampio di competenza, il quale è correlato alla performance professionale generale dello studente/medico in formazione ed è un concetto dinamico che cambia nel tempo.

Questo modello trova particolare applicazione nella formazione post laurea, in quanto focalizza l'attenzione sugli *outcome* e pertanto fornisce una struttura rilevante in termini di *social accountability* e di definizione del profilo dello specialista sulla base dei bisogni della società. (18)

La struttura per singole competenze permette di definire specifici *learning outcome* teorici, pratici ed attitudinali e di calibrare appropriata valutazione.

Inoltre questo tipo di struttura formativa mette al centro lo studente/medico in formazione invece dei processi di insegnamento, poiché diviene pressoché irrilevante come le competenze vengano insegnate, purché lo specializzando alla fine del percorso dimostri di averle acquisite. Aspetti quali l'autovalutazione e la consapevolezza divengono centrali, lanciando le basi alla maturazione del professionista orientato verso la formazione continua. (18)

Mettendo al centro la definizione e la valutazione delle competenze, questo modello facilita anche la loro correlazione con il livello di responsabilità professionale che lo specializzando si trova ad assumere sulla base della propria competenza.

Inoltre questo modello introduce anche delle novità. Ad esempio, supera il concetto di tempo-dipendenza del percorso formativo. Se si assume, infatti, che il medico in formazione sia tenuto a raggiungere un certo standard di competenza, non più la durata ma il risultato andrà a determinare il completamento del percorso formativo. (18)

La maggior parte dei curricula disegnati per competenze vede una sezione del documento dedicato al "*Syllabus*" inteso come la tabulazione delle competenze e dei relativi *learning outcome* teorici, pratici e attitudinali, connessi ai vari contenuti relativi alla specialità in questione e allineati con i metodi di valutazione suggeriti.

I metodi di valutazione infatti, e talora anche i metodi di insegnamento/apprendimento, vengono selezionati e associati con *learning outcome* per i quali siano particolarmente adatti, in tabelle che favoriscono anche visivamente questo allineamento costruttivo. (19)

Alcuni autori sostengono che i modelli fondati sull'individuazione degli *outcome* e delle competenze portino intrinsecamente il rischio di appiattimento dell'esperienza formativa, poiché vanno ad individuare, attraverso lunghi elenchi e tabelle nel contesto del *Syllabus*, gli standard minimi che lo specializzando deve raggiungere, disincentivando le tradizionali pratiche che pur hanno spesso portato, nei decenni passati, al raggiungimento dell'eccellenza. Tra queste pratiche didattiche post laurea tradizionali si possono ricordare la libera e spontanea didattica guidata dall'interesse e dalla predisposizione personale, lo spontaneo affiancamento non sistematico di tutor/mentori affini per carattere o interessi scientifici o assistenziali, la cosiddetta "immersione" totale nell'attività lavorativa o di ricerca, superando orari, turnazioni, sistematicità e programmazione.

Sebbene questi metodi certamente possano aver dato e ancora oggi dare buoni risultati, non rispettano una struttura didattica sistematica e disegnata per tutti i medici in formazione, nel rispetto dei valori della sostenibilità, dell'equità, della diversità e del *team working*. Inoltre, in un'era in cui la *social accountability* sta diventando centrale nella formazione medica, non è accettabile assistere a metodi che non mettano al centro la garanzia del raggiungimento di standard di competenza per tutti i medici in formazione alla fine del loro percorso, perché dal raggiungimento di questi standard passa la qualità dell'assistenza ad una società sempre più complessa, globale e sfidante ed è nel diritto della popolazione avere la garanzia che un numero sufficiente di medici sia formato in modo adeguato a rispondere ai propri bisogni in salute. (18)

Per ovviare a questo rischio dell'appiattimento sugli standard di qualità richiesti e per spingere il medico in formazione verso l'eccellenza e la personalizzazione della carriera, si possono mettere in atto strategie quali settare gli standard verso livelli d'eccellenza e/o suggerire all'interno del curriculum dei moduli, magari elettivi, in cui lo specializzando possa approfondire aspetti del curriculum a cui è particolarmente interessato. (18)

Apprendimento, insegnamento e valutazione

All'interno di un curriculum sono frequentemente presenti sezioni dedicate all'illustrazione del sistema e dei metodi di insegnamento e di valutazione. Infatti, una volta individuati i *learning outcome* e le competenze e raccolti nel *Syllabus*, è importante definire i metodi di insegnamento/apprendimento e di

valutazione. Dalla gamma di possibili metodi di valutazione o insegnamento, il tutor/docente sceglie il metodo più efficace, pertinente e realizzabile in quel determinato contesto per quei *learning outcome*.

Apprendimento/insegnamento

Poiché i sistemi formativi *Outcome-Based* (OBE) e *Competence-Based* (CBME) sono entrambi incentrati sui risultati (cioè su quello che il medico in formazione apprende) e non sui processi (su cosa e come si insegna), quando in linea con questi modelli, la formazione del medico nelle scuole di specializzazione si ispira al principio della centralità dell'apprendimento, muovendo da una concezione centrata sull'insegnamento (*teacher-centered education*) a un approccio centrato su colui che apprende (*student-centered education*). (18)

Il contesto professionale offre al medico in formazione continui stimoli per l'apprendimento, durante il suo percorso formativo specialistico. I docenti e i tutor, ma anche tutto il resto del personale con cui lo specializzando entra in contatto, i pazienti e l'ambiente lavorativo stesso rappresentano una fonte di crescita e di apprendimento.

Per "*learning environment*", infatti, si intende un ambiente nel quale il medico in formazione specialistica si trova immerso nello svolgere la sua attività professionalizzante e che lo espone costantemente a diverse e varie occasioni di apprendimento e anche di valutazione. In modo non casuale, ma sistematico e di qualità, il tutor/docente coglie le diverse opportunità formative del contesto professionale, avvalendosi dei diversi metodi di insegnamento e valutazione, per stimolare l'apprendimento del medico in formazione specialistica il quale, a sua volta, è attento a raccogliere ogni stimolo formativo e a contestualizzarlo nel suo percorso di crescita professionale.

È molto importante che il clima lavorativo e umano sia favorevole alla didattica, che l'equità e il rispetto personale e della diversità siano valori centrali per tutti i membri del team che compongono l'ambiente di lavoro/ di apprendimento. Si deve cercare di evitare l'umiliazione e la rigidità nell'ambiente di lavoro, ma ricercare invece collaborazione e disponibilità. Se questi valori vengono meno e l'ambiente dove si svolge l'attività professionalizzante diviene meno favorevole, sarà proprio la didattica a risentirne per prima. (20)

È tuttavia importante che a fianco delle opportunità di apprendimento offerte naturalmente dal contesto dove lo specializzando svolge la sua attività professionalizzante, sia organizzata e calendarizzata una regolare attività

didattica formale, attraverso la quale i medici in formazione possano apprendere per raggiungere tutti i *learning outcome* elencati nel *syllabus*, soprattutto quelli afferenti all'area del *knowledge*, che nella pratica professionalizzante non sempre sono facili da raggiungere.

Pertanto un completo programma di insegnamento/apprendimento prevede sia la didattica formale, calendarizzata e definita negli obiettivi, sia una didattica "sul campo", durante l'attività professionalizzante, più flessibile e dipendente dall'ambiente lavorativo.

Nel modello di curriculum realizzato dalle scuole vengono elencati numerosi metodi di insegnamento/apprendimento, sia formali che sul campo, che possono essere selezionati per implementare le strategie formative.

Per quanto riguarda l'apprendimento dei *learning outcome* delle aree delle *skills* e del *behaviour*, la pratica professionalizzante è molto efficace nel creare situazioni di insegnamento e apprendimento, tuttavia è importante stabilire un buon rapporto di feedback con il tutor affinché questa sia davvero efficace per la crescita professionale.

Invece il programma di didattica formale, che mantiene la sua importanza anche nel post laurea, è molto importante per l'apprendimento dei *learning outcome* afferenti alla sfera del *knowledge*, affinché vengano acquisiti nell'arco della durata del training e che tutti i contenuti previsti siano presenti in un programma dettagliato di momenti formativi che accompagnerà lo studio personale del medico in formazione, facilitandolo e guidandolo.

Feedback e supervision

L'attività professionalizzante occupa la maggior parte del tempo nella formazione post laurea e offre una fondamentale opportunità di apprendimento poiché si avvale dell'insegnamento sul campo e dello stretto rapporto con il tutor.

Il medico in formazione specialistica esercita attività clinica con progressiva autonomia via via che acquisisce più competenza.

Il tutor è la figura responsabile della costante supervisione dello specializzando, garantendo la sicurezza assistenziale per il paziente e aiutando il medico in formazione a migliorare in competenza e autonomia.

Lo strumento che rende possibile per il tutor un'efficace supervisione professionale nei confronti del medico in formazione è il *feedback*.

Per *feedback* si intende l'interazione tra medico in formazione e tutor nel contesto dell'attività professionale, compreso il momento di confronto successivo allo svolgimento dell'attività, in cui il tutor condivide con il medico in formazione un'analisi della prestazione svolta.

Il processo di feedback è articolato in tre fasi:

1. Condivisione tra medico in formazione e tutor del piano di attività professionalizzante da svolgere (contratto di apprendimento o *learning contract*).
2. Svolgimento da parte dello specializzando dell'attività pianificata.
3. Incontro tra medico in formazione e tutor per analizzare e riflettere sulle attività svolte, con conseguente eventuale correzione della gestione clinica, nell'ottica di garantire la sicurezza del paziente.

Nella pratica clinica quotidiana, sotto la costante pianificazione e supervisione del tutor, lo specializzando svolge attività cliniche variabili, proporzionali alle sue competenze e alla sua autonomia, ma costantemente riferisce e discute il suo operato con il tutor il quale fornisce un riscontro. In questo contesto un *feedback* diretto e costruttivo, è volto a garantire non solo la sicurezza assistenziale per il paziente, ma anche a far crescere e migliorare lo specializzando come professionista.

Il *feedback* è un processo continuo che riguarda sia gli aspetti della prestazione clinica che quelli comportamentali ed etici.

Lo scopo del *feedback* è la costante crescita e interazione tra medico in formazione e medico già specialista riguardo a specifiche attività cliniche da svolgere, sempre garantendo la sicurezza del paziente.

È molto importante che i compiti clinici siano ben chiari e che si instauri un rapporto di fiducia tra tutor e medico in formazione, e che il momento del *feedback* sia svolto faccia a faccia, adeguato, costruttivo, avvenga con sufficiente calma e tempo a disposizione, specifico sulle attività svolte, tempestivo subito dopo l'attività stessa.

È inoltre molto importante che gli obiettivi formativi, le competenze e i *learning outcome*, siano ben chiari sia al medico supervisore che al discente. (21, 22, 23, 24)

Valutazione

La valutazione è un processo strategico continuo che permette di accertare il raggiungimento dei *learning outcome* del medico in formazione specialistica, indirizzandone l'apprendimento e permettendo la certificazione delle competenze.

È pertanto molto importante che tutto il percorso formativo dello specializzando sia accompagnato da un programma di valutazione costante, complesso e pianificato.

È auspicabile che si pianifichino numerosi momenti valutativi, ripetuti, svolti da persone diverse e con metodi di valutazione diversi, poiché solo con una valutazione da diversi punti di vista si riesce a caratterizzare bene, a tutto tondo, il medico in formazione con i suoi punti di forza e gli aspetti da migliorare. (26)

Così come nel pre laurea, nel programma valutativo di un curriculum post laurea dovrebbero essere contemplati momenti di valutazione sommativa e momenti di valutazione formativa.

La valutazione *sommativa* è volta a certificare l'acquisizione di una competenza e pertanto mirata al conseguimento di idoneità per una promozione o una certificazione.

La valutazione *formativa*, invece, ha lo scopo di far crescere e migliorare il discente, di informare il medico in formazione sul cammino che gli resta da fare per il conseguimento dei *learning outcome*.

In un curriculum post laurea di formazione specialistica, i momenti valutativi, così come quelli di insegnamento apprendimento, possono a loro volta essere distinti in momenti di valutazione "formale", organizzati, calendarizzati, dedicati essenzialmente ma non esclusivamente alla valutazione dei *learning outcome* dell'area del *knowledge* e momenti di valutazione "sul campo", svolti durante lo svolgimento dell'attività professionalizzante, finalizzati ad accertare principalmente i *learning outcome* pratici e comportamentali. (27)

Vari metodi di valutazione possono essere utilizzati nel post laurea. Ognuno di questi ha caratteristiche diverse e può essere scelto da chi disegna il curriculum e dai tutor/docenti che pianificano il programma valutativo sulla base dei *learning outcome* da valutare, realizzando lo stesso processo di allineamento costruttivo svolto per l'insegnamento/apprendimento.

Alcuni metodi di valutazione sono riportati e descritti nell'apposita sezione del curriculum di questo testo.

Sono allegati alla fine di questo manuale, alcuni moduli per la valutazione sul campo, che è particolarmente importante nel post laurea. In un appropriato *learning environment* il tutor permea l'attività lavorativa quotidiana con costanti momenti di valutazione, sia sommativa che formativa ed è importante conoscere ed avere a disposizione strumenti valutativi adatti a questo scopo. (25, 26)

Una volta valutati, i *learning outcome* e le competenze dovrebbero essere registrati regolarmente in un documento cartaceo o telematico, il Portfolio.

È molto importante che questa cartella di raccolta informazioni sia completa e dettagliata. Che tenda a raccogliere ogni esperienza valutativa e che non sia un mero diario delle attività svolte (libretto-diario), ma viceversa un certificato di *learning outcome* e competenze acquisite, controfirmato da tutor e docenti.

Tale certificato assume particolare importanza in termini di *accountability* e getta le basi alla presenza di un supplemento di diploma, alla fine del percorso formativo, che, in aggiunta appunto al diploma che attesti il conseguimento del titolo di specialista, descriva la tipologia, i tempi e le modalità dei *learning outcome* e competenze acquisite durante il training. (27)

Risorse umane, evaluation, governance e quality assurance

All'interno di un curriculum devono essere descritti e mappati alcuni aspetti che sono necessari al raggiungimento e mantenimento della qualità del servizio formativo svolto e al suo costante rinnovamento.

Devono essere descritti i ruoli delle varie figure che lavorano alla stesura e all'implementazione del curriculum e quelle direttamente coinvolte e responsabili del processo formativo, con particolare attenzione a descrivere il ruolo dei tutor e docenti poiché essi possono svolgere un'attività prettamente di supervisione clinica, con insegnamento e valutazione sul campo e feedback (*clinical supervisor*) o avere un ruolo più organizzativo, decisionale e logistico nella didattica, svolgendo anche didattica formale e *coaching* per i medici in formazione specialistica (*educational supervisor*).

Affinché il curriculum mantenga sempre un livello di qualità eccellente (*quality assurance*) devono essere messe in atto, sia dalla *faculty* che da enti regolatori e valutatori esterni, una costante attività di valutazione e monitoraggio della qualità dei servizi didattici offerti (*evaluation*), attraverso un feedback fornito dai medici in formazione, dai docenti/tutor e attraverso un processo di valutazione esterna (es. Osservatorio Nazionale).

In relazione a questi aspetti e all'intero processo di *governance*, responsabile di ogni fase del curriculum, dalla stesura alla implementazione, il presente testo fa riferimento alla normativa vigente e in particolare al DIM 402/2017, il quale descrive standard e requisiti assistenziali e di docenza richiesti alle scuole di specializzazione, auspicando che la documentazione ufficiale vigente possa presto essere integrata con sezioni dedicate agli standard di didattica, garantendo la stesura e l'implementazione di curricula di alta qualità in tutte le scuole di specializzazione del territorio nazionale, in linea con quelle che sono le pratiche e la letteratura internazionale, oltre che le direttive europee, cui si fa costante riferimento in questa introduzione e in tutto questo testo.

Il modello di curriculum del nostro progetto

Il modello proposto nel presente manuale è quello selezionato e scelto dal gruppo composto dalle sette scuole pilota che hanno preso parte al progetto insieme al gruppo tecnico dell'Università degli studi di Genova.

Si tratta di un modello di curriculum nazionale per la formazione post laurea nelle scuole di specializzazione, basato sulle competenze e *learning outcome* individuati ed esplicitati per ogni specialità.

L'espressione "curriculum nazionale" sta ad indicare le caratteristiche di trasversalità di questo curriculum, che è pensato come prodotto al livello nazionale, di concerto con tutti i docenti della disciplina, per fare da guida alla stesura dei vari Piani di Studi locali delle varie Scuole di Specializzazione.

Di seguito l'indice del curriculum nazionale, comune a tutte le sette scuole pilota:

1. Analisi del contesto nazionale
2. Il profilo dello Specialista
3. *Mission e governance*
4. Obiettivi formativi secondo DM 68/2015
5. *Syllabus* delle competenze e *learning outcomes* dello specialista
6. Sistema formativo e metodi di insegnamento/apprendimento

- Sistema di insegnamento/apprendimento
- Didattica formale
- Metodi di insegnamento/apprendimento
- Attività professionalizzante
- Insegnamento/apprendimento durante l'attività professionalizzante (sul campo)
 - *Feedback e supervision*

7. Sistema di valutazione e metodi di valutazione

- Sistema di valutazione
- Valutazione sommativa (o certificativa)
- Metodi di valutazione formale
- Metodi di valutazione durante lo svolgimento dell'attività professionalizzante (sul campo)

8. Risorse umane

9. Annotazione e certificazione delle competenze e delle attività

10. Sistema di qualità e di miglioramento

11. Piano di studio delle attività formative della scuola

12. Allineamento con tabelle DIM 402/17

13. Allegati

Il passaggio iniziale compiuto da ogni scuola è stato quello di analizzare il contesto e definire i bisogni in salute nell'ambito della propria specialità.

Di seguito sono stati definiti i profili degli specialisti in uscita alla fine del percorso formativo e, a ritroso, è stato delineato il *Syllabus* con le varie competenze e i rispettivi *learning outcome* teorici, pratici e comportamentali.

Per ogni competenza sono stati allineati tutti gli appropriati metodi di valutazione, così da suggerire alle Scuole quali selezionare per i propri Piani di Studio Locali.

La ragione per cui non sono stati allineati i metodi di insegnamento/apprendimento è da riferirsi alla decentralizzazione dei processi di insegnamento nel modello CMBE e OBE, per cui, non essendo rilevante il modo in cui le competenze vengono insegnate, purché queste siano acquisite, si lascia completamente alla discrezionalità delle scuole nelle realtà locali la selezione delle strategie e opportunità didattiche.

All'interno del curriculum sono contenute sezioni che allineano i contenuti del curriculum con gli obiettivi formativi e l'attività professionalizzante descritta per quella specialità nei documenti ministeriali DIM 68/2015 e DIM 402/2017, con l'intento di creare continuità ed integrazione con i documenti esistenti.

Sono poi contenute nel curriculum due sezioni, una che descrive il sistema di insegnamento/apprendimento e una che descrive il sistema di valutazione. Sono elencati e brevemente descritti in queste sezioni i vari metodi consigliati nella didattica e valutazione post laurea, sia "formali", cioè pianificati e calendarizzati sistematicamente, sia "sul campo", cioè particolarmente utili durante le attività professionalizzanti.

Queste parti hanno lo scopo di fornire alle Scuole di Specializzazione il materiale

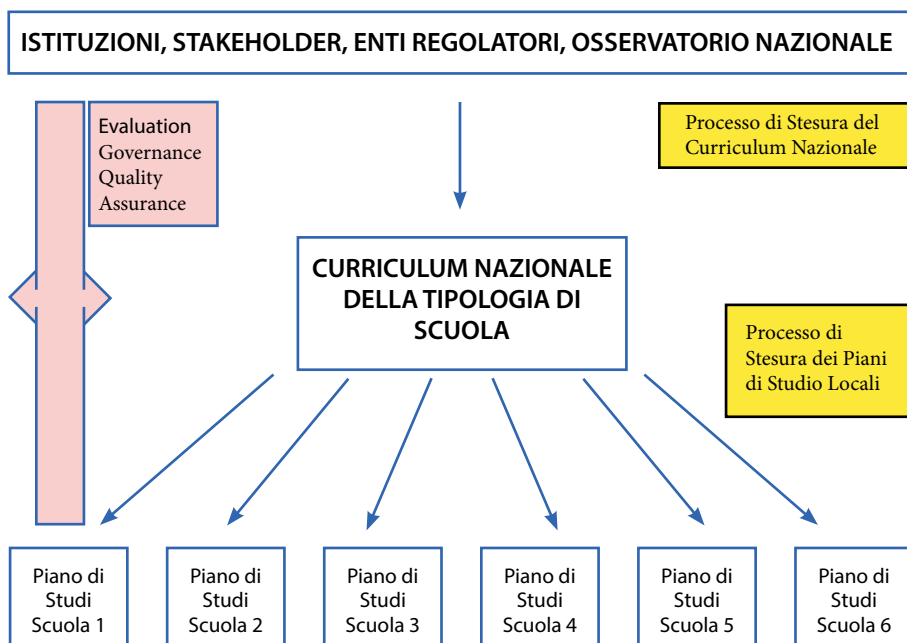
per facilitare la stesura dei Piani di Studio locale e l'allineamento con le competenze e *learning outcome* del proprio Syllabus.

Sono poi descritte le risorse umane che contribuiscono alla realizzazione delle fasi di stesura e implementazione del curriculum e di svolgimento delle attività didattiche, i processi di *evaluation* dei processi formativi stessi, di *quality assurance* e di *governance*, che garantiscono il monitoraggio e il costante miglioramento del servizio didattico.

In ultimo sono riportati (in allegato) i moduli della valutazione "sul campo" e le fonti.

La struttura che proponiamo per il curriculum nazionale è in linea con i documenti e le direttive ministeriali (DM 68/2015 e DIM 402/2017). I contenuti e le sezioni del modello di curriculum nazionale qui proposto si inscrivono pertanto negli spazi descritti da questi testi. Alcuni aspetti ed elementi importanti per la qualità del percorso formativo ma al momento non descritti della documentazione ministeriale (es. momento formativo per l'acquisizione di competenze generali, valutazione finale nazionale del percorso specialistico, portfolio del medico in formazione) non sono pertanto stati inclusi direttamente nelle sezioni del nostro modello. Ciononostante, in ragione dell'importanza di questi elementi per la qualità del percorso formativo medico post laurea, in alcune sezioni di questo testo se ne accenna l'utilità e se ne fa riferimento, auspicando che presto possano essere inclusi e descritti accuratamente nella documentazione ministeriale.

Di seguito si illustra con uno schema il flusso della stesura dei curricula nazionali e dei piani di studio locali.



L'albero della competenza



Ci piace concludere con un'immagine.

Se il curriculum è il *primum movens* per realizzare una formazione post laurea di eccellenza, lo abbiamo immaginato come un albero.

Ci piace immaginare che, come un albero trae nutrimento dalle **radici**, il nostro curriculum abbia la propria base, le proprie radici, nel terreno della società e dei suoi bisogni.

E da questi bisogni l'albero cresce verso l'alto, e il suo **tronco** forte, che dà stabilità a tutto, è rappresentato dai valori, dalla *vision* e dalla *mission* del percorso formativo.

Dal tronco di un albero prendono origine i **rami**. Tanti, numerosi, di taglia, colore e forma diversa. I nostri rami sono le competenze. Che

crescono, in direzioni diverse e imprevedibili, ma tutti verso il cielo. I rami danno la vera forma alla chioma, e a tutto l'albero. Crescono senza limiti di tempo, dalla nascita alla morte dell'albero, proprio come le nostre competenze si sviluppano per tutta la durata della carriera, dal pre-laurea alla formazione continua, adattandosi ai bisogni e alle esigenze e rispondendo ai nuovi stimoli.

E questi rami, ognuno della loro forma, lunghezza e direzione, sono ricoperti da **foglie**. Il più instabile degli elementi di un albero, ma non per questo non importanti. Le foglie, verdi, rosse, gialle, secche o vitali, sono i nostri momenti e opportunità formative. Le foglie cadono, e ricrescono, si rinnovano di stagione in stagione, come di anno in anno, di corso in corso, di modulo in modulo, si rinnovano i programmi formativi.

Ma le foglie, così come i momenti di insegnamento e apprendimento, non sono il fulcro, hanno funzione di nutrire, di fare ombra, di catturare il sole e restituire energia vitale con la loro clorofilla, ma il fine è far crescere l'albero, i rami, le competenze, la competenza.

E quei bei **frutti** che nelle buone stagioni gli alberi ci regalano, ci piace immaginarli come i nostri *assessment*. La nostra valutazione. E così, assaggiando il sapore di un frutto, si può giudicare la qualità, la salute e la vitalità dell'albero tutto. E allora assaggiando il nostro frutto, facendo una adeguata e accurata valutazione, testeremo quanto sono solidi i nostri rami della competenza.

Ci piace immaginarlo così il nostro curriculum, la nostra formazione. Nella speranza e nell'impegno che questi sette alberi, anche se ora piccoli, crescano e a loro si aggiungano tanti altri alberi. Speriamo e lavoriamo affinché gli alberi della competenza ci portino verde, aria pura e spazi belli, e che ci diano la forza di migliorare la nostra formazione e la nostra professionalità, per offrire alla società la competenza che si merita.

Fonti dell'introduzione

1. Grant, J. (2013). Principles of curriculum. In T. Swanwick (Ed.), *Understanding medical education: Evidence, theory and practice* (pp. 31-46). John Wiley & Sons.
2. Dent J.A., Harden R.M. (2009) *A practical guide for Medical Teachers*. Churchill Livingstone Elsevier.
3. General Medical Council (2017) *Excellence by design: standards for postgraduate curricula*. Disponibile in: www.gmc-uk.org/education/postgraduate/standards_for_curricula.asp.
4. Harden R.M. (2001) AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Medical Teacher*, 23 (2), 123-137.
5. Lindgren, S., & Karle, H. (2011). Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. *Medical Teacher*, 33 (8), 667-672.
6. Abdolmaleki, M., Yazdani, S., Momeni, S., & Momtazmanesh, N. (2017). Social Accountable Medical Education: A concept analysis. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 5 (3), 108-115.
7. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, GCSA conference, South Africa 2010.
8. Fish D., Coles C. (2005) *Medical Education : Developing a Curriculum for Practice*. Open University Press.
9. Dunn W.R., Hamilton D.D., Harden R.M. (1985) Techniques of identifying competencies needed of doctors. *Medical Teacher*, 7(1),15-25.
10. McKimm J., Barrow M.J. (2009) Curriculum and course design. *British Journal of Hospital Medicine*, 70 (12) 714-717.
11. Frank J.R., Snell L., Sherbino J. (2015) *CanMEDS 2015 Physicians Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
12. Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015, n.68. Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria.

13. Dreyfus, S. E. & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of mental activities involved in directed skills acquisition*, paper to Air Force Office of Scientific Research.
14. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cbd/implementation/cbd-milestones-epas-e>.
15. Prideaux D. (2000) The emperor's new clothes: from objectives to outcomes. *Medical Education*, 34 (3) 168-169.
16. Harden R.M., Crosby J.R., Davis M. H. (1999) AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1—An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, 21 (1) 7-14.
17. Bloom BS., Engelhart M.D., Furst E.J., Hill W.H. (1956) *Taxonomy of Educational Objectives: the Classification of Educational Goals: Handbook I. Cognitive Domain*. David McKay Company, 1956.
18. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA. (2010) Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 32(8) 638-45.
19. Biggs, J.B. (1996) Enhancing teaching through constructive alignment, *Higher Education*, 32, 1–18.
20. Hutchinson L. (2003) Educational environment, *BMJ* 326 (7393) 810-812.
21. Cooper N and Forrest K [Eds].(2009) *Essential Guide to Educational Supervision in Postgraduate Medical Education*. Wiley-Blackwell. Oxford.
22. Cooper N., Frain J. (2016) *ABC of Clinical Reasoning*. BMJ Books, Wiley-Blackwell.
23. Cooper N., Frain J. (2017) *ABC of Clinical Communication*. BMJ Books, Wiley-Blackwell.
24. Cooper N., Frain J., Frain A. (2017) *ABC of Clinical Professionalism*. BMJ Books, Wiley-Blackwell.
25. Kilminster S., Cottrell D., Grant J., Jolly B. (2007) AMEE Guide N. 27: Effective Educational and Clinical supervision. *Medical Teacher* 29 (1) 2-19.
26. Carr S. J. (2004) Assessing clinical competency in medical senior house officers: how and why should we do it? *Post Graduate Medical Journal* 80, 63-66.
27. Decreto Interministeriale 13 giugno 2017, n. 402, recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria.

