

2/05

MED

09

**Trimestrale di informazione**

Poste Italiane SpA Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003  
(Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, Comma 1, DCB Ancona  
Supplemento n. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 2/2005  
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*

**4 PRIMO CONGRESSO NAZIONALE  
COLMED/09**

**Appunti dal Congresso**

*Giovanni Danieli*

**Riflessioni intorno al Congresso**

*Gianfranco Salvioli*

**Intervento del Presidente del  
Collegio dei Professori Ordinari  
e Straordinari di Chirurgia**

*Oreste Terranova*

**8 SEZIONE DIDATTICA**

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

*Nicola Carulli e Maria Angela Becchi*

**11 SEZIONE RICERCA**

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

*a cura di Roberto Manfredini*

**15 LETTERE AL DIRETTORE**

*Gianfranco Salvioli*

**lettera del presidente**

Cari Colleghi Internisti,

come sapete, il Primo Congresso Nazionale del nostro Collegio si è tenuto venerdì 27 maggio 2005, nella prestigiosa Aula "Pocchiaro" dell'Istituto Superiore di Sanità. Vorrei in questa sede ringraziare pubblicamente il Presidente Prof. Enrico Garaci per la squisita sensibilità con la quale ha accolto la mia richiesta di mettere gratuitamente a disposizione del nostro Collegio tale Aula. Accanto al mio grazie più sincero ed affettuoso, vorrei sin d'ora anticipare al Prof. Garaci la preghiera di considerare con altrettanta cortesia e benevolenza le future richieste, in maniera che i Congressi di COLMED/09 possano svolgersi per consuetudine presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Il Congresso è stato focalizzato sul tema generale: "La Centralità della Formazione Internistica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia" ed ha compreso ben quindici relazioni relative alle seguenti quattro sessioni: 1) il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia ed i Corsi di laurea delle professioni sanitarie; 2) il riordino delle Scuole di Specializzazione del SSD MED/09; 3) lo stato giuridico della Docenza universitaria; 4) costruire il curriculum universitario. Nelle pagine seguenti di questo Bollettino troverete un'ampia sintesi delle relazioni, curata da Giovanni Danieli, al quale vorrei esprimere il più sentito ringraziamento in quanto il testo da lui preparato consentirà ai Colleghi Internisti che non hanno partecipato al Congresso di farsi un'idea, sintetica ma puntuale, degli argomenti che sono stati affrontati e dibattuti.

È ora doveroso per tutti i Componenti della Giunta Esecutiva, ed in particolare per chi scrive, tracciare un bilancio di questa prima esperienza per trarne tutte le possibili conseguenze operative e per meglio programmare i futuri Congressi. Riservandomi di tornare sull'argomento alla luce di quanto emergerà dalla discussione collegiale in seno alla Giunta Esecutiva (da me convocata per il 4 luglio 2005), vorrei sin d'ora sottoporVi le seguenti considerazioni. Anzitutto, il livello delle relazioni e l'animata discussione che ha fatto seguito al termine di ciascuna sessione sono, a mio avviso, la migliore dimostrazione

del successo della nostra iniziativa. Siamo tutti consapevoli della complessità dei problemi con i quali le Facoltà di Medicina e Chirurgia in generale, ed il settore della Medicina Interna in particolare, devono quotidianamente confrontarsi. Su alcuni di questi problemi (per esempio: l'esperienza del numero chiuso, l'insegnamento della Medicina Generale, le attività professionalizzanti nell'ambito delle Scuole di Specializzazione del nostro settore, e così via) le posizioni degli Internisti non sono sempre convergenti e talora appaiono persino contrastanti. Quale migliore occasione può allora essere prospettata di un dibattito a più voci, che consenta di far emergere analogie, incongruenze o contrasti? Ciò è infatti accaduto nel corso del Convegno, come i Colleghi presenti ricorderanno, e come anche gli assenti potranno arguire dalla sintesi delle relazioni, di seguito pubblicata, alla quale ho già avuto modo di fare riferimento.

Questo aspetto ha ovviamente una valenza altamente positiva, perché è appunto dal confronto dialettico delle opinioni che la Medicina Interna può maturare il suo punto di vista e le sue convinzioni, riaffermando la sua *leadership* culturale nel settore della Medicina. Ma non può essere sottaciuta in questa sede un'altra considerazione, questa volta di segno negativo. Allo scopo di consentire una rilevazione numerica (e non già nominativa) dei partecipanti al Congresso, mi ero preoccupato di allestire tre elenchi distinti, relativi agli Internisti Ordinari, Associati e Ricercatori.

Nonostante abbia più volte invitato tutti i presenti ad attestare con la propria firma la loro presenza, è certo che almeno una ventina di Congressisti hanno disatteso (per dimenticanza o per essere ripartiti prima del termine dei lavori) il mio invito. Pur con questa riserva, la conta delle firme parla un linguaggio chiaro e un po' deludente. Il numero complessivo dei partecipanti è stato di poco superiore alle 200 unità, per un Settore Scientifico-Disciplinare qual è MED/09 che conta attualmente 1190 Docenti. Circa il 70% dei presenti era costituito da Professori Ordinari, mentre gli Associati sono stati circa il 20% ed i Ricercatori il rimanente 10%.

La scarsa partecipazione dei Ricercatori è particolarmente disarmante quando si pensi che lo Statuto del nostro Collegio "rifondato" è stato elaborato ed approvato con l'obiettivo specifico di coinvolgere *tutti* gli Internisti, prescindendo dalla loro fascia di appartenenza. Senza dimenticare che, per ovvie ragioni anagrafiche, molte problematiche in discussione riguarderanno in misura ben più elevata il futuro dei Ricercatori e degli Associati, rispetto a quello dei Professori Ordinari.

Consentitemi ancora una volta di richiamare la vostra attenzione sul fatto che il peso politico e culturale del nostro Collegio sarà tanto maggiore quanto più ampio sarà il numero degli iscritti e più assidua la loro partecipazione alle iniziative del Collegio.

Al Congresso ha partecipato, su invito mio personale e dei Colleghi della Giunta Esecutiva,

il Prof. Oreste Terranova, Presidente del Collegio di Chirurgia Generale che, a differenza del nostro Collegio, comprende soltanto i Professori Ordinari e Straordinari.

L'intervento del Prof. Terranova è stato particolarmente apprezzato non soltanto per le sue lucide considerazioni sullo stato giuridico della Docenza universitaria, ma anche per l'ampia disponibilità che, tramite il Prof. Terranova, i Colleghi Chirurghi hanno manifestato ad un'ampia collaborazione con la Medicina Interna. Il tema delle possibili azioni sinergiche tra Medicina Interna e Chirurgia Generale sarà oggetto di uno specifico punto all'ordine del giorno nella già ricordata riunione della Giunta Esecutiva, convocata per il 4 giugno 2005. Sarà mio compito informarVi, attraverso le pagine del Bollettino, delle iniziative che saranno di volta in volta decise. Ma sono certo di interpretare la comune volontà della collettività internistica nell'auspicare ed attuare la più ampia collaborazione tra Medicina Interna e Chirurgia Generale.

