

Trimestrale di informazione

Poste Italiane SpA Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, Comma 1, DCB Ancona
Supplemento n. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 1/2005
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

s o m m a r i o

1 LETTERA DEL PRESIDENTE

Franco Dammacco

3 SEZIONE DIDATTICA

**L'insegnamento delle cure
primarie nel CLM in Medicina
e Chirurgia**

Nicola Carulli, Maria Angela Becchi

**Incontro Igiene/Medicina
Interna**

Glossario accademico

Giovanni Danieli, Luciano Vettore

9 SEZIONE RICERCA

**Revisione della letteratura
internazionale dedicata alla
Medicina Interna**

a cura di Roberto Manfredini

11 NOTIZIARIO

Lettere al Presidente

*Pier Mannuccio Mannucci
Massimo Pagani*

Verbale della Riunione di Giunta

lettera del presidente

Cari Colleghi Internisti,

desidero anzitutto confermare che il Primo Congresso Nazionale del nostro Collegio si terrà a Roma venerdì 27 maggio 2005 nell'Aula Pocchiari dell'Istituto Superiore di Sanità (e non nell'Auditorium Galileo Galilei del CNR, come annunciato nel precedente Bollettino). I lavori inizieranno alle ore 10,00 e termineranno intorno alle ore 18,30 in maniera da consentire ai non residenti di partire dalla propria sede di primo mattino e di rientrare in serata.

Come ho già avuto occasione di anticipare durante l'Assemblea del 25 ottobre 2004 a Palermo, è intento della Giunta esecutiva organizzare, a partire dal 2005, un congresso annuale COLMED/09 sfasato di circa 6 mesi rispetto a quello della SIMI, ferma restando la convocazione della nostra Assemblea in uno dei giorni del congresso societario. Ciò consentirà una più frequente occasione d'incontro e di dibattito sulle tematiche più attuali e di maggiore interesse per il nostro settore scientifico-disciplinare.

A pag.13 di questo Bollettino troverete il programma generale del Congresso, nel quale non compaiono volutamente i nomi dei Relatori poiché nel momento in cui scrivo questa lettera sono in attesa di alcune conferme. Consentitemi comunque di farvi pervenire un pressante invito ad inserire tra i vostri impegni l'appuntamento del 27 maggio a Roma, al quale mi auguro possano partecipare numerosissimi i Ricercatori, gli Associati e gli Ordinari del nostro settore.

Con l'inizio del 2005 siamo entrati nel secondo anno di vita del Collegio nella sua attuale connotazione allargata, stabilita dal nuovo statuto. La Giunta esecutiva sta portando avanti una serie di iniziative delle quali sarà mia cura informarvi di volta in volta. Ma la ricaduta di tali iniziative non potrà prescindere dalla numerosità del nostro tessuto associativo. Per questo motivo, a tutti coloro che sono già iscritti a COLMED/09 formulo un caldo invito a versare al più presto la quota associativa, che non soltanto è rimasta invariata rispetto allo scorso anno (€ 50 per i Professori ordinari, € 40 per gli Associati e € 30 per i Ricercatori), ma può essere scontata del 20% per coloro che siano iscritti sia al Collegio che alla SIMI. Il riquadro a pag.15, già proposto nel precedente Bollettino, riporta le quote associative previste per le diverse situazioni.

Vorrei tuttavia richiamare la vostra attenzione sul fatto che, per motivazioni fiscali, non è possibile versare congiuntamente (cioè con un unico bonifico bancario o con un

solo versamento postale) le due quote associative. Il nostro Collegio è perfettamente in regola con le vigenti norme fiscali, dispone di un numero di partita IVA, di un conto corrente bancario e di un conto corrente postale, le cui coordinate sono riportate a pagina 14. Ciò dovrebbe semplificare al massimo l'incombenza del versamento. Ma i referenti di sede sono vivamente pregati di svolgere opera di proselitismo nei confronti dei Collegi Internisti che non siano ancora iscritti a COLMED/09: la nostra forza operativa e la molteplicità delle nostre iniziative non possono ovviamente prescindere dal numero complessivo degli iscritti.

Ragioni di spazio mi impediscono di dilungarmi in questa sede sul "tormentone" del Disegno di Legge sulla docenza universitaria. Ci sarà ampio modo di parlarne durante il Congresso COLMED/09. Ma è certamente difficile non essere d'accordo con il Rettore dell'Aquila Prof. Ferdinando di Orio, quando afferma che il MIUR continua perveracamente ad attuare una strategia di chiusura al confronto ed al dialogo con il mondo universitario. Come altro si potrebbero altrimenti definire il rinvio delle elezioni per le commissioni concorsuali, la riduzione del tempo necessario per la conferma dei Ricercatori senza fornire certezze sul loro futuro, il decreto-legge sulla valutazione ministeriale delle delibere di ateneo concernenti la programmazione triennale del fabbisogno di personale, nonché la sospensione dell'iter relativo alle nuove procedure concorsuali? Può essere utile ricordare brevemente le differenze salienti fra le proposte del MIUR e/o della Commissione VII della Camera e quelle della CRUI sulla docenza universitaria:

MIUR e/o Commissione

1. Strumento: disegno di legge delega.
2. Abolizione del tempo pieno/tempo definito.
3. Esaurimento del ruolo di ricercatore.
4. Trasformazione dell'attuale ricercatore in professore aggiunto con funzione di docenza.
5. Nuove forme contrattuali per la docenza.
6. Periodo di precariato per professori associati e ordinari prima dell'entrata in ruolo.
7. Lungo periodo di precariato per i giovani, con prospettive di allontanamento dall'università al termine del periodo, se non è avvenuto l'ingresso nel ruolo di associati e ordinari.

CRUI

1. Strumento: legge ordinaria.
 2. Mantenimento del tempo pieno/tempo definito.
 3. Creazione di una nuova figura di ricercatore, prevalentemente ed a pieno titolo dedicata all'attività di ricerca, con la possibilità di fare *training* nell'area della docenza per periodi definiti.
 4. Trasformazione degli attuali ricercatori in professori aggregati con l'acquisizione del ruolo di docenza e con le relative implicazioni sugli statuti universitari.
 5. Mantenimento dell'attuale normativa.
 6. Entrata diretta in ruolo.
 7. Limitazione del periodo di precariato, con prospettive di ingresso non solo nel ruolo del professore associato e ordinario, ma anche della nuova figura di ricercatore.
- ed inoltre:
8. Impegno delle università ad inserire nelle previsioni di spesa quelle inerenti i giovani "contrattisti"

che hanno superato la prima verifica.

9. Adeguamento stipendiale per le figure di ricercatore, associato e ordinario.

Il decreto-legge 31 gennaio 2005, n. 7, all'articolo 1, secondo comma, recita che "in attesa della riforma dello stato giuridico del personale docente e ricercatore delle università, il periodo di tre anni per il giudizio di conferma per i ricercatori universitari di cui all'articolo 31 del Decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, è ridotto ad un anno". Questa notizia può essere indubbiamente accolta con favore dai giovani ricercatori, che non solo potranno sottoporsi al giudizio di conferma dopo un solo anno di servizio, ma anche godere dell'incremento stipendiale previsto a favore dei ricercatori confermati. Si tratta pur sempre di retribuzioni molto modeste, certamente più basse rispetto a quelle dei ricercatori di altri Paesi europei. Non è tuttavia chiaro come potranno le commissioni esprimere il giudizio di conferma nei non pochi casi in cui il ricercatore non sia riuscito a produrre una sola pubblicazione nell'arco di un anno. Meglio sarebbe stato allora predisporre un' *ope legis*, in maniera da evitare ogni imbarazzo alle commissioni. Inoltre, sarebbe stato probabilmente più opportuno lasciare il triennio per la conferma in ruolo dei ricercatori, abolendolo invece nei successivi passaggi da ricercatore ad associato e da associato ad ordinario.

Come potete constatare, la strada è ancora tutta in salita. Vi aspetto il 27 maggio a Roma!

Franco Dammacco

L'insegnamento delle cure primarie nel CLM in Medicina e Chirurgia

Nicola Carulli (Modena), Maria Angela Becchi (Modena)

Parte 1ª. Considerazioni generali, presupposti normativi e culturali, orientamenti di sviluppo

A cura di Nicola Carulli e Maria Angela Becchi e del Gruppo di Lavoro COLMED/09 G. Danieli, R. Delsignore, A. Lech, G. Realdi

Considerazioni generali

La proposta di un Progetto di insegnamento delle cure primarie nel Corso di Laurea Magistrale (CLM) in Medicina e Chirurgia, scaturisce da alcune considerazioni relative ai numerosi cambiamenti del contesto sanitario, sociale, economico in atto nel nostro paese, che suggeriscono di rivedere il modello che per tanto tempo ha caratterizzato l'attività didattica, assistenziale e di ricerca della Medicina.