1. Analisi del contesto nazionale

L'attuale demografia dell'invecchiamento dimostra un progressivo aumento della popolazione anziana ultra 65 anni nei paesi occidentali ed in quelli in via di sviluppo.

Tale transizione demografica è un fenomeno demografico globale, sebbene i tassi e le dinamiche di invecchiamento varino marcatamente nelle diverse nazioni con modelli e differenze significative tra i paesi in via di sviluppo ed i paesi occidentali. I paesi sviluppati stanno sperimentando un lento ma progressivo invecchiamento a partire dalla seconda metà del ventesimo secolo. Questo è il risultato dell'aumentata aspettativa di vita, dell'invecchiamento progressivo delle coorti di *baby boomers*, e dalla riduzione del numero dei figli, fatti che hanno determinato la cosiddetta *rettangolarizzazione* o *inversione* della piramide di invecchiamento. Pertanto, i paesi occidentali si trovano a fronteggiare una demografia di invecchiamento con un tasso di accelerazione, mai sperimentata prima, che ha valso il titolo di *silver tsunami*.

Entro il 2030 la popolazione anziana in Europa raggiungerà il 25.6% ed entro il 2060 è destinata a superare il 29.5 % della intera popolazione. La Liguria rappresenta, da questo punto di vista, una vera avanguardia.

Entro il 2050 è prevista una sestuplicazione dei soggetti ultraottantacinquenni (*oldest old*) con un aumento dal 5 al 12% di questo segmento di popolazione.

Questa nuova cornice demografica si associa alla necessità emergente di adattare e modificare il sistema di cura, di *welfare* e di erogazione delle prestazioni sanitari in base ad un nuovo fenotipo clinico di paziente anziano, per garantire la stessa sostenibilità del sistema e l'appropriatezza di cura e di interventi.

Sotto un profilo strettamente Medico, l'invecchiamento della popolazione presuppone un progressivo aumento della prevalenza e dell'incidenza di profili di invecchiamento patologico con elevata vulnerabilità clinica, aumento consensuale di patologie cronic-degenerative, di multimorbilità, di disabilità e fragilità.

La perdita progressiva della capacità di omeostasi caratterizza lo stato di fragilità, che è una condizione clinica, dinamica e progressiva, tipica dell'invecchiamento

patologico. Tale condizione di maggiore vulnerabilità clinica si associa ad una minor capacità di recupero motorio e funzionale dopo malattia acuta, ad un tasso elevato di ospedalizzazione ed un maggior accesso a periodi di riabilitazione, supporto sociale, con peggioramento dei principali indicatori di risultato (sopravvivenza, autonomia funzionale, qualità di vita).

Di rimando, i pazienti anziani sono destinati a diventare i maggiori fruitori dei servizi sanitari, in termini di servizi ospedalieri (re-ospedalizzazioni), territoriali (*nursing home*, domiciliarità), inserimento in reti di servizi integrati, con aumento della spesa sanitaria complessiva a causa di maggiore vulnerabilità clinica, polifarmacoterapia, cronicità della cura e dell'assistenza multidisciplinare.

In questa mutata cornice concettuale, i medici, e in particolare i geriatri, sono tenuti a sviluppare ed acquisire tempestivamente abilità e competenze specialistiche per far fronte adeguatamente al bisogno di cura di questa popolazione.

La valutazione *multidimensionale* è un intento multidisciplinare, proattivo, longitudinale e coordinato, che permette un approccio individualizzato e sartoriale al paziente anziano in termini diagnostici e terapeutici.

Tuttavia, la dinamicità, l'eterogeneità e l'elevata individualità del processo di invecchiamento presuppone lo sviluppo costante ed aggiornato di *core competencies* specialistiche.

Una maggiore conoscenza dei meccanismi biologici di invecchiamento e longevità, la appropriatezza nella gestione delle sindromi geriatriche, della multimorbilità, delle problematiche psicogeriatriche, della disabilità e dei determinanti intrinseci di fragilità (sarcopenia) sono bagaglio culturale e curriculare fondamentale per il Medico che vuole diventare geriatra.

Tali competenze si debbono integrare con fattori di fragilità sociale, deprivazione socio-economica, determinanti psicologici, continuità delle cure, qualità di vita e valutazione *longitudinale* delle traiettorie cronico-degenerative e della fragilità.

Lo Specialista in Geriatria quindi deve saper affrontare le richieste di una popolazione che invecchia e che presenta quadri clinici complessi e caratterizzati da particolare vulnerabilità; deve saper gestire il suo paziente non soltanto in ambiente ospedaliero, ma anche sul territorio enfatizzando la continuità terapeutica e non trascurando gli aspetti psicologici, sociali, di benessere e di dignità della persona anziana; come altri Specialisti deve essere in grado di personalizzare la cura e di saper utilizzare, nel migliore dei modi, le risorse disponibili, le nuove tecnologie e le nuove informazioni che l'avanzamento della scienza medica offre.

2. Il profilo dello Specialista

Profilo dello specialista secondo DM 68/2015

Lo Specialista in Geriatria deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali: della cura del paziente anziano in tutti i suoi aspetti; dei processi di invecchiamento normale e patologico e della condizione di fragilità (o meglio di ridotta capacità intrinseca) e disabilità dell'anziano; di demografia ed epidemiologia dell'invecchiamento; della fisiopatologia, della clinica e del trattamento delle malattie acute e croniche dell'anziano e delle grandi sindromi geriatriche; della medicina preventiva, della riabilitazione e delle cure palliative per il paziente anziano; delle metodiche di valutazione e di *intervento* multidimensionale nell'anziano in tutti i nodi della rete dei servizi, acquisendo anche la capacità di coordinare l'intervento interdisciplinare nell'ambito dell'unità valutativa geriatrica.

Definizione delle funzioni del medico specialista

Il Geriatra Specialista sarà in grado di valutare in modo multidimensionale il paziente anziano e di affrontare qualunque problema fisico, psichico e mentale dell'anziano con multimorbilità e complessità clinica, di gestire la elevata vulnerabilità; deve saper collocare in modo corretto la persona nella rete dei servizi socio-sanitari disponibili; deve saper gestire e organizzare il *team* di cura e deve attuare i migliori approcci preventivi.

Il futuro Specialista geriatra dovrà acquisire un solido bagaglio culturale, le pratiche necessarie all'approccio olistico dell'ammalato anziano e molto anziano, multiple competenze trasversali (psichiatria, neurologia, foniatria, oncologia, riabilitazione, specialità mediche, ortopedia) e altre competenze specifiche e approfondite (valutazione *multidimensionale*, sindromi geriatriche, rete dei servizi sanitari, palliazione, prevenzione); dovrà padroneggiare un approccio avanzato e specializzato del paziente anziano con complessità clinica, multimorbilità, estrema vulnerabilità.

Deve imparare a trattare la persona con dignità e con compassione, cercando di mantenere il più possibile la sua indipendenza funzionale e mentale.

Lo Specialista che esce dalla SDS di Geriatria deve essere leader nella gestione di un reparto di Geriatria o di un servizio per anziani o di una residenza e quindi deve sviluppare capacità organizzative adeguate. Deve inoltre collaborare con professionalità diverse come assistente sanitario, fisiatra e fisioterapista, logopedista e foniatra, dietista e nutrizionista, neurologo e neurochirurgo, psichiatra, urgentista, terapeuta del dolore e palliativista, conquistando la fiducia e la collaborazione più stretta.

Saprà impostare l'approccio più corretto e scientificamente provato nella prevenzione dell'invecchiamento e delle patologie più frequenti.

3. Mission e governance

Il MUR, Ministero dell'Università e della Ricerca, insieme con il Ministero della Salute, garantiscono ogni anno l'erogazione delle borse per i medici in formazione specialistica, oltre allo svolgimento del Concorso di accesso.

Attraverso il Decreto Legge 368/1999, i Decreti Interministeriali 68/2015 e 402/2017 vengono descritte le caratteristiche delle Scuole, della docenza e delle attività di insegnamento e di valutazione *nel contesto* delle Scuole di specializzazione. Vengono anche forniti alle Scuole gli ordinamenti nazionali per ogni tipologia di Scuola.

Inoltre nei suddetti decreti interministeriali vengono definiti gli standard e i requisiti assistenziali, didattici e universitari che le Scuole devono avere per poter essere accreditate e attivate.

L'Osservatorio per la Formazione Medica Specialistica si fa garante, di concerto con i Ministeri e con le Agenzie competenti, del processo di accreditamento e della qualità della didattica e dell'attività formativa nelle Scuole.

Le strutture ospedaliere e universitarie su cui insiste la Rete Formativa delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria si fanno garanti di fornire ai medici in formazione specialistica le adeguate occasioni formative in termini di strutture, attività assistenziali e personale sanitario per lo svolgimento dell'attività professionalizzante.

I Direttori delle Unità Operative sono responsabili del corretto svolgimento delle attività professionalizzanti presso le proprie strutture, comprese le parallele attività di insegnamento/apprendimento e valutazione.

L'*Ateneo* cui la Scuola fa riferimento, si fa garante di erogare le strutture, le facilitazioni e la docenza per la didattica e la valutazione *durante* il percorso formativo.

Il *Direttore di Scuola*, insieme ai docenti della tipologia di Scuola e a tutto il Consiglio di Scuola, è responsabile della programmazione della didattica formale e della valutazione.

Il *Direttore e il Consiglio di Scuola* si avvalgono dei Dirigenti Medici che affiancano e supervisionano il medico in formazione specialistica durante l'attività professionalizzante. Questi sono responsabili, in accordo con il proprio ruolo formativo definito dagli Organi della Scuola, dello svolgimento dell'attività clinica nonché dell'attività di insegnamento/apprendimento e valutazione *sul campo*.

In conclusione, tali figure professionali e formative, di concerto con il MUR e il Ministero della Salute, in quanto istituzioni di riferimento per la definizione del percorso formativo post-laurea e per la sua completa implementazione all'interno delle Scuole di Specializzazione e delle reti formative sulle quali esse insistono, condividono la responsabilità dell'acquisizione da parte del medico in formazione di competenze specialistiche secondo standard nazionali, così da garantire un adeguato e omogeneo servizio assistenziale per la popolazione generale, nel rispetto della sicurezza e del miglioramento del grado di salute del paziente, intesa come stato di *benessere fisico, psichico e sociale*.

4. Obiettivi Formativi secondo DM 68/2015

Obiettivi formativi integrati

Lo Specializzando deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nella diagnosi clinica e strumentale e nel trattamento, anche in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie internistiche.

Lo Specializzando deve acquisire le conoscenze fondamentali di fisiopatologia dei diversi organi ed apparati, le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per il riconoscimento delle malattie che riguardano i diversi sistemi dell'organismo, le conoscenze teoriche e pratiche dei principali settori di diagnostica strumentale e di laboratorio relative alle suddette malattie, l'acquisizione della capacità di valutazione delle connessioni ed influenze internistiche e specialistiche.

Deve pertanto saper riconoscere i sintomi e i segni clinico-funzionali con cui manifestano le malattie di vari organi ed apparati, avendo acquisito le conoscenze fondamentali diagnostiche, terapeutiche, psicologiche ed etiche necessarie per una visione globale del paziente. A tal fine deve maturare la capacità di inquadrare clinicamente il paziente sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo; sviluppare capacità diagnostiche critiche ed analitiche; acquisire familiarità con le principali procedure diagnostiche ed indagini laboratoristico-strumentali; riconoscere ed essere in grado di affrontare le principali emergenze mediche; familiarizzarsi con le risorse terapeutiche per programmarne l'uso ottimale e riconoscerne le indicazioni e controindicazioni, così come gli effetti di interazione e i possibili incidenti iatrogeni; acquisire le nozioni fondamentali relative alle metodologie di ricerca clinica ed alle sperimentazioni farmacologiche; conoscere le problematiche fondamentali relative a prevenzione, sanità pubblica e medicina sociale.

Lo Specializzando deve aver acquisito una soddisfacente conoscenza teorica e competenza professionale nel riconoscimento e nel trattamento, in condizioni di emergenza-urgenza, delle più diffuse patologie.

Infine lo Specializzando deve anche conoscere, sotto l'aspetto clinico e terapeutico, le più comuni patologie di competenza delle altre tipologie della classe.

Obiettivi formativi di base

Conoscenza delle basi biologiche e della fisiologia dell'invecchiamento; nozioni di demografia ed epidemiologia dell'invecchiamento; nozioni di statistica necessarie ad interpretare i dati epidemiologici e la letteratura scientifica in ambito clinico e sperimentale; conoscenza delle metodiche di valutazione di qualità della vita.

Obiettivi della formazione generale

Conoscenze di informatica adeguate alla creazione ed analisi di database, con la finalità particolare dell'informatizzazione della cartella geriatrica per la valutazione della qualità dell'assistenza e per la valutazione multidimensionale del paziente.

Obiettivi formativi della tipologia della Scuola

- Conoscenze approfondite dei rapporti tra invecchiamento, capacità intrinseca (fragilità) e malattie geriatriche, della fisiologia dell'invecchiamento e dei suoi effetti sulla funzione di organi e apparati, sull'omeostasi dell'organismo e sullo stato funzionale globale;
- conoscenza delle modificazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica nel soggetto anziano e del problema della polifarmacoterapia; conoscenza delle metodiche di prevenzione e terapia non farmacologica delle principali malattie e sindromi dell'anziano: nutrizione clinica, esercizio fisico, abitudini di vita, tecniche comportamentali; acquisizione di competenze integrate per la sviluppare capacità di approccio clinico al paziente geriatrico;
- conoscenza delle peculiari modalità di presentazione delle malattie nell'età avanzata;
- conoscenza delle grandi sindromi geriatriche: decadimento cognitivo, incontinenza, cadute, malnutrizione, sindrome da immobilizzazione, piaghe da decubito;
- padronanza delle tecniche di valutazione *multidimensionale*: clinica, funzionale, cognitiva, psico-affettiva, socio-economica (inclusa la capacità di rilevare eventuali abusi sull'anziano), ambientale;

- capacità di coordinare l'intervento interdisciplinare ed il piano di trattamento integrato del paziente geriatrico;
- conoscenze dei principi di cura dell'anziano nelle diverse situazioni assistenziali;
- gestione dell'anziano con patologia acuta: obiettivi e rischi dell'ospedalizzazione, metodologie di cura dell'anziano ospedalizzato, dimissioni programmate;
- conoscenza della rete territoriale dei servizi, delle metodologie di cura per evitare il ricovero ospedaliero ripetuto, e delle modalità di funzionamento ed obiettivi dei principali servizi per l'anziano: ospedale per acuti, residenza sanitaria assistenziale, centro diurno, assistenza domiciliare integrata;
- capacità di coordinamento dell'Unità Valutativa Geriatrica con l'obiettivo della cura globale del paziente anziano;
- conoscenza di criteri di selezione, obiettivi, principi e metodiche di riabilitazione nell'anziano, con particolare riferimento ai settori ortopedico, cardiologico, neurologico e cognitivo;
- conoscenza di obiettivi, principi e metodiche delle cure palliative dell'anziano, delle basi metodologiche della ricerca sull'anziano, della pianificazione di ricerche controllate e della realizzazione, anche per il paziente geriatrico, della *evidence-based medicine*.

Attività professionalizzanti obbligatorie

Sono attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità didattiche della tipologia:

- Aver redatto e firmato 100 cartelle cliniche di pazienti ricoverati o ambulatoriali.
- Aver eseguito personalmente i seguenti atti medici:
 - 20 esplorazioni rettali
 - posizionamento di 20 linee venose periferiche, 10 sondini naso-gastrici e 10 cateteri vescicali
 - 20 manovre invasive (esecuzione di 10 toracentesi e 10 paracentesi).
- Aver eseguito detersione e medicazione di almeno 40 piaghe da decubito, ulcere trofiche, lesioni in piede diabetico.
- Aver eseguito il bilancio idro-elettrolitico e nutrizionale di almeno 20 pazienti.
- Aver acquisito esperienza nella valutazione clinica, strumentale e

laboratoristica della malnutrizione calorico-proteica e degli interventi di nutrizione clinica.

- Saper utilizzare strumenti diagnostici pratici quali l'elettrocardiografo, il pulsossimetro, il reflattometro (per la valutazione estemporanea della glicemia), il dinamometro.
- Aver eseguito e controfirmato almeno 50 esami elettrocardiografici e 30 esami emogasanalitici arteriosi.
- Aver acquisito competenza sulla NIV (ventilazione non invasiva) e sulle tecniche di base ed avanzate di rianimazione cardiopolmonare (bls e acs) ed aver partecipato od eseguito almeno 10 manovre di rianimazione su paziente o manichino.
- Aver discusso con un esperto almeno 20 esami ecocardiografici e 10 esami angiografici.
- Aver discusso con un esperto almeno 20 tc o rmn encefalo.
- Aver discusso con un esperto almeno 50 rx torace e 50 tra rx rachide, tc torace e addome.
- Aver partecipato ad almeno 50 procedure di valutazione *multidimensionale* in diversi nodi della rete dei servizi (distretto, rsa, centro diurno), imparando a gestire la continuità dell'assistenza al paziente geriatrico.
- Aver eseguito almeno 20 consulenze geriatriche presso altri reparti.
- Aver discusso almeno 20 spirometrie.
- Aver partecipato alla conduzione di almeno 2 sperimentazioni cliniche controllate;
- Aver acquisito esperienza nella utilizzazione di programmi didattici riferibili alla telemedicina.
- Aver prestato servizio per almeno 2 settimane presso ciascuno dei seguenti ambulatori/servizi:
 - demenza
 - parkinson/disturbi del movimento
 - diabetologia
 - urodinamica
 - riabilitazione funzionale, con particolare riferimento ai disturbi dell'equilibrio e alle prevenzione delle cadute
 - osteoporosi
 - ecografia vascolare ed internistica
 - fisiopatologia respiratoria
 - terapia del dolore e terapia palliativa.

Lo specializzando potrà concorrere al diploma dopo aver completato le attività professionalizzanti. Lo Specializzando, nell'ambito del percorso formativo, dovrà apprendere le basi scientifiche della tipologia della Scuola al fine di raggiungere una piena maturità e competenza professionale che ricomprenda una adeguata capacità di interpretazione delle innovazioni scientifiche ed un sapere critico che gli consenta di gestire in modo consapevole sia l'assistenza che il proprio aggiornamento; in questo ambito potranno essere previste partecipazione a *meeting*, a congressi e alla produzione di pubblicazioni scientifiche e periodi di frequenza in qualificate istituzioni italiane ed estere utili alla sua formazione.

Tabella SSD e CFU

| ATTIVITÀ FORMATIVE | | | | |
|----------------------|---|---|-----|------------|
| Attività formative | Ambiti disciplinari | Settori scientifico-disciplinari | CFU | TOT CFU |
| Di base | Discipline generali per la formazione dello specialista | FIS/07 fisica applicata; BIO/09 fisiologia; BIO/10 biochimica; BIO/11 biologia molecolare; BIO/12 biochimica clinica e biologia molecolare clinica; BIO/13 biologia applicata; BIO/16 anatomia umana; BIO/17 istologia; BIO/19 microbiologia generale; MED/01 statistica medica; MED/04 patologia generale; MED/05 patologia clinica; MED/07 microbiologia e microbiologia clinica; MED/08 anatomia patologica; M-PSI/08 psicologia clinica; INF/01 informatica | | 5 |
| Caratterizzanti | Discipline specifiche della tipologia GERIATRIA | MED/09 MEDICINA INTERNA | | 195 |
| Affini o integrative | Scienze umane | MED/02 storia della medicina; MED/42 igiene generale e applicata; MED/43 medicina legale; MED/45 scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche; M-FIL/02 logica e filosofia della scienza | | 5 |
| | Integrazioni interdisciplinari | MED/06 oncologia medica; MED/10 malattie dell'apparato respiratorio; MED/11 malattie dell'apparato cardiovascolare; MED/12 gastroenterologia; MED/13 endocrinologia; MED/14 nefrologia; MED/15 malattie del sangue; MED/16 reumatologia; MED/17 malattie infettive; MED/18 chirurgia generale; MED/19 chirurgia plastica; MED/20 chirurgia pediatrica e infantile; MED/21 chirurgia toracica; MED/22 chirurgia vascolare; MED/23 chirurgia cardiaca; MED/24 urologia; MED/25 psichiatria; MED/26 neurologia; MED/27 neurochirurgia; MED/28 malattie odontostomatologiche; MED/29 chirurgia maxillofacciale; MED/30 malattie dell'apparato visivo; MED/31 otorinolaringoiatria; MED/32 audiologia e foniatría; MED/33 malattie dell'apparato locomotore; MED/34 medicina fisica e riabilitativa; MED/35 dermatologia; MED/36 diagnostica per immagini e radioterapia; MED/37 neuroradiologia MED/38 pediatria generale e specialistica; MED/40 ginecologia ed ostetricia; MED/41 anestesiology; MED/49 scienze tecniche dietetiche applicate; MED/50 scienze tecniche mediche applicate; M-EDF/01 metodi e didattiche delle attività motorie; M-EDF/02 metodi e didattiche delle attività sportive | | |
| | Sanità pubblica, <i>management</i> sanitario, statistica ed epidemiologia | MED/01 statistica medica; MED/42 igiene generale e applicata; MED/44 medicina del lavoro; MED/45 scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche | | |
| Per la prova finale | | | | 15 |
| Altre | Ulteriori conoscenze linguistiche, abilità informatiche e relazionali. | | | 5 |
| Totale | | | | 240 |

| ATTIVITÀ PROFESSIONALIZZANTI | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|--|-----|---------|
| Attività formative | Ambiti disciplinari | Settori scientifico-disciplinari | CFU | TOT CFU |
| Attività professionalizzanti | Discipline professionalizzanti: | Tutti i SSD delle attività caratterizzanti con la suddivisione relativa fra ssd del tronco comune e del/i SSD della tipologia della scuola | 168 | |

5. Syllabus delle competenze e *learning outcome* dello Specialista

Nel contesto di questo curriculum, si intende per *syllabus* l'insieme delle competenze e *learning outcome* che i medici in formazione devono raggiungere al termine del loro percorso formativo.

Si intende per *competenza* la capacità di utilizzare in maniera giudiziosa, e inserendole nel proprio contesto professionale, quelle conoscenze (*knowledge*), abilità (*skills*) e comportamenti (*behaviours*), acquisiti in precedenza, al fine di ottenere la gestione corretta di un problema o di una situazione clinica per rispondere ai bisogni di salute dell'individuo e della comunità.

Ogni competenza può essere scomposta in *learning outcome* (risultati di apprendimento), ossia ciò che il medico in formazione deve dimostrare al termine di un periodo formativo. Le definizioni dei *learning outcome* sono più circoscritte rispetto a quelle delle competenze e questi possono essere classificati in tre aree: conoscenze (*knowledge*), abilità (*skills*) e comportamenti (*behaviours*).

I *learning outcome* per definizione sono Specifici, Misurabili, Raggiungibili, Pertinenti, definiti nel Tempo, come descritto dall'acronimo inglese SMART, e pertanto sono formulati con verbi all'infinito precisi e non soggetti a interpretazioni.

Nell'area del *knowledge* vengono scritti gli obiettivi formativi relativi alle conoscenze di base e specialistiche necessari per svolgere un'attività assistenziale e professionale di qualità, sicura e aggiornata.

Nell'area delle *skills* sono presenti tutti gli obiettivi formativi relativi all'attività professionale del medico Specialista (accoglienza; anamnesi; esame obiettivo; processo diagnostico; ragionamento clinico; impostazione e implementazione del programma terapeutico, monitoraggio e follow up del paziente; prevenzione e promozione della salute; gestione di servizi e processi della qualità; comunica-

zione con pazienti, familiari e collaboratori; collaborazione con membri del team, istituzioni e strutture; attività di formazione, autoformazione e ricerca).

Nell'area dei *behaviour* sono presenti gli obiettivi formativi relativi alla sfera dei valori; dell'etica; del comportamento e della responsabilità professionale; della consapevolezza; delle emozioni e della riflessione relativa alla propria pratica professionale.

Syllabus delle competenze e learning outcomes generali

È necessario che il medico in formazione specialistica che accede al percorso formativo abbia raggiunto un buon livello nelle competenze e nei rispettivi *learning outcome* generali, teorici, pratici e comportamentali, relativi alle funzioni generali del medico.

Per tale ragione è importante che durante il primo periodo in specialità sia fatta una verifica costante, e con diversi metodi di valutazione, per accertare che il medico in formazione raggiunga progressivamente tutti *learning outcome* generali attesi.

La tabella di seguito descrive i *learning outcome* teorici, pratici e comportamentali generali che devono essere raggiunti entro la fine del primo anno di specialità.

Il Consiglio di Scuola deciderà le modalità di valutazione dei medici in formazione relativamente alle competenze generali ed eventuale supporto all'acquisizione o consolidamento di tali competenze qualora gli standard non fossero rispettati.

Syllabus delle competenze generali: indice

Professionalità

1. Comportamento e responsabilità professionale
2. Organizzazione personale
3. Assistenza centrata sul paziente
4. Consenso informato

Cornice etica e legale

5. Etica professionale
6. Confidenzialità e rispetto della privacy
7. Cornice legale della professione

Apprendimento, insegnamento, aggiornamento, sviluppo della carriera e ricerca

8. Gestione del proprio apprendimento, della propria crescita professionale e della propria carriera
9. Didattica, insegnamento, valutazione e supervisione
10. *Evidence-Based Medicine*
11. Ricerca scientifica

Comunicazione, *leadership* e *team working*

12. Comunicazione con pazienti, parenti e *care givers*
13. Comunicazione in circostanze complesse
14. Comunicazione cattive notizie
15. Collaborazione e lavoro in team
16. *Leadership*

Sicurezza del paziente e sistema qualità

17. Sicurezza del paziente
18. Prestazioni subottimali, stanchezza, malattia, *burn out*, stress
19. Sistema della qualità
20. *Audit*
21. Gestione dell'errore e reclami

Promozione della salute, *management* e *advocacy*

22. Promozione della salute e salute pubblica
23. *Advocacy* in salute e ruolo sociale del medico
24. Salute globale
25. *Management* sanitario
26. Gestione dei dati e delle informazioni

Gestione clinica

27. Anamnesi
28. Esame obiettivo
29. Processo decisionale e ragionamento clinico
30. Gestione clinica, valutazione delle priorità e revisione clinica
31. Continuità assistenziale
32. Dimissione
33. Accertamenti diagnostici
34. Paziente acuto
35. Paziente cronico
36. Terapia farmacologica e sicurezza prescrittiva

37. Procedure invasive
38. Gestione e controllo delle infezioni
39. Arresto cardio-circolatorio
40. Cure palliative e fine vita.

Syllabus delle competenze e *learning outcomes* specialistici

Le competenze e i *learning outcome* specialistici che il medico in formazione specialistica dovrà acquisire nel corso del suo percorso formativo sono descritti nella seguente tabella organizzati per teorici, pratici e comportamentali, *knowledge*, *skills* e *behaviour*.