Sommando Professori Ordinari, Associati e Ricercatori dei due settori scientifico-disciplinari, si raggiunge infatti un numero complessivo di circa 2500 Docenti, e quindi una "forza d'urto" culturale e politica di notevole peso.

Consentitemi infine un breve cenno al problema cruciale che sta a cuore a tutti noi, e cioè alla riforma dello stato giuridico della Docenza universitaria. Come sapete, il 15 giugno 2005 la Camera dei Deputati ha appro-

# 3

vato (con alcuni significativi emendamenti) il Disegno di Legge presentato dal Ministro Moratti. Attualmente il Disegno di Legge è stato assegnato alla Commissione Istruzione del Senato in sede referente ma, al momento in cui scrivo questa lettera, esso non è ancora calendarizzato per la discussione in Senato. Tenuto conto della chiusura agostana delle Camere e della dichiarata volontà della maggioranza parlamentare di superare alcuni emendamenti dell'opposizione, e quindi della molto probabile necessità che il testo torni alla Camera anche dopo l'eventuale approvazione da parte del Senato, permangono dubbi che il Disegno di Legge possa essere definitivamente approvato in questo scorcio di legislatura.

Il nostro Collegio, auspicabilmente di concerto con quello di Chirurgia Generale, dovrà far sentire la propria voce sul testo approvato alla Camera dei Deputati. Il tema sarà ampiamente dibattuto nella Giunta Esecutiva del 4 luglio, in maniera da giungere ad elaborare un nuovo documento per esprimere la posizione di COLMED/09, che era stata già ufficializzata in un documento approvato all'unanimità nel corso dell'Assemblea tenutasi il 25 ottobre 2004 a Palermo.

Avrò modo di tornare su questo cruciale argomento nei prossimi

numeri del Bollettino. La complessità e la delicatezza del tema richiedono infatti un'attenta riflessione e la formulazione di critiche costruttive che siano condivise dalla Giunta Esecutiva, e possibilmente dall'intera collettività degli Internisti. Ma vorrei sin d'ora anticipare che, nell'intento di consentire al mondo accademico una riforma dello stato giuridico per molti versi non più dilazionabile, il testo in discussione non può essere rigettato aprioristicamente nella sua totalità. Gli articoli concernenti diritti e doveri dei Professori universitari, il sistema di valutazione ed il reclutamento sono sostanzialmente condivisibili, pur con piccole variazioni migliorative. Rimangono tuttavia due punti nodali, che il testo attuale del Disegno di Legge lascia ancora largamente disattesi, il futuro dei Ricercatori e il problema delle risorse finanziarie.

La posizione dei Ricercatori, con la conferma della loro collocazione in un ruolo ad esaurimento, non può essere accettata, se non prevedendo valutazioni comparative appositamente per i non pochi Ricercatori meritevoli nel ruolo dei Professori Associati. Da questo punto di vista, anche la figura del "Professore Aggregato" presenta elementi di precarietà e di incerte prospettive di carriera, che dovranno essere necessariamente riconsiderate. Manca poi nel Disegno di Legge una chiara

programmazione di adeguate risorse finanziarie, in mancanza delle quali le affermazioni relative all'incentivazione ed alla qualità della ricerca rimangono sostanzialmente velleitarie. Non si può quindi accettare supinamente l'articolo 6 del Disegno di Legge (*disposizioni finanziarie*), quando afferma che dall'attuazione della riforma in discussione "non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".

Mi preme in chiusura informarVi che, nella riunione tenutasi a Roma il 23 giugno 2005, l'Assemblea Generale della CRUI ha espresso un netto dissenso sul testo approvato alla Camera dei Deputati. In particolare, la CRUI ritiene inaccettabili le modalità di reclutamento dei giovani, soprattutto per le scarse prospettive di un loro inserimento stabile negli Atenei. Ancora, la CRUI ritiene la figura del "Professore Aggregato" in contrasto con i principi del merito e della qualità del lavoro didattico e scientifico, e ribadisce con determinazione la richiesta di introdurre nelle Università un sistema nazionale di valutazione, in grado di assicurare la promozione di logiche di efficienza e di qualificazione. Vedremo in quale formulazione il testo sarà approvato in Senato, se e quando esso giungerà all'attenzione dei Senatori.

Franco Dammacco

Giovanni Danieli (Ancona)

## Appunti dal Congresso

# 4

Venerdì 27 maggio a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità si è svolto il primo Congresso Nazionale di COLMED/09 dedicato a *La Centralità della Formazione Internistica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia*.

Articolato in quattro sessioni, ciascuna riservata ad un tema di attualità "Il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia ed i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie", "Il riordino delle Scuole di Specializzazione del SSD MED/09", "Lo stato giuridico della docenza universitaria", "Costruire il curriculum universitario", ha visto una discreta partecipazione, oltre 200 partecipanti, tra Ordinari, Associati e Ricercatori.

Nella prima sessione, moderata da A. Auteri e D. Cucinotta, Giuseppe Familiari ha esaminato, sulla base di un'inchiesta nazionale condotta dalla Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, presieduta dal nostro Giovanni Danieli, le modalità che regolano attualmente l'accesso a Medicina, il rendimento scolastico degli studenti nel primo anno di corso, correlato al loro titolo originale di studio e al risultato della prova di ammissione, nonché le numerose criticità di quest'ultima; ha quindi indicato le modifiche che dovrebbero apportarsi all'attuale regolamento per rendere più efficace la selezione degli studenti.

Italo Vantini ha descritto le caratteristiche dell'insegnamento accademico, distinguendo le due fasi di didattica frontale o formale o *ex-cathe-*

*dra* e di didattica tutoriale o interattiva o pratica, illustrando per ciascuna di esse le modalità più proficue di realizzazione.

Nicola Carulli, che da tempo segue assieme ad Angela Becchi il problema dell'insegnamento della Medicina Generale nei Corsi di laurea in Medicina, ha esteso il tema al campo delle cure primarie, così da comprendere nella dizione anche la Medicina delle Comunità, la Medicina di famiglia e quella del territorio: la sua relazione è pubblicata in altra parte di questo Bollettino.

La seconda sessione, moderata da C. Sarna e G. Salvioli, è stata dedicata al nuovo Statuto delle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna, nel momento in cui si ritiene imminente la sua attivazione.

Le caratteristiche essenziali del nuovo Statuto, che in pratica prevedono l'estensione alle Scuole di buona parte delle norme che regolano i Corsi di laurea, sono state illustrate da Giovanni Danieli, mentre Giuseppe Realdi si è soffermato sulle criticità dell'attuale formazione specialistica suggerendo possibili interventi correttivi. Ha chiuso la sessione Angelo Balestrieri soffermandosi sul problema delle risorse necessarie per l'attivazione delle scuole e dei requisiti essenziali che devono possedere le strutture ospedaliere sede della formazione.

Sull'argomento scuole è intervenuto anche Gianfranco Salvioli con una lettera al Presidente che pubblichiamo a parte.

Il tema attuale e controverso dello stato giuridico della docenza universitaria, è stato invece discusso nella terza sessione da Salvatore Venuta, per la CRUI, da Andrea Lenzi per il CUN e da Oreste Terranova per il Collegio di Chirurgia Generale.