L'evoluzione demografica e sociale, specialmente espressa dall'invecchiamento della popolazione e da modificazioni strutturali della famiglia, ha fortemente condizionato il quadro epidemiologico della salute che oggi appare sempre più caratterizzato dalla prevalenza di malattie croniche, di patologie e soprattutto da una crescente richiesta di assistenza piuttosto che di cura¹.

La carenza di strutture intermedie a valenza socio-sanitaria ha diretto verso gli ospedali, ed in particolare verso i reparti di Medicina Interna, pazienti a bassa e media complessità sanitaria ma elevata complessità socio-assistenziale (anziani soli, anziani con famiglia non disponibile all'assistenza a domicilio, anziani ricoverati in strutture che non prevedono la gestione di problemi sanitari), causando l'incremento di ricoveri inappropriati, di degenze protratte, di dimissioni difficili. Tutto ciò ha portato al sovradimensionamento delle strutture, ha reso problematica l'attività didattica ed ha messo

a rischio la disponibilità di risorse da dedicare all'attività di ricerca.

Il progresso delle conoscenze e delle tecnologie hanno generato attività specialistiche e ultraspecialistiche che hanno inciso sull'organizzazione delle strutture ospedaliere contribuendo a diluire il ruolo centrale della Medicina Interna, con evidenti ricadute negative, negli gli ospedali di insegnamento universitario, non solo sul percorso formativo di studenti e specializzandi ma anche sull'economia della gestione complessiva del paziente. Una quota non trascurabile di attività assistenziale nelle strutture di Medicina Interna riveste poi carattere residuale alla saturazione delle strutture specialistiche, generando confusione di ruoli e di competenze.

L'evoluzione della visione biomedica della salute verso quella bio-psico-sociale ha reso indispensabile modificare l'approccio al paziente che oggi non può essere finalizzato esclusivamente alla diagnosi e cura delle malattie ma richiede attenzione alla promozione della salute, prevenzione e riabilitazione nonché agli aspetti socio-assistenziali particolarmente importanti nelle condizioni di non autosufficienza. Questo approccio globale alla salute richiede la collaborazione fra i diversi professionisti sanitari e sociali, ospedalieri e territoriali, in un'ottica di medicina centrata sul paziente e sulla sua famiglia^{2,3,4,5,6}.

I problemi e le criticità suesposte sono interdipendenti e hanno ripercussioni su didattica e ricerca. La loro soluzione non può essere affidata ad interventi settoriali ed estemporanei ma è necessario mettere in atto una strategia innovativa che coinvolga le Istituzioni preposte alla formazione, alla ricerca e alla assistenza, Università e l'SSN. Una strategia che si ponga quali obbiettivi prioritari: a) rivedere e migliorare conte-

nuti e metodologia dell'insegnamento della Medicina, includendo le cure primarie, ed estendere al territorio il *setting* formativo della Facoltà di Medicina e Chirurgia; b) rivedere e migliorare i percorsi assistenziali all'interno degli ospedali di insegnamento universitario, con particolare riferimento alle Unità di Medicina Interna, rendendole appropriate ad erogare cure di secondo e terzo livello; c) definire percorsi strutturati fra ospedali di insegnamento universitario e servizi territoriali, specialmente nell'ambito della Medicina generale/di famiglia.

Presupposti normativi e culturali per l'insegnamento delle cure primarie nel CLM in Medicina e Chirurgia

La vigente normativa universitaria relativa al CLM in Medicina e Chirurgia (allegato 46 del DM 28.11.2000) inserisce fra gli obiettivi formativi dei laureati "una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio" nonché "la conoscenza delle tematiche della medicina di comunità" "acquisite anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo". Al raggiungimento di questi obiettivi devono concorrere vari "ambiti disciplinari" fra cui l'ambito "medicina di comunità" a cui afferiscono le discipline accademiche degli SSD Medicina interna (MED/09), Malattie infettive (MED/17), Medicina fisica e riabilitativa (MED/34), Pediatria generale e specialistica (MED/38) e Igiene generale e applicata (MED/42), con riferimento alla disciplina Medicina di Comunità.

Il DM 445/2001 (Esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo) prevede "un tirocinio pratico di 3 mesi svolto per 1 mese presso un medico di medicina generale convenzionato".

Le vigenti normative sanitarie (DL 229/99, DPCM 14.2.2001,

29.11.2001) delineano l'articolazione dell'SSN in strutture territoriali ed ospedaliere e specificano i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e le prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che il SSN deve garantire a tutti i cittadini.

L'attuale PSN 2003-2005 individua la necessità di adottare strategie finalizzate a "promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari" e a "promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili".

La visione che il PSN offre dei servizi per la salute, trova i presupposti culturali nel modello della "assistenza sanitaria primaria" sostenuto dall'OMS e delineato in numerosi documenti (Alma Ata 1978, Carta di Ottawa 1986, Carta di Adelaide 1988, Obiettivi di politica sanitaria per l'Europa 1991, Carta di Lubiana di riforma dei sistemi sanitari europei 1996).

L'*assistenza sanitaria primaria*, più comunemente denominata *cure primarie*, indica l'articolata convergenza dei servizi sanitari e socio-sanitari che permettono di realizzare interventi di promozione della salute e prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza alla persona nei luoghi più vicini a cui i cittadini vivono, con la loro partecipazione attiva e nell'ottica dell'approccio multidimensionale alla salute. Le cure primarie sono riconosciute dall'OMS come il fulcro del servizio sanitario, da cui partire per poter sviluppare una efficiente ed efficace assistenza ospedaliera di 2° e 3° livello.

Nel nostro paese le cure primarie fanno parte dei LEA2 (Assistenza Distrettuale) e comprendono l'assistenza erogata a tutti i cittadini dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta convenzionati con l'SSN, nonché l'assistenza erogata a specifiche fasce di popo-

lazione (aree materno-infantile, anziani, disabili, malati cronici, malati psichiatrici, tossicodipendenti) da medici specialisti e da altre figure professionali operanti nei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali". In questi termini le *cure primarie* vengono intese con il significato dell'OMS di *cure and care* e comprendono anche le *cure intermedie* erogate nelle strutture residenziali e semiresidenziali, destinate a pazienti non autosufficienti.

L'insegnamento delle cure primarie è stato inserito in Europa nella prima metà del secolo scorso; l'Italia è probabilmente l'unica nazione dove ciò non avviene. Nel curriculum formativo le cure primarie rappresentano la base per il successivo insegnamento della Medicina clinica. L'insegnamento delle cure primarie si basa sull'approccio al paziente nelle strutture territoriali dell'SSN, sulla valutazione dei più comuni sintomi e malattie e sulle loro cause, sulle modalità di lavoro in équipe o multidisciplinare, sugli aspetti etici e legali dei problemi sanitari quotidiani.

Esso comprende l'insegnamento della Medicina Generale che ne rappresenta una parte importante, anche se non unica. In Italia l'insegnamento della Medicina Generale nel CLM mostra forti criticità, essendo a tutt'oggi limitato ad esperienze per lo più non istituzionalizzate in alcuni Atenei, a differenza di quanto avviene in vari Paesi europei dove questo insegnamento è una realtà consolidata⁸. La Medicina Generale non è oggi presente in nessun SSD e per questo motivo non è ancora riconosciuta in termini di "disciplina accademica". L'area ha tuttavia oggi una dichiarata identità scientifica, culturale e professionale e per questo motivo le Società Scientifiche italiane che la rappresentano auspicano l'inserimento istituzionale dell'"insegnamento della medicina

generale" nel CLM in Medicina e Chirurgia ed il riconoscimento in ambito universitario della disciplina "medicina generale". Questa richiesta scaturisce anche dalla necessità dell'area di riconoscersi nella definizione che il WONCA Europa ha dato della disciplina: "La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica ed una specialità clinica orientata alle cure primarie.

L'insegnamento delle cure primarie trova un valido supporto anche nella disciplina accademica Medicina di Comunità. La disciplina sviluppa contenuti, strumenti e metodi dell'assistenza primaria, sia nelle sue componenti cliniche che organizzative, focalizzando l'attenzione sulle esigenze dell'individuo nel contesto delle comunità in cui vive, in primo luogo la famiglia, nell'intento di rispondere ai bisogni multidimensionali di salute attraverso piani assistenziali integrati e a diversa intensità assistenziale. È opportuno quindi che la Medicina di Comunità ritrovi la sua iniziale collocazione in più SSD (Igiene e medicina preventiva, Medicina interna, Malattie infettive e Pediatria) anziché afferire, come avviene attualmente, al solo SSD MED/42 (Igiene generale e applicata); inoltre deve essere insegnata in tutti gli Atenei con gli appropriati contenuti indicati nel *core curriculum* elaborato dalla Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e che focalizzano l'attenzione sugli aspetti peculiari delle cure primarie.