L'insegnamento e apprendimento di questi avviene attraverso le occasioni formative della didattica formale e della didattica in corso di attività professionalizzante. La valutazione dell'acquisizione di queste avviene attraverso *assessment* formali periodici, valutazione durante l'attività professionalizzante ed esame annuale.

La tabella, nella colonna di destra, fornisce anche le indicazioni sui metodi di valutazione relativi ad ogni competenza e *learning outcome*.

Syllabus delle competenze e *learning outcome* specialistici: indice

| | Argomento | Competenza specialistica |
|---|---|--|
| 1 | Valutazione geriatrica multidimensionale | Eeguire una valutazione geriatrica multidimensionale |
| 2 | Condizioni acute | Gestire dal punto di vista diagnostico e terapeutico il paziente geriatrico affetto da patologie acute |
| 3 | Cronicità e della disabilità | Diagnosticare e gestire la patologia cronica e la disabilità nel paziente anziano sia in contesto ospedaliero che sul territorio |
| 4 | Team multidisciplinare e riabilitativo | Fornire un adeguato percorso riabilitativo al paziente anziano sia in un contesto ospedaliero, in modalità di ricovero o di day hospital o ambulatoriale, che sul territorio e riconoscere le condizioni in cui è necessario il contributo di altre figure specialistiche o professionali |
| 5 | Trasferimento del paziente in differente ambiente di cura | Pianificare in modo efficace e sicuro la dimissione e/o il trasferimento in differente ambiente di cura del paziente anziano fragile |
| 6 | Stato confusionale acuto e subacuto (<i>delirium</i>) | Riconoscere, diagnosticare e gestire uno stato di delirium che si presenti sia acutamente che subacutamente in pazienti ospedalizzati, sul territorio o in altri contesti |
| 7 | Demenza | Diagnosticare e gestire il quadro di demenza in ambito ambulatoriale Accertare e gestire il paziente che presenta un declino cognitivo primitivo o nel contesto di altre patologie, in un setting di degenza, in pronto soccorso/medicina d'urgenza, in un reparto per acuti o in una struttura residenziale o sul territorio |

| | | |
|----|--|--|
| 8 | Continenza | Diagnosticare, inquadrare e gestire l'incontinenza urinaria e fecale nei diversi contesti di cura |
| 9 | Cadute | Valutare e gestire adeguatamente il paziente che si presenta a seguito di una caduta (con o senza frattura), sia in contesto ospedaliero che extraospedaliero |
| 10 | Ridotta mobilità e instabilità posturale | Individuare le cause di ridotta mobilità o immobilità, di instabilità posturale e delinearne l'approccio terapeutico |
| 11 | Nutrizione | In collaborazione con altre figure professionali, valutare lo stato nutrizionale del paziente anziano nei differenti contesti di cura e impostare una strategia di rettifica o di integrazione nutrizionale adeguata |
| 12 | Integrità cutanea | Diagnosticare, accertare e monitorare i più comuni tipi di ulcere cutanee degli arti inferiori, di lesioni da pressione, di ferite chirurgiche e di altra natura nel paziente anziano |
| 13 | Disordini del movimento | Gestire in modo adeguato pazienti con disordini del movimento di ogni grado e riconoscere la necessità di trattamento |
| 14 | Cure intermedie, medicina di comunità, cure domiciliari e sul territorio | Valutare l'eleggibilità di un paziente ad accedere ad un programma di cure domiciliari o di sollievo. Gestire, nei diversi setting assistenziali, da un punto di vista diagnostico e terapeutico il paziente anziano ammalato o con disabilità, lavorando nel contesto del team multidisciplinare e con i colleghi delle cure primarie |
| 15 | Ortogeriatria | Valutare in urgenza il paziente anziano con patologia ortopedica e gestire l'iter di trattamento, inclusi gli aspetti riabilitativi |
| 16 | Psicogeratria | Valutare dal punto di vista diagnostico e gestire dal punto di vista terapeutico il paziente anziano che presente sintomi psichiatrici, e riconoscere quando vi è la necessità dello Specialista psichiatra |
| 17 | Cure palliative | Valutare e gestire appropriatamente pazienti affetti da patologie inguaribili (neoplastiche e non neoplastiche) nei diversi contesti di cura e in collaborazione con le altre figure professionali, pianificando e mettendo in atto adeguata terapia di supporto e terapia di fine vita |
| 18 | Fragilità | Comprendere la fisiopatologia della fragilità e utilizzare gli interventi validati volti a migliorare la salute delle persone anziane con fragilità |
| 19 | Stroke (ictus cerebri) | Contribuire all'assistenza multidisciplinare del paziente con encefalopatia vascolare acuta e cronica e con disabilità correlata all'ictus, sia nel contesto ospedaliero che in comunità |
| 20 | Sincope | Conoscere e saper gestire il paziente che si presenta con sincope in ogni contesto di cura |
| 21 | Medicina perioperatoria nel paziente anziano | Stratificare il rischio operatorio nel paziente anziano e ottimizzare e gestire al meglio il percorso chirurgico, elettivo e d'urgenza |

Syllabus delle competenze e *learning outcome* specialistici: tabelle

Legenda dei metodi di valutazione e relative sigle presenti nelle tabelle*:

- **ES:** Esame Scritto
- **EO:** Esame Orale
- **OSCE:** *Objective Structured Clinical Examination*
- **JCA:** *Journal Club Assessment*
- **TO:** *Teaching Observation*
- **AA:** *Audit Assessment*
- **MiniCEX:** *mini Clinical Evaluation Exercise*
- **DOPS:** *Direct Observation of Procedural Skills*
- **CbD:** *Case-based Discussion*
- **MSF:** *Multi Source Feedback*
- **PSA:** *Presentation Skills Assessment*
- **DO:** *Direct Observation*
- **WPA:** *Work place assessment* (generico, comprendente DOPS, CbD, MSF, PLSA, Mini-CEX, RR)

*vedi la descrizione dei metodi di valutazione nel successivo capitolo 7

1. Valutazione geriatrica multidimensionale

| Eseguire una valutazione geriatrica multidimensionale | |
|--|-------------------------------------|
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare i fattori e determinanti che influenzano nelle persone anziane lo stato di salute, che include il benessere fisico e psichico, aspetti sociali, sessuali e spirituali | EO, ES, Cbd, MSF |
| Descrivere gli strumenti di valutazione dello stato di salute e gli indici prognostici | EO, ES, mini-CEX, Cbd |
| Illustrare la teoria e i modelli della fragilità (capacità intrinseca ridotta) | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Discutere l'evidenza scientifica relativa alla valutazione geriatrica multidimensionale | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd, JC, PSA |
| Illustrare le principali risorse di supporto economico, in particolare l'indennità di accompagnamento | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Elencare e descrivere il contesto di strutture e servizi che forniscono supporto sia per pazienti a domicilio, ospedalizzati e per coloro che richiedono ricovero in residenze sanitarie assistenziali | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd, AA |
| Illustrare gli aspetti legali e i provvedimenti che devono esser presi nel contesto dell'assistenza dell'adulto vulnerabile | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd, AA |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Comunicare efficacemente con i pazienti che possiedono diversi background e con particolari bisogni comunicativi, come deficit uditivi, visivi o dell'eloquio o che presentano stato di confusione o problematiche di salute mentale | Mini-CEX, Cbd, MSF, DOPS |
| Mettere in atto un efficace processo diagnostico, in particolare nel contesto delle patologie complesse che coinvolgono più apparati e associate a condizioni sociali e psicologiche particolari | Mini-CEX, Cbd, MSF, DOPS |
| Eseguire adeguata valutazione dello stato funzionale del paziente, includendo BADL e IADL, la valutazione del supporto sociale, della salute mentale e dello stato cognitivo, la valutazione della mobilità, compresa la marcia e l'equilibrio e la valutazione nutrizionale | Mini-CEX, Cbd, MSF, DOPS |
| Utilizzare i risultati della valutazione geriatrica multidimensionale per definire percorsi personalizzati che utilizzino appropriatamente le risorse disponibili | Mini-CEX, Cbd |
| Eseguire la valutazione geriatrica multidimensionale al momento giusto | Mini-CEX, MSF, DOPS |
| Collaborare con altre figure professionali e strutture, come l'assistente sociale e sanitario, i servizi sociali e sanitari del territorio e le associazioni di volontariato | Mini-CEX, Cbd, MSF |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Valorizzare l'importanza della collaborazione con altre figure professionali e strutture, come l'assistente sociale e sanitaria, i servizi sociali e sanitari del territorio e le associazioni di volontariato | Cbd, mini-CEX, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza e promuovere il valore della valutazione geriatrica multidimensionale presso gli altri professionisti e nei diversi contesti di assistenza | Cbd, mini-CEX, MSF |
| Avere consapevolezza che lo stato di buona salute include il benessere fisico e psichico aspetti sociali, sessuali e spirituali | MSF, Cbd |
| Avere consapevolezza della discriminazione legata all'età nel contesto dei servizi sanitari e il ruolo e la responsabilità che i professionisti e il sistema assistenziale hanno per prevenirla | MSF, Cbd, mini-CEX |

2. Condizioni acute

| Gestire dal punto di vista diagnostico e terapeutico il paziente geriatrico affetto da patologie acute | |
|---|----------------------------|
| <i>Knowledge – learning outcome teorici</i> | Valutazione |
| <p>Descrivere le presentazioni cliniche delle condizioni acute che si possono presentare nel paziente anziano (come elencate di seguito), riconoscendo il ruolo che gioca il processo biologico di invecchiamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • riacutizzazione di condizioni croniche • stato confusionale acuto • peggioramento della mobilità, dello stato funzionale e dello stato di salute in generale • piaghe da decubito e ulcere cutanee • eventi indesiderati da farmaci • riscontri patologici casuali • ictus • scompenso cardiaco, fibrillazione atriale • ritenzione urinaria, incontinenza, infezioni delle vie urinarie • stipsi, diarrea, fecalomi • cadute, fratture e altri traumi • sincope, pre-sincope, vertigini | EO, ES, CbD, PSA, JC |
| Descrivere le presentazioni cliniche atipiche che si possono osservare nel paziente anziano | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Elencare e descrivere quali farmaci utilizzare o evitare nel paziente anziano, le loro caratteristiche farmacocinetiche, le interazioni e gli effetti collaterali, non trascurando gli aspetti di aderenza alla prescrizione; attuare efficacemente la deprescrizione | EO, ES, CbD, JC, mini-CEX |
| Illustrare la cornice etica e legale all'interno della quale si costruisce il processo decisionale nella gestione del paziente con deficit cognitivo | EO, ES, MSF, CbD, mini-CEX |
| Descrivere le complicanze di patologie acute nel paziente anziano e le strategie per prevenirle | EO, ES, CbD |
| Illustrare la biologia dei processi di invecchiamento in relazione all'equilibrio idro-elettrolitico, alla termoregolazione e all'asse ipotalamo-ipofisario | EO, ES, CbD |
| Elencare le cause di ipotermia e di ipertermia, compresa la sindrome maligna da neurolettici | EO, ES, CbD |
| Illustrare i principi e le procedure relativi alla rianimazione cardiopolmonare | EO, ES, mini-CEX |
| <i>Skills – learning outcome pratici</i> | Valutazione |
| Riconoscere e trattare adeguatamente le condizioni elencate al punto 1 dell'area del <i>knowledge – learning outcome</i> teorici | Mini-CEX, CbD, MSF, JC |
| Ottenere rapidamente le informazioni rilevanti riguardo ai pazienti che non sono in grado di fornire una corretta anamnesi | Mini-CEX, DOPS |
| Eseguire e saper interpretare correttamente l'esame obiettivo generale e le principali procedure pratiche cliniche in un paziente incapace di collaborare pienamente | Mini-CEX, DOPS |
| Valutare gli anziani gravemente malati in ambiente extra-ospedaliero e giudicare quando è necessario il ricovero in ospedale | CdB, Mini-CEX |
| Applicare i principi etici e legali in condizioni di urgenza al paziente con limitate capacità cognitive | CdB, Mini-CEX, MSF |
| Applicare in situazioni di emergenza principi legali ed etici a pazienti che hanno deficit mentali | Mini-CEX, MSF, CbD |
| Eseguire appropriati accertamenti diagnostici e provvedimenti terapeutici in caso di ipertermia, compresa l'eventualità della sindrome neurolettica maligna | MSF, DOPS, mini-CEX, CbD |
| Gestire appropriatamente l'equilibrio idro-elettrolitico degli anziani, incluso in contesti diversi (medicina d'urgenza, trauma, pre e post-operatorio) | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Gestire il paziente anziano nel contesto della terapia intensiva | Mini-CEX, CbD, DOPS, MSF |
| Eseguire correttamente le manovre di rianimazione cardiopolmonare | Mini-CEX, DOPS, AA |
| Pianificare, monitorare e revisionare il piano individualizzato di assistenza nel paziente anziano le cui condizioni cliniche siano instabili o la diagnosi incerta | Mini-CEX, CbD, MSF |

| | |
|--|--------------------|
| Collaborare con il personale non Medico e con medici di altre specialità per pianificare e coordinare la strategia assistenziale del paziente anziano in condizioni di acuzie | Mini-CEX, MSF |
| Comunicare in modo empatico ai parenti e ai <i>caregiver</i> la prognosi di pazienti in gravi condizioni cliniche | Mini-CEX, MSF |
| Prendere decisioni riguardo all'appropriatezza di mettere in atto manovre di rianimazione e altri interventi rilevanti nel paziente anziano in un <i>setting</i> acuto | Mini-CEX, CbD, MSF |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Nelle situazioni clinicamente instabili, comportarsi con leadership nei confronti del team e con consapevolezza della propria responsabilità professionale nel definire, revisionare e monitorare il piano di assistenza del paziente | Mini-CEX, MSF |
| Valorizzare l'importanza della collaborazione multidisciplinare e interprofessionale per pianificare e coordinare la strategia assistenziale del paziente anziano in condizioni di acuzie | CbD, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza e della complessità di comunicare in modo empatico ai parenti e ai <i>caregiver</i> la prognosi di pazienti in gravi condizioni cliniche | MSF |
| Riconoscere l'importanza e la responsabilità professionale di prendere decisioni riguardo l'appropriatezza di mettere in atto manovre di rianimazione e altri interventi rilevanti nel paziente anziano in un <i>setting</i> acuto e contestualizzare tali decisioni nella appropriata cornice etica | MSF, mini-CEX |

3. Cronicità e disabilità

| Diagnosticare e gestire la patologia cronica e la disabilità nel paziente anziano sia in contesto ospedaliero che sul territorio | |
|---|----------------------------|
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| <p>Descrivere le maggiori patologie croniche che colpiscono il paziente anziano (elencate di seguito) e il ruolo dei processi biologici associati all'invecchiamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa • patologia polmonare cronica, compreso il cancro • epatopatia cronica, malnutrizione, enteriti croniche, compresa stipsi e incontinenza • insufficienza renale cronica, patologia prostatica, incontinenza urinaria • ictus, neuropatia sensitiva e motoria, disturbi del movimento • artrosi, polimialgia reumatica, osteoporosi • cadute, vertigini, sincope • demenza, depressione, disturbi d'ansia • diabete mellito, tireopatie • ulcere trofiche ed edema cronico • ulcere cutanee e edema • anemia • perdita di peso, sarcopenia • patologia oncologica non curabile | EO, ES, CbD, JC, PSA |
| Illustrare i servizi a disposizione per assistere il paziente, i parenti e i <i>caregiver</i> | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Elencare e descrivere i trattamenti farmacologici e non, che includono gli ausili e gli strumenti tecnologici per patologie croniche | EO, ES, mini-CEX, CbD |
| Illustrare la cornice etica e legale del processo decisionale nella gestione del paziente con deficit cognitivi o mentali | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Descrivere i fondamenti della riabilitazione, della promozione della salute e della medicina preventiva | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Descrivere le modalità con cui fattori come l'ambiente, la cultura, la tipologia di comportamento, lo stato di povertà, le scadenti condizioni delle abitazioni e le basse aspettative, la presenza di familiari e <i>caregiver</i> possono influenzare lo sviluppo delle condizioni patologiche e di disabilità e i risultati della cura | MFS, CbD |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Riconoscere e trattare adeguatamente le condizioni elencate al punto 1 dell'area del <i>knowledge – learning outcome</i> teorici | Mini-CEX, CbD, MFS |

| | |
|--|--------------------------|
| Realizzare una valutazione diagnostica di condizioni invalidanti o croniche in contesto ospedaliero ed extraospedaliero | CbD, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Accertare lo stato funzionale, il tono dell'umore e lo stato cognitivo attraverso scale di valutazione validate quali BADL (<i>basic activities of daily living</i>), IADL (<i>instrumental activities of daily living</i>), Barthel index, GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i>), CESD, (<i>Mini-mental state examination</i>), CAM (<i>Confusion Assessment Method</i>), 4 At test, e IQ-CODE (<i>Information Questionnaire on cognitive decline in the elderly</i>) | CdB, mini-CEX, DOPS |
| Accertare e gestire l'impatto che la patologia cronica ha sulla vita del paziente, dei parenti e dei caregiver (CBI test) | Mini-CEX, MSF, CbD |
| Accertare lo stato nutrizionale e i possibili interventi (MNA, MNASF) | MSF, mini-CEX, CbD |
| Riconoscere gli stadi terminali delle malattie adeguando il piano terapeutico e gestionale | MSF, mini-CEX, CbD |
| Gestire il trattamento del fine vita nel paziente anziano | MSF, mini-CEX, CbD |
| Collaborare con il personale non medico e con medici di altre specialità per pianificare e coordinare la strategia assistenziale del paziente anziano con cronicità e disabilità | MSF, mini-CEX, CbD |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Comprendere che, in quanto medici, abbiamo la possibilità e la competenza di individuare e anche di provocare o di contrastare le disuguaglianze nella salute | MSF |
| Riconoscere il processo attraverso il quale le condizioni di salute e le condizioni socio-economiche si influenzano a vicenda | MSF, CbD |
| Riconoscere l'importanza e promuovere un approccio multi-professionale e multidisciplinare per la risoluzione dei problemi clinici e della gestione assistenziale del paziente anziano con cronicità e disabilità | MSF, Mini-CEX, CbD, AA |
| Essere consapevole dell'importanza di comportarsi con leadership nei confronti del team e con consapevolezza della propria responsabilità professionale nella gestione della revisione continua delle condizioni cliniche, della continuità delle cure e della messa a punto di un piano terapeutico appropriato | MSF, Mini-CEX, CbD |
| Valorizzare l'importanza di un'attenta e tempestiva riabilitazione al fine di mantenere l'autonomia funzionale | Mini-CEX, MSF |
| Riconoscere gli stadi terminali delle malattie adeguando il piano terapeutico e gestionale, programmando la terapia di supporto necessaria e attuando l'eliminazione dei farmaci superflui | MSF |
| Valorizzare l'importanza di contestualizzare in appropriata cornice etica il processo decisionale clinico, particolarmente in condizioni che riguardano il fine vita, la gestione della disabilità e altre problematiche complesse che influenzano non solo la qualità della vita del paziente, ma anche del contesto familiare e sociale | MSF, CbD |

4. Team multidisciplinare e riabilitativo

| | |
|--|-----------------------|
| Fornire un adeguato percorso riabilitativo al paziente anziano sia in un contesto ospedaliero, in modalità di ricovero o di day hospital o ambulatoriale, che sul territorio e riconoscere le condizioni in cui è necessario il contributo di altre figure Specialistiche o professionali | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Conoscere la biologia dei processi di invecchiamento | EO, ES, JC |
| Descrivere i principi di riabilitazione geriatrica e di valutazione multidimensionale, comprese le scale di valutazione | EO, ES, MSF, CbD |
| Stabilire gli appropriati obiettivi del percorso riabilitativo | EO, ES, CbD |
| Discutere la letteratura e le evidenze scientifiche relative alla riabilitazione geriatrica | EO, ES, MSF, JC, PSA |
| Descrivere le terapie fisiche volte a migliorare il tono e la funzionalità muscolare | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Illustrare le tecniche fisioterapiche e di allenamento volte a migliorare l'equilibrio e la deambulazione | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Descrivere gli ausili (ortesi e protesi) e i dispositivi in grado di ridurre la disabilità | EO, ES, MSF, mini-CEX |

| | |
|--|--------------------------------|
| Illustrare le caratteristiche, l'organizzazione e il ruolo dei servizi riabilitativi | EO, ES, MSF, AA |
| Descrivere l'organizzazione e gli obiettivi delle cure intermedie | EO, ES, MSF, AA |
| Imparare a conoscere le strutture, i ruoli, le competenze e le responsabilità dei membri del team multidisciplinare, i ruoli dei servizi territoriali e i modi in cui il comportamento individuale può influenzare il lavoro del gruppo | EO, ES, MSF, AA, Mini-CEX, CbD |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Selezionare i pazienti eleggibili per un percorso di riabilitazione | Mini-CEX, CbD |
| Impostare e guidare un processo diagnostico e terapeutico per l'incontinenza | CbD, MSF, mini-CEX |
| Stabilire obiettivi raggiungibili e realizzabili del processo di riabilitazione in accordo con gli aspetti di polipatologia e disabilità | CdB, mini-CEX, MSF, AA |
| Gestire adeguatamente il processo riabilitativo in pazienti con polipatologia (multimorbilità e comorbidità) e disabilità | Mini-CEX, MSF, CbD |
| Coordinare un meeting del <i>team</i> multidisciplinare, facilitando la discussione, favorendo la collaborazione e risolvendo dinamiche di conflitto se necessario | MSF, AA, CbD, PSA |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Essere consapevole che i tempi di recupero del paziente anziano dopo un evento acuto sono più lunghi e frequentemente richiedono un percorso riabilitativo personalizzato e pertanto riconoscere la responsabilità professionale di pianificare e implementare questo percorso | MSF, CbD |
| Valorizzare l'importanza e la promozione della cultura della riabilitazione | MSF |
| Valorizzare la collaborazione con le altre figure professionali per assicurarsi l'individuazione dei pazienti con indicazione ad un percorso di assistenza domiciliare o in struttura residenziale | MSF, Mini-CEX |
| Essere consapevole che piccoli miglioramenti nella disabilità possono ridurre la necessità di cure a lungo termine | MSF |
| Essere aperti all'introduzione di nuove idee, strumenti tecnologici e nuove terapie; avere un'attitudine positiva nei confronti di ogni miglioramento e novità | MSF, CbD |
| Mostrare comprensione dei bisogni e delle priorità dello staff non clinico | MSF, AA |
| Rispettare le competenze e il contributo degli altri, utilizzando la propria leadership in modo appropriato, ma essere disposto a seguire giuste indicazioni | MSF |
| Essere consapevoli dei momenti in cui la propria o altrui performance non è ottimale e saper affrontare adeguatamente la situazione all'interno della struttura organizzativa | MSF |
| Valorizzare l'importanza di riconoscere e mettere al centro i bisogni e i desideri del paziente, dei parenti e dei <i>caregiver</i> | MSF, mini-CEX, CbD |

5. Trasferimento del paziente in differente ambiente di cura

| | |
|--|----------------------------|
| Pianificare in modo efficace e sicuro la dimissione e/o il trasferimento in differente ambiente di cura del paziente anziano fragile | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Elencare e descrivere la varietà di risorse disponibili per il paziente dopo la dimissione – per esempio cure intermedie, medicina di comunità, assistenza domiciliare, supporto del volontariato, ricovero di sollievo, assistenza a lungo termine in struttura (residenze protette, RSA di tipo riabilitativo/post acuto, RSA definitiva, centro diurno, ecc.) | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Illustrare le attuali politiche sanitarie riguardo la continuità delle cure | EO, ES, MSF, CbD |
| Essere informato e consapevole della disponibilità di risorse e supporto economico per il paziente e i <i>caregiver</i> | EO, ES, CbD, Mini-CEX |
| Illustrare modalità di valutazione per l'accesso ai servizi territoriali | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Descrivere i ruoli e i diritti dei <i>caregiver</i> | EO, ES, MSF |

| | |
|--|------------------------------|
| Illustrare il ruolo del geriatra e del <i>team</i> multidisciplinare nella pianificazione della dimissione/trasferimento del paziente anziano fragile presso altra struttura/domicilio/ambiente di cura | EO, ES, MSF, AA, Cbd |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Pianificare dal punto di vista organizzativo e pratico la dimissione, il trasporto e la permanenza in altra struttura/domicilio/ambiente di cura del paziente anziano fragile | Mini-CEX, Cbd, MSF, AA |
| Partecipare a tutte le fasi del processo di dimissione/trasferimento del paziente e ricoprire in tale processo un ruolo di leadership nei confronti del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale | Mini-CEX, Cbd, MSF, DOPS |
| Valutare e documentare le capacità mentali e il livello di autosufficienza del paziente e richiedere e predisporre adeguata assistenza presso la struttura/domicilio/ambiente di cura in cui viene trasferito | Cbd, AA, MSF, mini-CEX |
| Valutare e documentare la mobilità del paziente e richiedere e predisporre eventuali presidi di supporto presso la struttura/domicilio/ambiente di cura in cui viene trasferito | Cbd, MSF, mini-CEX |
| Compilare adeguatamente la documentazione clinica, con particolare attenzione alle condizioni al momento della dimissione/trasferimento, alla terapia in atto, alla necessità di supporto e alla valutazione dell'appropriatezza e dell'intensità delle cure di cui il paziente potrà necessitare, in accordo con il contesto clinico, le comorbidità e la prognosi | Cbd, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Comunicare e collaborare adeguatamente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale e con i membri dei <i>team</i> e il personale delle strutture/ambienti di cura, dove il paziente verrà trasferito | Cbd, MSF, mini-CEX, DOPS, AA |
| Collaborare con il paziente e i <i>caregiver</i> al processo decisionale riguardo alla dimissione/trasferimento, esponendo la situazione clinica e condividendo con loro scelte e decisioni, tenendo sempre al centro la volontà del paziente | MSF, mini-CEX, DOPS |
| Comunicare adeguatamente con il paziente e i <i>caregiver</i> riguardo al processo di dimissione/trasferimento, con particolare attenzione a rispondere adeguatamente alle domande e preoccupazioni di questi e ad illustrare gli aspetti pratici, logistici e gli strumenti di supporto predisposti per la permanenza nella nuova struttura/ambiente di cura | MSF, mini-CEX, DOPS |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Comprendere quanto è importante in termini di organizzazione e qualità del servizio assistenziale che la programmazione della dimissione inizi fin al momento del ricovero | mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Riconoscere l'importanza dei desideri del paziente, compreso il desiderio di indipendenza | mini-CEX, Cbd, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di mantenere il giusto equilibrio tra la considerazione delle opinioni di colleghi, paziente e <i>caregiver</i> , del confronto tra tutte queste figure e il mantenimento della leadership nel processo decisionale riguardo alla gestione del paziente e del processo di dimissione/trasferimento, tenendo sempre al centro la volontà del paziente stesso | MSF, Mini-CEX, Cbd |
| Riconoscere l'importanza di rispettare sempre la diversità di opinioni e punti di vista di pazienti, <i>caregiver</i> , colleghi e altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale | Mini-CEX, Cbd, MSF |
| Valorizzare l'importanza della comunicazione e collaborazione adeguata con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale nel processo di dimissione/trasferimento, nell'ottica di erogare un servizio assistenziale di qualità per il paziente | MSF, AA, Cbd, mini-CEX |