Tutti gli interventi sono stati fortemente critici, denunciando l'insoddisfazione generale dell'accademia verso un documento così determinante per l'Università e che ha deluso la lunga attesa.

L'intervento di Oreste Terranova è pubblicato per intero a parte, anche perché è aperto ad una futura collaborazione tra il nostro Collegio e quello di Chirurgia.

Andrea Lenzi ha dichiarato indispensabili, per un efficace rinnovamento, la definizione dei doveri e dei diritti dei docenti universitari e la valorizzazione dell'impegno a tempo pieno nell'università; l'articolazione della docenza universitaria in tre livelli con precisa definizione delle funzioni specifiche di ognuno di essi; l'opportunità di non mettere ad esaurimento l'attuale ruolo dei ricercatori e di prevedere prima dell'ingresso nei ruoli della docenza un periodo di addestramento, definito in un massimo di sette anni complessivi; la previsione che l'accesso ad ogni livello della docenza universitaria debba avvenire esclusivamente tramite concorsi opportunamente modificati rispetto alle attuali modalità di reclutamento; la necessità urgente di una significativa immissione di giovani qualificati nel ruolo ini-

ziale della docenza universitaria; l'urgenza di introdurre valutazioni periodiche delle attività di ricerca e di didattica a tutti i livelli.

Sempre sullo stato giuridico sono poi intervenuti, un Ricercatore, Ferdinando Sasso, un Associato, G. L. Rapaccini ed un Ordinario, Ettore Bartoli.

Sasso ha rilevato le incongruenze tra il DDL e i modelli europei, perché lo stesso non prevede il necessario aumento delle risorse da mettere a disposizione, né alcuna iniziativa per rendere più attraente la carriera del ricercatore; l'attività di quest'ultimo d'altra parte non si può limitare alla sola ricerca ma investire anche la docenza, come ormai avviene in tante sedi italiane, ove i Ricercatori soddisfano il 35% della richiesta didattica.

Rapaccini ha commentato alcuni punti dello schema di Disegno di Legge Delega, in particolare la salvaguardia dell'autonomia, la mancata definizione del numero massimo di idoneità, il reclutamento, il tempo pieno, definito o unico e le nuove figure (aggregato, aggiunto, di eccellenza) che meritano approfondimento, nonché le fonti di finanziamento non pubbliche; ha infine riaffermato

l'inscindibilità del rapporto insegnamento – ricerca – assistenza e il limite dei 70 anni per il collocamento a riposo.

Ettore Bartoli, dopo aver rilevato alcuni aspetti preoccupanti del decreto, ha indicato alcuni possibili rimedi che ha definito americanizzazione, germanizzazione per far riferimento all'opportunità di far derivare da questi paesi quanto di buono hanno; condivide il concetto di precarizzazione, che tuttavia dovrebbe estendersi a tutti coloro che operano nell'Università.

È stato infine affrontato il tema "costruire il curriculum universitario".

Franco Cuccurullo ha presentato un suo originale modello di valutazione dell'attività scientifica svolta dal candidato, modello che appare in grado di permettere un'analisi accurata, precisa e completa dell'attività scientifica; Alessandro Lechi ha analizzato la costruzione del *curriculum* didattico, sottolineando l'importanza dell'appropriatezza dei dati in funzione dello specifico concorso, la loro veridicità e la loro certificazione, l'esposizione dei dati in modo da consentirne sia la quantificazione, sia la valutazione qualitativa.

Roberto Delsignore ha infi-

ne affrontato il problema dell'attività assistenziale nel triennio clinico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, che è un compito istituzionale inscindibilmente connesso con la didattica e la ricerca e qualifica i suoi Docenti; ritiene opportuno adottare metodi condivisi di valutazione retrospettiva dell'attività assistenziale nel *curriculum* universitario, facendo riferimento ad alcuni criteri quali la registrazione fedele delle attività assistenziali svolte in ambito internistico; il conferimento di incarichi dirigenziali intermedi o apicali come indice di progressione della assunzione di responsabilità (per le valutazioni comparative di I<sup>a</sup> e II<sup>a</sup> fascia); l'attuazione e il coordinamento di PDT, l'istituzione di nuovi centri o sezioni; la partecipazione ad attività organizzative di Unità Operativa o di Dipartimento (accreditamento, coordinamento attività assistenziale); il collegamento tra attività assistenziale, ricerca e didattica.

Il Presidente Dammacco ha chiuso il Convegno sottolineando la significatività e l'incisività dell'incontro ma anche esprimendo l'insoddisfazione per la modesta partecipazione dei Professori Associati e dei Ricercatori.

Gianfranco Salvioli (Modena)

## Riflessioni intorno al Congresso

# 6

In occasione del Congresso Nazionale COLMED/09 "Centralità della Formazione Internistica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia" si è parlato fra l'altro del riordino delle Scuole di Specializzazione (SS) del SSD MED/09 tra le quali rientra anche la Geriatria con 33 sedi in Italia. Si è disquisito del nuovo statuto, dell'accREDITamento delle SS e delle attività professionalizzanti; relatore di questo ultimo argomento è stato il prof. G. Realdi, Professore di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Padova, che ha ricordato l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulla tipologia della casistica dei ricoverati; sono aumentati gli anziani fragili, disabili, con polipatologia e con dimissione ritardata perché funzionalmente spesso compromessi o con problemi sociali; con gli stessi argomenti si criticò l'avvenuto taglio dei posti nelle SS di Medicina Interna nell'anno 2005. Il 50% delle giornate di ricovero ospedaliero riguarda malati con più di 65 anni. Fra gli obiettivi professionalizzanti, il prof. Realdi ha citato l'anziano fragile che per la polipatologia e le sue conseguenze disabilitanti, rappresenta il problema più urgente da affrontare e risolvere: non solo nella SS, ma anche nei Corsi di Laurea.

Da circa 20 anni la Geriatria italiana (e la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, SIGG, [www.sigg.it](http://www.sigg.it)) propone ed applica il metodo della valutazione multidimensionale, definita la *new technology in geriatrics*; essa rappresenta la base della didattica nelle SS in Geriatria che preparano i Medici Geriatri attualmente molto richiesti per affrontare i problemi ricordati dal prof. G. Realdi.

Al sito [http://www.sigg.it/areattivieta\\_dettaglio.asp?id=5](http://www.sigg.it/areattivieta_dettaglio.asp?id=5) è riportato il documento della SIGG riguardante le SS in Geriatria con le raccomandazioni per migliorarne la qualità

didattica in modo uniforme sul territorio nazionale. I dettagli e i risultati ottenuti con l'utilizzazione della valutazione multidimensionale geriatrica sono leggibili al sito <http://www.sigg.it/vmd/index.htm>. I problemi sollevati dal prof. Realdi sono particolarmente urgenti nelle Residenze Sanitarie (230000 letti in Italia), più ancora che negli Ospedali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive i difetti del corrente sistema di cura riservato alle malattie croniche (quelle dell'anziano) come la "Radar syndrome": il paziente va in ospedale, è trattato, è dimesso e poi scompare dagli "schermi radar" del controllo assiduo nel tempo, prerogativa di un attento ed organizzato servizio sanitario ([http://www.int/chronic\\_conditions/systems/en/Index.html](http://www.int/chronic_conditions/systems/en/Index.html)).