Il ruolo prioritario che l'Università riveste nella formazione medica di base (CLM in Medicina e Chirurgia) e successivamente in quella specialistica (Specializzazioni universitarie), configura precise responsabilità nella formazione del medico che si inserirà con compiti professionali diversi nei vari ambiti dell'SSN.

Appare quindi improrogabile che la formazione clinica di base impartita nei CLM in Medicina e

5

Chirurgia, oggi esclusivamente specialistica a causa del solo *setting* ospedaliero in cui si svolge, sia completata da un percorso didattico nell'area delle cure primarie, così da fornire al futuro medico competenze di base per operare direttamente o interfacciarsi con i servizi di cure primarie che le Regioni stanno sviluppando.

Orientamenti per lo sviluppo del Progetto

Nella stesura di un Progetto di insegnamento delle cure primarie nel CLM in Medicina e Chirurgia riteniamo importante attenersi ad alcuni criteri, che di seguito riportiamo.

1. Fare riferimento agli "ambiti disciplinari" indicati nell'Allegato 46 del DM 20.11.2000, individuando in essi le discipline accademiche in grado di concorrere, con i propri contenuti, a conferire agli studenti conoscenze e competenze di base nel settore delle cure primarie. Fra queste discipline riteniamo indispensabile la medicina interna, la geriatria, la pediatria, la medicina di comunità, la medicina fisica e riabilitativa, le malattie infettive, nonché altre discipline quali la psichiatria e l'oncologia, dal momento che queste ultime mostrano valenze strettamente connesse all'assistenza extraospedaliera dei pazienti.

2. Tenere conto delle varie "aree in cui si articolano le cure primarie" Il LEA2 (Assistenza Distrettuale) individuato nel DPCM 29.11.2001 rappresenta un valido supporto per individuare tali aree e di conseguenza le discipline, accademiche e non appropriate a fornire il *background* culturale nell'area delle cure primarie. Così per fornire competenze nella "assistenza sanitaria di base" è necessario tenere conto anche della disciplina Medicina Generale, oggi non compresa in nessun SSD, ma con potenziale riconoscimento istituzionale in ambito universitario. Per fornire competenze nella "assistenza territoriale ambulatoriale, domici-

liare, residenziale e semiresidenziale" rivolta alle aree materno-infantile, anziani, disabili, malati cronici, malattie psichiatriche, tossicodipendenti, è necessario che le discipline accademiche cliniche pertinenti tengano conto di aspetti fino ad ora poco sviluppati, quali l'approccio primario, prima che specialistico, a queste categorie di pazienti.

3. Individuare gli Obiettivi Formativi ed i relativi contenuti orientati a sviluppare aspetti clinico organizzativi peculiari delle cure primarie quali la Comunicazione, il Sistema Informativo, la Organizzazione e Gestione della assistenza (nei suoi aspetti di lavoro individuale e di lavoro di *équipe*), la Assistenza (tenendo conto delle tappe in cui essa si articola: valutazione dei bisogni, formulazione di ipotesi diagnostiche e processo decisionale, richiesta di prestazioni, attivazione dei servizi, interpretazione dei risultati, formulazione di ipotesi diagnostiche e processo decisionale, promozione della salute e prevenzione, cura, riabilitazione e sostegno, risposta alle emergenze-urgenze). Verifica dell'assistenza e Ricerca, tenendo conto dei principi dell'EBM, della Bioetica e degli aspetti Medico-legali.

4. Individuare i *settings* formativi idonei al raggiungimento degli Obiettivi ed i Responsabili/Docenti. Poiché le strutture in cui si sviluppano le cure primarie non rientrano oggi fra quelle previste dai protocolli di intesa Regioni-Università per la formazione nei CLM in Medicina e poiché nessun docente universitario (fatta eccezione in qualche realtà per i Docenti di Psichiatria) ha oggi funzioni assistenziali nei servizi territoriali, è necessario attivare Convenzioni fra Università e Aziende USL, che consentano agli studenti di accedere alle strutture ambulatoriali, residenziali e domiciliari e sviluppare "esperienze pratiche di formazione sul campo" guidati da professionisti-docenti delle Aziende USL e da medici di famiglia convenzionati. Di qui la

necessità di concordare le modalità per la definizione di un congruo numero di "docenti a contratto" che devono affiancare i professori universitari nella formazione teorico-pratica alle cure primarie.

5. Sviluppare il programma formativo nell'arco dei vari anni del CLM, specificando le ore, i CFU ed i docenti universitari e non universitari. È opportuno che il percorso formativo inizi nei primi anni di corso, per esempio al 2°, e si articoli con ore e CFU crescenti nei successivi anni.

La seconda parte di questo articolo presenterà un'ipotesi di percorso formativo illustrando, in dettaglio, i sopraindicati punti 3, 4 e 5.

Bibliografia

1. Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002, www.ministerosalute.it
2. Brizioli E. La transizione verso il nuovo sistema di cure "long-term" based e a bassa complessità. *Tendenze Nuove* 1999;4:48-52.
3. Andrulis DP, Acuff KL, Weiss KB, Anderson RJ. Public Hospitals and Health care Reform: Choices and Challenger. *Am J Publ Health* 1996;86:162-65.
4. Chantler C. Reinventing doctors. *BMJ* 1998;317:1670-1.
5. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychol* 1980; 137:535-44.
6. Yamada S, Greene G, Bauman K and Maskarinec G. A biopsychosocial approach to finding common ground in the clinical encounter. *Acad Med* 2000; 75:643-48
7. General Practice and Primary Care research Unit (<http://www.medschl.cam.ac.uk/gppcru/>).
8. Delitala G, Tomasi P, Delrio G. L'insegnamento della medicina di famiglia nel Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia. *Med Chir* 2004, 25: 937-40

Incontro Igiene/Medicina Interna

6

Giovedì 27 gennaio 2005 si è tenuto, presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna, un incontro tra i Professori Boccia e Fara quali rappresentanti degli Igienisti ed i Professori Bartoli, Dammacco e Filetti quali rappresentanti degli Internisti.

Oggetto dell'incontro è stata la posizione dei due settori scientifico-disciplinari sulle valutazioni comparative per il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Vengono qui di seguito riassunte le posizioni emerse nel corso del suddetto incontro.

Posizione degli Igienisti

I Colleghi Igienisti passano in rassegna il percorso che ha portato all'istituzione del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche. Essi sottolineano la peculiarità e la specificità dell'insegnamento, che dovrebbe essere riservato a Docenti provenienti dallo specifico settore professionale. Affermano che gli Igienisti non si sono candidati alle procedure di valutazione ritenendo che i candidati dovessero provenire dall'area del settore infermieristico. A loro avviso, gli specialisti MED/09 e MED/18 non hanno alcuna pertinenza con il settore MED/45, perché non in grado di trasmettere agli studenti le peculiarità professionalizzanti dell'insegnamento del *Nursing*. Pertanto, essi sono contrari all'inserimento in questo settore di Docenti provenienti dai settori clinici, appunto perché questi ultimi sarebbero incapaci di insegnare il *Nursing*.

Posizione della Medicina Interna

I Docenti universitari hanno un ruolo giuridico accademico e la loro selezione attraverso valutazioni comparative non può assolutamente prescindere dalla produzione scientifica, nonché da requisiti curriculari comprendenti una documentata attività didattica a livello universitario.

Per quanto riguarda la pertinenza del settore MED/09 con quello infermieristico, la Medicina Interna ritiene che la presenza di candidati provenienti dal settore scientifico-disciplinare MED/09 sia totalmente legittima, sia per l'ampia esperienza che tali candidati hanno maturato attraverso la frequentazione pluriennale nei reparti di Medicina Interna, sia in termini giuridici, com'è tra l'altro dimostrato dal vigente ordinamento universitario, che prevede l'elettorato attivo e passivo di Docenti del SSD MED/09 nelle valutazioni comparative per cattedre messe a concorso nell'ambito del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Per contro, la Medicina Interna ritiene inammissibile, in termini etici ed accademici, che possano essere giudicati idonei candidati i quali, pur provenendo dal settore più strettamente infermieristico, abbiano tuttavia un *curriculum* scientifico assolutamente inadeguato agli standard accademici, quando non del tutto assente.

Ovviamente, la Medicina Interna ribadisce di non avere alcuna preclusione aprioristica nei confronti dell'inserimento nel ruolo docente di figure professionali provenienti dalla realtà infermieristica, purché si tratti di candidati con un normale iter accademico, che abbia consentito loro di raggiungere una piena



7

maturità scientifica ed un'adeguata acquisizione delle metodologie scientifiche e didattiche di livello universitario.

Sulla base delle rispettive posizioni sopra riassunte, la Medicina Interna ritiene di dover rimarcare il proprio dissenso rispetto alla posizione degli Igienisti, che propongono una visione professionalizzante ben lontana dalla formazione accademica ed ha come modello quello delle scuole professionali. In realtà, l'SSD MED/45, in quanto facente parte, come tutti gli altri settori, dell'ordinamento universitario, deve anch'esso ottemperare alla vigente legislazione, assicurando che il personale docente, selezionato con valutazioni comparative, possa svolgere il ruolo scientifico-culturale proprio dell'istituzione universitaria.