6. Stato confusionale acuto e subacuto (*delirium*)

| | |
|---|-----------------------------|
| Riconoscere, diagnosticare e gestire uno stato di <i>delirium</i> che si presenti sia acutamente che subacutamente in pazienti ospedalizzati, sul territorio o in altri contesti | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Elencare i criteri diagnostici del <i>delirium</i> | EO, ES, mini-CEX, Cbd |
| Illustrare le correlazioni tra <i>delirium</i> e demenze | EO, ES, Cbd |
| Descrivere gli strumenti standardizzati la valutazione dello stato cognitivo | EO, ES, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Illustrare gli indici di severità del <i>delirium</i> | EO, ES, Cbd,, mini-CEX, |
| Elencare e descrivere i fattori di rischio e le cause di <i>delirium</i> | EO, ES, mini-CEX, Cbd |

| | |
|---|--------------------------|
| Illustrare le possibili e rilevanti complicanze e conseguenze della condizione di <i>delirium</i> | EO, ES, mini-CEX, Cbd |
| Descrivere i principi dell'approccio non farmacologico al <i>delirium</i> | EO, ES, mini-CEX, Cbd |
| Illustrare le caratteristiche, le indicazioni e le implicazioni etiche e medico-legali dell'applicazione di presidi di contenzione al paziente | EO, ES, MSF |
| Illustrare i principi della terapia farmacologica da mettere in atto quando le altre misure non sono sufficienti a controllare la sintomatologia del <i>delirium</i> , con particolare attenzione alle caratteristiche farmacocinetiche, farmacodinamiche e alla posologia dei farmaci utilizzati | EO, ES, mini-CEX, Cbd |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Riconoscere le caratteristiche principali del <i>delirium</i> in patologie acute e subacute e nel periodo post-operatorio | Mini-CEX, Cbd |
| Diagnosticare tempestivamente e gestire una condizione di <i>delirium</i> , compresa l'analisi delle patologie organiche sottostanti e la conseguente alterazione dello stato mentale | Mini-CEX, DOPS, Cbd, MSF |
| Utilizzare gli strumenti di valutazione standardizzati del <i>delirium</i> | Cbd, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Ricerare le cause rimovibili di una condizione di <i>delirium</i> e affrontarle in modo tempestivo | Cbd, mini-CEX, DOPS |
| Trattare la condizione di delirio con approccio non farmacologico e, se necessario, farmacologico | Cbd, mini-CEX, DOPS |
| Mettere in atto, collaborando con gli altri membri del team, adeguata strategia di monitoraggio del paziente, incluso l'utilizzo, in via eccezionale, di strumenti di contenzione | Cbd, mini-CEX, DOPS, MSF |
| Comunicare e collaborare adeguatamente ed efficacemente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale nel contesto di un paziente con condizione di <i>delirium</i> | CdB, AA, MSF, mini-CEX |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Essere consapevole dell'importanza di adottare un approccio positivo nella gestione del <i>delirium</i> , trasmettendo empatia al paziente e ai familiari e comunicando adeguatamente con loro riguardo la natura della condizione, alle possibili cause, alle condizioni cliniche e alla possibilità di reversibilità | Dmini-CEX, MSF |
| Valorizzare l'importanza di lavorare in collaborazione con altre figure professionali nella gestione efficace del <i>delirium</i> | mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Essere consapevole delle implicazioni etiche e medico legali dell'applicazione di metodi di contenzione e dell'importanza di discutere adeguatamente la decisione con il resto del <i>team</i> e con i <i>caregiver</i> e di compilare adeguata documentazione | MSF, mini-CEX |
| Essere consapevole dell'importanza di approcciare il <i>delirium</i> come un'emergenza medica acuta o subacuta e pertanto ricoprire un ruolo di leadership nei confronti del <i>team</i> , sottolineando le adeguate priorità e incoraggiando tutto lo staff a lavorare per la risoluzione dello stato di <i>delirium</i> | MSF, Mini-CEX |

7. Demenza

| | |
|--|-----------------------------|
| Diagnosticare e gestire il quadro di demenza in ambito ambulatoriale | |
| Accertare e gestire il paziente che presenta un declino cognitivo primitivo o nel contesto di altre patologie, in un setting di degenza (pronto soccorso/medicina d'urgenza, reparto per acuti, cure intermedie, riabilitazione) o in una struttura residenziale o sul territorio | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Descrivere i criteri diagnostici di demenza, inclusa la demenza nel paziente giovane-adulto e nel paziente molto vecchio (>80 anni), nel paziente con disturbi dell'apprendimento, nei pazienti appartenenti a minoranze etniche | EO, ES, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Illustrare il percorso diagnostico e di diagnosi differenziale della demenza | EO, ES, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Elencare e descrivere gli accertamenti da eseguire nel paziente con sospetta demenza, compreso l' <i>imaging</i> neuroradiologico e la valutazione neuropsicologica | EO, ES, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Illustrare la gestione farmacologica e non farmacologica della demenza | EO, ES, Cbd, mini-CEX, DOPS |

| | |
|---|--------------------------------|
| Illustrare le caratteristiche farmacodinamiche, farmacocinetiche, la posologia, gli effetti collaterali e le controindicazioni dei farmaci utilizzati nel trattamento della demenza | EO, ES, Cbd, mini-CEX |
| Illustrare i principi della medicina palliativa/di supporto nel paziente con demenza | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Elencare e descrivere le possibilità di sostegno per i pazienti con demenza e per i loro <i>caregiver</i> , tra cui il supporto dopo la diagnosi, il <i>counseling</i> , i servizi personalizzati, l'aiuto tra pari, le cure domiciliari e telematiche | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Descrivere l'impatto che la demenza ha nel contesto e sul trattamento delle altre patologie, nonché sui risultati dei processi riabilitativi, ad esempio dopo ictus o dopo frattura di femore | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd, AA |
| Descrivere gli effetti che le terapie di altre patologie possono avere sulla demenza | EO, ES, mini-CEX |
| Descrivere gli effetti che i farmaci utilizzati per la demenza possono avere su altre patologie | EO, ES, mini-CEX |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Eseguire la valutazione dello stato cognitivo e dello stato funzionale | Mini-CEX, DOPS |
| Eseguire la valutazione dei disturbi comportamentali e psicologici associati alla demenza | Mini-CEX, DOPS |
| Eseguire una valutazione di demenza in pazienti con disturbi dell'apprendimento | Mini-CEX, DOPS |
| Comunicare adeguatamente al paziente affetto da demenza e ai suoi <i>caregiver</i> la diagnosi, la prognosi e le informazioni riguardanti le opzioni terapeutiche e gli strumenti di supporto | Mini-CEX, MSF |
| Programmare e mettere in atto un appropriato piano di trattamento, discusso e concordato con paziente e <i>caregiver</i> | Mini-CEX, MSF, Cbd |
| Eseguire adeguatamente una diagnosi differenziale tra la demenza e altre opzioni diagnostiche (per esempio depressione, delirium, afasia, ecc.) | mini-CEX, Cbd |
| Collaborare con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale al fine di ottimizzare la gestione del paziente con comorbilità affetto da demenza | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere l'importanza di considerare la persona affetta da demenza in modo globale, fornendo il sostegno necessario per eliminare discriminazioni e stigma sociale | mini-CEX, MSF |
| Valorizzare l'importanza di lavorare in modo empatico ed etico per aiutare pazienti e <i>caregiver</i> a comprendere la natura e le implicazioni cliniche e sociali della patologia e renderli pertanto in grado di prendere attivamente decisioni e partecipi del percorso assistenziale, ad esempio se accettare o rifiutare indagini e terapie mediche | mini-CEX, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di rispettare il paziente con deficit cognitivo, assistendolo e sostenendolo per eliminare o almeno limitare la discriminazione e lo stigma | mini-CEX, MSF, Cbd |
| Valorizzare l'importanza di comunicare e rapportarsi empaticamente e sinceramente con i pazienti affetti da demenza, per aiutare pazienti stessi e <i>caregiver</i> a comprendere la natura e le implicazioni cliniche e sociali della patologia | MSF, Mini-CEX |
| Riconoscere il valore etico e professionale di un approccio personalizzato della cura del paziente affetto da demenza, mirato sulla tipologia di paziente, ad esempio i giovani, le persone con difficoltà di apprendimento, le persone appartenenti a gruppi etnici minoritari, persone provenienti da comunità isolate e anziani in carcere | Mini-CEX, AA, MSF, Cbd |

8. Continenza

| Diagnosticare, inquadrare e gestire l'incontinenza urinaria e fecale nei diversi contesti di cura | |
|---|--------------------|
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Descrivere le basi biologiche dell'invecchiamento e l'effetto dell'invecchiamento sul tratto urogenitale | EO, ES |
| Descrivere l'anatomia e la fisiologia delle vie urinarie e dell'apparato digerente e i cambiamenti associati all'invecchiamento | EO, ES |
| Illustrare l'epidemiologia, i fattori di rischio e le cause dell'incontinenza urinaria e fecale | EO, ES |

| | |
|---|-----------------------------|
| Descrivere gli accertamenti e i test disponibili per la diagnosi di incontinenza (per esempio il grafico frequenza/volume, l'esame chimico fisico delle urine, la valutazione ecografica e radiologica della vescica, i test di urodinamica, ecc.) | EO, ES, Cbd, mini-CEX, DOPS |
| <p>Illustrare le opzioni terapeutiche basate sulle più recenti evidenze scientifiche, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trattamenti farmacologici • terapia comportamentale • trattamenti chirurgici • uso del catetere vescicale e utilizzazione degli altri ausili per l'incontinenza quali assorbenti o <i>condom</i> • attrezzatura necessaria | EO, ES, Cbd, mini-CEX |
| Discutere i dati e i risultati più rilevanti e recenti della letteratura scientifica e della ricerca nell'ambito della continenza nel paziente anziano | EO, ES, Cbd, JCA, PSA |
| Descrivere i ruoli dei diversi membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale nella valutazione delle patologie urologiche, uro-ginecologiche e proctologiche | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Conoscere l'organizzazione, gli obiettivi e gli standard di qualità di un servizio integrato per l'assistenza dei pazienti con problemi di incontinenza | EO, ES, MSF, AA |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Ricostruire accuratamente le notizie anamnestiche relativa alla continenza dal paziente, ottenute dal paziente, dal <i>caregiver</i> e dal personale infermieristico | Mini-CEX, Cbd, MSF |
| Eseguire in modo appropriato l'esame obiettivo dei genitali esterni e l'esplorazione rettale | Mini-CEX, Cbd, MSF, DOPS |
| Interpretare gli accertamenti diagnostici come il grafico frequenza/volume, l'esame chimico fisico delle urine, il volume residuo post minzionale, ecc. | Mini-CEX, Cbd, MSF, DOPS |
| Prescrivere con perizia gli opportuni trattamenti farmacologici e spiegare al paziente i potenziali effetti collaterali | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Prescrivere la terapia comportamentale, o indirizzare allo Specialista di competenza, per l'approccio a modifiche dello stile di vita, rieducazione vescicale e fisioterapia del pavimento pelvico | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Applicare adeguatamente nella pratica clinica le conoscenze relative alla letteratura scientifica internazionale, implementando un approccio assistenziale <i>evidence-based</i> | Mini-CEX, CBD, MSF, AA, TO |
| Ove indicato, riferire correttamente ad altro <i>team</i> multidisciplinare (per esempio chirurgia), previa adeguata comunicazione e discussione del caso | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Favorire l'implementazione e lo sviluppo di servizi integrati per l'assistenza dei pazienti con problemi di incontinenza | MSF, AA |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere l'importanza di avere un approccio adeguatamente empatico nella raccolta delle informazioni anamnestiche, particolarmente riguardo ad una problematica particolare dal punto di vista del vissuto emotivo e personale come quella dell'incontinenza | mini-CEX, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di mantenere un atteggiamento positivo, sensibile e realistico nella ricerca di opzioni terapeutiche all'incontinenza | mini-CEX, MSF |
| Valorizzare l'importanza di collaborare con il <i>team</i> multidisciplinare nell'ottica di migliorare la qualità del servizio assistenziale | MSF |

9. Cadute

| | |
|--|--------------------|
| Valutare e gestire adeguatamente il paziente che si presenta a seguito di una caduta (con o senza frattura), sia in contesto ospedaliero che extraospedaliero | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Descrivere l'epidemiologia, l'eziologia e la fisiopatologia delle cadute | EO, ES |
| Elencare e descrivere i fattori di rischio per le cadute e la loro correlazione con l'invecchiamento | EO, ES |
| Descrivere l'impatto che le cadute, e gli esiti che possono fare seguito a queste, hanno sulle condizioni cliniche, personali, psicologiche e sociali del paziente | EO, ES, MSF, Cbd |

| | |
|---|------------------------------|
| Descrivere il ruolo che i farmaci e le patologie neurovascolari possono avere nel provocare cadute e sincopi | EO, ES, CbD |
| Illustrare i possibili interventi di prevenzione delle cadute per minimizzarne le conseguenze (per esempio diagnosi e trattamento dell'osteoporosi, uso di ortesi o altri presidi, ecc.) | EO, ES, MSF, mini-CEX, AA |
| Descrivere la letteratura disponibile riguardo alle sincopi, la loro valutazione diagnostica clinica e strumentale | EO, ES, CbD |
| Discutere la letteratura nazionale e internazionale più rilevante (per esempio pubblicazioni, linee guida, e <i>audits</i>) relativa alla riduzione del rischio di caduta | EO, ES, MSF, JC |
| Descrivere la natura della "sindrome da paura" delle cadute | EO, ES, MSF |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Attuare efficacemente il processo diagnostico relativo al processo di caduta e alle relative cause | Mini-CEX, CbD, MSF |
| Eseguire appropriatamente la valutazione clinica e strumentale della deambulazione e dell'equilibrio | DOPS, mini-CEX |
| Impostare adeguato trattamento non farmacologico e farmacologico | Mini-CEX, CdB |
| Prescrivere ed eseguire il tilt test e il massaggio carotideo e la funzione vestibolare, previa raccolta di adeguato consenso informato | Mini-CEX, MSF, AA |
| Ricerca, identificare e intervenire per rimuovere o limitare le cause modificabili di caduta, di natura clinica (per esempio comorbidità che possono esporre il paziente a caduta), di natura psicologica (per esempio depressione dell'anziano), di natura sociale (per esempio insufficiente assistenza, struttura dell'abitazione inadeguata alla mobilità del paziente, ecc.) o farmacologica (sostituzione o sospensione di farmaci) | Mini-CEX, MSF |
| Valutare la vista, come fattore correlato con il rischio di cadute | Mini-CEX, MSF |
| Collaborare e comunicare efficacemente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Ricoprire un ruolo di leadership nella gestione del lavoro del <i>team</i> | |
| Promuovere la salute del paziente attraverso adeguata e precisa educazione sanitaria, volta a rendere il paziente e i suoi <i>caregiver</i> consapevoli dei comportamenti virtuosi utili nel prevenire le cadute e limitarne gli esiti | MSF, PSA, mini-CEX, CbD |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Avere consapevolezza che molto spesso la caduta è il risultato di numerosi fattori, non solo di natura medica, ma anche sociale e psicologica | DOPS, mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Essere consapevole che la gestione efficace di un paziente con caduta richiede un intervento articolato e un approccio multidisciplinare | MSF, Mini-CEX |
| Essere consapevole dell'importanza di trovare il giusto equilibrio tra incoraggiare la mobilità nel paziente anziano e prevenire in rischio di cadute | MSF, Mini-CEX |
| Valorizzare l'importanza di lavorare in collaborazione con altri colleghi, inclusi i servizi di traumatologia | Mini-CEX, AA, MSF |
| Riconoscere il valore professionale e l'efficacia di assumere un approccio positivo, ma realistico nella diagnostica e nella gestione clinica del paziente con caduta, nell'ottica di raggiungere il miglior <i>outcome</i> assistenziale e il massimo recupero funzionale del paziente stesso | MSF |

10. Ridotta mobilità e instabilità posturale

| | |
|--|------------------------|
| Individuare le cause di ridotta mobilità o immobilità, di instabilità posturale e delinearne l'approccio terapeutico | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare i fattori di rischio e delle cause di immobilità, particolarmente nel paziente anziano e in correlazione con i processi di invecchiamento | EO, ES |
| Descrivere i principi di riabilitazione | EO, ES, CbD, mini-CEX |
| Elencare e descrivere i possibili interventi per migliorare la mobilità | EO, ES, MSF, mini-CEX, |

| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
|---|---------------------|
| Eseguire adeguato esame obiettivo in un paziente con ridotta mobilità e/o instabilità posturale | Mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Eseguire adeguatamente la valutazione della marcia | DOPS, mini-CEX |
| Comunicare e collaborare adeguatamente con i membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale | CdB, MSF, mini-CEX |
| Impostare adeguatamente il trattamento farmacologico e non farmacologico per migliorare le condizioni di mobilità e instabilità posturale, incluso l'utilizzo delle risorse e degli strumenti e presidi disponibili per prevenire e ridurre l'immobilità del paziente | Mini-CEX, MSF, Cbd |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere l'importanza di un approccio positivo e realistico nella diagnostica e nella terapia dell'immobilità | mini-CEX, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di incoraggiare l'uso delle risorse disponibili per prevenire e ridurre l'immobilità nel singolo paziente | mini-CEX, Cbd, MSF |
| Valorizzare l'importanza di lavorare in <i>team</i> e collaborare in modo costruttivo con gli altri professionisti (fisioterapisti, podologi, tecnici ortopedici, traumatologi, MMG, ecc.) per migliorare o recuperare la capacità motoria del paziente | MSF |

11. Nutrizione

| In collaborazione con altre figure professionali, valutare lo stato nutrizionale del paziente anziano nei differenti contesti di cura e impostare una strategia di integrazione nutrizionale adeguata | |
|--|--------------------------------|
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare i principi della fisiologia di base dell'apparato digerente e gli effetti dell'invecchiamento sul tratto digerente | EO, ES |
| Descrivere gli aspetti epidemiologici della alimentazione e della malnutrizione | EO, ES |
| Descrivere i fabbisogni nutritivi del paziente anziano | EO, ES |
| Illustrare le modalità con cui si calcola la massa corporea – BMI (<i>bodymass index</i>), BIA (bioimpedenziometria) | EO, ES, mini-CEX, DOPS |
| Elencare e descrivere i fattori di rischio e le cause di sottanutrizione e malnutrizione | EO, ES, Cbd, mini-CEX |
| Descrivere le scale di valutazione dello stato nutrizionale come <i>Mini Nutritional Assessment (MNA)</i> o <i>Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)</i> | EO, ES, mini-CEX |
| Descrivere gli accertamenti da eseguire per escludere malassorbimento | EO, ES, Cbd, mini-CEX |
| Illustrare le vie di somministrazione di un'integrazione nutrizionale (enterale per via orale o mediante sondino naso-gastrico, tramite gastrostomia o digiunostomia (PEG, PEJ) e nutrizione parenterale, e le potenziali complicanze come la sindrome da ri-alimentazione | EO, ES, Cbd, mini-CEX, AA, MSF |
| Elencare altre strategie utili per migliorare l'apporto nutrizionale (per esempio variazione degli orari dei pasti o pasti serviti con vassoi colorati o pasti al tavolo con amici/conoscenti) | EO, ES, mini-CEX |
| Illustrare gli effetti dello stato nutrizionale sui processi fisiopatologici, sull'integrità dei tessuti e sulle modalità e tempistiche di recupero da malattie e dalla chirurgia | EO, ES, mini-CEX, Cbd |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Raccogliere adeguatamente i dati anamnestici relativi allo stato nutrizionale o capaci di influenzarlo | Mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Eseguire un esame obiettivo fisico e psichico completo in grado di individuare condizioni che possono alterare lo stato nutrizionale | Cbd, mini-CEX, DOPS |
| Eseguire e interpretare accertamenti correlati alla nutrizione | Cbd, mini-CEX |

| | |
|---|------------------------------|
| Identificare i pazienti a rischio di malnutrizione o malnutriti | Mini-CEX, MSF, Cbd |
| Valutare lo stato nutritivo facendo uso anche di scale come MNA, MUST o altre nel paziente chirurgico generale o ortopedico | Cbd, mini-CEX, DOPS |
| Formulare una strategia di supporto nutrizionale in collaborazione con altre figure professionali, in particolare con i dietisti | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Ove presente indicazione, utilizzare, con il supporto multidisciplinare e multiprofessionale, le diverse vie di somministrazione di un'integrazione nutrizionale (enterale per via orale o mediante sondino naso-gastrico, tramite gastrostomia o digiunostomia (PEG, PEJ) e nutrizione parenterale | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Selezionare i pazienti in cui sospendere o interrompere trattamenti nutrizionali potenzialmente in grado di prolungare la sopravvivenza, in accordo con le normative vigenti e con l'etica professionale | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Monitorare adeguatamente l'evoluzione clinica dello stato nutrizionale | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Comunicare, collaborare e lavorare in modo adeguato ed efficace con altri membri del <i>team</i> multidisciplinare, in particolare infermieri e dietisti e con altri reparti e altri membri del <i>team</i> multiprofessionale | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere l'importanza di un approccio olistico delle condizioni generali del paziente, al fine di valutarne lo stato nutrizionale e definire il percorso di trattamento/supporto | DOPS, mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Valorizzare l'importanza della collaborazione e comunicazione adeguata con altri reparti (per esempio gastroenterologia o la dietistica) e altri membri del <i>team</i> multiprofessionale e multidisciplinare, nell'ottica di gestire in modo efficace le problematiche nutrizionali del paziente | DOPS, mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Riconoscere di avere la responsabilità etica e professionale della valutazione clinica e prognostica del paziente e della decisione di iniziare o non iniziare, sospendere o continuare un supporto nutrizionale che può essere o non essere in grado di prolungare la sopravvivenza | MSF, Mini-CEX |

12. Integrità cutanea

| | |
|--|-----------------------------|
| Diagnosticare, accertare e monitorare i più comuni tipi di ulcere cutanee degli arti inferiori, di lesioni da pressione, di ferite chirurgiche e di altra natura nel paziente anziano | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Descrivere le basi biologiche dei processi di invecchiamento cutaneo | EO, ES |
| Illustrare l'eziologia, i fattori di rischio e la fisiopatologia delle comuni cause di ulcere | EO, ES |
| Elencare le cause inusuali di non guarigione di lesioni cutanee (per esempio neoplasie, vasculiti) | EO, ES, mini-CEX |
| Elencare e descrivere strategie di prevenzione delle ulcere, in particolar modo di quelle da pressione | EO, ES, mini-CEX, MFS |
| Illustrare le scale per la stratificazione del rischio di ulcere da pressione (Exton-Smith, Norton, Braden) | EO, ES, DOPS |
| Correlazioni tra lo <i>status</i> della cute e lo stato nutrizionale | EO, ES, MSF |
| Descrivere le modalità di medicazione e le terapie locali e sistemiche delle ulcere cutanee | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Elencare le indicazioni e descrivere le tecniche chirurgiche e non chirurgiche di debridement delle ferite | EO, ES, mini-CEX |
| Descrivere il trattamento compressivo, la terapia da <i>vacuum</i> (VAC) e le terapie avanzate | EO, ES, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Elencare le indicazioni alla biopsia cutanea | EO, ES, MSF |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Eeguire l'esame obiettivo finalizzato alla valutazione dello stato dell'integrità cutanea, compresa la valutazione del piede diabetico | Mini-CEX, Cbd, DOPS |

| | |
|--|------------------------------|
| Eseguire la valutazione dell'indice pressorio caviglia-braccio e dell'effetto <i>doppler</i> | Mini-CEX, CbD, DOPS |
| Distinguere tra lesioni maligne e benigne e individuare le ragioni della mancata guarigione di una ulcera trofica | CbD, Mini-CEX, MSF |
| Diagnosticare le più comuni tipologie di ulcere cutanee nel paziente anziano | Mini-CEX, MSF, DOPS |
| Gestire scenari clinici in contesti come la lipodermatosclerosi, le ulcere da pressione e le ulcere diabetiche | MSF, mini-CEX, CbD |
| Distinguere le indicazioni per le diverse tipologie di fasciature e altri approcci terapeutici | DOPS, mini-CEX, CbD |
| Riconoscere le cause inusuali di non guarigione (per esempio malattie sistemiche, tbc, neoplasie, vasculiti) | DOPS, mini-CEX, CbD |
| Comunicare e collaborare in modo efficace e adeguato con i membri del team multidisciplinare e multiprofessionale | mini-CEX, MSF |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere l'importanza di valutare il paziente con approccio olistico, includendo la valutazione multidimensionale, nell'ottica di inquadrare e gestire correttamente le problematiche legate all'integrità cutanea | DOPS, mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Valorizzare l'importanza di comunicare e collaborare efficacemente con altri membri del team multidisciplinare, compreso il podologo, l'infermiere e col team di medicazioni avanzate | DOPS, mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Valorizzare l'importanza di comunicare, collaborare e confrontarsi efficacemente con i colleghi di altri reparti (per esempio come la chirurgia vascolare e la diabetologia) e indirizzare loro il paziente quando appropriato | MSF, Mini-CEX |

13. Disordini del Movimento

| | |
|--|----------------------------|
| Gestire in modo adeguato pazienti con disordini del movimento di ogni grado e riconoscere la necessita di trattamento | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare l'incidenza e la prevalenza dei disordini del movimento (Malattia di Parkinson, parkinsonismi, demenza a corpi di Lewy, tremore essenziale, atrofia multisistemica, paralisi sopranucleare progressiva, ecc.) e il loro significato nel contesto dell'invecchiamento della popolazione e di altre patologie correlate all'età | EO, ES |
| Descrivere segni, sintomi, evoluzione, complicanze, diagnostica biochimica, strumentale e per immagini, e gestione clinica dei disturbi del movimento | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Illustrare le caratteristiche farmacocinetiche, farmacodinamiche, la posologia, gli effetti collaterali e le controindicazioni dei farmaci utilizzati nel trattamento dei disturbi del movimento | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Diagnosticare le più comuni sindromi e malattie correlate con i disturbi del movimento, comprendendo gli aspetti comuni, le differenze tra queste e le eventuali aree di sovrapposizione | Mini-CEX, CbD, DOPS, MSF |
| Comunicare adeguatamente la diagnosi di disturbi del movimento al paziente e ai <i>caregiver</i> | Mini-CEX, MSF |
| Pianificare e implementare il trattamento farmacologico nei disturbi del movimento | CbD, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Gestire le fasi complesse e le complicanze dei disturbi del movimento, dal punto di vista diagnostico, terapeutico e riabilitativo | CdB, Mini-CEX, MSF, AA |
| Gestire i disturbi del movimento fin dal momento della diagnosi per arrivare, con la progressione della malattia, all'approccio palliativo | CdB, Mini-CEX, MSF, AA |
| Individuare le possibili risorse disponibili per il supporto del paziente con disturbi del movimento, volte a migliorare la qualità della vita, favorirne l'accesso e incoraggiarne l'utilizzo | CdB, Mini-CEX, MSF |
| Collaborare e comunicare adeguatamente con gli altri membri del team multidisciplinare e multiprofessionale | Mini-CEX, MSF |

| <i>Behaviour – learning outcome comportamentali</i> | Valutazione |
|---|--------------------|
| Essere consapevole dell'importanza di mantenere un approccio positivo, empatico e realistico nei confronti dei pazienti con disturbi del movimento, sia in fase diagnostica che nella gestione successiva della patologia | mini-CEX, MSF |
| Valorizzare l'importanza dell'individuazione, accesso e utilizzo delle risorse disponibili per il supporto del paziente con disturbi del movimento, nell'ottica di migliorare la qualità della vita | mini-CEX, Cbd, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di lavorare in collaborazione con altre figure professionali (per esempio fisioterapisti, infermieri, podologi, ortottisti, ortopedici e medici di medicina generale) | MSF, Mini-CEX |