Cure terziarie (Ospedali) e cure secondarie o intermedie (Strutture per Anziani) dovrebbero essere maggiormente collegate e cooperative; ciò si può ottenere utilizzando sistemi informatizzati (cartella clinica) che renderanno effettiva la continuità curativa ed assistenziale purtroppo ancora non realizzata nella realtà sanitaria nazionale. Credo che alla Geriatria, proprio per i problemi sollevati dal prof. Realdi e anche dal prof. Carulli (per quanto riguarda l'insegnamento delle cure primarie) e per le conoscenze specifiche acquisite in questo settore, debbano essere riconosciuti all'interno di COLMED/09 spazi e ruoli culturali più ampi se gli obiettivi sono il miglioramento della didattica in questo fondamentale settore della medicina e la preparazione dei Medici, specialisti e non, ai problemi che sono stati elencati in occasione del primo Congresso Nazionale COLMED/09.

Molte SS in Medicina Interna non prevedono nel curriculum formativo la Geriatria o la frequentazione di strutture extraospedaliere; ci si potrebbe chiedere il perché dal

momento che le raccomandazioni anche a livello europeo non mancano (1). Si dovrebbe pensare di più alla criticità del periodo postoperatorio per l'anziano che sempre più spesso è sottoposto ad interventi chirurgici e ai problemi che insorgono con l'ospedalizzazione del malato vecchio e fragile nel quale si manifestano con non trascurabile frequenza complicanze prevenibili come il decondizionamento che con l'immobilità porta ad un rapido declino funzionale, gli effetti avversi ai farmaci (incidenza 10-15%), delirium e depressione, cadute, incontinenza urinaria ed inappropriata cateterizzazione vescicale, decubiti (5%), disidratazione e malnutrizione, tromboembolismo. Tutte le specialità mediche e anche chirurgiche dovrebbero essere educate ai problemi della fragilità dei pazienti più vecchi che va identificata ricorrendo alla valutazione multidimensionale geriatrica per affrontarla poi con procedure appropriate e valide con l'obiettivo, di evitare probabili complicanze disabilitanti (2).

I professori MED/09 di Geriatria e Gerontologia sono ormai numerosi così come le strutture ospedaliere geriatriche; ancora di più le strutture sanitarie assistenziali; queste ultime sono in attesa di diventare appropriate ed obbligatorie sedi di insegnamento per i Corsi di Laurea in Medicina, Scienze Infermieristiche e Fisioterapia.



## Intervento del Prof. Oreste Terranova

Presidente del Collegio dei Professori Ordinari e Straordinari di Chirurgia

7

È augurabile che nel prossimo piano sanitario nazionale (sarà redatto entro il 2005) non solo si stabiliscano rapporti di efficace integrazione fra ospedale e territorio, ma si introducano principi perché la medicina accademica sia chiamata a formare Medici e Specialisti adeguati ai problemi reali della sanità e della salute dei cittadini fra i quali quello della popolazione sempre più vecchia è sicuramente uno dei più importanti.

I Docenti di Geriatria, credo di interpretare il loro pensiero, chiedono di svolgere il ruolo che loro compete all'interno del Collegio di Medicina Interna.

Mi auguro che le mie argomentazioni siano da Te condivise e possano diventare su Tua proposta temi di dibattito per individuare con tempestività utili soluzioni operative: sicuramente si potrà migliorare qualità ed appropriatezza della didattica in tutto il settore della Medicina interna, adeguandola alla ineludibile realtà epidemiologica e sanitaria.

### Bibliografia

1. European Commission. *Towards a Europe for all ages*. Bruxelles: European Commission, 1999.
2. A statement of principles: toward improved care of older patients in surgical and medical specialties. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 699-701.

Il Collegio dei Chirurghi è stato estremamente critico sul DDL fin dalla sua presentazione perché un tema così importante avrebbe dovuto prevedere un confronto aperto con tutte le componenti accademiche e con il Parlamento. Quindi no allo strumento della delega legislativa. L'impianto della riforma punta al risparmio delle risorse: non è possibile fare riforme a costo zero. È viceversa necessario investire di più per la ricerca e l'alta formazione.

Il Collegio di Chirurgia ritiene necessaria una riforma incentrata sull'autonomia universitaria e capace di affrontare alla radice le cause dei gravi malesseri dell'Università e delle sue disfunzioni. Oggi nelle Facoltà di Medicina c'è un adeguamento dell'offerta formativa alle esigenze del mondo del lavoro con l'istituzione di numerosi nuovi corsi di laurea triennali, master e corsi di perfezionamento post-laurea. Il Ministero ha indicato i requisiti minimi per questi corsi da cui deriva che i docenti sono in numero insufficiente e che bisogna pensare a urgenti forme di reclutamento.

Il ruolo dei ricercatori dev'essere mantenuto e ad esso va riconosciuta attività di docenza e di ricerca con introduzione di un 3° livello di docenza. Il passaggio non deve avvenire *ope legis* ma per valutazione non comparativa del singolo. I Chirurghi concordano con la proposta di far precedere la partecipazione al concorso per ricercatore da un periodo di tirocinio per verificare l'attitudine alla ricerca e alla didattica. Sottolineano, peraltro, che il dottorato di ricerca non può essere l'unico strumento al riguardo, soprattutto in questo momento storico in cui non sono particolarmente diffusi. In ogni caso per questi periodi di addestramento alla ricerca e alla didattica si devono prevedere opportuni sostegni economici agli interessati. Le figure della docenza hanno tutte uguale dignità quali ne siano le fun-

zioni. Vanno impostate su tre livelli e i passaggi da un livello all'altro devono avvenire per concorso. Nel caso di Medicina per i concorsi ad associato ed ordinario oltre alla valutazione dell'attività scientifica e didattica – nei SSD clinici – dovrà essere considerata anche l'attività assistenziale. I concorsi devono restare locali. Per partecipare ad essi i candidati dovranno essere in possesso di una idoneità nazionale per concorrere alla quale vanno previsti dei requisiti minimi. Questi potranno essere anche diversi da SSD a SSD e al riguardo c'è un ruolo importante dei Collegi. Le commissioni sono elettive; si rifiuta la presenza di un magistrato e di docenti stranieri a meno che, per questi ultimi, non ci sia un discorso di reciprocità. Lo straordinario come è oggi non ha senso e va abolito.

Lo stato giuridico dev'essere l'occasione per ridare a Medicina il ruolo centrale nell'ambito della ricerca e della formazione che, di fatto, è stato espropriato da una serie di leggi create per il SSN le quali hanno svuotato le Facoltà mediche di molte delle loro specifiche funzioni. In ogni caso andrà trovato il modo per indicare per la parte clinica il rapporto tra impegno assistenziale e impegno nella didattica e nella ricerca con la precisazione dei limiti di età. Andranno indicati i diritti e gli obblighi dei docenti e previste valutazioni dell'operato dei docenti.