Nelle more della disponibilità di candidati adeguatamente preparati, le Facoltà potrebbero utilizzare gli infermieri con contratti di docenza e potrebbero altresì

bandire il maggior numero possibile di concorsi per Ricercatore, in maniera da attuare un inserimento graduale ed una crescita autoctona di figure professionali ed accademiche pienamente congruenti con il settore scientifico.

Potrebbe invece essere auspicabile, appunto

in attesa che tali figure professionali siano adeguatamente formate, che i bandi di concorso del settore MED/45 siano sospesi per il prossimo futuro. Nel frattempo Igienisti, Internisti e Chirurghi generali potrebbero definire congiuntamente gli auspicabili standard di qualità.

Per quanto riguarda i concorsi *in itinere*, gli Internisti ritengono che essi debbano essere portati a compimento, in ottemperanza agli obblighi di legge nonché per soddisfare le aspettative e le esigenze didattiche delle Facoltà e degli Atenei che hanno bandito tali concorsi.

La Medicina Interna non condivide il suggerimento di mandare deserti i concorsi del settore perché un tale comportamento è palesemente illegale e non etico. Una valutazione comparativa può andare deserta soltanto in presenza di candidati privi dei requisiti minimi scientifici, assistenziali e professionali. Soltanto in tal caso potrebbe infatti ritenersi giustificata la loro esclusione, con relazione dettagliatamente motivata e documentata del Collegio giudicante.

La Medicina Interna ritiene che una tale grave decisione della Commissione giudicatrice non possa in alcun caso riguardare le figure di Ricercatori universitari, di estrazione medica o chirurgica, che hanno maturato anni di attività clinica ed acquisito buona esperienza didattica, e che quotidianamente svolgono attività diretta di supervisione e di responsabilità nei confronti dell'insostituibile personale al quale è affidata l'assistenza infermieristica.

Infine, analogo e netto dissenso la Medicina Interna intende esprimere circa la possibilità che uno o più dei commissari eletti si dimettano, allo scopo di rallentare o comunque ostacolare l'iter concorsuale. Un tale comportamento, infatti, sarebbe illegale, contrario all'etica accademica e lesivo della programmazione e delle aspettative delle Facoltà che hanno bandito i concorsi.

Glossario accademico

Giovanni Danieli (Ancona) - Luciano Vettore (Verona)

8

(Continua da MED09 4/04 pag. 10)

Progress test: consiste nella verifica periodica del grado permanente di apprendimento.

Si realizza mediante la somministrazione ogni trimestre, o semestre, o anno, o biennio a tutti gli studenti della stessa "classe" o "coorte" del medesimo test scritto oggettivo (domande con risposta vero/falso/non so, oppure quiz con risposte a scelta multipla).

Il contenuto del test verifica la permanenza di quanto è stato fino a quel momento insegnato e presuntivamente appreso, senza distinzioni disciplinari; idealmente dovrebbe sondare il mantenimento, nel bagaglio formativo degli Studenti, delle conoscenze e competenze irrinunciabili, cioè dei contenuti cognitivi inseriti nelle unità didattiche elementari (od obiettivi didattici) del core curriculum.

Propedeuticità: successione temporale obbligatoria di alcune verifiche di profitto riguardanti obiettivi didattici il cui apprendimento richiede in modo irrinunciabile l'acquisizione precedente di altre conoscenze; si attua con il divieto per lo studente di affrontare un esame se non ne ha superato un altro indicato come propedeutico.

Prova in itinere: verifica intermedia del grado di apprendimento a finalità formative e non certificative, che si svolge durante il ciclo di lezioni di un corso. Utile come feed back per guidare lo studente nel prosieguo dello studio e per informare il docente sull'efficacia del proprio insegnamento. La valutazione non influenza il voto finale e non rientra nel computo di una media (altrimenti perde la valenza formativa, acquisendone una certificativa, sia pure parziale); è pertanto

auspicabile che sia semi-anonima (riconoscibile solo dallo studente).

Ripetente: vedi Studente ripetente.

Sbarramento: blocco nell'iscrizione al quarto anno, istituito in alcune sedi, esclusivamente per gli studenti del corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia per coloro che non hanno superato l'esame di Fisiologia e tutti quelli propedeuticamente precedenti, al momento dell'iscrizione (settembre). In generale sarebbe opportuno che si applicasse annualmente e non solo al 4° anno, con il solo scopo di sincronizzare efficacemente i momenti dell'insegnamento, dell'apprendimento e della valutazione, ciò è possibile solo scandendo con precisione i momenti di verifica.

Scienze Umane: cicli di conferenze su temi di etica generale e soprattutto di etica clinica, storia della medicina, logica ed epistemologia clinica, antropologia, psicologia clinica, management ed economia sanitaria, che si dibattono periodicamente sotto forma di Forum multiprofessionali e che seguono lo Studente per tutto il suo corso di studi. La partecipazione è elettiva; iscrizione, frequenza e valutazione sono obbligatorie; danno diritto a crediti.

Seminario: completamento/affiancamento della didattica frontale del CLM in Medicina e Chirurgia (vedi), almeno uno per ogni corso integrato in alcune sedi; completa la didattica frontale, consentendo anche un certo grado di interattività degli studenti; rappresenta una forma di insegnamento integrato tra Docenti del settore biologico e di quello clinico (Seminari clinico-biologici) o tra insegnamenti del settore clinico (Seminari clinici interdisciplinari). Rientrano nelle attività del core curriculum (vedi). La frequenza è obbligatoria.

Sessioni d'esame: le prove di valutazione (esami di profitto) si svolgono in tre spazi del calendario didattico nei quali si interrompono lezioni, esercitazioni e tirocini per svolgere le verifiche (esami di profitto). Le verifiche sono riunite in appelli, due per ciascuna sessione: due appelli si svolgono al termine del primo semestre di lezioni nel mese di febbraio per le discipline del primo semestre; due dal 15 giugno al 31 luglio al termine del secondo semestre per le discipline relative; due a settembre per l'eventuale recupero di esami non sostenuti o non superati nelle sessioni precedenti; in alcune sedi sono attivi anche appelli in aprile (Pasqua) o in dicembre, quest'ultimo quale prolungamento della sessione autunnale di recupero, scelta sconsigliata perché incide in modo determinante sulla mancata frequenza alle attività didattiche del primo semestre; potrebbe essere riservata agli studenti fuori corso. Gli appelli di ogni sessione sono comunque aperti alla verifica dei corsi integrati di tutti i semestri precedenti. Non è consentito sostenere lo stesso esame due volte nella stessa sessione.

Settore Scientifico Disciplinare (SSD): raggruppamento dei contenuti del sapere medico in settori omogenei, distinti con numerazione progressiva e con la dizione BIO o MED, in relazione ai contenuti. I concorsi per la docenza universitaria sono espletati per SSD e i vincitori acquisiscono il diritto di insegnare prioritariamente i contenuti del settore, menzionati in apposita declaratoria.

L'appartenenza ad un settore indica esclusivamente la competenza specifica di un docente in un ambito definito del sapere medico, il che non esclude sue competenze ancillari in altri ambiti.

Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

a cura di Roberto Manfredini (Ferrara)

La prevalenza di policitemia e di trombocitemia essenziale è maggiore di quella nota

Titolo originale:

The rate of progression to polycythemia vera or essential thrombocythemia in patients with erythrocytosis or thrombocytosis

Ruggeri M, Tosetto A, Frezzato M, Rodeghiero F.

Ann Intern Med 2003; 139 (6):470-5.

Corrispondenza: M. Ruggeri, Ospedale San Bortolo, Vicenza

Scopo dello studio è stato valutare la frequenza della policitemia vera e della trombocitemia essenziale in un ampio campione di popolazione. Sono stati misurati l'ematocrito e la conta piastrinica in 10000 abitanti della provincia di Vicenza tra i 18 e i 65 anni. Valori alterati determinavano una seconda, più approfondita valutazione: le diagnosi di policitemia vera e trombocitosi essenziale venivano formulate sulla base dei criteri del *Polycythemia Study Group*.

Al termine dello screening vennero formulate 11 diagnosi di eritrocitosi idiopatica, 2 di policitemia vera e 3 di trombocitemia essenziale. Dopo 5 anni di follow-up un altro soggetto con elevata conta piastrinica sviluppò una trombocitemia essenziale.

Gli Autori affermano che lo studio ha documentato una prevalenza di policitemia vera e di trombocitemia essenziale maggiore di quella nota; tuttavia il rischio di sviluppare policitemia vera, trombocitemia essenziale o accidenti vascolari tra i soggetti con eritrocitosi o trombocitosi si è rivelato basso.