14. Cure intermedie, medicina di comunità, cure domiciliari e sul territorio

| Valutare l'eleggibilità di un paziente ad accedere ad un programma di cure domiciliari o di sollievo. Gestire, nei diversi setting assistenziali, da un punto di vista diagnostico e terapeutico il paziente anziano ammalato o con disabilità, lavorando nel contesto del team multidisciplinare e con i colleghi delle cure primarie | |
|---|------------------------|
| <i>Knowledge – learning outcome teorici</i> | Valutazione |
| Descrivere le basi della biologia dell'invecchiamento con fragilità e le principali sindromi e patologie geriatriche | EO, ES |
| Descrivere le caratteristiche e la complessità della terapia farmacologica in un paziente anziano | EO, ES, mini-CEX, MSF |
| Illustrare i principi di riabilitazione applicati ad un paziente anziano e alle patologie e cause di disabilità più frequenti in età geriatrica | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Illustrare i principi di promozione della salute e la loro applicazione nel paziente geriatrico | EO, ES, MSF |
| Illustrare le caratteristiche dei modelli assistenziali a diversi livelli di intensità di cura, dal ricovero ospedaliero, alle cure domiciliari e di comunità, descrivendo il ruolo che le strutture territoriali possono svolgere nell'assistenza del paziente anziano ammalato o disabile | EO, ES, MSF |
| Distinguere il ruolo delle varie strutture e istituzioni che erogano servizi assistenziali sul territorio | EO, ES, MSF |
| Descrivere l'utilità di moderni strumenti tecnologici che possono sostenere il paziente anziano nella propria realtà e migliorare la qualità della vita (per esempio strumenti di monitoraggio, ecc.) | EO, ES, MSF, Cbd |
| Discutere le principali pubblicazioni della letteratura scientifica relative alle cure fornite sul territorio, alle cure primarie e all'assistenza domiciliare | EO, ES, MSF, JC |
| Illustrare gli aspetti etici e legali correlati con l'assistenza del paziente anziano | EO, ES, MSF |
| Illustrare i principi del trattamento di fine vita, compresi gli aspetti etici e le disposizioni anticipate | EO, ES, MSF |
| Descrivere le caratteristiche assistenziali e organizzative relative alle strutture per la continuità assistenziale e ai ricoveri di sollievo | EO, ES, MSF, AA |
| Conoscere l'organizzazione, le linee guida e i controlli per le residenze per anziani (RSA, RP, ecc.) | EO, ES, MSF, AA |
| <i>Skills – learning outcome pratici</i> | Valutazione |
| Pianificare e implementare un idoneo percorso diagnostico nei diversi setting assistenziali | Mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Impostare e implementare un adeguato programma terapeutico farmacologico e non farmacologico, che comprenda la continua revisione del trattamento sulla base dell'evoluzione delle condizioni cliniche | Mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Ricoprire la leadership nel contesto del team multidisciplinare e multiprofessionale relativamente alla gestione delle problematiche del paziente anziano in comunità | Mini-CEX, MSF |
| Gestire adeguatamente il tempo (del personale sanitario e del team medico) | MSF, AA, mini-CEX |
| Gestire in sicurezza le problematiche assistenziali nel contesto extraospedaliero | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Identificare le opportunità di prevenzione delle patologie e di promozione della salute e implementare tali strategie | MSF, mini-CEX, Cbd |

| | |
|---|--------------------------|
| Identificare le opportunità di influenzare positivamente la salute con cambiamenti nello stile di vita e implementare tali strategie | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Erogare in modo adeguato le cure palliative e/o di supporto, interagendo con le strutture specialistiche | MSF, mini-CEX, Cbd, AA |
| Mettere al centro del processo decisionale la volontà del paziente e pertanto guidare e sostenere i pazienti, i <i>caregiver</i> , i parenti e il <i>team</i> di lavoro nel pianificare il piano di assistenza personalizzato, valutando i possibili scenari e le evoluzioni delle condizioni di salute del paziente stesso | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Realizzare adeguatamente la valutazione nutrizionale e considerare l'applicazione dei diversi approcci nutrizionali, compresi PEG/JEG/SNG/NPT, con particolare attenzione alla valutazione dell'appropriatezza | MSF, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Eseguire in modo appropriato la valutazione e il trattamento della cute e delle lesioni cutanee | MSF, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Eseguire appropriatamente la valutazione e il trattamento degli aspetti relativi alla continenza | MSF, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Valutare e selezionare di pazienti che richiedono assistenza continua | MSF, mini-CEX, Cbd, AA |
| Collaborare efficacemente con i Medici di Medicina Generale e condividere la gestione clinica del paziente dove necessario | MSF, mini-CEX, Cbd, AA |
| Organizzare e realizzare eventi formativi e gruppi di lavoro sul territorio sulle tematiche di gestione del paziente anziano | MSF, TO |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere la necessità di sviluppare un approccio di cura che abbatta le tradizionali barriere tra cure di livelli diversi e promuova la continuità assistenziale | MSF |
| Riconoscere il ruolo del geriatra nelle cure intermedie | mini-CEX, AA, MSF |
| Riconoscere il ruolo del geriatra nella formazione e nella gestione dei gruppi di lavoro sul territorio | MSF, TO |
| Essere consapevole dell'importanza di lavorare in modo flessibile, gestire adeguatamente il tempo e portare a termine i compiti lavorativi in modo efficace e dinamico | Mini-CEX, AA, MSF |
| Essere consapevole che piccoli cambiamenti nella disabilità possono tradursi in miglioramenti della qualità della vita | MSF |
| Riconoscere l'importanza di mettere al centro le decisioni, i desideri e le volontà del paziente e pertanto di lavorare in un contesto empatico ed etico, aiutando i pazienti, i parenti e i <i>caregiver</i> , legalmente competenti, a comprendere e accettare o rifiutare gli accertamenti diagnostici e i trattamenti | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Riconoscere il valore di un'organizzazione strutturata e personalizzata delle cure domiciliari | MSF, AA |
| Essere consapevole dell'importanza e della delicatezza del processo di ricerca di equilibrio tra il punto di vista del paziente, la discussione sull'accettazione o rigetto delle procedure diagnostiche e della terapia e la decisione finale sulla cura condivisa | MSF, Cbd, mini-CEX |

15. Ortopediatria e salute dell'osso

| | |
|--|---------------------------|
| Valutare in urgenza il paziente anziano con patologia dell'osso e ortopedica e gestire l'iter di trattamento, inclusi gli aspetti riabilitativi | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare le peculiarità degli aspetti chirurgici e anestesiológicos applicati al paziente anziano, compresi quelli relativi alle complicanze (tra cui il controllo del dolore e la prevenzione delle piaghe da compressione) e alla gestione clinica post operatoria | EO, ES, MSF, AA, Cbd |
| Descrivere i diversi modelli di assistenza ortopedica, compreso il ruolo delle cure intermedie | EO, ES, AA, MSF, mini-CEX |
| Elencare e descrivere le cause e le strategie di prevenzione delle cadute | EO, ES, AA, MSF, mini-CEX |
| Elencare e descrivere l'eziologia, la fisiopatologia, il percorso diagnostico e il trattamento dell'osteoporosi | EO, ES, MSF, mini-CEX |

| | |
|--|------------------------------|
| Descrivere gli aspetti eziologici, fisiopatologici, diagnostici e le strategie terapeutiche mediche e chirurgiche delle comuni patologie metaboliche dell'osso, come osteomalacia, malattia di Paget e iperparatiroidismo | EO, ES, mini-CEX |
| Illustrare il ruolo delle strutture assistenziali per anziani con fratture di femore | EO, ES, AA, mini-CEX, MSF |
| Discutere le principali pubblicazioni e le linee guida relative all'argomento della salute dell'osso e della gestione delle fratture nel paziente anziano | EO, ES, MSF, JC |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Pianificare ed eseguire correttamente un percorso diagnostico delle patologie ortopediche dell'anziano | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Interpretare adeguatamente una densitometria ossea e gli altri approfondimenti diagnostici relativi alla patologia dell'osso | Mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Saper eseguire la valutazione delle fratture, inclusi i rischi e le complicanze | Mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Eseguire la valutazione della fragilità per un intervento chirurgico | Mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Saper utilizzare gli strumenti appropriati per prendere decisioni sul trattamento clinico del paziente, ad esempio sul percorso riabilitativo, sull'accesso alle cure intermedie, sulla pianificazione di dimissioni e sul giudizio prognostico | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Accertare il rischio di cadute e mettere in atto le misure di prevenzione delle cadute indirizzando il paziente ai servizi e alle strutture più opportune (per esempio palestre, attività fisica adattata, tilt test, ecc.) | Mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Assumere la leadership nel contesto del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale per il percorso di gestione del paziente anziano con patologia dell'osso | Mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Pianificare e implementare adeguatamente il programma terapeutico farmacologico e non farmacologico del paziente anziano con patologie ortopediche | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Eseguire una valutazione nutrizionale e mettere in atto strategie terapeutiche adeguate nel paziente anziano con patologia ortopedica | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Collaborare strettamente e comunicare efficacemente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale, in particolare con i colleghi chirurghi ortopedici e anestesisti nell'ottica di garantire la migliore qualità dell'assistenza possibile | Mini-CEX, Cbd, MSF |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere l'importanza di ottimizzare lo stato funzionale nella gestione del paziente anziano con frattura/problematica ortopedica nell'ottica di ottimizzare l' <i>outcome</i> in salute | DOPS, mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di collaborare strettamente e comunicare efficacemente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale, nell'ottica di garantire la migliore qualità dell'assistenza possibile | DOPS, mini-CEX, Cbd, AA, MSF |
| Considerare e valorizzare l'importanza delle iniziative di raccolta di dati e di gestione della qualità | MSF, Mini-CEX, AA |
| Essere consapevole dell'importanza di trovare il giusto equilibrio tra incoraggiare la mobilità e salvaguardare la sicurezza nel paziente anziano | MDF, Cbd, Mini-CEX |

16. Psicogeriatría

| | |
|---|----------------------------|
| Valutare dal punto di vista diagnostico e gestire dal punto di vista terapeutico il paziente anziano che presente sintomi psichiatrici, e riconoscere quando vi è la necessità dello Specialista | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare le caratteristiche delle principali patologie psichiatriche in Geriatria: depressione e i disturbi dell'umore e di personalità, <i>delirium</i> , demenza, ansia | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Illustrare le principali strategie terapeutiche, farmacologiche e non, per il trattamento delle condizioni psichiatriche nel paziente anziano | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Illustrare i principi etici e Medico-legali che stanno alla base delle decisioni cliniche in scenari di pazienti anziani affetti da patologie psichiche | EO, ES, AA, Cbd, MSF |
| Descrivere le caratteristiche e l'organizzazione dei servizi psichiatrici per anziani | EO, ES, AA, Cbd, MSF |

| | |
|---|------------------------------|
| Illustrare gli strumenti e le tecniche di valutazione della sfera psichiatrica | EO, ES, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Eseguire un'adeguata valutazione diagnostica del paziente anziano affetto da patologie psichiche | Mini-CEX, CbD, DOPS, MSF |
| Pianificare e mettere in atto un adeguato ed efficace programma terapeutico farmacologico e non farmacologico per la gestione delle patologie psichiche nel paziente anziano | Mini-CEX, CbD, DOPS, MSF |
| Operare all'interno del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale mettendo in atto adeguate capacità di lavoro in gruppo e di leadership | Mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Eseguire una adeguata valutazione della capacità cognitiva e mentale e documentarla adeguatamente nelle note cliniche del paziente | Mini-CEX, CbD, DOPS, MSF, AA |
| Riferire il paziente anziano affetto da malattia mentale a un altro Specialista, quando questo è appropriato, nelle tempistiche corrette e previa adeguata comunicazione e condivisione delle informazioni cliniche | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Essere consapevole dell'importanza di pianificare e mettere in atto nei giusti tempi, in modo efficace e appropriato gli accertamenti e la gestione terapeutica delle condizioni psichiatriche nel paziente anziano, nell'ottica di garantire il rispetto della persona e migliorare il suo stato di salute fisica, psichica e sociale e apprezzare quanto questo sia rilevante in una prospettiva di salute pubblica | DOPS, mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di metter al centro la volontà, i desideri e le scelte del paziente e della famiglia, e nel fare ciò di considerare e rispettare il loro contesto culturale e religioso, nell'ottica favorire il percorso di cura migliore per la salute mentale del paziente | MSF, Mini-CEX |
| Valorizzare l'importanza di collaborare strettamente e comunicare efficacemente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale, in particolare con psichiatri e con le strutture che erogano servizi a pazienti anziani con patologia mentale, nell'ottica di ottimizzare l' <i>outcome</i> assistenziale | Mini-CEX, AA, MSF |

17. Cure palliative

| | |
|---|----------------------------|
| Valutare e gestire appropriatamente pazienti affetti da patologie inguaribili (neoplastiche e non neoplastiche) nei diversi contesti di cura e in collaborazione con le altre figure professionali, pianificando e mettendo in atto adeguata terapia di supporto e terapia di fine vita | |
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare i principali sintomi del paziente con malattia in fase terminale e descriverne la fisiopatologia | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Descrivere fisiopatologia delle diverse tipologie di dolore (nocicettivo, viscerale, neuropatico, il dolore acuto incidente, ecc.) e la sua gravità | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Descrivere le caratteristiche, le indicazioni, le controindicazioni e gli effetti collaterali delle opzioni terapeutiche disponibili per i comuni sintomi presenti nel fine vita, quali: <ul style="list-style-type: none"> • i trattamenti che agiscono influenzando la patologia o migliorando i sintomi • terapia palliativa chirurgica, chemioterapica, immunoterapica e radioterapica • terapia ormonale • terapia fisica • supporto psicologico • terapia del dolore • terapie farmacologiche e non farmacologiche che alleviano i sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, stipsi, diarrea, mucosite, dolore perianale) • approccio nutrizionale • approcci terapeutici farmacologici o non farmacologici specifici per sintomi particolari | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Descrivere, per i farmaci comunemente nel setting delle cure palliative, le caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche, quali: <ul style="list-style-type: none"> • le vie di somministrazione per i diversi farmaci utilizzati • l'aggiustamento della posologia nei pazienti fragili • aggiustamento del dosaggio per alterazioni del metabolismo, progressione di malattia o negli ultimi giorni di vita • interazioni tra farmaci nella polifarmacoterapia | EO, ES, MSF, mini-CEX |

| | |
|--|----------------------------------|
| Illustrare le caratteristiche fisiopatologiche, diagnostiche e gli approcci terapeutici delle emergenze nel contesto delle cure palliative, come il dolore acuto o persistente, l'ipercalemia, l'emorragia, la compressione midollare, la dispnea, la nausea e il vomito, ecc. | EO, ES, MSF, mini-CEX, DOPS, Cbd |
| Illustrare gli aspetti bioetici e medico-legali della gestione del fine vita e in particolare degli aspetti decisionali e comunicativi relativi a situazioni quali continuazione/interruzione di idratazione e nutrizione, prosecuzione/interruzione di un trattamento, ricovero o meno in strutture assistenziali, ecc. | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Descrivere i principi teorici della appropriata comunicazione verbale e non verbale in caso di comunicazione di cattive notizie, inclusi i principi di empatia e accompagnamento e sostegno della famiglia nel lutto | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Descrivere il ruolo dei diversi membri del <i>team</i> multiprofessionale e multidisciplinare nel contesto delle cure palliative e altre strutture simili sul territorio | EO, ES, MSF, AA, Cbd, mini-CEX |
| Descrivere l'organizzazione dei servizi presenti in contesto ospedaliero, sul territorio e in specifiche strutture assistenziali relativamente alle cure palliative all'assistenza del fine vita | EO, ES, MSF, AA, Cbd |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Eseguire una valutazione multidimensionale completa anche in pazienti con limitazioni cognitive o demenza, nel contesto delle cure palliative | Mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Riconoscere una prognosi infausta (capacità di capire quando un paziente sta morendo) e utilizzare gli strumenti di valutazione o gli indici clinometrici appropriati | Cbd, MSF, mini-CEX |
| Valutare appropriatamente la qualità della vita | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Formulare un piano personalizzato di assistenza, in grado di prevedere i possibili problemi e necessità, prendendo in considerazione i vari aspetti dell'assistenza del fine vita: trattamenti farmacologici e non farmacologici, dispositivi speciali, controllo del dolore e dei sintomi | Mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Trattare i comuni sintomi nelle malattie non neoplastiche in fase terminale (per esempio demenza, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, sintomi gastro-intestinali) | Mini-CEX, Cbd, DOPS, MSF |
| Comprendere con empatia i desideri della persona che sta morendo rispettarli mettendoli al centro della gestione clinica. Saper utilizzare le DAT (dispositivi anticipati di trattamento) individuando il fiduciario del paziente, richiedere un amministratore di sostegno quando necessario | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Utilizzare un approccio empatico con i pazienti/familiari/ <i>caregiver</i> nella comunicazione delle cattive notizie, e accompagnare e sostenere la famiglia nel lutto | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Riconoscere il background culturale, sociale e religioso del paziente/familiari/ <i>caregiver</i> e le modalità con cui questo possa influenzare il vissuto personale, psicologico e sociale della morte e, pertanto, influenzare le scelte, i desideri e le speranze dei pazienti/familiari/ <i>caregiver</i> . | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Condividere adeguatamente con il paziente/familiari legalmente competenti/amministratori di sostegno i processi decisionali relativi a situazioni quali continuazione/interruzione di idratazione e nutrizione, prosecuzione/interruzione di un trattamento, ricovero o meno in strutture assistenziali, ecc. | MSF, mini-CEX, Cbd |
| Collaborare e comunicare adeguatamente ed efficacemente con gli altri membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Definire, tenendo conto delle condizioni cliniche, della prognosi, della disponibilità delle risorse a disposizione e della volontà del paziente e dei familiari, il contesto assistenziale più appropriato per il paziente (degenza ospedaliera, domicilio, strutture assistenziali dedicate, <i>hospice</i> , domicilio, ecc.), discutere tale decisione con il paziente/familiari/ <i>caregiver</i> e predisporre il trasferimento in modo che il paziente accetti il nuovo contesto di cura e conservi un'adeguata stabilizzazione clinica | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Essere consapevoli della responsabilità etica e professionale di avere massimo rispetto per i desideri di una persona che sta morendo, della sua famiglia e dei <i>caregiver</i> | mini-CEX, Cbd, MSF |
| Avere consapevolezza dell'importanza del background culturale, personale e religioso del paziente e di come questo possa influenzare il vissuto personale, psicologico e sociale della morte e, pertanto, influenzare le scelte, i desideri e le speranze dei pazienti/familiari/ <i>caregiver</i> | mini-CEX, Cbd, MSF |
| Valorizzare l'importanza di mantenere un atteggiamento collaborativo e coordinato nei confronti dei membri del <i>team</i> multidisciplinare, degli altri Specialisti e delle istituzioni e strutture che erogano servizio assistenziale nell'ambito delle cure palliative, nell'ottica di fornire al paziente la migliore assistenza possibile | Mini-CEX, AA, MSF, Cbd |

18. Fragilità

| Comprendere la fisiopatologia della fragilità (ridotta capacità intrinseca) e utilizzare gli interventi validati volti a migliorare la salute delle persone anziane con fragilità | |
|---|----------------------------|
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Definire il concetto di fragilità e le scale che ne valutano la gravità | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Descrivere la presentazione clinica delle persone anziane fragili | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Illustrare la prevalenza della fragilità in contesti diversi: territorio, cure domiciliari, ospedale e residenze assistenziali | EO, ES, AA, CbD |
| Illustrare le teorie alla base della fisiopatologia della fragilità | EO, ES |
| Elencare e descrivere gli eventi avversi nei pazienti con fragilità in contesti diversi: comunità e ospedale | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Illustrare gli interventi e gli approcci terapeutici farmacologici e non farmacologici, basati sull'evidenza, volti a migliorare lo stato di salute e la qualità del paziente fragile e a prevenire gli eventi avversi | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Valutare il grado di fragilità di un paziente anziano, avvalendosi di apposite scale | Mini-CEX, DOPS, CbD |
| Definire il percorso di cura delle persone anziane modulando approcci e terapie, anche in base alla valutazione del grado di fragilità | CbD, AA, MSF, mini-CEX |
| Programmare e mettere in atto interventi e gli approcci terapeutici farmacologici e non farmacologici, basati sull'evidenza, volti a migliorare lo stato di salute e la qualità del paziente fragile e a prevenire gli eventi avversi | Mini-CEX, MSF, CbD |
| Organizzare e mettere in atto momenti formativi specifici relativi alla fragilità e utilizzare tecniche di insegnamento per influenzare i comportamenti dei colleghi e del personale sanitario nei confronti delle persone anziane | MSF, TO, CbD |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Riconoscere la responsabilità professionale ed etica di tutelare i pazienti fragili e garantire loro un appropriato percorso diagnostico e terapeutico | mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Riconoscere l'importanza di collaborare e comunicare adeguatamente con i membri del <i>team</i> multidisciplinare e multiprofessionale nella cura del paziente fragile | mini-CEX, CbD, AA, MSF |
| Riconoscere l'importanza e la responsabilità professionale di organizzare eventi formativi volti a informare i colleghi e del personale sanitario sui problemi delle persone anziane fragili e indirizzando le scelte verso una personalizzazione del piano di cura | MSF, Mini-CEX, TO |

19. Stroke

| Contribuire all'assistenza multidisciplinare del paziente con encefalopatia vascolare acuta e cronica e con disabilità correlata all'ictus sia nel contesto ospedaliero che in comunità | |
|---|----------------------------|
| Knowledge – learning outcome teorici | Valutazione |
| Illustrare l'epidemiologia dell'ictus nella popolazione anziana: incidenza, prevalenza e impatto sociale della patologia | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Illustrare le strategie di prevenzione primaria e secondaria, con particolare attenzione ai fattori di rischio nell'età geriatrica: terapia dell'ipertensione, uso delle statine, degli anticoagulanti e antiaggreganti, uso appropriato del <i>neuroimaging</i> , dell' <i>imaging</i> vascolare e della diagnostica cardiologica | EO, ES, MSF, mini-CEX, CbD |
| Descrivere le strategie di gestione diagnostica e terapeutica dell'ictus acuto e cronico e degli attacchi ischemici transitori (TIA) | EO, ES, AA |
| Illustrare la stratificazione del rischio secondo score ABCD2, la classificazione OSCP (Bamford), le indicazioni alla trombolisi endovenosa, la gestione dei parametri fisiologici durante un ictus acuto, il monitoraggio iniziale per valutare le complicanze precoci quali la disfagia, le indicazioni di valutazione e intervento di altri Specialisti (ad esempio neurochirurgo, neuroradiologo interventista) | EO, ES, MSF, mini-CEX, |

| | |
|--|-----------------------------|
| Elencare e descrivere le complicanze dell'ictus e la loro gestione, sia quelle a breve termine (per esempio trombosi venosa profonda (TVP), le piaghe da compressione, la depressione, le infezioni urinarie, ecc.) sia a lungo termine (contratture, convulsioni, dolore neuropatico) | EO, ES, MSF, mini-CEX, DOPS |
| Illustrare i diversi modelli di riabilitazione in ospedale e sul territorio (strutture residenziali, domicilio) | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Descrivere le possibili conseguenze della patologia sul paziente e sui <i>caregiver</i> | Mini-CEX, Cbd, MSF |
| Illustrare i parametri che definiscono la prognosi | EO, ES, MSF, mini-CEX |
| Descrivere le caratteristiche logistiche e assistenziali dei servizi di cura presenti sul territorio | EO, ES, MSF, AA |
| Illustrare i temi bioetici e medico-legali relativi ai pazienti con severa disabilità | EO, ES, MSF, AA |
| Descrivere i fondamenti della valutazione nutrizionale, cognitiva e della qualità della vita nel paziente con limitazioni cognitive e le regole per la patente di guida | EO, ES, MSF, AA |
| Spiegare le cause, i segnali clinici e le conseguenze a lungo termine della compromissione dello stato funzionale | EO, ES, MSF, AA |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Valutazione del paziente con ictus acuto o TIA | |
| Analizzare la relazione di sintomi neurologici fornita di persona, al telefono o per iscritto da un Medico di medicina generale o da altro operatore sanitario | Cbd, MSF, mini-CEX |
| Raccogliere rapidamente una anamnesi neurologica e cardiovascolare dal paziente, dai <i>caregiver</i> o dai presenti | CdB, MSF, mini-CEX |
| Eeguire un esame obiettivo neurologico e cardiovascolare | Mini-CEX, MSF, DOPS |
| Valutare con attenzione un paziente dal punto di vista neurologico attraverso lo score GCS (<i>Glasgow Coma Scale</i>) | MSF, mini-CEX, DOPS |
| Svolgere un'adeguata valutazione al letto del paziente della funzione cognitiva | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |
| Identificare i comuni meccanismi alla base dei sintomi ictali | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Fornire una logica diagnosi differenziale delle più comuni e possibili patologie che possono porre a un <i>ictus cerebri</i> | mini-CEX, Cbd |
| Distinguere tra sottotipi di ictus ischemico ed emorragico e le comuni diagnosi differenziali (per esempio neoplasia, ematoma subdurale) su <i>imaging</i> cerebrale | mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Interpretare adeguatamente esami ematologici, biochimici e di coagulazione anormali | mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Interpretare un ECG a 12 derivazioni, un ECG Holter 24 ore e un Holter pressorio | mini-CEX, Cbd, DOPS |
| Comunicare e collaborare efficacemente, appropriatamente e nelle tempistiche corrette con il personale radiologico e di laboratorio | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Ottenere appropriatamente il consenso informato iniziale dal paziente o dal tutore per manovre invasive | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Spiegare i risultati degli accertamenti in un linguaggio comprensibile a pazienti e <i>caregiver</i> | MSF, DOPS, mini-CEX |
| Indirizzare il paziente a Specialisti appropriati quando necessario (per esempio Neurochirurgia) | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Eeguire lo screening per disfagia e disartria ed eventualmente rivolgersi a uno Specialista foniatra | MSF, DOPS, mini-CEX |
| Valutare e gestire il bilancio idrico | MSF, DOPS, mini-CEX |
| Interpretare e gestire le variazioni nei parametri fisiologici, compresi ipossia, aritmie, ipotensione, ipertensione, ipoglicemia e iperglicemia | MSF, DOPS, mini-CEX |
| Interpretare la cartella clinica neurologica | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |
| Iniziare appropriata gestione delle complicanze basandosi su significativi risultati degli accertamenti | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |
| Impostare un monitoraggio intensivo per pazienti acutamente critici | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |

| | |
|--|--------------------------|
| Gestire le complicanze respiratorie e le altre complicanze dell'ictus | MSF, DOPS, mini-CEX, CbD |
| Gestire la disfagia, con particolare attenzione a prevenire la polmonite <i>ab ingestis</i> | MSF, DOPS, mini-CEX, CbD |
| Accertare e trattare gli aspetti nutrizionali e di idratazione col <i>team</i> multidisciplinare | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Formulare adeguate strategie per la prevenzione della tromboosi venosa profonda e delle recidive precoci di ictus | MSF, DOPS, mini-CEX, CbD |
| Riabilitazione di pazienti con ictus, valutazione e gestione dei pazienti con disabilità croniche correlate all'ictus | |
| Comunicare e collaborare adeguatamente e tempestivamente con il team multidisciplinare, stabilendo gli obiettivi dopo la valutazione iniziale | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Assumere la <i>leadership</i> di un gruppo multidisciplinare e riguardo alla organizzazione dell'assistenza riabilitativa a pazienti con ictus | MSF, AA, mini-CEX |
| Delegare la <i>leadership</i> ad altri membri del <i>team</i> qualora necessario | MSF, AA, mini-CEX |
| Comunicare in modo empatico ed efficace con i pazienti e i loro <i>caregiver</i> riguardo alle problematiche pratiche ed emotive correlate al vivere con disabilità e al convivere con un disabile | MSF, mini-CEX |
| Incoraggiare il paziente a far presenti le proprie preferenze e scelte riguardo alla assistenza | MSF, mini-CEX |
| Riconoscere e accertare il declino funzionale con valutazione quantitativa | MSF, mini-CEX, DOPS |
| Gestire adeguatamente, collaborando con gli altri membri del team, le complicanze dell'ictus, sia acute che croniche, nei vari contesti assistenziali dove il paziente di trovi (domicilio, degenza, struttura, ecc.) | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Gestione ambulatoriale del paziente con pregresso ictus | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Essere consapevole dell'importanza di operare in un ambiente protetto e rispettoso dove ci sia comunicazione trasparente e collaborazione tra tutti i membri del team di lavoro | mini-CEX, MSF |
| Valorizzare l'importanza di comprendere le dinamiche di gruppo in ogni momento e nelle situazioni diverse e di lavorare sempre per mantenere un buon equilibrio di collaborazione, stima, trasparenza e supporto all'interno del gruppo equilibrio | MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di mantenere una stretta collaborazione di lavoro con i membri del <i>team</i> multidisciplinare, con i medici di famiglia e con la medicina del territorio | MSF, Mini-CEX |
| Essere consapevole che le scelte, le preferenze, i desideri e le volontà del paziente sono al centro del processo decisionale e assistenziale del <i>team</i> , e pertanto riconoscere l'importanza di incoraggiare il paziente ad esprimerle e il team a lavorare per rispettarle | Mini-CEX, AA, MSF |
| Avere consapevolezza dell'impatto che il numero di professionisti coinvolti nel processo di cura e la qualità della collaborazione tra questi può avere sul paziente e sui <i>caregiver</i> | mini-CEX, CbD, MSF |
| Essere a conoscenza e spiegare al paziente, alla famiglia, agli amici e ai <i>caregiver</i> il peso delle condizioni del paziente a lungo termine | mini-CEX, CbD, MSF |
| Capire e rispettare il ruolo della famiglia, degli amici e dei <i>caregiver</i> nella gestione del paziente con sequele croniche | MSF, Mini-CEX |
| Favorire l'accesso del paziente ad appropriati programmi di educazione con la finalità di sviluppare nel paziente la fiducia in se stesso e la capacità di prendersi cura di se stesso | Mini-CEX, AA, MSF |
| Assicurarsi che siano discusse con il paziente l'esistenza e la disponibilità dell'attrezzatura e dei dispositivi utili a migliorare l'assistenza | MSF, CbD, mini-CEX |
| Essere coscienti dell'importanza di una pronta e accurata comunicazione e condivisione con il team delle cure territoriali al momento della dimissione | MSF |
| Mostrare la volontà confrontarsi con gli altri e di prendere decisioni insieme al team quando si tratta di prendere decisioni sulle manovre di rianimazione, e sul mantenere o sospendere il trattamento in accordo con le DAT del paziente o il suo fiduciario o amministratore di sostegno | MSF, mini-CEX |