Il Collegio dei Chirurghi:

1. ritiene molto importante procedere assieme al Collegio di Medicina Interna sia a proposito dello stato giuridico sia a proposito di molti altri problemi di interesse comune: rapporti con il SSN, recupero della dignità del ruolo professionale, problemi medico-legali, problematiche legate alla ricerca, ordinamenti e regolamenti dei corsi di studio, ecc.;
2. propone di individuare forme istituzionali di rappresentanza comune.

Oreste Terranova

Nicola Carulli e Maria Angela Becchi (Modena)

# L'insegnamento delle cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia

8

## Parte 2°. Proposta di criteri accademici per lo sviluppo del percorso formativo

### Introduzione

Nella precedente nota (MED/09, 1/05) sono state esposte le motivazioni generali all'introduzione dell'insegnamento delle cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia, sono stati individuati i presupposti normativi da cui partire e delineati gli orientamenti per lo sviluppo del percorso formativo.

In particolare è stata focalizzata l'attenzione sulla necessità di fare riferimento allo specifico ambito disciplinare "Medicina di comunità" indicato nell'Allegato 46 del DM 20.11.2000 che individua i SSD appropriati a fornire competenze di cure primarie (MED/09, MED/17, MED/34, MED/38, MED/42), a cui è opportuno aggiungere altri SSD quali MED/25, MED/06 per le valenze connesse con l'assistenza territoriale che essi mostrano. È stata inoltre ravvisata la necessità di tenere conto della disciplina Medicina Generale, oggi non presente in nessun SSD, ma con potenziale riconoscimento istituzionale in ambito universitario.

Nella stessa nota è stata indicata la necessità di fare riferimento al DPCM 29.11.2002 (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per individuare i *settings* formativi ed i relativi *tutors*, dal momento che il decreto individua nel dettaglio le varie attività e strutture della Assistenza Distrettuale riconducibili all'area delle cure primarie. A questo proposito è stato ricordato che le attività territoriali sono erogate nell'ambito delle Aziende USL e non rientrano, di norma, nelle attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca dell'Università. Pertanto, l'utilizzo dei *settings* e dei rispettivi *tutors* richiede l'attivazione di

Convenzioni fra Università e Aziende USL per disciplinare le modalità di accesso degli studenti nelle strutture territoriali e gli aspetti legati alla nomina a "professori a contratto" dei professionisti dipendenti o convenzionati.

In questa sede proponiamo i criteri che devono essere rispettati nella stesura di un "Programma di cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia". Tali criteri sono stati individuati all'interno del gruppo di lavoro nominato dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Modena e Reggio Emilia allo scopo di definire le modalità di sviluppo dell'insegnamento delle cure primarie nel CdL.

### I Criteri accademici per la formazione nell'area delle cure primarie

Il primo criterio da seguire si riferisce alla *collocazione nel CdL* dell'insegnamento delle cure primarie. La letteratura internazionale riporta a questo proposito sia esperienze longitudinali nei vari anni di corso, sia esperienze concentrate in un periodo limitato (1-2 mesi) (1). Gli Autori evidenziano che se l'insegnamento in un unico periodo appare più semplice da organizzare e facilita l'apprendimento delle abilità pratiche, quello longitudinale offre più opportunità allo studente di apprendere gli aspetti legati alla continuità delle cure, di creare rapporti consolidati con il tutor e di approfondire l'apprendimento delle competenze nell'area.

Altro importante criterio è la definizione degli *obiettivi formativi* con riferimento ai *tre ambiti del sapere*: intellettuale (*knowledge*), gestuale (*skills*) e relazionale (*attitudes*) (2). È pertanto necessario individuare le conoscenze teoriche, le abilità tecniche e le capacità comunicative e relazionali che lo studente deve apprendere per acquisire

competenze di base nell'ambito delle cure primarie. È importante ricordare che le cure primarie presentano caratteristiche organizzative, tecnico-operative e della comunicazione peculiari rispetto all'assistenza ospedaliera e che la presa in carico del paziente, sia nell'ambito della medicina generale che da parte dei servizi per anziani, disabili, malati psichiatrici sottende competenze aggiuntive rispetto a quelle fondamentalmente diagnostico-terapeutiche dell'ospedale.

Per realizzare correttamente il percorso formativo nei tre ambiti del sapere gli obiettivi devono essere ricondotti ad *aspetti essenziali* delle cure primarie. Una chiave di lettura per l'individuazione di questi aspetti si trova nel documento che il Ministero della Salute ha emanato ai fini dello sviluppo della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale e che riconduce ai criteri organizzativi, tecnico-professionali-deontologici e relazionali gli aspetti della buona assistenza (3). Allo stesso tempo è necessario tenere conto del modello assistenziale caratterizzante le cure primarie, rappresentato dall'approccio bio-psico-sociale al paziente ed alla valutazione multidimensionale dei bisogni (4,5). In queste prospettive si vengono a delineare i possibili aspetti peculiari nell'area delle cure primarie (Tabella 1).

Per ogni aspetto deve essere definito l'*obiettivo finale* che lo studente deve raggiungere alla fine del periodo formativo. Se l'insegnamento è suddiviso nei vari anni di corso si dovranno definire anche gli *obiettivi intermedi* da raggiungere nei singoli anni.

Per ogni obiettivo intermedio



dovranno poi essere individuati i *contenuti formativi* nei tre ambiti del sapere, esplicitando il programma ritenuto necessario per la formazione appropriata dello studente. In genere tutti gli obiettivi prevedono contenuti formativi nei tre ambiti, anche se uno dei tre è spesso prevalente sugli altri. Per esempio il "processo decisionale" richiede competenze prevalentemente intellettuali, il "patto di cura" richiede soprattutto competenze di comunicazione, mentre praticare una "iniezione di insulina" è principalmente una competenza gestuale. Di questo bisogna tenere conto nella scelta dei *metodi didattici*. Infatti per gli obiettivi che richiedono prevalentemente competenze intellettuali si prediligerà la didattica frontale (lezioni, seminari), per quelli attinenti all'aspetto relazionale si sceglierà la didattica interattiva (audit clinici, role playing) e tutoriale, mentre le competenze gestuali richiederanno soprattutto didattica tutoriale.

Strettamente connessa a questo aspetto è la definizione del *setting di insegnamento*. Accanto alle aule universitarie, utili per lezioni, seminari, audit clinici e role playing, dovranno trovare posto strutture territoriali appropriate ad apprendere le competenze gestuali. Sono tali gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, le strutture ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali di distretto per le attività sanitarie e socio-sanitarie alle aree materno-infantile, della disabilità, della salute mentale, delle dipendenze, degli anziani nonché l'ospedale per i percorsi di cura integrati con il territorio. Nei *setting* di insegnamento operano i *docenti universitari ed i docenti/tutors territoriali* rappresentati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai dirigenti dei servizi ambulatoriali, residenziali e semi-

Criteri	Aspetti e loro componenti
Relazionali	1. Comunicazione 1.1. Comunicazione medico-paziente 1.2. Comunicazione fra operatori
Organizzativi	2. Sistema Informativo e di Documentazione 2.1. Raccolta e registrazione delle informazioni 2.2. Elaborazione delle informazioni 3. Organizzazione e gestione della assistenza 3.1. Accesso ai servizi 3.2. Lavoro individuale 3.3. Lavoro di équipe
Tecnico-professionali-deontologici	4. Sistema di presa in carico del paziente 4.1. Valutazione dei bisogni 4.2. Definizione del piano assistenziale 4.3. Attuazione degli interventi 4.4. Valutazione della assistenza

Tab. 1 - Aspetti peculiari delle cure primarie.

residenziali. I *tutors* hanno il ruolo specifico di integrare i contenuti teorici delle cure primarie con momenti di esperienza guidata sul campo, secondo il principio della inscindibilità del percorso teorico-pratico.