L'uso combinato di TC spirale e PET consente di diagnosticare "early" carcinomi polmonari in popolazioni a rischio

Titolo originale:

Early lung-cancer detection with spiral CT and positron emission tomography in heavy smokers: 2-year results

Pastorino U, Bellomi M, Landoni C, De Fiori E, Arnaldi P, Picchio M, Pelosi G, Boyle P, Fazio F.

Lancet 2003; 362:593-7.

La TC spirale del torace è attualmente in grado di diagnosticare il carcinoma polmonare in uno stadio precoce e quindi ancora in fase di curabilità chirurgica. Gli Autori hanno indagato l'efficacia della TC spirale e della PET in una larga serie di volontari a rischio di sviluppo di neoplasia polmonare (1035 soggetti di più di 50 anni forti fumatori per più di 20 anni).

Tutti i volontari sono stati sottoposti a TC del torace a bassa dose di radiazioni, eventualmente completata da una PET: le lesioni fino a 5 mm venivano rivalutate, sempre con la TC, dopo 12 mesi. In 298 soggetti vennero identificate 440 lesioni; 95 partecipanti allo studio vennero rivalutati ad 1 anno. La PET fu positiva nel 90% dei casi sospetti alla TC spirale. In 21 casi di carcinoma polmonare fu possibile eseguire una resezione con criteri di radicalità chirurgica, e 17 (il 77%) di questi erano allo stadio I dal punto di vista anatomo-patologico, con un diametro medio di 18 mm.

Gli Autori concludono che l'uso combinato di TC spirale e PET consente di diagnosticare "early" carcinomi polmonari in popolazioni a rischio di sviluppo della neoplasia, e che il monitoraggio ad 1 anno delle lesioni fino a 5 mm non determina un aumento di rischio di progressione della malattia.

Il *nerve growth factor* risulta efficace nella terapia delle gravi ulcere da decubito dei piedi

Titolo originale:

Topical treatment of pressure ulcers with nerve growth factor: a randomized clinical trial

Landi F, Aloe L, Russo A, Cesari M, Onder G, Bonini S, Carbonin PU, Bernabei R.

Ann Intern Med 2003;139: 635-41.

Corrispondenza: Landi F, Dipartimento di Geriatria, Università Cattolica, Roma
E-mail: francesco_landi@rm.unicatt.it

Le ulcere da decubito dei piedi sono un rilevante problema medico ed assistenziale nel paziente anziano allettato, con il sempre presente rischio di infezioni. Il trattamento convenzionale, sempre di lunga durata, comprende le medicazioni locali e frequentemente le toilette chirurgiche. Di recente introduzione è l'uso dei fattori di crescita.

Gli Autori hanno condotto uno studio randomizzato a doppia cecità contro placebo per valutare l'efficacia del *nerve growth factor* nelle ulcere non infette da decubito dei piedi. Diciotto pazienti hanno ricevuto il trattamento con il fattore di crescita e 18 un trattamento topico convenzionale: il decorso delle lesioni è stato valutato determinandone periodicamente l'area.

In un periodo di 6 settimane l'area residua ulcerata era significativamente minore nel gruppo trattato con il fattore di crescita rispetto al gruppo trattato in maniera tradizionale (Hp= .034).

Gli Autori propongono l'uso del *nerve growth factor* nella terapia dei pazienti con severe ulcere da decubito dei piedi.

La durata della terapia anticoagulante orale in corso di embolia polmonare non è ancora stabilita

Titolo originale:

Extended oral anticoagulant therapy after a first episode of pulmonary embolism.

Agnelli G, Prandoni P, Becattini C, Silingardi M, Taliani MR, Miccio M, Imberti D, Poggio R, Ageno W, Pogliani E, Porro F, Zonzin P; Warfarin Optimal Duration Italian Trial Investigators.

Ann Intern Med 2003; 139:19-25.

Corrispondenza: Agnelli G, Dipartimento Medicina Interna, Università degli Studi Dipartimento di Perugia. E-mail: agnellig@unipg.it

Gli Autori hanno valutato l'eventuale beneficio del prolungamento della terapia anticoagulante orale dopo un primo episodio di embolismo polmonare da 3 a 6 mesi per i casi associati ad un chiaro fattore di rischio e ad 1 anno per le forme idiopatiche. Lo studio, multicentrico randomizzato, ha coinvolto 19 strutture ospedaliere italiane.

Lo studio non ha documentato differenze significative tra i gruppi con differente durata della terapia dal punto di vista della recidiva di episodi tromboembolici; tale dato si è verificato sia nel gruppo con associate cause di aumentato rischio di embolia polmonare e sia nel gruppo delle forme idiopatiche. Peraltro tutti gli episodi di recidiva tromboembolica, tranne uno, si sono verificati dopo l'interruzione della terapia: la durata della terapia anticoagulante orale non è quindi stabilita, mentre appare documentato che la sua interruzione dopo i periodi di tempo nella quale viene attualmente impiegata, espone il paziente ad un nuovo episodio embolico, frequentemente polmonare.

La monosomia X risulta più frequente nelle donne affette da PBC rispetto ai controlli

Titolo originale:

Frequency of monosomy X in women with primary biliary cirrhosis
Invernizzi P, Miozzo M, Battezzati PM, Bianchi I, Grati FR, Simoni G, Selmi C, Watnik M, Gershwin ME, Podda M.

Lancet 2004;363:533-5.

Corrispondenza: Invernizzi P, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Milano. E-mail: pietro.invernizzi@unimi.it

Il cromosoma X incorpora geni implicati nella tolleranza immunologica. Gli Autori hanno indagato la frequenza della monosomia X nei leucociti del sangue periferico in 100 donne affette da PBC, 50 da epatite cronica HCV-relata ed in 50 donne controlli sani.

In tutti i gruppi la frequenza della monosomia X incrementava con l'età dei soggetti. La differenza tra donne affette da PBC e da epatite cronica e controlli è apparsa altamente significativa ($p < 0001$ tra PBC e gruppi di confronto), anche eseguendo la statistica tenendo conto del fattore età. All'interno del gruppo PBC non vi era differenza nella frequenza della monosomia X tra malattia di grado lieve o avanzato o tra pazienti con livelli di bilirubina superiori o inferiori a 17.1 mmol/L.

Gli Autori concludono che l'osservazione non è conclusiva sulla patogenesi della cirrosi biliare primitiva, ma che i loro dati sono consistenti con il noto legame tra cromosoma X e formazione di granulomi ed aumento delle IgM seriche, alterazioni presenti nella PBC.

L'uso dell'albumina nei pazienti con cirrosi epatica riduce i tempi di degenza ospedaliera ed il numero dei ricoveri

Titolo originale:

The rational use of albumin in patients with cirrhosis and ascites. A Delphi study for the attainment of a consensus on prescribing standards.
Gentilini P, Bernardi M, Bolondi L, Craxi A, Gasbarrini G, Ideo G, Laffi G, La Villa G, Salerno F, Ventura E, Pulazzini A, Segantini L, Romanelli RG.
Dig Liver Dis 2004; 36:539-46.

Corrispondenza: P. Gentilini, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Firenze E-mail: p.gentilini@dfc.unifi.it
Dr. Ferdinando C. Sasso, Istituto di Medicina Interna, Seconda Università degli Studi di Napoli. E-mail: ferdinando.sasso@unina2.it

Scopo dello studio è stato quello di raggiungere un consenso tra diversi centri italiani esperti di terapia della cirrosi epatica sull'uso dell'albumina nell'ascite, uso spesso empirico e che frequentemente si protrae anche dopo la dimissione del paziente dalla struttura ospedaliera.

Lo studio si è basato sul metodo "Delphi" di gestione di questionari anonimi sottoposti ad esperti, con un'elaborazione finale che abbia le caratteristiche di conferire valenza statistica alle conclusioni raggiunte. I questionari sono stati sottoposti a 68 centri italiani specializzati nella terapia della cirrosi epatica e delle sue complicanze: 36 centri hanno partecipato fino alla fase finale della ricerca.

Il 77% degli esperti hanno concordato sull'affermazione che l'uso dell'albumina riduce i tempi di degenza ospedaliera ed il numero dei ricoveri di tali pazienti: ne va quindi raccomandato l'uso domiciliare.

Sulla base di tali considerazioni è stato rimosso da parte della Commissione Ministeriale sull'uso dei farmaci il limite di 2.5 g/dl per la prescrivibilità con rimborso da parte dell'SSN dell'albumina.