20. Sincope

| Valutare e gestire un paziente che si presenta con sincope in ogni contesto di cura | |
|--|------------------------------|
| <i>Knowledge – learning outcome teorici</i> | Valutazione |
| Descrivere l'epidemiologia, l'eziologia e la fisiopatologia della sincope | EO, ES |
| Elencare e discutere le cause di sincope e la diagnosi differenziale | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |
| Illustrare il processo diagnostico e gli accertamenti da eseguire in caso di sincope | EO, ES, Cbd, mini-CEX |
| Conoscere le indicazioni alla manovra di Epley per ristabilire l'equilibrio del sistema ventricolare | EO, ES, MSF, mini-CEX, |
| Discutere l'evidenza scientifica e la letteratura disponibile relativa all'inquadramento diagnostico e al trattamento della sincope | EO, ES, MSF, mini-CEX, JCA |
| <i>Skills – learning outcome pratici</i> | Valutazione |
| Eseguire adeguatamente la valutazione della deambulazione e dell'equilibrio | WBA, Cbd |
| Accertare le cause di vertigini e instabilità posturale | Cbd, AA, MSF, mini-CEX |
| Ipotizzare e diagnosticare le cause di cadute e sincope | CdB, Mini-CEX, MSF, DOPS |
| Eseguire il tilt test | Mini-CEX, MSF, DOPS |
| Eseguire la diagnostica con il massaggio del seno carotideo | MSF, AA, mini-CEX, Cbd |
| Eseguire l'accertamento clinico della funzione vestibolare nel paziente anziano (per esempio Dix-Hallpike test) | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |
| Interpretare i test cardiovascolari più importanti (ECG, Holter ECG, Ecocardiogramma) | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |
| Impostare un trattamento farmacologico e non farmacologico (inclusa la sospensione o sostituzione di farmaci) della condizione sincopale e/o delle cause di questa | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd |
| Collaborare e comunicare in modo efficace e adeguato con gli altri membri del team multidisciplinare e multiprofessionale nella gestione del percorso diagnostico/terapeutico del paziente che si presenta con sincope nei diversi setting | MSF, DOPS, mini-CEX, Cbd, AA |
| <i>Behaviour – learning outcome comportamentali</i> | Valutazione |
| Acquisire un consenso informato dal paziente o dal suo tutore o Amministratore di sostegno sul percorso diagnostico terapeutico proposto | mini-CEX, Cbd, MSF |
| Essere consapevole dell'importanza di collaborare e comunicare in modo efficace e adeguato con gli altri membri del team multidisciplinare e multiprofessionale | mini-CEX, AA, MSF |
| Comprendere la rilevanza di aspetti quali la situazione sociale, economica e familiare, l'alimentazione, l'idratazione, la mobilità e la deambulazione, le comorbidità e la multimorbidità, la polifarmacoterapia nella patogenesi, nel trattamento e nella riabilitazione della sincope e della gestione del conseguente rischio di cadute e della disabilità che ne può derivare | mini-CEX, Cbd, AA, MSF |

21. Medicina perioperatoria nel paziente anziano

| Stratificare il rischio operatorio nel paziente anziano e ottimizzare e gestire al meglio il percorso chirurgico elettivo o d'urgenza | |
|--|----------------------------|
| <i>Knowledge – learning outcome teorici</i> | Valutazione |
| Descrivere il panorama demografico, sociale ed epidemiologico del paziente anziano chirurgico | EO, ES, Cbd |
| Elencare gli aspetti correlati alle indicazioni al trattamento chirurgico nel paziente anziano, in accordo con le evidenze scientifiche aggiornate | EO, ES, MSF, mini-CEX, Cbd |

| | |
|---|---------------------------|
| Illustrare gli strumenti per eseguire una valutazione della mortalità e morbilità perioperatoria, tra cui le scale come la valutazione multidimensionale e gli accertamenti come il test dell'esercizio cardiopolmonare | EO, ES, DOPS, Mini-CEX |
| Illustrare i margini e le strategie di modifica del rischio perioperatorio, in accordo con le linee guida nazionali e internazionali specifiche sulla funzione di organi e apparati | EO, ES, MSF, mini-CEX, AA |
| Skills – learning outcome pratici | Valutazione |
| Eseguire un'adeguata valutazione della mortalità e morbilità perioperatoria, utilizzando anche le scale della valutazione multidimensionale e gli accertamenti strumentali necessari | Mini-CEX, CbD, DOPS |
| Eseguire valutazione clinica con l'utilizzo adeguato di attrezzature e strumenti diagnostici con l'obiettivo di valutare nel periodo preoperatorio i rischi di morbilità e mortalità post operatoria | Mini-CEX, CbD, DOPS |
| Comunicare la valutazione geriatrica del rischio operatorio sia ai colleghi che al paziente e, col consenso del paziente, ai familiari, e, qualora il paziente non fosse in grado di esprimere un consenso, al suo tutore o al suo Amministratore di sostegno per le decisioni cliniche | CdB, mini-CEX, MFS,AA |
| Ottimizzare le condizioni mediche legate a comorbilità e a sindromi geriatriche nel periodo preoperatorio | Mini-CEX, MSF, AA |
| Allocare in modo appropriato le risorse assistenziali nel post operatorio, definendo il livello di assistenza post operatoria appropriato | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Utilizzare specifici interventi interdisciplinari per migliorare gli esiti postoperatori, per esempio terapie riabilitative preventive | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Pianificare il programma di riabilitazione e di dimissione del paziente anziano nel periodo postoperatorio | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Fare da intermediari tra il paziente, gli anestesisti e i chirurghi per garantire la condivisione delle scelte cliniche e chirurgiche | MSF, AA, mini-CEX, CbD |
| Behaviour – learning outcome comportamentali | Valutazione |
| Essere consapevole della responsabilità etica e professionale del geriatra nell'applicare una valutazione clinica prognostica e nell'ambito della bioetica volta a garantire: un limite all'accanimento terapeutico, un'obiettività nella valutazione del grado di aggressività e intensità di cura proporzionale al quadro clinico del paziente, una decisione ragionevole per la desistenza terapeutica e/o l'eventuale interruzione della terapia corrente | CbD, ,MSF |
| Valorizzare l'importanza di mantenere l'obiettività nella valutazione del rapporto rischi/benefici dell'intervento chirurgico in un paziente anziano che non ha piena capacità di giudizio | CbD, AA, MSF |
| Riconoscere l'importanza professionale per un geriatra di rivestire una posizione di leadership decisionale nella definizione del percorso assistenziale del paziente anziano sottoposto ad intervento chirurgico | CbD, AA, MSF |
| Comprendere l'importanza della collaborazione e comunicazione adeguata tra geriatri, anestesisti e chirurghi nel promuovere un'alta qualità delle cure | Mini-CEX, AA, MSF |

6. Sistema formativo e metodi di insegnamento/ apprendimento

Sistema di insegnamento/apprendimento

Il contesto professionale offre al medico in formazione continui stimoli per l'apprendimento, durante il suo percorso formativo specialistico. I docenti e i tutor, ma anche tutto il resto del personale con cui lo Specializzando entra in contatto, i pazienti e l'ambiente lavorativo stesso, rappresentano una fonte di crescita e di apprendimento.

È tuttavia importante che a fianco delle opportunità di apprendimento offerte naturalmente dal contesto dove lo Specializzando svolge la sua attività professionalizzante, sia organizzata e calendarizzata una regolare attività didattica formale, attraverso la quale i medici in formazione possano raggiungere tutti i *learning outcome* elencati nel *syllabus*, soprattutto quelli afferenti all'area del *knowledge*, che sono più difficili da raggiungere nella pratica professionalizzante.

La formazione del medico nelle Scuole di specializzazione deve essere ispirata al principio della centralità dell'apprendimento, che significa che bisogna passare da una concezione centrata sull'insegnamento (*teacher-centered education*) a un approccio centrato su colui che apprende (*student-centered education*).

Di seguito vengono descritte alcune strategie formative e illustrati alcuni metodi di insegnamento. Le strategie formative sono tre:

1. didattica formale
2. attività formativa professionalizzante
3. *feedback* e supervisione.

La scelta dei metodi di apprendimento/insegnamento viene svolta dai docenti alla luce dei principi dell'allineamento costruttivo (per ogni *learning outcome*, il docente sceglie il metodo più efficace, pertinente e realizzabile in quel determinato contesto).

Si elencano pertanto di seguito alcuni metodi e strumenti di insegnamento, si raccomanda di mettere al centro l'apprendimento dei medici in formazione, più che i metodi per raggiungerlo. Questi infatti possono essere i più variabili, a seconda del contesto, degli strumenti, degli spazi e dei tempi a disposizione, delle inclinazioni e delle preferenze di tutor, docenti e Specializzandi stessi.

Per quanto riguarda l'apprendimento dei *learning outcome* delle aree delle *skills* e del *behaviour*, la pratica professionalizzante è molto efficace nel creare situazioni di insegnamento e apprendimento, tuttavia è importante stabilire un buon rapporto di *feedback* con il tutor affinché questa sia davvero efficace per la crescita professionale.

Didattica formale

È compito del Consiglio di Scuola pianificare e calendarizzare un programma preciso di didattica formale per ogni anno di corso.

Questo programma favorirà l'acquisizione dei *learning outcome*, soprattutto afferenti all'area del *knowledge*, sia della tipologia della Scuola che relativi alle altre materie. Pertanto verranno pianificati momenti didattici formali:

- della tipologia di Scuola, organizzati dai docenti della tipologia di Scuola
- degli altri Settori Scientifico Disciplinari, organizzati dai docenti titolari delle rispettive discipline.

La didattica formale mantiene infatti la sua importanza anche nel post laurea. È molto importante, infatti che tutti i *learning outcome* afferenti alla sfera del *knowledge*, elencati nel *syllabus*, vengano acquisiti nell'arco della durata del *training* e che tutti i contenuti previsti dai *learning outcome* siano presenti in un programma dettagliato di momenti formativi che accompagnerà lo studio personale del medico in formazione, facilitandolo e guidandolo.

Per didattica formale, quindi, si intendono tutti quei momenti di insegnamento pianificati e calendarizzati. Per ogni attività formativa formale dovranno essere specificati chiaramente, e comunicati con anticipo, luogo e ora di svolgimento, gli obiettivi (quali *learning outcome*, soprattutto afferenti alla sfera del *knowledge*), i docenti o tutor responsabili, i medici in formazione a cui tale momento è rivolto (solo un anno di corso, tutti gli Specializzandi, ecc.) e i metodi didattici utilizzati. Molte strategie didattiche possono essere utilizzate per lo svolgimento della didattica formale.

È fortemente consigliato cercare di introdurre strategie di didattica formale diverse

dalla lezione frontale tenuta dal docente. È molto utile l'introduzione di altri metodi di insegnamento/apprendimento (vedere sotto, per esempio PBL, TBL, *e-learning*, simulazione, *flipped classroom* ecc.) al posto o a fianco della lezione frontale che pongano il discente in una posizione attiva.

In ultimo, il docente dovrà coordinare la didattica formale con i momenti di *assessment*, in termini di contenuti e di tempistiche.

Metodi di insegnamento/apprendimento

Lezione frontale

La lezione frontale è un momento in cui il docente presenta in modo pressoché unidirezionale i contenuti all'audience degli Specializzandi, di solito con il supporto di slide e può essere pianificata secondo un modello deduttivo o induttivo a seconda che parta dalla presentazione sistematica di un argomento (deduttivo) o dalla illustrazione di un caso clinico (induttivo).

Particolarmente importante è che gli obiettivi formativi siano chiari e condivisi con i medici in formazione e che lo svolgimento dell'attività didattica favorisca l'apprendimento. In quest'ottica è cruciale mantenere attiva la concentrazione e la partecipazione degli Specializzandi al momento formativo, ad esempio attraverso domande, esercizi, video, anche con l'utilizzo di applicazioni o software specifici (Kahoot, Socrative, Clickers, Cmap, ecc.).

È molto efficace nel post laurea il coinvolgimento dello Specializzando direttamente nella fase didattica (per esempio preparazione di una parte della lezione, introduzione di un caso clinico, ecc.), sempre supervisionato dal tutor/docente nella preparazione e durante l'esposizione.

Flipped classroom

Attraverso il metodo della *flipped classroom*, viene ribaltato lo schema standard che vede la lezione frontale venire cronologicamente prima dello studio personale. La *flipped classroom* invece propone prima un momento di studio personale, i cui materiali e contenuti sono ben specificati e forniti al medico in formazione, prima della lezione stessa, e poi un successivo momento collegiale con il tutor/docente, durante il quale l'attività didattica vede il discente protagonista, attraverso attività come presentazioni da parte degli Specializzandi, risoluzione di casi clinici, attività di *team-based learning* (TBL), discussione a piccoli gruppi, ad esempio, su una diagnosi differenziale o su un piano di trattamento, attività a quiz, attività di simulazione, ecc.

È importante prevedere anche un momento di valutazione del gradimento del metodo formativo da parte dello Specializzando.

Apprendimento a piccoli gruppi: *Problem-Based Learning (PBL)*

Questo metodo di insegnamento e apprendimento si svolge di solito all'interno di un piccolo gruppo di Specializzandi, cui viene sottoposto un problema, ad esempio uno scenario clinico. Con il supporto del tutor/docente che svolge il ruolo di facilitatore, vengono definiti i problemi e i sottoproblemi, formulate le ipotesi esplicative o risolutive, definiti gli argomenti di studio. Viene successivamente lasciato il tempo e lo spazio per lo studio e l'approfondimento personale, individuale e autodiretto. La discussione successiva all'interno del gruppo permette di condividere conoscenze e ragionamenti e lascia spazio alla valutazione tra pari. Al termine di più incontri di PBL, il corpo docente prevederà anche dei momenti di valutazione delle conoscenze acquisite.

È importante prevedere anche un momento di valutazione del gradimento del metodo formativo da parte dello Specializzando.

Apprendimento in piccoli gruppi: *Case-based Learning (CBL)*

Questo metodo di insegnamento e apprendimento si svolge, di solito, all'interno di un piccolo gruppo di Specializzandi, cui viene sottoposto specificatamente un caso clinico con la richiesta di svolgere un corretto inquadramento clinico, la diagnosi differenziale e la pianificazione terapeutica del paziente. La discussione all'interno del piccolo gruppo riguarda le fasi della gestione clinica del paziente e permette la crescita e la valutazione reciproca tra pari.

Deve essere previsto un momento di restituzione e condivisione con il tutor/docente, che rappresenta occasione di insegnamento/apprendimento e di valutazione.

Apprendimento in piccoli gruppi: *Team-Based Learning (TBL)*

Questo metodo di insegnamento e apprendimento favorisce lo sviluppo della capacità di lavorare in modo efficace all'interno di una équipe, anche interprofessionale e interdisciplinare.

Il docente pianifica il percorso formativo in modo che i medici in formazione acquisiscano conoscenze teoriche e che le possano applicare a situazioni concrete.

Il TBL si svolge seguendo sette fasi:

1. Fuori dall'aula, studio indipendente su materiali forniti dal docente.
2. In aula, ogni studente risponde a un questionario con domande a risposta a scelta multipla che vanno a indagare l'apprendimento delle conoscenze acquisite (I-RAT: *Individual Readiness Assurance Test*).
3. In aula, creazione di piccoli gruppi di lavoro cui viene sottoposto lo stesso questionario della fase precedente. In questo caso gli studenti devono discutere per scegliere la risposta ritenuta corretta (T-RAT: *Team-Readiness Assurance Test*).
4. In aula: il team può fare ricorso al docente se ritiene che alcune domande siano mal formulate o che le risposte siano ambigue.
5. Mini-lezione del docente: a questo punto il tutor/docente fornisce una spiegazione e chiarimento dei punti centrali dell'argomento, soprattutto quelli su cui i gruppi hanno fatto più fatica.
6. In aula, il docente propone ai gruppi una serie di casi da risolvere per i quali è necessario applicare le conoscenze studiate individualmente e accertate durante il RAT. Questa fase si chiama *Team Application* o T-App.
7. In aula, al termine di tutto il processo, ogni medico in formazione deve valutare i suoi compagni di gruppo al fine di dare un *feedback* costruttivo mirato a migliorare lo sviluppo di una squadra altamente integrata ed efficiente.

Journal Club

È un momento collegiale in cui medici in formazione tutor e docenti si incontrano per discutere recenti pubblicazioni di letteratura scientifica.

Durante il corso di specializzazione è infatti molto importante che lo Specializzando riceva una formazione moderna e aggiornata e allo stesso tempo si abitui a ricercare, leggere e presentare i contenuti della ricerca scientifica e di conseguenza a usarli nella pratica clinica, in modo che questa diventi sempre più *evidence-based*.

La letteratura presentata e discussa in tali incontri può essere rappresentata da articoli scientifici, *case reports*, linee guida, revisioni sistematiche ecc.

È molto importante che gli incontri siano ben pianificati e calendarizzati, in modo da favorire la partecipazione di tutti, siano svolti con regolarità e continuità e in quest'ottica è auspicabile che sia individuato un tutor/docente responsabile dell'organizzazione.

Clinical Conference: discussione collegiale

Molti team sono soliti incontrarsi periodicamente, ad esempio in un dato giorno della settimana, per condividere l'andamento clinico dei pazienti e discutere alcuni casi particolari.

Tali momenti rappresentano un'importante occasione di apprendimento per il medico in formazione, che può seguire il ragionamento clinico e il confronto tra colleghi e può in prima persona presentare casi clinici o situazioni, affinando così le proprie competenze in termini di presentazione, ma anche di sintesi e di chiarezza. Particolarmente utile è fornire un feedback allo Specializzando in relazione alla sua presentazione.

MDT, Multi-disciplinary team discussion

Molte sono le occasioni di confronto multidisciplinari e anche interprofessionali nella realtà lavorativa di cui gli Specializzandi entrano a far parte. Tali discussioni e riunioni rappresentano una importante occasione formativa e di apprendimento. È consigliato incoraggiare il medico in formazione a partecipare attivamente a tali riunioni, chiedendogli di presentare casi clinici di pazienti o situazioni problematiche.

Seminari

Sono occasioni formative, di aggiornamento e confronto organizzate di solito nel contesto di unità operativa o dipartimento. La partecipazione del medico in formazione è importante e utile per avere costanti stimoli per lo studio e l'approfondimento ed è opportuno incoraggiare la partecipazione attiva, anche attraverso la presentazione diretta di alcuni temi da parte dello Specializzando durante questi incontri.

Partecipazione a congressi e corsi di formazione

Congressi e corsi rappresentano un'occasione di formazione e aggiornamento. La partecipazione a tali eventi dovrebbe essere pianificata insieme a tutor/docenti,

essere pertinente al momento formativo e tenere conto dei contenuti degli eventi in relazione allo studio personale e programma didattico dello Specializzando. La presentazione diretta di comunicazioni, scritte e orali, nelle sessioni congressuali da parte del medico in formazione è auspicabile ed incoraggiata.

Simulazione

Il contesto della simulazione può essere molto prezioso nella formazione post laurea. Questo non può certamente sostituire la pratica clinica, con il paziente reale e in situazioni *real life*. Tuttavia può rappresentare uno strumento importante, soprattutto all'inizio del percorso formativo, per acquisire familiarità e confidenza, sia nelle manovre pratiche sia nella gestione di situazioni cliniche complesse, e può riferirsi ad aspetti più comportamentali, come la comunicazione con il paziente o il lavoro in team. Grazie alle nuove tecnologie (per esempio registrazione durante la comunicazione con paziente simulato), il contesto di simulazione può rivelarsi utile per la valutazione da parte di tutor/docenti e per la autovalutazione del medico in formazione, che può così migliorare la sua consapevolezza.

La simulazione può avvalersi di diversi tipi di strumenti: i manichini, il paziente simulato, il paziente virtuale, le situazioni cliniche complesse, il *Crisis Resource Management* (CRM), ecc.

In Italia sono sempre più diffusi i Centri di Simulazione dove gli Specializzandi possono acquisire competenze teoriche, comportamentali e pratiche grazie a simulazioni a bassa, media e alta fedeltà.

Studio indipendente

Soprattutto per quanto riguarda i *learning outcome* teorici, rimane molto importante che il medico in formazione, specialmente ai primi anni, porti avanti con costanza uno studio personale mirato all'acquisizione di quelle conoscenze necessarie a svolgere con sicurezza e competenza l'attività clinica.

È molto importante che lo studio personale, seppur autonomo, sia supportato dai tutor/docenti, e accompagnato dalla didattica formale.

E-learning

Numerosi strumenti informatici supportano in epoca moderna la formazione e l'aggiornamento in ambito medico. È incoraggiato l'utilizzo di *software* di simulazione, di aggiornamento, blog di condivisione di contenuti, programmi di riproduzione di immagini radiologiche, interventi chirurgici, ecc. Possono rivelarsi

molto utili anche corsi svolti a distanza (formazione a distanza o FAD) grazie al supporto tecnologico.

Apprendimento tra pari

I medici in formazione possono organizzare momenti di formazione autogestiti, dove approfondiscono alcuni argomenti, preparano brevi presentazioni, si scambiano materiale di studio, discutono situazioni cliniche vissute, ecc. Questi momenti possono rivelarsi molto utili e devono essere incoraggiati. Il tutor/docente può prendere parte o meno a questi incontri, ma deve sempre cercare di mantenere l'autogestione e autonomia degli Specializzandi intatta.

Attività professionalizzante

Una larga parte delle attività formative svolte dei medici in formazione specialistica è rappresentata dall'attività professionalizzante che viene svolta all'interno delle strutture ospedaliere universitarie e della rete formativa.

Nello svolgimento dell'attività professionalizzante, in quanto medico chirurgo laureato e abilitato alla professione, lo Specializzando eroga un servizio assistenziale, sempre sotto la supervisione del personale medico strutturato, con un grado di autonomia variabile in proporzione alle proprie competenze.

L'attività professionalizzante viene svolta in diverse strutture, ed è organizzata in un programma di rotazioni che la Scuola fornisce allo Specializzando periodicamente. Per ciascuna rotazione vengono definiti dal Direttore e dal Consiglio della Scuola (oppure nel Piano di Studi), le competenze e *learning outcome* specifici che devono essere raggiunti.

Per ogni rotazione è individuato un tutor, responsabile clinico della rotazione, che lavorerà fianco a fianco con lo Specializzando e sarà quindi incaricato di valutare, alla fine del percorso, le competenze acquisite e quelle non ancora completamente acquisite dallo Specializzando, in un apposito *Supervision Report* (SR). Nel caso in cui, durante una rotazione, ci siano più di un tutor che ha lavorato a stretto contatto con il medico in formazione, essi concorreranno alla compilazione del SR.

Tale report verrà sottoscritto dal responsabile dell'Unità Operativa dove l'attività professionalizzante è stata svolta e consegnata al Direttore di Scuola.

Tali documenti vanno a costituire il Portfolio dello Specializzando e vengono visionati insieme a tutti i documenti relativi alla formazione, in sede di esame annuale da parte del Direttore e dei docenti di tipologia di Scuola.

Insegnamento/apprendimento durante l'attività professionalizzante (sul campo)

L'attività professionalizzante che il medico in formazione svolge regolarmente nel contesto assistenziale rappresenta una opportunità formativa preziosa e costante.

Tuttavia fare molta esperienza professionale non sempre significa diventare sempre più competenti. Se non adeguatamente supervisionata, valutata costantemente e accompagnata da studio e riflessione personale, l'esperienza professionale da sola rischia di non essere sufficiente per maturare una eccellente e autonoma professionalità.

Di seguito sono elencate e brevemente descritte alcune strategie per ottimizzare al meglio l'apprendimento durante l'attività professionalizzante.

Apprendimento nella pratica clinica col paziente

In presenza del paziente e del tutor, lo studente va a costituire la cosiddetta *triade dell'apprendimento*. Lo Specializzando mette alla prova le sue capacità professionali nel contesto dell'assistenza del paziente, supervisionato e supportato dal tutor che conosce i limiti della competenza e indipendenza del discente e fornisce un costante *feedback* volto alla crescita e al miglioramento (vedi di seguito, *feedback*).

Giro visite

Nel contesto dell'assistenza di pazienti ricoverati, il momento del giro visite rappresenta un'occasione di confronto con il personale strutturato e docente, un momento di discussione e riflessione sulle varie situazioni cliniche e anche l'occasione per osservare direttamente e mettere in pratica manovre pratiche (dal semplice esame obiettivo a procedure invasive). Il giro visite è un momento prezioso perché professionisti di diversa esperienza e competenza si confrontano.

Lo Specializzando si può trovare anche nella situazione di insegnare e trasmettere esperienza e competenza a studenti o Specializzandi più giovani.

Clinical Conference (discussione collegiale)

Molti team sono soliti incontrarsi periodicamente, ad esempio in un dato giorno della settimana, per condividere l'andamento clinico dei pazienti e discutere alcuni casi particolari.