Fondamentale è la *strategia di approccio agli aspetti peculiari delle cure primarie*. È necessario superare l'approccio bio-medico, che focalizza l'attenzione esclusivamente sui problemi di organi e funzioni e sul relativo processo diagnostico-terapeutico, e seguire invece l'"approccio centrato sulla persona" (6) che affronta i problemi sanitari e sociali di salute tenendo conto degli aspetti ambientali, familiari e personali dell'individuo. Su questa strategia è basato lo strumento che l'OMS propone per l'approccio alla salute e che attribuisce un importante ruolo ai fattori contestuali esistenti, facilitatori od ostacolanti, strettamente dipendenti dalla persona e dall'ambiente in cui essa vive (7,8). Per esempio l'approccio al paziente colpito da ictus e diventato improvvisamente non autosufficiente richiede, per l'aspetto "assistenza", non solo la corretta definizione dei bisogni (grado di riduzione delle funzioni psico-fisi-

che, entità della limitazione di attività e partecipazione sociale) ma anche la ricerca di fattori ambientali (*es barriere*), familiari e sociali (atteggiamenti), personali (temperamento, impatto della malattia), e dei servizi (accessibilità alla riabilitazione) che possono incidere nella evoluzione del quadro clinico. L'approccio all'aspetto "comunicazione" richiede la focalizzazione delle sue varie componenti (informazione sulla malattia, incoraggiamento, coinvolgimento attivo).

Gli aspetti peculiari delle cure primarie dovranno essere presentati nell'ambito delle varie attività e prestazioni effettuate dai professionisti. Per esempio l'aspetto "comunicazione" dovrà essere presentato nell'ambito dell'evento "consultazione" del medico di medicina generale nel quale il *tutor* fa rilevare allo studente ora la peculiarità della relazione medico-paziente, ora le strategie della negoziazione, della gestione dei conflitti, ora le tattiche per rilevare bisogni non espressi. O ancora dovrà emergere nella presa in carico dei pazienti fragili (anziani, disabili, dipendenti) nei servizi territoriali.

Parallelamente all'"approccio alla persona" appare necessario l'"approccio alla famiglia" finalizza-

Anno di corso	CF totali	Didattica Frontale 1CF = 8h	Didattica Interattiva 1CF = 10h	Didattica Tutoriale 1CF = 20h
		<i>CF Ore</i>	<i>CF Ore</i>	<i>CF Ore</i>
3°	3	1.5 12	1 10	0.5 10
4°	3	1.5 12	0.5 5	0.5 10
5°	4	1 8	0.5 5	2 40
6°	6	1 8	1 10	5 100
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>5 40</b>	<b>3 30</b>	<b>8 160</b>

Tab. 2 - Crediti formativi per anno e per tipologia di didattica.

to all'individuazione al suo interno di aree di bisogno, ma anche della possibile offerta assistenziale in presenza di membri con problemi di salute (9). Per esempio in caso di pazienti con malattie croniche invalidanti sarà necessario focalizzare l'attenzione sul *caregiver* e sugli aspetti della comunicazione e di assistenza per tutelarne la salute, cosicché possa garantire continuità delle cure al familiare.

Importanti criteri accademici sono quelli che fanno riferimento alle *discipline* ed ai *SSD* appropriati a fornire competenze nell'area delle cure primarie. Lo specifico ambito "Medicina di Comunità", pur rappresentando l'area istituzionale universitaria delle cure primarie, non esaurisce con gli attuali *SSD* (MED/09, MED/17, MED/34, MED/38, MED/42) le esigenze didattiche dell'insegnamento.

Mancano in particolare i *SSD* che si interessano dell'attività relativa al consultorio (MED/40, M-PSI/01 e M-PSI/05), ai servizi per la salute mentale (MED/25 e MED/39) ed ai servizi infermieristici (MED/45). Manca infine in ambito accademico un *SSD* per la Medicina Generale, i cui contenuti culturali sono peculiari e diversi da quelli della Medicina Interna (9,10). Queste carenze dovranno essere affrontate nei tempi e nei modi più opportuni.

L'insegnamento delle cure pri-

marie nel CdL in Medicina e Chirurgia deve avere infine propri **Crediti Formativi**. La Tabella 2 riporta una proposta di CF suddivisi dal 3° al 6° anno di corso e per tipologia della didattica.

### Conclusioni

I criteri sovraesposti delineano uno schema di partenza per lo sviluppo di percorso formativo nell'area delle cure primarie. Al suo interno dovranno essere definiti i contenuti specifici dei vari settori che compongono l'area, lasciando quindi ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai dirigenti della medicina dei servizi materno-infantile, anziani, disabili il compito di definire gli argomenti relativi alla propria attività che concorrono al raggiungimento degli obiettivi formativi.

La Facoltà di Medicina di Modena intende sperimentare già a partire dall'anno accademico 2005-2006 un percorso formativo nell'area delle cure primarie suddiviso nei vari anni di corso (dal 3° al 6°), iniziando con un gruppo pilota di studenti del 3° anno di CdL. A tal fine si stanno definendo i criteri per attuare convenzioni fra la Università di Modena e Reggio Emilia e le Aziende USL rispettivamente di Modena e Reggio Emilia, così da consentire agli studenti di accedere ai *setting* formativi territoriali ritenuti appropriati a studen-

ti del 3° anno.

Ci auguriamo che altri Atenei vogliano intraprendere al più presto un analogo percorso a dimostrazione che l'Università, quale principale istituzione preposta alla formazione medica, intende rispondere ai bisogni formativi peculiari delle cure primarie, oltre a quelli specifici della assistenza di 2° e 3° livello già a partire dal CdL in Medicina e Chirurgia.

### Bibliografia

1. Kurth RJ, Irigoyen M, Schmidt HJ., Structuring student learning in the primary care setting: where is the evidence? *J Eval Clin Pract* 2001; 7: 325-33.
2. Guilbert JJ, *Guida Pedagogica per il personale sanitario*. Bari, Edizioni Dal Sud, 2002.
3. Ministero della Sanità. Dipartimento della Programmazione. Qualità e Servizio Sanitario Nazionale ([www.ministerosalute.it/programmazione/qualita](http://www.ministerosalute.it/programmazione/qualita))
4. Engel GI. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychol*. 1980; 137: 537.
5. Ferrucci L, Marchionni N e il gruppo di lavoro sulla valutazione multidimensionale. Linee guida sulla utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *G Gerontol* 2001; 49: S1-S76
6. Davidson P, Cockburn J, Daly J, Fisher RS. Patient centered needs assessment. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004 19; 164-71.
7. Kearney PM, Pryor J. The international classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Adv Nurs* 2004; 46: 162-70.
8. OMS Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Trento Edizioni Erickson, 2002
9. Mc Daniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-oriented primary care. A manual for medical providers. New York: Springer - Verlag, 1990.
10. Parisi G. L'autonomia culturale della medicina generale. *MEDIC* 2005; 13: 69-71.