Caro Presidente,

si è parlato tanto, negli scorsi anni, della presunta crisi d'identità della Medicina Interna. Sospetto talvolta che se ne sia parlato in maniera interessata, da parte di coloro che vogliono svalutare il peso scientifico, didattico e assistenziale della Medicina Interna. Infatti, l'ultima e attuale versione della Tabella XVIII ha in gran parte restituito alla Medicina Interna lo spazio che le compete nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ed anche nelle lauree brevi. A livello assistenziale, l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie multiple rende sempre più necessari i reparti di Medicina Interna, i soli che possano affrontare in maniera adeguata la complessità. Né la Medicina Interna è in crisi dal punto di vista scientifico: nella "classifica" dei 100 ricercatori italiani scientificamente più produttivi nel campo della biomedica redatta dall'*Espresso* nel 1999, figuravano ben 17 internisti! E anche se questa indagine dell'*Espresso* è un po' vecchiotta, non credo che la situazione sia molto cambiata: fra i 50 ricercatori italiani (di tutte le discipline, non solo della medicina!) che rientrano fra i più citati nel mondo per le loro pubblicazioni, rientrano ben due italiani appartenenti a MED09 (<http://isihighlycited.com>).

Nessun problema quindi? Un problema c'è, e potrebbe arrivare presto a minare questo quadro positivo. Il problema è che la

Medicina Interna accademica sta perdendo troppi dei suoi migliori professori che, dopo aver vinto un concorso in Medicina Interna e passato il periodo di straordinariato, chiedono al CUN ed ottengono di passare in settori scientifici disciplinari specialistici. Non faccio nomi, sia perché sono noti a tutti voi che perché non voglio essere critico verso questi bravissimi colleghi, che stimo e ammiro. E sono proprio questi sentimenti che mi fanno provare rincrescimento per non essere stati noi capaci di trattenerli nel nostro settore scientifico-disciplinare! Cosa si può fare per arrestare questa emorragia, che sfrutta anche il fatto che si fanno molte più valutazioni comparative nel settore MED09 che in altri settori? Bisognerebbe sapere perché il CUN consente così facilmente questi passaggi, ed esprimere a chiare lettere la disapprovazione del Collegio MED09 per questo. Bisognerebbe anche fare un patto con i vincitori di concorso di rimanere nel settore che li ha "idoneati", anche se questo può ovviamente essere solo un "gentleman agreement". Ma soprattutto bisogna far capire a questi colleghi, che spesso sono fra i più bravi, che la Medicina Interna attraverso le sue due istituzioni associative (il Collegio MED09 e la Società Italiana di Medicina Interna), ha molto da offrire a loro e ai loro giovani collaboratori. Fornire ai giovani e meno giovani internisti una palestra ben attrezzata per sviluppare i loro talenti di ricercatori,

docenti e clinici: è ciò che le due istituzioni, ciascuna nell'ambito delle proprie competenze, stanno cercando di fare. Ma nulla si otterrà senza il nostro orgoglio di appartenenza disciplinare.

Pier Mannuccio Mannucci

Presidente della
Società Italiana di Medicina Interna

Caro Presidente,

con l'avvicinarsi del Primo Congresso del Collegio dei Professori di Medicina Interna, ti chiedo un piccolo spazio per offrire a tutti i Colleghi uno spunto di riflessione, che mi auguro possa essere utile a focalizzare alcuni aspetti di attualità della nostra professione.

Mentre, come è noto, la gestione degli eventi e delle acuzie ha raggiunto livelli di eccellenza sia teorica che operativa e di elevata consapevolezza nel pubblico e tra i pazienti, per quanto attiene alla prevenzione i risultati sembrano essere assai meno soddisfacenti. Ciò vale in particolare per la crescente prevalenza dell'obesità e della vita sedentaria, che hanno raggiunto livelli di pandemia, così che l'intricata interconnessione tra queste due condizioni e la crescente importanza delle loro conseguenze cliniche ed economiche "chiama all'azione" (negli USA si stimano circa 300.000 morti all'anno e 92 mld \$ di spese dirette o indirette; *Arch Intern Med* 2004; 164: 249).

Molti medici, negli USA, si sentono sopraffatti dal crescere del problema, e lamentano la mancanza di chiare linee guida e di studi su

popolazioni, capaci di guidare terapie prevalentemente basate su cambi dello stile di vita, ed in particolare sull'attività fisica. La situazione può sembrare operativamente ancora più complessa se si considera che tipicamente tali approcci si basano su un lavoro di gruppo (team work), capace di integrare diverse professionalità, con una finalità unitaria: ridurre il rischio cardiovascolare e metabolico integrando in ogni specifico paziente una molteplicità di interventi possibili in un mix personalizzato.

Paradossalmente, è ben noto che la regolare pratica di una qualche forma di esercizio fisico a un livello, almeno di media intensità, è capace di ridurre significativamente il rischio di numerose patologie. Schematicamente si può affermare che le seguenti forme morbose traggano beneficio da una regolare pratica di esercizio fisico: ipertensione arteriosa, diabete di tipo II, alterato profilo lipidico, malattia coronarica, ictus, cancro coloretale, cancro della mammella, osteoartrite, osteoporosi, malattia colesticistica, depressione, e, forse, sleep-apnea.

Questo ampio ambito della medicina mette in luce il ruolo critico del medico di famiglia, cui la maggior parte dei pazienti si rivolge anche più di una volta all'anno per problemi acuti o per controlli clinici. Sembrerebbe facile, quindi, instaurare delle procedure capaci di rovesciare la tendenza verso obesità e sedentarietà, attraverso pratiche preventive. Ma, ancor più sconcertante, è l'osservazione che usualmente, malgrado ne siano noti i benefici, risulta assai difficile ottenere una maggiore pratica di attività fisica dai nostri pazienti. Forse non ne sono così chiari i vantaggi, non c'è abbastanza tempo, non c'è

sufficiente motivazione, né supporto dall'ambiente; è difficile trovare luoghi adatti e raggiungibili, non c'è sufficiente "cultura". Sembrerebbe allora forse più facile cadere nel modello magico del farmaco semplice risolutore.

Le informazioni statistiche (ISTAT) sulla popolazione indicano che nel 1999 ben 19 milioni di italiani si dichiaravano totalmente inattivi. Lo scenario sembrerebbe totalmente sconnesso, dato che, di converso, una quantità sempre crescente di persone dichiara di praticare una qualche forma di esercizio fisico. Sempre nello stesso anno quasi 21 milioni di italiani dichiaravano infatti di praticare una qualche forma di attività sportiva. Con tutti i limiti di queste osservazioni di popolazione, si giustifica allora l'interesse crescente delle Autorità regolatorie per approcci selettivi e non generalizzati, capaci così di incrementare il numero di quanti si dedicano ad una regolare attività fisica, in modo da favorire una benefica rimodulazione della spesa sanitaria (e sociale), specialmente negli affetti da quelle patologie che più risentono negativamente della sedentarietà (malattie cardiovascolari, ictus, diabete II, obesità, tumore del colon, mammella, ipertensione, dislipidemia, osteoporosi, stress, ansietà e depressione).

Una recente delibera della Giunta della Regione del Veneto (Linee di indirizzo regionali in Materia di Medicina dello Sport, 11 febbraio 2005) afferma che "la spesa sanitaria sociale dei soggetti affetti da queste patologie ed imputabile ad ospedalizzazioni, cure mediche, assenze lavorative, ecc. è tripla rispetto ai non affetti. L'attività fisica e quella sportiva

costituiscono semplici ed efficaci strumenti alla portata di tutti per ottenere un guadagno in salute ed una conseguente riduzione della spesa sanitaria legata alle cure di molte patologie croniche invalidanti". Va aggiunto che la regolare attività fisica svolge un ruolo insostituibile nel mantenere il livello di salute e qualità della vita nell'anziano, sia per una migliore fitness cardiorespiratoria, che per una migliore attività muscolare ed osteoarticolare, con conseguente riduzione della cadute a terra e delle fratture. La Regione del Veneto sembra quindi aver aperto una assai interessante strada verso una riorganizzazione di una delle branche tipiche della Medicina Interna: la medicina dello sport. In essa convergono molteplici specialità, e nel nostro Paese è in corso un serrato confronto su quale modello debba meglio rappresentare la formazione, a vari livelli, dei professionisti di questo settore a ponte tra salute e malattia, così incredibilmente efficace anche nel recupero e nella riabilitazione post-evento, e nel ridurre molti effetti dell'invecchiamento.

Del resto la Medicina dello Sport fino a poco tempo fa era dai più considerata argomento esoterico per atleti di élite, e quindi legata, quasi esclusivamente alla definizione di idoneità per le attività agonistiche, e, di conseguenza, anche alla gestione dei traumi che ne possono derivare. Il cambio di scenario di questi ultimi anni, le ulteriori conoscenze scientifiche, derivanti anche dalla divulgazione delle ricerche sugli astronauti, e sulle conseguenze, reversibili, dell'inattività e della microgravità, sembrano porre la medicina dello sport al centro di una complessa organiz-

zazione in cui l'attività fisica rappresenta il comune denominatore di un approccio operativo che spazia dalla prevenzione alla cura ed al mantenimento della salute. Come la figura del Medico dello Sport acquista una particolare rilevanza, anche l'insegnamento della fisiopatologia e clinica dell'attività fisica e dello sport assume un rilievo curriculare, che non trova riscontro nell'attuale organizzazione didattica. Ciò vale sia per il

corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, che per la Specialità di Medicina Interna.