Tali momenti rappresentano un'importante occasione di apprendimento per il medico in formazione, che può seguire il ragionamento clinico e il confronto tra colleghi e può in prima persona presentare casi clinici o situazioni, affinando così le proprie competenze in termini di presentazione, ma anche di sintesi e di chiarezza. Particolarmente utile è fornire un *feedback* allo Specializzando in relazione alla sua presentazione.

Report back model (modello del rapporto al tutor)

Il modello è quello secondo il quale il medico in formazione specialistica va a visitare/intervistare il paziente e poi riporta un report al tutor. Quest'ultimo ha così modo di confrontarsi con lo Specializzando stimolandolo a migliorare nei punti di debolezza e consolidando i punti di forza. Il tutor ha poi la possibilità di rivisitare il paziente e questa rappresenta un'ulteriore opportunità formativa per il medico in formazione.

One-one teaching (insegnamento/apprendimento uno ad uno)

Insegnamento diretto del tutor al discente sulle attività cliniche e in particolare sulle manovre pratiche o invasive, durante una operazione chirurgica o al letto del paziente.

Parallel chart (Cartella clinica parallela)

Metodo di insegnamento incentrato sulla compilazione e commento di una cartella clinica fittizia, volto a sviluppare il ragionamento clinico e le capacità pratiche di riassumere situazioni cliniche e compilare adeguatamente le annotazioni cliniche.

Narrative reflection (Riflessione Narrativa)

Stesura narrativa delle impressioni e del vissuto del medico in formazione dopo un'attività clinica. Particolarmente utile per la consapevolezza e la maturazione di aspetti comportamentali, umani ed etici, con particolare attenzione agli aspetti emotivi.

Thinking aloud (Pensare ad alta voce)

Se il tutor durante l'attività clinica riporta a voce alta i propri pensieri e il proprio

ragionamento clinico, questo può rappresentare una buona occasione di crescita e apprendimento, per il medico in formazione.

Feedback e supervision

L'attività professionalizzante occupa la maggior parte del tempo nella post laurea e offre una fondamentale opportunità di apprendimento poiché si avvale dell'insegnamento sul campo e dello stretto rapporto con il tutor.

Il medico in formazione specialistica esercita attività clinica con progressiva autonomia via via che acquisisce più competenza.

Il tutor è la figura responsabile della costante supervisione dello Specializzando, garantendo la sicurezza assistenziale per il paziente e aiutando il medico in formazione a migliorare in competenza e autonomia. Lo strumento che rende possibile per il tutor un'efficace supervisione professionale nei confronti del medico in formazione è il *feedback*.

Per *feedback* si intende l'interazione tra medico in formazione e tutor nel contesto dell'attività professionale, compreso il momento di confronto successivo allo svolgimento dell'attività, in cui il tutor condivide con il medico in formazione un'analisi della prestazione svolta.

Il processo di *feedback* è articolato in tre fasi:

1. Condivisione tra medico in formazione e tutor del piano di attività professionalizzante da svolgere (contratto di apprendimento o *learning contract*).
2. Svolgimento da parte dello Specializzando dell'attività pianificata.
3. Incontro tra medico in formazione e tutor per analizzare e riflettere sulle attività svolte, con conseguente eventuale correzione della gestione clinica, nell'ottica di garantire la sicurezza del paziente.

Nella pratica clinica quotidiana, sotto la costante pianificazione e supervisione del tutor, lo Specializzando svolge attività cliniche variabili, proporzionali alle sue competenze e alla sua autonomia, ma costantemente riferisce e discute il suo operato con il tutor il quale fornisce un riscontro. In questo contesto un *feedback* diretto e costruttivo, è volto a garantire non solo la sicurezza assistenziale per il paziente, ma anche a far crescere e migliorare lo Specializzando come professionista.

Il *feedback* è un processo continuo che riguarda sia gli aspetti della prestazione clinica che quelli comportamentali ed etici.

Lo scopo del *feedback* è la costante crescita e interazione tra medico in forma-

zione e medico già Specialista riguardo a specifiche attività cliniche da svolgere, sempre garantendo la sicurezza del paziente.

È molto importante che i compiti clinici siano ben chiari e che si instauri un rapporto di fiducia tra tutor e medico in formazione, e che il momento del *feedback* sia svolto faccia a faccia, adeguato, costruttivo, avvenga con sufficiente calma e tempo a disposizione, specifico sulle attività svolte, tempestivo dubbio dopo l'attività stessa.

È inoltre molto importante che gli obiettivi formativi, le competenze e i *learning outcome*, siano ben chiari sia al medico supervisore che al discente.

7. Sistema e metodi di valutazione

Sistema di valutazione

La valutazione è un processo strategico continuo che permette di accertare il raggiungimento dei *learning outcome* del medico in formazione specialistica, indirizzandone l'apprendimento e permettendo la certificazione delle competenze. È pertanto molto importante che tutto il percorso formativo dello Specializzando sia accompagnato da costanti momenti valutativi.

Non si può garantire un buon percorso formativo e l'adeguata acquisizione di competenze senza una valutazione costante e di qualità capace di cogliere la complessità della formazione specialistica. Il motivo per cui si ricercano numerosi momenti valutativi, ripetuti, svolti da persone diverse e con metodi di valutazione diversi è legato al fatto che solo con una valutazione da diversi punti di vista si riesce a caratterizzare bene, a tutto tondo, il medico in formazione con i suoi punti di forza e gli aspetti da migliorare.

La valutazione può essere distinta in due tipologie:

- Valutazione *sommativa (o certificativa)*: volta a certificare l'acquisizione di una competenza e pertanto mirata al conseguimento di idoneità per una promozione o una certificazione.
- Valutazione *formativa*: volta a far crescere e migliorare il discente; ha pertanto lo scopo di informare il medico in formazione sul cammino che gli resta da fare per il conseguimento dei *learning outcome*.

•

A sua volta distinguiamo la valutazione in:

- Valutazione **formale**: momenti valutativi organizzati, calendarizzati, dedicati essenzialmente ma non esclusivamente alla valutazione dei *learning outcome* dell'area del *knowledge* (per esempio prova scritta strutturata pianificata per una tale data volta a valutare specifici *learning outcome*).
- Valutazione **durante lo svolgimento dell'attività professionalizzante**:

svolta mentre il medico in formazione svolge l'attività professionale – per esempio miniCEX svolto nel contesto di una normale giornata lavorativa (vedi sotto).

Valutazione sommativa (o certificativa)

Esame annuale

Una volta all'anno il medico in formazione specialistica viene sottoposto ad un esame condotto dal Direttore di Scuola e dai docenti della tipologia di Scuola per il passaggio all'anno successivo. Alla commissione possono prendere parte anche altri docenti.

Si tratta quindi di una valutazione sommativa, volta al passaggio di anno.

Tuttavia oltre all'eventuale prova scritta o orale cui la commissione sottopone il medico in formazione, la valutazione consiste anche nella revisione di tutte le attività svolte durante l'anno conclusosi, la presa visione di tutte le valutazioni svolte, i Report di Rotazione redatti da ciascun tutor, la partecipazione agli eventi formativi interni o esterni al programma didattico della Scuola, la presenza alla didattica formale, ecc.

In quanto tale, quindi, l'esame annuale è un momento valutativo che tiene conto di quanto fatto fino a quel momento.

Tutto il materiale valutativo e formativo viene conservato dal medico in formazione dentro al portfolio e presentato alla commissione per la revisione.

La responsabilità dell'esame annuale è dei docenti della tipologia di Scuola, aventi il ruolo di *educational supervisor* (responsabile del percorso formativo dello Specializzando, ruolo differente dal *clinical supervisor*, il quale supervisiona lo Specializzando durante l'attività professionalizzante), i quali sono tenuti a svolgere un'attività di *coaching*: identificare insieme al medico in formazione i punti di debolezza e di forza, valutare opportunità e concordare il progetto formativo personalizzato per gli anni successivi del *training*.

Nel caso in cui il percorso fatto fino a quel momento da parte del medico in formazione sia valutato insufficiente per la promozione all'anno successivo, i docenti della tipologia di Scuola si fanno carico della decisione.

Prova finale

Al termine del percorso formativo, il medico in formazione effettua la prova finale, la quale prevede la discussione della tesi di specializzazione sotto la supervi-

sione del Direttore di Scuola e dai Docenti della tipologia di Scuola. Questi certificano il conseguimento del titolo di Specialista, revisionando e tenendo conto anche di tutti i momenti di valutazione a cui lo Specializzando si è sottoposto durante il percorso formativo e di tutti i Report di Rotazione effettuati dai dirigenti medici che hanno affiancato il medico in formazione durante l'attività clinica nelle varie rotazioni.

Metodi di valutazione formale

Prove scritte (PS)

Quesiti a risposta multipla

Test scritto composto da domande a risposta multipla. Per rendere la valutazione più accurata, oggettiva e riproducibile è preferibile che il numero dei quesiti sia consistente, che non ci sia più di una risposta corretta e che la domanda espressa nel quesito sia univoca, chiara e diretta. È possibile anche strutturare le domande a risposta multipla con risposta *vero o falso* oppure secondo la struttura *extended matching*, cioè elencando una serie di risposte possibili (per esempio possibili diagnosi) tra le quali scegliere le risposte ad una serie di domande (per esempio scenari clinici). Particolarmente utile nella valutazione delle conoscenze.

Essay

Viene richiesto al candidato di fornire una risposta sotto forma di breve testo/saggio ad una domanda aperta. Particolarmente adatto per la valutazione del ragionamento clinico, dell'applicazione pratica delle conoscenze a specifici scenari. È consigliabile specificare la lunghezza massima della risposta. L'*essay* può essere anche utilizzato per la elaborazione di un progetto.

Modified Essay Question (MEQ)

È una sequenza di domande relative a un caso clinico che si svolge in un dato periodo di tempo. Dopo aver risposto alla prima domanda, vengono fornite ulteriori informazioni seguite da ulteriori richieste. Il MEQ tipico può presentare almeno sei domande a risposta aperta e breve o domande a risposta multipla.

Domande con simulazione

Domande a risposta chiusa o aperta che vedono nel testo la presentazione di uno scenario clinico e uno specifico quesito relativo a questo.

Prove orali (PO)

Sessioni di valutazione improntate intorno all'intervista del medico in formazione da parte di tutor e/o docenti volte a valutare l'acquisizione di competenze, specialmente teoriche (*knowledge*). Durante l'intervista orale si possono richiedere nozioni, ma anche sottoporre al medico in formazione specialistica scenari clinici o immagini/filmati.

È particolarmente utile che la commissione di docenti e/o tutor che si trova a valutare il medico in formazione specialistica con un'intervista orale sia composta da più di un docente per migliorare l'oggettività e la riproducibilità della valutazione.

OSCE, *Objective Structured Clinical Examination*

L'OSCE è una modalità di valutazione che consiste in una serie di stazioni strutturate che il candidato attraversa in sequenza. In ogni stazione il medico in formazione viene messo alla prova rispetto ad un compito specifico, volto a valutare una particolare competenza, come ad esempio la raccolta di un'anamnesi, lo svolgimento di una *skill* pratica (per esempio esame obiettivo neurologico, esecuzione di una puntura lombare, Rianimazione Cardio-Polmonare, ecc.) o le capacità relazionali e comportamentali, attraverso ad esempio un colloquio con un paziente relativo alla comunicazione di una cattiva notizia o all'educazione alimentare o alla cessazione del fumo. Particolarmente utile è l'utilizzo della simulazione nella valutazione OSCE (manichini, paziente simulato, attori, paziente esperto, ecc.).

L'OSCE è particolarmente utilizzato come valutazione dell'acquisizione di competenze di ordine più generale, piuttosto che competenze più specifiche.

Per migliorarne l'oggettività e la riproducibilità, ogni stazione deve avere la stessa durata in termini di tempo e il valutatore per ogni situazione deve essere ben formato e controllare il corretto svolgimento del compito assegnato in accordo con *checklist* preparate precedentemente e definite con le varie voci/fasi della procedura che si va a valutare.

Metodi di valutazione durante lo svolgimento dell'attività professionalizzante (sul campo)

MiniCEX (*Mini Clinical Evaluation Exercise*)

È uno strumento pratico e dinamico per la valutazione delle competenze cliniche del medico in formazione.

Il valutatore osserva direttamente la *performance* dello Specializzando durante l'attività lavorativa nello scenario clinico reale. Dopo l'osservazione segue una breve discussione durante la quale il valutatore restituisce al medico in formazione un *feedback* sulle abilità cliniche prese in esame (es, raccolta di anamnesi, esame obiettivo, comunicazione, gestione clinica, ecc.). Il momento valutativo viene completato dalla compilazione di una pratica e apposita scheda che viene archiviata dal medico in formazione nel proprio portfolio (vedi allegato).

Il MiniCEX è un metodo veloce e pratico per valutare lo Specializzando all'interno del proprio contesto lavorativo. La durata dell'osservazione generalmente non supera i 15 minuti e il momento di *feedback* e di compilazione della scheda ha una durata simile. Ha il vantaggio di favorire e guidare il processo di *feedback* e di aumentare l'interazione tra il tutor e il medico in formazione.

Dovrebbe essere utilizzato spesso: realizzare e compilare un valido numero di MiniCEX aumenta l'oggettività e la rilevanza della valutazione, così come il fatto che questi siano realizzati da valutatori diversi.

CbD (Case-based Discussion, Discussione basata sui casi)

Consiste in un momento di discussione tra tutor e medico in formazione riguardo ad un caso clinico nella cui gestione lo Specializzando è stato coinvolto.

Solitamente ci si serve delle note e del materiale clinico relativo al caso (per esempio esami strumentali, risultati di laboratorio).

Lo Specializzando presenta brevemente il caso e durante la presentazione ne discute attivamente con il tutor. Al termine della presentazione il tutor restituisce un *feedback* e compila l'apposita scheda che viene conservata dallo Specializzando nel proprio portfolio.

La durata è di circa 10–15 minuti per la presentazione e discussione e altri 10 minuti circa per il *feedback* restituito dal tutor.

È uno strumento molto utile per valutare il ragionamento clinico, la capacità di interpretare i dati e di prendere decisioni. È pertanto adatto anche a Specializzandi più avanti nel percorso formativo.

È rapido e dinamico e fattibile nella pratica quotidiana.

Dovrebbe essere utilizzato spesso: realizzare un valido numero di CdB aumenta l'oggettività e la rilevanza della valutazione, così come il fatto che questi siano realizzati da valutatori diversi.

Presentazione durante discussione collegiale (Presenting Skills Assessment PSA)

Molte unità operative programmano regolari incontri in cui il personale medico si

confronta sulla gestione clinica e il percorso assistenziale dei pazienti seguiti dal team, oltre che su altri temi con finalità di aggiornamento o implementazione del sistema qualità.

Queste rappresentano occasioni per il medico in formazione specialistica per mettere alla prova le proprie capacità di presentazione, ma anche le proprie conoscenze e occasioni di valutazione per il tutor, che può fornire un *feedback*. In particolare, il tutor e lo Specializzando potranno confrontarsi sulla *performance* di quest'ultimo durante la discussione collegiale, analizzandone le capacità di sintesi, di presentazione, di focalizzazione sugli aspetti più importanti, di risoluzione di problemi clinici, di ricerca di informazioni dalla letteratura e di lavoro in team.

Osservazione diretta di skills pratiche (*Direct Observation of Procedural Skills DOPS*)

Il tutor osserva direttamente il medico in formazione durante l'esecuzione di una manovra invasiva o comunque di una procedura pratica.

Subito dopo la *performance* lo Specializzando riceve immediato *feedback* e il tutor sottolinea i punti di forza e gli aspetti da migliorare.

Il tutor si serve per la valutazione di una *checklist* strutturata, volta ad analizzare tutte le fasi e gli aspetti dello svolgimento della procedura.

360° Multi Source Feedback (MSF)

Questo strumento prevede la valutazione di alcuni aspetti professionali dello Specializzando da parte di diversi attori (colleghi, personale non medico, pazienti, ecc.) che hanno la possibilità di osservare il suo lavoro.

La valutazione si basa sulla compilazione di un questionario strutturato con scale di Likert, che prendono in considerazione alcuni aspetti professionali, quali le capacità di relazionarsi con il paziente, le capacità comunicative, di risoluzione di problemi, di lavoro in team, *leadership*, puntualità, affidabilità, ecc.

Report di Rotazione (RR)

È il report compilato dal Dirigente Medico responsabile della supervisione di una rotazione. Tale documento viene compilato dopo il confronto tra il medico in formazione e il tutor, contiene:

- A. una descrizione dell'attività svolta
- B. una valutazione relativa alle competenze e ai *learning outcome* raggiunti
- C. la definizione dei *learning outcome* ancora da raggiungere

- D. un'attività di *coaching*, cioè il commento del tutor che valuta le attitudini e gli aspetti comportamentali dello Specializzando, i suoi punti di forza e gli aspetti su cui deve ancora lavorare, al fine di facilitare il percorso successivo dello Specializzando
- E. il riassunto di tutti i principali eventi formativi e valutativi svoltisi durante la rotazione.

Il report compilato viene inviato, dopo eventuale controfirma da parte del Direttore responsabile dell'Unità Operativa ove l'attività professionalizzante si è svolta, al Consiglio di Scuola, dove viene analizzato durante la valutazione sommativa (esame annuale e/o prova finale). Una copia viene consegnata anche allo Specializzando che la conserverà nel suo portfolio cartaceo/elettronico.

Journal Club Assessment (JCA)

Il *Journal Club* è un momento collegiale in cui medici in formazione tutor e docenti si incontrano per discutere recenti pubblicazioni di letteratura scientifica (vedere *Journal Club* tra i metodi di insegnamento/apprendimento).

Oltre che un importante momento formativo e di apprendimento, il *Journal Club* può rappresentare anche un'occasione di valutazione da parte del tutor. Infatti il medico in formazione viene spesso coinvolto nella ricerca del materiale scientifico da discutere e nella presentazione dello stesso e pertanto può essere valutato sulla maturazione di progressiva competenza nell'ambito dell'utilizzo di database di ricerca e selezione della letteratura scientifica, delle capacità di aggiornamento, delle *skill* di presentazione, di ragionamento e gestione clinica *evidence-based*, ecc.

Audit Assessment (AA)

L'*audit* è un processo sistematico, indipendente e documentato di valutazione della qualità dell'operato. Lo Specializzando è spesso coinvolto nella preparazione ed esposizione di dati e risultati durante gli incontri di *audit* che in quanto tali possono rappresentare occasione di valutazione. L'*audit* pertanto può essere utilizzato come strumento di *assessment* di un Medico in Formazione Specialistica nel completare un processo di valutazione indipendente. La valutazione dell'*audit* può essere basata sulla revisione della documentazione raccolta e analizzata, sulla capacità di presentazione di un processo di valutazione effettuata dallo Specializzando durante le riunioni periodiche.

Teaching Observation (TO)

Il medico in formazione specialistica durante il suo percorso si trova spesso ad insegnare (lezioni a colleghi o studenti, momenti formativi per professionisti sanitari o educazionali per i pazienti, ecc.). Il tutor ha pertanto molte occasioni per fornire un *feedback* strutturato e formativo ai Medici in Formazione Specialistica sulla loro competenza nell'insegnamento.

Direct Observation (DO)

Osservazione diretta del medico in formazione specialistica mentre svolge attività pratiche e di comunicazione interpersonale, in situazioni reali o simulate, con l'ausilio di *checklist* o griglie di osservazione.

8. Risorse umane

Le numerose figure che rappresentano le risorse umane all'interno della Scuola di Specializzazione e della rete formativa, sono definite e descritte nei DM 68/2015, DM 402/2017 e nei DLgs 368/99.

Di seguito si descrivono i ruoli che tali figure svolgono nel processo di insegnamento/apprendimento, di valutazione e di certificazione delle competenze che il Medico in Formazione Specialistica acquisisce durante il suo percorso formativo, nonché nello svolgimento dell'attività professionalizzante e di *feedback*.

- Il **Direttore di Scuola e i docenti dei SSD di riferimento della Scuola** ricoprono il ruolo di coordinamento delle attività di didattica e di valutazione e sono responsabili di supervisionare la formazione dei singoli Specializzandi. In particolare, essi realizzano l'esame annuale, inteso come momento di revisione dell'attività professionalizzante e formativa svolta dal medico in formazione durante l'anno conclusosi, in termini di valutazioni ricevute e di report di rotazione, e come momento di certificazione delle competenze acquisite. Il Direttore di Scuola e docenti dei SSD di riferimento della Scuola sono anche responsabili dello svolgimento della prova finale, intesa come momento conclusivo del percorso formativo specialistico e comprensivo della presentazione del lavoro di Tesi di Specializzazione e della revisione finale di tutti i report di rotazione e di tutti i momenti valutativi. Mediante la prova finale il Direttore di Scuola e i docenti dei SSD di riferimento della Scuola certificano l'acquisizione delle competenze specialistiche del medico in formazione.
- Il **Consiglio di Scuola**, così come definito all'interno del DM 68/2015, è l'organo deputato a definire e approvare il Piano di Studi della Scuola e si

occupa di deliberare in merito ad ogni aspetto relativo all'attività formativa e valutativa erogata dalla Scuola stessa, compresa la definizione della docenza e della rete formativa.

- I **Docenti dei SSD diversi da quelli della tipologia di Scuola** sono responsabili della didattica e della valutazione formale relativa al proprio SSD. Tali docenti sono inoltre responsabili dell'attività professionalizzante svolta dallo Specializzando durante le rotazioni, qualora queste si svolgano presso le strutture assistenziali di cui essi sono responsabili.
- I **Direttori delle Unità Operative delle Strutture** facenti parte della Rete Formativa hanno la responsabilità di supervisionare l'attività professionalizzante svolta dal medico in formazione presso la propria struttura e di rendicontarne al Consiglio di Scuola.
- I **Dirigenti Medici della Struttura di Sede e delle Strutture** sulle quali insiste la Rete Formativa, qualora affiancati da medici in formazione specialistica, ricoprono il ruolo di tutor clinici e sono incaricati di supervisionare l'attività clinica svolta da questi e hanno pertanto la responsabilità di svolgere costante attività di insegnamento/apprendimento e di valutazione e di redigere il Report di Rotazione.
- **Tutte le figure** con le quali il medico in formazione specialistica entra in contatto durante lo svolgimento della sua attività professionalizzante (professionisti sanitari, pazienti, parenti, personale amministrativo, ecc.) rappresentano opportunità di costante apprendimento e di valutazione.

Tra le figure sopra elencate, quelle che prendono parte al processo formativo del medico svolgendo nei confronti di quest'ultimo un ruolo di supervisione del piano formativo della Scuola e di quello individuale, curandone i passaggi di programmazione, le occasioni di apprendimento e di valutazione formale, in termini di formazione ricoprono il ruolo di *educational supervisor*.

Le figure che affiancano quotidianamente lo Specializzando nell'attività professionalizzante, nel contesto delle rotazioni previste e pianificate, che forniscono costante *feedback*, implementano continui momenti di insegnamento/apprendimento e valutazione sul campo (vedere sezione *Metodi di insegnamento/apprendimento e Metodi di valutazione durante l'attività professionalizzante*), compilano il Report di Rotazione, accompagnano lo Specializzando nella graduale assunzione di responsabilità e autonomia, proporzionalmente all'acquisizione di competenza, garantendo la sicurezza del paziente e la qualità del servizio erogato, in termini di formazione ricoprono il ruolo di *clinical supervisor*.

9. Annotazione e certificazione delle competenze e delle attività

Il medico in formazione specialistica conserva tutto il materiale relativo alla sua formazione in formato cartaceo/multimediale in un portfolio, inteso come raccolta di documentazione, che viene revisionato dai docenti della tipologia di Scuola (*educational supervisor*) durante la valutazione sommativa (esame annuale e/o prova finale) e ogni qualvolta lo ritengano necessario.

Tale materiale raccolto consiste in ogni documento che attesti la partecipazione/svolgimento ad un'attività formativa, ogni valutazione cui il medico in formazione è sottoposto (formale o sul campo) e ogni Report di Rotazione, compilato dai tutor clinici e Direttori di Unità Operativa alla fine di ogni rotazione di attività professionalizzante.

Pertanto il materiale raccolto dal medico in formazione va ad integrare il libretto - diario il quale è composto dalle seguenti parti:

1. scheda identificativa del medico in formazione specialistica, dei tutor e della composizione del corpo docente
2. descrizione delle finalità specifiche della tipologia della Scuola
3. descrizione sintetica del percorso formativo (obiettivi formativi di base, generali e integrati specifici per ogni tipologia di Scuola) con i relativi CFU
4. descrizione qualitativa e quantitativa delle attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità formative di ogni tipologia di Scuola riferite a ogni anno di corso
5. diario delle attività formative professionalizzanti e di didattica formale

(discussione di casi clinici, *journal club*, ecc)

6. registrazione e certificazione della frequenza relativa a pratiche professionalizzanti con diversi gradi di responsabilizzazione all'interno di ogni specifica tipologia di Scuola (per esempio interventi chirurgici, procedure endoscopiche, indagini diagnostiche e strumentali)
7. certificazione dell'attività svolta e del livello di responsabilità ed autonomia crescente in ciascuna delle strutture della rete formativa con relazione del Direttore della struttura circa l'attività svolta dallo Specializzando
8. valutazione annuale da parte del tutor descrivente oltre alle competenze acquisite il grado di autonomia raggiunto
9. registrazione delle attività formative svolte all'estero con certificazione da parte del Direttore della relativa struttura ospitante
10. partecipazioni a corsi, congressi e seminari
11. giudizio valutativo per ogni singolo anno di corso e sull'esame di diploma con il titolo della tesi.

Tali documenti relativi al curriculum e alle attività svolte e alle competenze acquisiti, contenuti nel portfolio, vanno ad integrare le informazioni più specifiche relative al titolo di studio e alla sua utilizzazione, nel cosiddetto *Diploma Supplement*, documento integrativo del Diploma di Specializzazione, che viene rilasciato alla fine del percorso formativo e che certifica nel dettaglio le competenze acquisite, le esperienze fatte e l'autonomia raggiunta durante il percorso di formazione specialistica, caratterizzando meglio quindi il profilo professionale del Neospecialista.

10. Sistema di qualità e di miglioramento

La valutazione del processo formativo erogato dalle Scuole viene eseguita a livello nazionale secondo il monitoraggio previsto dall'Osservatorio Nazionale sulla Formazione specialistica, dai Ministeri e dalle agenzie competenti relative agli standard universitari e assistenziali, avvalendosi degli strumenti ritenuti necessari.

A livello locale, il Direttore e il Consiglio di Scuola sono responsabili della gestione del sistema di qualità relativo alla Scuola stessa, attraverso l'implementazione di una serie di azioni e attività nel contesto dei processi di qualità:

1. Processi principali: relativi alla definizione e progettazione di tutte le attività professionalizzanti, di didattica, insegnamento/apprendimento e valutazione, così come definito nel Regolamento della Scuola. Tale pianificazione delle attività didattiche viene realizzata attraverso la stesura dei Piani di Studio delle attività formative della Scuola e contiene i seguenti punti:
 - progettazione del percorso formativo
 - organizzazione delle attività di didattica frontali
 - organizzazione delle attività assistenziale
 - rotazione obbligatoria dei medici in formazione specialistica tra le differenti strutture della rete formativa
 - organizzazione degli incontri formativi dei medici in formazione specialistici

- organizzazione delle attività di guardia tutorata
 - organizzazione delle attività di ricerca
 - valutazione dell'attività formativa.
2. Processi di supporto: gestione della qualità dei servizi didattici attraverso gli strumenti di supporto e logistica della Scuola:
- registrazione e certificazione delle attività formative
 - sviluppo e mantenimento delle competenze
 - gestione degli approvvigionamenti per la scuola
 - gestione aule, attrezzature e risorse materiali
 - gestione di permessi ai medici in formazione specialistica.
3. Processi Generali: organizzazione della Scuola, mantenimento del sistema di qualità, valutazione da parte dei medici in formazione del processo formativo ricevuto:
- missione e organizzazione della scuola
 - gestione dei rapporti con i servizi territoriali e le strutture periferiche
 - gestione del sistema di qualità della scuola
 - valutazione della scuola da parte dei medici in formazione specialistica
 - gestione del miglioramento della scuola.