*Nota* La terza parte dell'articolo presenterà proposte relative agli obiettivi formativi, ai contenuti degli insegnamenti ed ai *setting* operativi nei diversi anni dei Corsi di Laurea.

# Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

a cura di Roberto Manfredini (Ferrara)

# 11

## Nell'anziano in buona autonomia funzionale, un modesto consumo di alcool si associa ad una riduzione di interleuchina-6 e proteina C reattiva.

Titolo originale:

*Relationship of alcohol intake with inflammatory markers and plasminogen activator inhibitor-1 in well-functioning older adults: the Health, Aging, and Body Composition study.*

*Circulation* 2004; 109: 607-12.

Volpato S, Pahor M, Ferrucci L, Simonsick EM, Guralnick JM, Kritchevsky SB, Fellin R, Harris TB. Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Ferrara

**Background** Livelli aumentati di reattivi di fase acuta predicono lo sviluppo di cattivi esiti prognostici. È stata riportata un'associazione a forma di U fra introduzione di alcool ed esiti prognostici, con ciò suggerendo che l'assunzione di alcool possa modificare i livelli di reattivi di fase acuta. Abbiamo studiato la relazione fra assunzione settimanale di alcool e interleuchina-6 (IL-6), proteina C reattiva (CRP), tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha), e plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1).

**Metodi e Risultati** I dati provengono da 1 anno dello studio Health, Aging, and Body Composition, coorte birazziale di 3075 maschi e femmine in condizione di buona autonomia funzionale, di età compresa fra 70 e 79 anni, viventi a Memphis, Tenn, e Pittsburgh, Pa. L'analisi ha incluso 2574 persone (51.2% femmine; 40.1% neri) con dati completi. Dopo aggiustamento per età, razza, abitudine al fumo, storia di diabete e malattie cardiovascolari, attività fisica, HDL-colesterolo, uso di farmaci anti-infiammatori, statine e massa adiposa totale, l'assunzione di alcool mostrava una relazione a forma di J con i livelli medi di IL-6 media ( $p < 0.001$ ) e CRP ( $p = 0.014$ ). L'associazione era significativa sia

nei maschi che nelle femmine. Rispetto ai soggetti che consumavano da 1 a 7 drinks per settimana, i non bevitori presentavano una probabilità maggiore di avere alti livelli sia di IL-6 che di CRP, allo stesso modo dei soggetti che bevevano 8 o più drinks per settimana. Non abbiamo trovato alcuna relazione fra assunzione di alcool e livelli di TNF-alpha e PAI-1 ( $p = 0.137$  e  $0.08$ , rispettivamente).

**Conclusioni** In soggetti anziani in buona autonomia funzionale, un modesto consumo di alcool si associa a minori livelli di IL-6 e CRP. Questi risultati potrebbero fornire una ulteriore spiegazione di tipo biologico al link epidemiologico esistente fra moderato consumo di alcool ed eventi cardiovascolari.

## Le concentrazioni plasmatiche di IGF-1 risultano associate alla insulino-sensibilità in soggetti con vario grado di tolleranza glucidica e possono rappresentare un marker per identificare soggetti a rischio di patologia cardiovascolare.

Titolo originale:

*Plasma concentration of IGF-I is independently associated with insulin sensitivity in subjects with different degrees of glucose tolerance.*

*Diabetes Care* 2005; 28: 120-5.

Sesti G, Sciacqua A, Cardellini M, Marini MA, Maio R, Vatrano M, Succurro E, Lauro R, Federici M, Perticone F.

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro.

**Obiettivi** Abbiamo studiato la relazione tra le concentrazioni plasmatiche di Insulin-like growth factor-I (IGF-I) e l'insulino-sensibilità in soggetti con vario grado di tolleranza glucidica. Disegno dello studio e metodi: Sono stati complessivamente e consecutivamente reclutati 357 soggetti non diabetici, 54 con ridotta tolleranza

glucidica e 98 diabetici di tipo 2 di nuova diagnosi, e venivano registrati dati antropometrici e biochimici. **Risultati** Le concentrazioni di IGF-I correlavano negativamente con età, Indice di massa corporea (BMI), rapporto vita-anca, trigliceridemia, e pressione arteriosa sistolica e diastolica, mentre invece presentavano correlazione positiva con colesterolo HDL e l'homeostasis model assessment dell'insulino-sensibilità (HOMA-S). Le correlazioni rimanevano significative dopo aggiustamento per sesso, età e BMI. Le correlazioni per HOMA-S con queste variabili metaboliche e antropometriche erano simili a quelle per le concentrazioni di IGF-I. L'analisi di regressione lineare a tappe in un modello che includesse i ben noti modulatori dell'insulino-sensibilità quali sesso, età, BMI, condizione di tolleranza glucidica, anamnesi familiare di diabete, rapporto vita-anca, pressione sistolica e diastolica, colesterolo HDL e trigliceridemia, hanno mostrato come le concentrazioni IGF-I fossero associate in maniera indipendente con l'insulino-sensibilità concentrazioni per un 10.8% della sua variazione ( $p < 0.0001$ ). Le concentrazioni di IGF-I risultavano essere significativamente ridotte in soggetti con sindrome metabolica (secondo la definizione WHO) rispetto a quelli senza sindrome metabolica ( $p < 0.0001$ ). L'analisi di regressione logistica mostrava come ogni aumento di 1 unità (in trasformazione logaritmica) delle concentrazioni di IGF-I risultasse associato ad una riduzione del 90.5% del rischio di sindrome metabolica.

**Conclusioni** Questi dati stanno ad indicare che la IGF-I possiede le caratteristiche per essere considerata un marker di insulino-resistenza. Ciò suggerisce che bassi livelli di IGF-I possano rappresentare un utile marker per identificare soggetti a rischio di patologia cardiovascolare.

**L'umentata espressione di TGF-beta1 può rappresentare un fattore di stabilizzazione della placca aterosclerotica.**

Titolo originale:

*Increased expression of transforming growth factor-beta1 as a stabilizing factor in human atherosclerotic plaques.*

Cipollone F, Fazia M, Mincione G, lezzi A, Pini B, Cuccurullo C, Uchino S, Spigonardo F, Di Nisio M, Cuccurullo F, Mezzetti A, Porreca E. *Stroke* 2004; 35: 2253-7.

Dipartimento di Medicina e dell'Invecchiamento, e Centro di Ricerca sull'Invecchiamento, Fondazione Universitaria Ce.S.I. Gabriele d'Annunzio, Chieti-Pescara.