Appropriatamente le varie sfaccettature della Medicina dello Sport appaiono già comprese, seppure sostanzialmente solo in via teorica, nella collocazione che essa ha nei raggruppamenti concorsuali del Ministero della Salute e del MIUR nell'ambito della Medicina Interna.

Spero che queste considerazioni

non solo stimolino un proficuo dibattito all'interno del Collegio, ma possano suggerire azioni perché il ruolo della Medicina Interna in questo settore in rapida espansione possa essere mantenuto ed accresciuto, come ad Essa compete per storia, capacità e competenze.

Con viva cordialità

Massimo Pagani
Referente di sede

Università degli Studi di Milano

La centralità della formazione internistica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia

Primo Congresso Nazionale

Roma, Venerdì 27 maggio 2005 ore 10,00 - 18,30
Istituto Superiore di Sanità - Aula Pocchiari

Programma

Il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed i corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

- L'esperienza del numero chiuso: può essere migliorata?
- Didattica frontale e didattica tutoriale
- L'insegnamento della Medicina Generale: come attuarlo?

Discussione

Il riordino delle Scuole di Specializzazione del SSD Med09

- Il nuovo statuto
- Le attività professionalizzanti
- L'accREDITAMENTO delle strutture ospedaliere

Discussione

Lo stato giuridico della docenza universitaria

- La posizione del MIUR

- La posizione della CRUI
- La posizione del CUN

Discussione

La gestione centralizzata delle valutazioni comparative

- Il punto di vista del Ricercatore
- Il punto di vista del Professore Associato
- Il punto di vista del Professore Ordinario

Discussione

Costruire il curriculum universitario

- L'attività scientifica
- L'attività didattica
- L'attività assistenziale

Discussione

Conclusioni

Verbale della riunione di Giunta

a cura di Roberto Manfredini

14

Roma, giovedì 10 marzo 2005

Sono presenti i Professori: Corrocher, Dammacco, Filetti, Novarini, Rappelli, Senin, Rapaccini, Manfredini, Sasso.
Assenti giustificati i Professori: Lauro, Pini, Sama.

In apertura di riunione, il Presidente ricorda il prof. Miglioli, tragicamente scomparso nei giorni scorsi e propone di pubblicare sul Bollettino una breve nota commemorativa.

Il Presidente ricorda, inoltre, che i verbali relativi alle riunioni della Giunta devono essere costantemente pubblicati sul Bollettino allo scopo di mantenere i Colleghi internisti adeguatamente informati sulle attività svolte dal Collegio stesso.

Propone quindi che la stesura del verbale sia affidata nell'ordine a Manfredini, Sasso e Sama in rapporto all'eventuale assenza di uno di essi. Il dott. Manfredini svolge in data odierna i compiti di verbalizzazione.

1) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) *Coordinate fiscali, bancarie e postali*

E' stata ufficialmente effettuata l'apertura sia di un conto corrente postale (n° 61768453, Agenzia

Roma 97, via Largo Agostino Gemelli 2 - 00168 Roma) che di un conto corrente bancario (n° 6674/39, Banca di Roma, Roma 84, Policlinico Umberto I, viale del Policlinico 155, ABI 3002, CAB 3374, CIN Y).

b) *Gruppo di Studio della Federazione Medico - Sportiva Italiana (FMSI)*

Viene data lettura delle lettere del Prof. Giorgio Santilli (Presidente della FMSI) e del prof. Pino Zoppini (Presidente del CONI Lombardia), ricevute dal Prof. Massimo Pagani, contenenti una proposta di costituzione di un Gruppo di lavoro misto, volto ad operare nell'area della medicina applicata allo sport. Nel corso della successiva approfondita discussione, la Giunta si è soffermata su argomenti di tipo generale (comprovata efficacia dell'esercizio fisico e dello sport sulla popolazione generale e geriatrica in particolare; interesse crescente nei confronti della Medicina dello Sport; ruolo degli Internisti all'interno delle Scuole di Specializzazione attivate nel nostro Paese), ed ha formulato parere favorevole nei confronti della costituzione di un *Gruppo di lavoro*. E' stata quindi affrontata la possibile composizione del Gruppo stesso, demandando al Presidente

di confrontarsi con il Prof. Pagani per la definitiva individuazione dei componenti..

c) *Riconoscimento del Collegio come Provider*

Il Presidente ripercorre le tappe del faticoso cammino finalizzato al riconoscimento del Collegio stesso come Provider nell'ambito della formazione ECM (sede autonoma, costi, certificazione di qualità, ecc). La Giunta decide di affidare al prof. Rapaccini (che ha maturato specifica esperienza su questo argomento nella veste di Presidente della Società Italiana di Ultrasonologia) l'incarico di esplorare le possibilità del Collegio di essere accreditato come Provider.

2) PRIMO CONGRESSO NAZIONALE COLMED 09: STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGRAMMA

Innanzitutto, il Presidente riferisce alla Giunta che la sua iniziativa di richiedere all'Istituto Superiore di Sanità la disponibilità ad ospitare il Congresso presso l'Aula Pocchiarri senza oneri economici ha avuto successo, e presenta la lettera pervenuta in tal senso dal Capo dell'Ufficio Relazioni Esterne dell'Ente ospitante, che dà parere positivo.

Segue una lunga, articolata e approfondita discussione, nel corso della quale si giunge alla stesura del

Coordinate fiscali, bancarie e postali

Codice Fiscale: 97339920585

c/c bancario: n. 6674/39

Banca di Roma - Roma 84 - Policlinico Umberto I

Viale del Policlinico, 155

ABI: 3002 CAB: 3374 CIN: Y

c/c postale: conto n° 61768453 intestato al Collegio dei Professori Universitari di Medicina Interna COLMED/09

ABI: J07601 CAB: 03200

Sigla internazionale (per eventuali versamenti dall'estero): IT/20

programma del Congresso, fissato per venerdì 27 maggio.

3) DISEGNO DI LEGGE MORATTI: VALUTAZIONI COMPARATIVE E STATO GIURIDICO

L'argomento non viene posto in discussione, tenuto conto che il DDL è stato proprio in questi giorni ritrasmissione dall'Assemblea Parlamentare alla VII Commissione per i necessari approfondimenti.

4) RINNOVO QUOTE ASSOCIATIVE: SINERGIA CON LA SIMI

Il Presidente ripercorre brevemente l'iter che ha permesso di definire una strategia comune con la SIMI per quanto riguarda le quote associative, al fine di favorire e incentivare l'iscrizione congiunta ad entrambe le associazioni. In particolare, le nuove quote sono le seguenti:

Professori Ordinari

Quota SIMI: precedente euro 120,00, riduzione 20% = attuale euro 96,00

Quota Collegio: precedente euro 50,00, riduzione 20% = attuale euro 40,00

Quota totale iscrizione SIMI + Collegio: euro 136 anziché 170.

Professori Associati

Quota SIMI: precedente euro 120,00, riduzione 20% = attuale euro 96,00

Quota Collegio: precedente euro 40,00, riduzione 20% = attuale euro 32,00

Quota totale iscrizione SIMI + Collegio: euro 128 anziché 160.

Ricercatori

Quota SIMI: precedente euro 120,00, riduzione 20% = attuale euro 96,00

Quota Collegio: precedente euro 30,00, riduzione 20% = attuale euro 24,00

Quota totale iscrizione SIMI + Collegio: euro 120 anziché 150.

Come illustrato in apertura di riunione, sono stati già aperti i conti correnti postale e bancario. Si rammenta che, per motivi amministrativi e fiscali, è indispensabile procedere alla due iscrizioni in maniera separata.

5) BILANCIO CONSUNTIVO 2004 E BILANCIO PREVENTIVO 2005

Il prof. Filetti dà lettura del bilancio consuntivo 2004 e di quello preventivo 2005. La Giunta analizza attentamente il materiale e

approva all'unanimità i bilanci in questione.

6) COMMISSIONE CORROCHER: STATO DI AVANZAMENTO

Il prof. Corrocher riferisce in merito ai lavori della Commissione dedicata ai Protocolli di intesa Regioni/Università. Per brevità, espone i criteri metodologici utilizzati e distribuisce lo schema preliminare dell'avanzamento dei lavori, ancora *in itinere* proprio per il diverso iter nelle diverse Regioni. La Regione Emilia-Romagna, per esempio, ha appena sottoscritto il nuovo protocollo che il prof. Novarini invierà prontamente alla Commissione per la disamina e le opportune considerazioni.