11. Piano di Studio Locale delle attività formative della Scuola

Ciascuna Scuola predispone la stesura di un Piano di Studio Locale, in linea con il Regolamento di Scuola, che delinea la progettazione del percorso formativo dello Specializzando e descrive nel dettaglio le attività didattiche della Scuola stessa, comprese le attività di valutazione e le attività professionalizzanti.

Ogni Consiglio di Scuola quindi redige un Piano di Studio Locale, che verrà sottoposto all'attenzione dell'Osservatorio della formazione specialistica.

In particolare tale documento è composto dalle seguenti parti:

- analisi del contesto locale
- risorse umane e docenza della Scuola
- descrizione delle strutture di rete formative su cui insiste la Scuola
- programma della rotazioni di attività professionalizzante tra le strutture della rete formativa (correlate alle competenze e *learning outcome* che si vogliono insegnare e valutare in ogni rotazione di attività assistenziale), indicando le figure di riferimento responsabili dell'attività professionalizzante in ogni rotazione (Direttori delle Unità Operative, tutor clinici, ecc.)
- organizzazione delle attività di didattica formale (correlate alle competenze e *learning outcome* che si vogliono insegnare in ogni attività)
- organizzazione delle attività di valutazione formale (correlate alle competenze e *learning outcome* che si vogliono valutare in ogni attività)
- organizzazione della valutazione sommativa (esami annuali e prove finali).

12. Allineamento con DIM 402/17

| | Argomento | Competenze Specialistiche | Prestazioni minime per tutto il percorso formativo di uno Specializzando da distribuire in funzione del piano formativo (Riferimento DIM 402) |
|---|--|---|---|
| 1 | Valutazione geriatrica multidimensionale | Eseguire una valutazione geriatrica multidimensionale | 100 cartelle cliniche di pazienti ricoverati o ambulatoriali, di cui: 10 cateteri vescicali; 10 esplorazioni rettali; 20 linee venose periferiche; 10 sondini naso-gastrici; 10 toracentesi e 10 paracentesi; 50 esami elettrocardiografi eseguiti e controfirmati; 30 esami emogasanalitici eseguiti e controfirmati; 20 esami ecocardiografici discussi con esperto; 10 esami agiografici discussi con esperto; 20 TC e RMN encefalo discussi con esperto; 50 RX torace discussi con esperto; 20 spirometrie discusse con esperto Saper utilizzare strumenti diagnostici pratici quali l'elettrocardiografo, il pulsossimetro, il reflottometro, il dinamometro 2 occasioni di partecipazione a conduzione di sperimentazioni cliniche controllate Aver acquisito esperienza nella utilizzazione di programmi didattici riferibili alla telemedicina |
| 2 | Condizioni acute | Gestire dal punto di vista diagnostico e terapeutico il paziente geriatrico affetto da patologie acute | 10 manovre di rianimazione su paziente o manichino e aver seguito e superato corsi di aggiornamento di BLS e ACLS (basic e advanced cardiovascular life support) |
| 3 | Cronicità e della disabilità | Diagnosticare e gestire la patologia cronica e la disabilità nel paziente anziano sia in contesto ospedaliero che sul territorio. | 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio della fisiopatologia respiratoria 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio della ecografia vascolare e internistica |
| 4 | Team multidisciplinare e riabilitativo | Fornire un adeguato percorso riabilitativo al paziente anziano sia in un contesto ospedaliero, in modalità di ricovero o di day hospital o ambulatoriale, che sul territorio e riconoscere le condizioni in cui è necessario il contributo di altre figure specialistiche o professionali | *2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di riabilitazione funzionale con particolare riferimento ai disturbi dell'equilibrio e alle prevenzione delle cadute |

| | | | |
|----|--|--|---|
| 5 | Trasferimento del paziente in differente ambiente di cura | Pianificare in modo efficace e sicuro la dimissione e/o il trasferimento in differente ambiente di cura del paziente anziano fragile | *50 occasioni di partecipazione a procedure di valutazione multidimensionale in diversi nodi della rete dei servizi (Distretto, RSA, Centro Diurno), imparando a gestire la continuità dell'assistenza al paziente geriatrico |
| 6 | Stato confusionale acuto e subacuto (delirium) | Riconoscere, diagnosticare e gestire uno stato di delirium che si presenti sia acutamente che subacutamente in pazienti ospedalizzati, sul territorio o in altri contesti | |
| 7 | Demenza | Diagnosticare e gestire il quadro di demenza in ambito ambulatoriale Accertare e gestire il paziente che presenta un declino cognitivo primitivo o nel contesto di altre patologie, in un setting di degenza, in pronto soccorso/medicina d'urgenza, in un reparto per acuti o in una struttura residenziale o sul territorio | 2 settimane presso un CDCD (Centro di diagnosi e cura delle demenze) |
| 8 | Continenza | Diagnosticare, inquadrare e gestire l'incontinenza urinaria e fecale nei diversi contesti di cura | 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di urodinamica |
| 9 | Cadute | Valutare e gestire adeguatamente il paziente che si presenta a seguito di una caduta (con o senza frattura), sia in contesto ospedaliero che extraospedaliero | *2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di riabilitazione funzionale con particolare riferimento ai disturbi dell'equilibrio e alle prevenzione delle cadute |
| 10 | Ridotta mobilità e instabilità posturale | Individuare le cause di ridotta mobilità o immobilità, di instabilità posturale e delinearne l'approccio terapeutico | |
| 11 | Nutrizione | In collaborazione con altre figure professionali, valutare lo stato nutrizionale del paziente anziano nei differenti contesti di cura e impostare una strategia di integrazione nutrizionale adeguata | 20 esecuzioni di bilancio idro-elettrolitico e nutrizionale di pazienti Aver acquisito esperienza nella valutazione clinica, strumentale e laboratoristica della malnutrizione calorico-proteica e degli interventi di nutrizione clinica 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di diabetologia |
| 12 | Integrità cutanea | Diagnosticare, accertare e monitorare i più comuni tipi di ulcere cutanee degli arti inferiori, di lesioni da pressione, di ferite chirurgiche e di altra natura nel paziente anziano | 40 esecuzioni di detersione e medicazione di piaghe da decubito, ulcere trofiche, lesioni in piede diabetico |
| 13 | Disordini del movimento | Gestire in modo adeguato pazienti con disordini del movimento di ogni grado e riconoscere la necessità di trattamento | 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio della malattia di Parkinson/disturbi del movimento |
| 14 | Cure intermedie, medicina di comunità, cure domiciliari e sul territorio | Valutare l'eleggibilità di un paziente ad accedere ad un programma di cure domiciliari o di sollievo. Gestire, nei diversi setting assistenziali, da un punto di vista diagnostico e terapeutico il paziente anziano ammalato o con disabilità, lavorando nel contesto del team multidisciplinare e con i colleghi delle cure primarie | *50 occasioni di partecipazione a procedure di valutazione multidimensionale in diversi nodi della rete dei servizi (distretto, RSA, centro diurno), imparando a gestire la continuità dell'assistenza al paziente geriatrico |

| | | | |
|----|--|---|--|
| 15 | Ortogeriatria e malattia dell'osso | Valutare in urgenza il paziente anziano con patologia ortopedica e gestire l'iter di trattamento, inclusi gli aspetti riabilitativi | *2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di riabilitazione funzionale con particolare riferimento ai disturbi dell'equilibrio e alle prevenzione delle cadute 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di diagnosi e cura delle malattie del metabolismo osseo |
| 16 | Psicogeriatrics | Valutare dal punto di vista diagnostico e gestire dal punto di vista terapeutico il paziente anziano che presente sintomi psichiatrici, e riconoscere quando vi è la necessità dello Specialista | |
| 17 | Cure palliative | Valutare e gestire appropriatamente pazienti affetti da patologie inguaribili (neoplastiche e non neoplastiche) nei diversi contesti di cura e in collaborazione con le altre figure professionali, pianificando e mettendo in atto adeguata terapia di supporto e terapia di fine vita | 2 settimane presso l'ambulatorio/servizio di terapia del dolore e terapia palliativa |
| 18 | Fragilità | Comprendere la fisiopatologia della fragilità e utilizzare gli interventi validati volti a migliorare la salute delle persone anziane con fragilità | |
| 19 | Stroke | Contribuire all'assistenza multidisciplinare del paziente con encefalopatia vascolare acuta e cronica e con disabilità correlata all'ictus, sia nel contesto ospedaliero che in comunità | |
| 20 | Sincope | Conoscere e saper gestire il paziente che si presenta con sincope in ogni contesto di cura | |
| 21 | Medicina perioperatoria nel paziente anziano | Stratificare il rischio operatorio nel paziente anziano e ottimizzare e gestire al meglio il percorso chirurgico, elettivo e d'urgenza | |

| GIUDIZIO GLOBALE SULL'APPROCCIO CLINICO | | |
|---|---|--------------------------|
| | DESCRIZIONE | |
| Al di sotto delle aspettative per il livello formativo atteso | Livello base di inquadramento nella raccolta anamnestica e/o esame obiettivo. Limitate capacità di giudizio clinico nell'affrontare il caso in oggetto. | <input type="checkbox"/> |
| Incontra le aspettative per il livello formativo atteso | Inquadramento sufficiente derivante da accettabile raccolta anamnestica ed esame obiettivo. Capacità di giudizio clinico di base nell'affrontare il caso in oggetto. | <input type="checkbox"/> |
| Al di sopra delle aspettative per il livello formativo atteso | Buon inquadramento derivante da adeguata raccolta anamnestica ed esame obiettivo. Solide capacità di giudizio clinico nell'affrontare il caso in oggetto. | <input type="checkbox"/> |
| Molto al di sopra delle aspettative per il livello formativo atteso | Eccellente inquadramento derivante da complete capacità di raccolta anamnestica ed esame obiettivo anche in situazioni difficili/particolari. Ottima capacità di giudizio clinico nell'affrontare il caso in oggetto. | <input type="checkbox"/> |

Quali aspetti di questo caso clinico sono stati affrontati particolarmente bene?

Ambiti/aspetti per cui si suggerisce un approfondimento/sviluppo:

Azioni concordate riguardo al piano di apprendimento:

Riflessioni dello specializzando sul caso e ambiti di apprendimento:

Firma dello Specializzando _____

Firma del Valutatore _____

2. Modulo Case-based Discussion (CbD)

DISCUSSIONE DI CASO CLINICO (CbD) (versione a domande aperte)

Data della valutazione:

Nome Specializzando:

ANNO di corso:

ROTAZIONE attuale:

NOME del valutatore:

Riportare la situazione dell'evento formativo (es. turno di guardia/consulenza/giro di reparto):

Capacità di raccolta anamnestica

Capacità di esecuzione esame obiettivo Commentare gli aspetti positivi della gestione del caso e quelli che potrebbero essere migliorati per ciascuna delle seguenti categorie. Un feedback costruttivo è utile affinché questo momento di valutazione/insegnamento sia efficace e valido per la formazione dello specializzando

Valutazione Clinica:

Programmazione indagini diagnostiche:

Giudizio Clinico:

Professionalità (cartella clinica, aderenza alle procedure/linee guida etc):

COMMENTI SULLA PERFORMANCE GLOBALE DEL MEDICO IN FORMAZIONE

Cos'è stato fatto bene:

Quali sono le aree/ambiti che potrebbero essere migliorati/sviluppati:

Da questa valutazione indicare il livello di competenza globale mostrata in relazione a quella attesa per l'anno di corso:

Al di sotto delle aspettative

Raggiunge la sufficienza delle competenze attese

Raggiunge in pieno le competenze attese

Il livello di competenza supera quello atteso

Azioni di miglioramento/sviluppo concordate:

Firma dello Specializzando _____

Firma del Valutatore _____

6. Professionalità (comunicazione pz e familiari, aderenza linee guida etc)

7. Giudizio clinico globale

Cos'è stato fatto particolarmente bene?

Quali sono le aree/ambiti che potrebbero essere migliorati/sviluppati?

Azioni di miglioramento/sviluppo concordate:

Firma dello Specializzando _____

Firma del Valutatore _____

Gestione di eventuali complicanze

Gestione post-procedura

Considerazione globale del paziente/professionalità

Capacità generale di effettuare correttamente la procedura

Sulla base di ciò che si è potuto osservare, si prega di indicare il livello di indipendenza pratica che lo specializzando ha mostrato:

LIVELLO DI INDIPENDENZA NELLA PROCEDURA

Indicare una delle seguenti:

Non in grado di eseguire la procedura

In grado di eseguire la procedura con completa supervisione diretta/assistenza

In grado di eseguire la procedura con limitata supervisione/assistenza (se richiesta)

In grado di eseguire la procedura in modo indipendente ed in grado di gestire eventuali complicazioni

Quali aspetti di questa procedura osservata sono stati particolarmente positivi?

Ambiti/aspetti per cui si suggerisce un approfondimento/sviluppo:

Azioni concordate riguardo alla procedura in oggetto:

Riflessioni dello specializzando sul caso e ambiti di apprendimento:

Firma dello Specializzando _____

Firma del Valutatore _____

4. Modulo *Multi-Source Feedback* (MSF)

ALLEGATO 4: MULTI SOURCE FEEDBACK (MSF) (per membri del team multi-disciplinare e multi-professionale)

Data della valutazione:

Nome Specializzando:

ANNO di corso:

ROTAZIONE attuale:

Professione e ruolo del valutatore:

| Come valuteresti questo medico nei seguenti aspetti: | Buono | Soddisfacciente | Necessita miglioramento | Non accettabile | Non osservato |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Conoscenze-abilità pratiche-performance</i> | | | | | |
| 1. Capacità di identificare i problemi clinici del paziente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Capacità di pianificare gli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Consapevolezza dei propri limiti ed affidabilità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Capacità di tenersi aggiornato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Contribuisce alla formazione e supervisione di studenti o colleghi che la necessitano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Comunicazione verbale adeguata ed efficace con colleghi, pazienti, parenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mostra rispetto ed empatia verso pazienti e familiari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Capacità di mettere a disposizione del team di lavoro le proprie abilità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Riesce a proporsi e comportarsi come leader quando necessario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hai qualunque tipo di dubbio riguardo le sue capacità fisiche e mentali per poter svolgere la professione medica? | | | | SI | NO |
| Se "SI" specifica le tue motivazioni: | | | | | |

Spazio per eventuale commento libero addizionale

Firma del valutatore

Data

| 5. Indichi quanto approva o disapprova le seguenti affermazioni: | Totale disaccordo | Disaccordo | Neutro | Approvo | Approvo fortemente | Non osservato |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Questo medico mantiene le mie informazioni confidenziali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Questo medico è onesto e degno di fiducia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sono fiducioso/a nelle capacità di cura e assistenziali di questo medico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Vorrei incontrare nuovamente questo medico la prossima volta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| 6. Questo medico è il tuo medico di riferimento che vede usualmente? | SI | NO |
|--|-----------|-----------|

| |
|--|
| 7. Spazio per eventuale commento libero aggiionale |
| |

| | | |
|----------|----------------------------------|----------------------------------|
| 8. Lei è | <input type="checkbox"/> Femmina | <input type="checkbox"/> Maschio |
|----------|----------------------------------|----------------------------------|

| | | | | | |
|--------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 9. Et  | <input type="checkbox"/> <15 | <input type="checkbox"/> 15-20 | <input type="checkbox"/> 21-40 | <input type="checkbox"/> 40-60 | <input type="checkbox"/> >60 |
|--------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|

5. Modulo Report di Rotazione (RR)

ALLEGATO 5: REPORT ROTAZIONE (RR) (compilato dal SUPERVISORE CLINICO)

DATA della valutazione: .../.../...

NOME e COGNOME dello specializzando:

ANNO di Specializzazione :

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| Nome del valutatore | | |
| Rotazione | Sede: | Mesi: |

Si prega di valutare lo specializzando utilizzando la scala di giudizio riportata sotto. La valutazione dovrebbe riflettere la performance dello specializzando sulla base di ciò che ci si dovrebbe ragionevolmente aspettare da lui in riferimento all'anno di corso e al suo livello di esperienza acquisita. Utilizzare "Non posso commentare" se non si è osservato quello specifico comportamento.

Al di sotto del livello atteso Rispetta il livello atteso Supera il livello atteso Non osservato

1 2 3 4 5

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Competenze cliniche e abilità | | | | | |
| Conoscenze Cliniche: sintomi, inquadramento diagnostico, impostazione terapia, interazione farmaci etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conoscenza Professionale: procedure ospedaliere, percorsi interni, aspetti medico-legali) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stesura diario clinico: riporta adeguatamente i dati essenziali nello scrivere la cartella clinica, compila correttamente la scheda di terapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raccolta anamnestica ed esame obiettivo: capacità di ottenere informazioni attinenti dal paziente, esecuzione esame clinico completo e mirato, capacità di osservazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Procedure invasive: adeguata comunicazione/consenso, abilità manuale, gestione complicanze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Giudizio clinico | | | | | |
| Abilità comunicative: comunica efficacemente con il paziente in termini di chiarezza, espressione, percezione di quanto il paziente ha compreso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacità di comunicare con il paziente ed i familiari: abilità di ascolto, rispetto, rispetto delle decisioni del paziente e dei familiari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empatia, consapevolezza etiche e culturali: è consapevole delle eventuali opzioni terapeutiche in relazione alle esigenze del paziente, tratta il paziente come "persona", gestisce adeguatamente esigenze culturali/religiose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Competenze comunicative con il paziente | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Abilità comunicative: comunica efficacemente con il paziente in termini di chiarezza, espressione, percezione di quanto il paziente ha compreso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacità di comunicare con il paziente ed i familiari: abilità di ascolto, rispetto, rispetto delle decisioni del paziente e dei familiari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empatia, consapevolezza etiche e culturali: è consapevole delle eventuali opzioni terapeutiche in relazione alle esigenze del paziente, tratta il paziente come "persona", gestisce adeguatamente esigenze culturali/religiose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Competenze comunicative con lo staff di lavoro | | | | | |
| Capacità di comunicazione inter-professionale: abilità di lavorare in un team multidisciplinare, partecipa contestualmente al lavoro di tutto lo staff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iniziativa ed entusiasmo: si fa coinvolgere, capacità di identificare i bisogni dello staff, segue i suggerimenti senza essere forzato, mostra impegno, risponde alle domande dei suoi supervisori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Responsabilità di auto-apprendimento: mostra di aver approfondito i casi clinici incontrati, partecipa ai seminari e incontri formativi, fa domande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteggiamento e comportamenti professionali | | | | | |
| Affidabilità e sicurezza: puntualità, esegue le istruzioni impartite, rispetta la sue responsabilità, segue le linee guida aziendali, è aggiornato sul proprio lavoro, propone meeting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacità di gestione dello stress e situazioni particolari: si fa consigliare in momenti di difficoltà emotiva legata al proprio lavoro, mostra capacità di autogestione proprio stato emotivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presentazione personale: disponibilità, ascolto, appropriatezza, coinvolgimento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A CURA DEL SUPERVISORE CLINICO: Giudizio globale su questa rotazione:

.....

.....

Firma dello Specializzando _____

Firma del Supervisore clinico _____

A CURA DEL SUPERVISORE CLINICO: Giudizio globale su questa rotazione:

.....

.....

14. Fonti

Bibliografia generale

Biggs J., Tang C. (2011) *Teaching for quality learning at university. What the student does*. McGraw Hill.

Bologna Working Group on Qualifications Frameworks (2005). *A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*. Disponibile in: http://ecahe.eu/w/index.php/Framework_for_Qualifications_of_the_European_Higher_Education_Area.

Calman K.C. (2007) *Medical Education. Past, Present and future. Handing on Learning*. Churchill Livingstone Elsevier.

Cooper N., Forrest K. [Eds]. (2009) *Essential Guide to Educational Supervision in Postgraduate Medical Education*. Wiley-Blackwell. Oxford.

Cooper N., Frain J. (2016) *ABC of Clinical Reasoning*. BMJ Books, Wiley-Blackwell.

Cooper N., Frain J. (2017) *ABC of Clinical Communication*. BMJ Books, Wiley-Blackwell.

Cooper N., Frain J., Frain A. (2017) *ABC of Clinical Professionalism*. BMJ Books, Wiley-Blackwell.

Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368

“Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 250 del 23 ottobre 1999 - Supplemento Ordinario n. 187.

Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015, n. 68. "Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria".

Decreto Interministeriale 13 giugno 2017, n. 402, "Gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria".

Dent J.A., Harden R.M. (2009) *A practical guide for Medical Teachers*. Churchill Livingstone Elsevier.

Dornan T., Mann K., Scherpbier A., Spencer J. (2011) *Medical Education. Theory and Practice. Integrated practice, theory, Innovation and research*. Churchill Livingstone Elsevier.

General Medical Council (2013) *Good Medical Practice*.

General Medical Council (2017) *Excellence by design: standards for postgraduate curricula*. Disponibile in: www.gmc-uk.org/education/postgraduate/standards_for_curricula.asp.

Gold Guide (2016) *A Reference Guide for Postgraduate Specialty Training in the UK*.

Guilbert JJ. (2002) *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni Dalsud, Bari.

Harden R.M., Lilley P. (2018) *The eight roles of the medical teacher*. Elsevier Limited.

Swanwick T. (2010) *Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practice*. ASME. Wiley-Blackwel.

Bibliografia specifica del volume *Il curriculum nazionale della Scuola di Specializzazione in Geriatria*

Bell, S.P., Patel, N., Patel, N., Sonani, R., Badheka, A., Forman, D.E. (2016) *Care of older adults*. J Geriatr Cardiol. 13(1): 1–7.

Canning D. (2011) *The causes and consequences of demographic transition*. Popul Stud 65(3): 353–361

Eurostat (EUROPOP2004, EUROPOP2008, EUROPOP2010, EUROPOP2015) and the Population Division, UN Department of Economic and Social Affairs. Disponibile in: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/lucas/data/primary-data/2018>

Evans, S.J., Sayers, M., Mitnitski, A., Rockwood, K. (2014) *The risk of adverse outcomes in hospitalized older patients in relation to a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment*. Age Ageing 43(1):127-132.

Global elderly care in crisis, Editorial. (2014) Lancet 383(9921): 927

Gregory, D. (2015) *The silver tsunami*. J Calif Dent Assoc. 43(7): 349-350

Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E. & Kuchel, G.A. (2007) *Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept*. J Am Geriatr Soc 55: 780-791

Landi, F., Cruz-Jentoft, A.J., Liperoti, R., Russo, A., Giovannini, S., Tosato, M., Capoluongo, E., Bernabei, R., Onder, G. (2013) *Sarcopenia and mortality risk in frail older persons aged 80 years and older: results from the SIRENTE study*. Age Ageing 42(2):203–209.

Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K. & Montgomery, P. (2014) *Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One 9(3): e89257.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) OECD Health Data 2010-Frequently Requested Data. 2010. Disponibile in: http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html

Schoeni, R.F. & Ofstedal, M.B. (2010) *Key themes in research for the demography of aging*. Demography. 47(Suppl): S5–S15

Soobiah, C., Daly, C., Blondal, E., Ewusie, J., Ho, J., Elliott, M.J., Yue, R., Holroyd-Leduc, J., Liu, B., Marr, S., Basran, J., Tricco, A.C., Hamid, J., Straus, S.E.. (2017) *An evaluation of the comparative effectiveness of geriatric assessment for improving patients and healthcare system outcomes for older adults: a protocol for a systematic review and network analysis*. *Syst Rev.* 24;6(1):65.

Collana **Eccellenza della formazione medica post-laurea**

volumi pubblicati

1. *Verso l'eccellenza nella formazione medica post-laurea. Modulo Generale. Progetto Pilota dell'Università di Genova per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula nelle Scuole di Specializzazione*, 2020, ISBN: 978-88-3618-011-0 (versione eBook)

2. *Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza – Urgenza. Progetto Pilota dell'Università di Genova per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula nelle Scuole di Specializzazione*, 2020, ISBN: 978-88-3618-027-1 (versione eBook)

3. *Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in Nefrologia. Progetto Pilota dell'Università di Genova per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula nelle Scuole di Specializzazione*, 2020, ISBN: 978-88-3618-037-0 (versione eBook)

4. *Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in Medicina nucleare. Progetto Pilota dell'Università di Genova per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula nelle Scuole di Specializzazione*, 2020, ISBN: 978-88-3618-040-0 (versione eBook)

5. *Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Progetto Pilota dell'Università di Genova per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula nelle Scuole di Specializzazione*, 2020, ISBN: 978-88-3618-046-2 (versione eBook)

6. *Il curriculum nazionale per la Scuola di Specializzazione in Geriatria. Progetto Pilota dell'Università di Genova per la stesura e implementazione di Competency-Based Curricula nelle Scuole di Specializzazione*, 2021, ISBN: 978-88-3618-061-5 (versione eBook)

Gli autori della collana dedicata alle Scuole di Specializzazione sono i componenti della Commissione di Ateneo dell'Università di Genova per l'Eccellenza formativa delle Scuole di Specializzazione in Medicina (CEFSMED).

Mario Amore, professore ordinario di Psichiatria, direttore del Dipartimento DINOGMI e vicepresidente del CUN; **Giulia Bartalucci**, dottoranda in Emato Oncologia e Medicina Interna Clinico-Traslazionale; **Antonella Lotti**, professore associato di Pedagogia Sperimentale; **Chiara Riforgiato**, medico in formazione specialistica in Anestesia Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore; **Stefano Sartini**, dirigente medico in Medicina di Emergenza-Urgenza presso il Policlinico San Martino di Genova.

Il gruppo di lavoro si è avvalso della collaborazione scientifica della Società Italiana di Pedagogia Medica (**S.I.Pe.M.**) nelle figure di **Fabrizio Consorti**, Sapienza Università di Roma e **Piersante Sestini**, Università di Siena, e della supervisione del prof. **Rakesh Patel**, University of Nottingham, UK.

Questo libro è stato curato nelle parti specifiche dalla Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università di Genova e in particolare da: Prof. Patrizio Odetti, Prof. Alessio Nencioni e Prof. Fiammetta Monacelli.

La formazione del medico nel suo percorso post laurea presenta molte sfide, prima tra tutte quella dell'equilibrio tra l'attività lavorativa assistenziale e il processo formativo di continua acquisizione di competenza e proporzionale assunzione di responsabilità.

Lavorare per l'eccellenza di tale percorso significa formare professionisti realmente pronti a rispondere ai complessi bisogni in salute della società in cui viviamo.

In un training post laurea efficace e standardizzato devono essere definiti gli obiettivi formativi, i metodi di insegnamento, di valutazione e gli strumenti di certificazione.

Lo scopo di questo testo è quello di fornire un modello per la stesura e implementazione di curricula nazionali nelle scuole di specializzazione, correlato da sette esempi pratici realizzati dalle scuole pilota che hanno lavorato al progetto.

Designing and implementing post graduate medical education is particularly challenging as a balance is needed for trainees between delivering clinical services and gaining competence and responsibilities through continuous learning.

Aiming for excellence in this particular setting of medical education means achieving professionals trained to respond to complex health needs of a globalized and diverse society. In order to develop effective and standardized post graduate trainings, we need to define learning outcomes, teaching, learning and assessment methods and tools.

This book aims to provide a model for curriculum design in post graduate setting and is published together with seven practical examples realised by seven specialty schools which worked at the pilot project with the Genoa technical group.

ISBN: 978-88-3618-061-5