7) COMMISSIONE DANIELI: STATO DI AVANZAMENTO

Il prof. Danieli riferisce in merito ai lavori della Commissione dedicata ai rapporti con la Medicina Generale, al Nuovo Ordinamento didattico delle Scuole di Specializzazione, agli Esami di Stato, alle Lauree triennali. La Commissione renderà presto disponibile un documento sui risultati raggiunti.

Nuove quote associative alla SIMI e a COLMED09

Professori Ordinari

Quota SIMI 120,00 Euro riduzione del 20% = Euro 96,00
Quota Collegio 50,00 Euro riduzione del 20% = Euro 40,00
Totale Euro 136,00 invece di Euro 170,00

Professori Associati

Quota SIMI 120,00 Euro riduzione del 20% = Euro 96,00
Quota Collegio 40,00 Euro riduzione del 20% = Euro 32,00
Totale Euro 128,00 invece di Euro 160,00

Ricercatori

Quota SIMI 120,00 Euro riduzione del 20% = Euro 96,00
Quota Collegio 30,00 Euro riduzione del 20% = Euro 24,00
Totale Euro 120,00 invece di Euro 150,00

Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna

16

Organigramma del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna - COLMED/09

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente, Prof. Franco Dammacco (Bari)

Membri

PO: Prof. Roberto Corrocher (Verona)
PO: Prof. Sebastiano Filetti (Roma)
PO: Prof. Almerico Novarini (Parma)
PO: Prof. Alessandro Rappelli (Ancona)
PO: Prof. Umberto Senin (Perugia)
PA: Prof. Riccardo Pini (Firenze)
PA: Prof. Gian Ludovico Rapaccini (Roma)
PA: Prof. Claudia Sama (Bologna)
Ric: Dott. Roberto Manfredini (Ferrara)
Ric: Dott. Ferdinando C. Sasso (Napoli II)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

PO: Prof. Giorgio Emanuelli (Torino)
PO: Prof. Gianfranco Guarnieri (Trieste)
PO: Prof. Michele Varricchio (Napoli)

Supplenti

PO Prof. Nicola Carulli (Modena)
PO Prof. Antonio Salvetti (Pisa)

COLLEGIO DEI SINDACI

PA: Prof. Antonio G. Masala (Sassari)
PA: Prof. Damiano Rizzoni (Brescia)
PA: Prof. Bruno Solerte (Pavia)
Ric: Dott. Giovambattista Desideri (L'Aquila)
Ric: Dott. Sergio Neri (Catania)

REFERENTI DI SEDE

Ancona

PO: Prof.ssa Maria Montroni
PA: Prof. Riccardo Sarzani
Ric: Dott.ssa Maria Giovanna Danieli

Bari

PO: Prof. Giuseppe Palasciano
PA: Prof. Cosimo Tortorella
Ric: Dott. Francesco Resta

Bologna

PO: Prof. Marco Zoli
PA: Prof. Franco Trevisani
Ric: Dott. Roberto De Giorgio

Brescia

PO: Prof. Enrico Agabiti Rosei
PA: Prof. Damiano Rizzoni
Ric: Dott. Roberto Zulli

Cagliari

PO: Prof. Angelo Balestrieri
PA: Prof. Quirico Mela
Ric: Dott. Luchino Chessa

Catania

PO: Prof. Pietro Castellino
PA: Prof. Riccardo Noto

Ric: Dott. Sergio Neri
Catanzaro

PO: Prof. Giorgio Sesti
PA: Prof. Agostino Gnasso
Ric: Dott. Franco Arturi
Chieti

PO: Prof. Fabio Capani
PA: Prof. Ettore Porreca
Ric: Dott. Angelo Di Iorio

Ferrara

PO: Prof. Carlo Longhini
PA: Prof. Rosano Scolozzi
Ric: Dott. Stefano Volpato
Firenze

PO: Prof. Giacomo Laffi
PA: Prof. Pietro Amedeo Modesti
Ric: Dott.ssa Paola Parronchi

Foggia

PO: Prof. Emanuele Altomare
PA: Prof. Raffaele De Cesaris
Ric: Dott.ssa Maria Filomena Caiaffa

Genova

PO: Prof. Franco Patrone
PA: Prof. Giorgio Luciano Viviani
Ric: Dott. Giovanni Corsini

Insubria

PO: Prof. Achille Venco
PA: Prof.ssa Luigia Guasti
Ric: Dott. Walter Ageno

Messina

PO: Prof. Vittorio Nicita Mauro
PA: Prof.ssa Maria Antonietta Freni
Ric: Dott. Aldo Trifiletti

Milano

PO: Prof. Massimo Pagani
PA: Prof.ssa Daniela Mari
Ric: Dott. Luigi Bergamaschini

Milano Bicocca

PO: Prof. Giuseppe Mancia
PA: Prof. Gianfranco Parati
Ric: Dott.ssa Simonetta Genovesi

Milano Cattolica

PO: Prof. Paolo Pola
PA: Prof. Paolo Caradonna
Ric: Dott. Angelo Santoliquido

L'Aquila

PO: Prof. Giorgio Tonietti
PA: Prof. Roberto Giacomelli
Ric: Dr. Giovambattista Desideri

Milano San Raffaele

PO: Prof. Federico Caligaris Cappio
PA: Prof. Antonio Secchi
Modena

PO: Prof. Antonello Pietrangelo
PA: Prof. Marco Bertolotti
Ric: Dott. Paolo Ventura

Napoli - II Università

PO: Prof. Paolo Altucci
PA: Prof. Mauro Giordano
Ric: Dott. Lucio Santaripa

Napoli - Federico II

PO: Prof. Franco Rengo

PA: Prof. Aldo Liberato Ferrara
Ric: Dott. Salvatore Panico

Padova

PO: Prof. Cesare Scandellari
PA: Prof.ssa Elena Ossi
Ric: Dott. Livio Trentin

Palermo

PO: Prof. Giovanni Cerasola
PA: Prof. Gino Avellone
Ric: Dott. Gabriele Di Lorenzo

Parma

PO: Prof. Roberto Delsignore
PA: Prof. Alberto Montanari
Ric: Dott. Aderville Cabassi

Pavia

PO: Prof. Carlo Balduini
PA: Prof. Paolo Gobbi
Ric: Dott. Amedeo Mugellini

Perugia

PO: Prof. Elmo Mannarino
PA: Prof. Ildo Nicoletti
Ric: Dott. Alfonso Iorio

Piemonte Orientale

PO: Prof. Ettore Bartoli
PA: Prof. Giancarlo Avanzini

Pisa

PO: Prof. Antonio Salvetti
PA: Prof. Fabio Monzani
Ric: Dott. Marco Rossi

Roma - Sapienza

PO: Prof. Pietro Serra
PA: Prof. Vittorio Santemma
Ric: Dott.ssa Roberta Di Rosa

Roma - Tor Vergata

PO: Prof. Luigi Fontana
PA: Prof. Massimo Federici
Ric: Dott. Domenico De Nardo

Sassari

PO: Prof. Giuseppe Delitala
PA: Prof. Antonio Masala
Ric: Dott. Paolo Tomasi

Siena

PO: Prof. Sandro Forconi
PA: Prof. Stefano Gonnelli
Ric: Dott. Fulvio Bruni

Torino

PO: Prof. Giuseppe Saglio
PA: Prof. Giovanni Rolla
Ric: Dott.ssa Maria Felice Brizzi

Trieste

PO: Prof. Gianfranco Guarnieri
PA: Prof. Renzo Carretta
Ric: Dott. Lorenzo Pascazio

Udine

PO: Prof. Leonardo Sechi
PA: Prof. Sergio De Marchi
Ric: Dott. Alessandro Cavarape

Verona

PO: Prof. Vincenzo Lo Cascio
PA: Prof. Giovanni Battista Gabrielli
Ric: Dott.ssa Germana Montesi

MED 09, Medicina Interna Universitaria

Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di
Medicina Interna - COLMED/09

Direttore Editoriale
Franco Dammacco

Comitato Editoriale

Roberto Corrocher, Giorgio Emanuelli, Sebastiano
Filetti, Renato Lauro, Almerico Novarini,
Alessandro Rappelli, Umberto Senin

Indirizzo del Presidente

Dipartimento di Medicina Interna e Oncologia,
Policlinico, Piazza Giulio Cesare, 5 - 70124 Bari
Tel. 080/5478862 e-mail: f.dammacco@dim.uniba.it

Redazione

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
Polo Didattico Scientifico
Via Tronto, 10 - 60020 Torrette di Ancona
Tel. 071/2206101 - Fax 071/2206103
E-mail: g.danieli@univpm.it

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Segretaria di Redazione
Daniela Pianosi

Stampa

Errebi Grafiche Ripesi - Falconara

Editrice



Via A. Ristori, 38 - 00197 Roma
Tel. 06809681 - Fax 068072458
E-mail: info.cepi@aimgroup.it
Internet: http://www.aimgroup.it