**Presupposti e scopi** Il transforming growth factor-beta (TGF-beta) è una citochina/fattore di crescita coinvolto nei meccanismi di rimodellamento vascolare e aterogenesi. Studi recenti su topi con deficienza genetica di apolipoproteina E hanno mostrato un ruolo centrale del TGF-beta nel mantenimento della regolazione fra infiammazione e fibrosi a livello delle placche aterosclerotiche. Inoltre, si è visto che l'inibizione del segnale TGF-beta è in grado nel topo di accelerare la formazione della placca e la sua progressione verso un fenotipo instabile. Tuttavia, non si sa ancora se questo meccanismo vale anche per l'uomo. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di caratterizzare l'espressione di TGF-beta1 nella placca carotidea umana e di correlarla con il grado di infiltrazione infiammatoria e contenuto in collagene con i segni clinici di instabilità di placca.

**Metodi** Le placche sono state ottenute da pazienti sottoposti a endoarteriectomia carotidea e divisi in sintomatici e asintomatici sulla base di evidenza clinica di recente attacco ischemico transitorio o stroke. Le placche sono state analizzate per l'espressione di TGF-beta1 utilizzando metodiche analitiche di immunocitochimica e Western e Northern blotting.

L'immunocitochimica è stata usata per identificare macrofagi CD68 +, linfociti CD3 T, cellule HLA-DR+, e cellule muscolari lisce di tipo alpha. Il contenuto in procollagene e collagene interstiziale è stato analizzato con immunocitochimica e colorazione con rosso Sirio, rispettivamente.

**Risultati** L'mRNA per TGF-beta1 della placca risultava aumentato fino a 3 volte nelle placche dei soggetti asintomatici rispetto a quelle dei sintomatici. Le placche del gruppo asintomatico aveva meno macrofagi e T linfociti ( $p < 0.0001$ ) rispetto a quelle del gruppo sintomatico. Il gene del TGF-beta1 era attivo dal punto di vista trascrizionale come dimostrato dall'aumentata espressività proteica ( $p < 0.0001$ ) TGF-beta1 nelle placche asintomatiche. L'immunocitochimica ha mostrato come TGF-beta fosse principalmente espressa nella spalla della placca ed associata con un analogo aumento ( $p < 0.0001$ ) del contenuto nella placca di procollagene e collagene.

**Conclusioni** In conclusione, questo studio mostra un'aumentata espressione di TGF-beta1 nelle lesioni asintomatiche nell'uomo, e fornisce evidenza sul fatto che TGF-beta1 possa giocare un ruolo importante nel processo di stabilizzazione della placca.

**La tirosin chinasi Lyn anomala, dimostrata nella leucemia linfocitica cronica a cellule B, potrebbe giocare un ruolo nel deficit di apoptosi delle cellule leucemiche.**

Titolo originale:

*Chronic lymphocytic leukemia B cells contain anomalous Lyn tyrosine kinase, a putative contribution to defective apoptosis.*

*J Clin Invest* 2005; 115: 369-78.

Contri A, Brunati AM, Trentin L, Cabrelle A, Miorin M, Cesaro L, Pinna LA, Zambello R, Semenzato G, Donella-Deana A.

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Immunologia Clinica, Università degli Studi di Padova.

La leucemia linfocitica cronica a cellule B (B-CLL) è una patologia neoplastica caratterizzata dall'accumulo B linfociti dovuto ad una crescita incontrollata e a resistenza all'apoptosi. L'analisi delle B cellule isolate a fresco da 40 pazienti con CLL ha mostrato come Src kinase Lyn, la molecola switch che accoppia il recettore delle B cellule con il segnale a valle, mostra delle proprietà anomale. Lyn è consistentemente iperespresso a livello di proteina nelle cellule leucemiche rispetto ai linfociti B normali, con una quota consistente della chinasi presente in maniera anomala nel citosol. Mentre nei linfociti B normali l'attivazione di Lyn dipende dalla stimolazione del recettore della B-cellula, l'attività costitutiva della chinasi è responsabile dell'elevata fosforilazione basale della tirosina e della bassa risposta al legame con le IgM. L'aggiunta degli inibitori di Lyn PP2 e SU6656 alle colture cellulari leucemiche ripristina l'apoptosi cellulare, e il trattamento delle cellule maligne con farmaci in grado di indurre apoptosi cellulare riduce sia l'attività che la quantità di tirosina chinasi. Questi risultati da una parte suggeriscono l'esistenza di una correlazione diretta tra gli elevati livelli basali di attività Lyn e difetti nell'induzione di apoptosi nelle cellule leucemiche, e dall'altra confermano il ruolo critico di Lyn nella patogenesi della B-CLL e identificano questa tirosina chinasi come un potenziale obiettivo per la terapia.

**La condizione infiammatoria acuta in corso di influenza è in grado di determinare un'alterazione transitoria della funzione endoteliale.**

Titolo originale:

*Acute inflammatory state during influenza infection and endothelial function.*

*Atherosclerosis* 2005;178:345-50.

Marchesi S, Lupattelli G, Lombardini R, Sensini A, Siepi D, Mannarino M, Vaudo G, Mannarino E.

Sezione di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Perugia.

Uno stimolo infiammatorio cronico sembra contribuire al processo di aterosclerosi. Diversi studi hanno dimostrato una relazione tra agenti infettivi, ad esempio *Chlamydia pneumoniae*, herpes virus, cytomegalovirus, e le lesioni aterosclerotiche. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di studiare gli effetti di una condizione infiammatoria in corso di influenza sulla funzione endoteliale di giovani soggetti sani, espressa in termini di brachial flow-mediated vasodilation (FMV), della forma solubile della intercellular adhesion molecule-1 (sICAM-1) e della vascular cell adhesion molecule-1 (sVCAM-1). In 10 soggetti di sesso maschile (età media 35±14 anni) che presentavano sintomi influenzali da 3 giorni, sono stati determinati colesterolo totale, colesterolo-HDL e -LDL, trigliceridi, sVCAM-1, sICAM-1 e FMV a livello brachiale. Tutti i soggetti presentavano un pattern anticorpale caratteristico per infezione da virus dell'influenza A o B. Dopo 3 mesi, il FMV brachiale era significativamente aumentato (8.6±2.3% vs 11.5±3.2%;  $p < 0.001$ ), mentre l'HDL (46±10 mg/dL versus 49±9 mg/dL;  $p < 0.05$ ), sICAM-1 e sVCAM-1 erano ridotte (rispettivamente: 488±105 ng/mL vs 340±127 ng/mL;  $p < 0.001$ , 1710±80 ng/mL vs 1216±63 ng/mL;  $p < 0.001$ ). L'analisi univariata ha mostrato una correlazione significativa tra le variazioni dei livelli di PCR e sICAM-1 ( $r = 0.95$ ,  $p < 0.001$ ), una correlazione negativa tra le variazioni di sICAM-1 e FMV brachiale ( $r = -0.65$ ,  $p < 0.05$ ) e fra PCR e FMV brachiale ( $r = -0.64$ ,  $p < 0.05$ ). Questo piccolo studio suggerisce che una condizione infiammatoria determinata da agenti virali è in grado di determinare un'alterazione transitoria della funzione endoteliale in giovani soggetti sani.

### La modulazione purinergica della produzione della matrice mesangiale extracellulare potrebbe giocare un ruolo nella glomerulopatia diabetica.

Titolo originale:

*Purinergic modulation of mesangial extracellular matrix production: role in diabetic and other glomerular diseases.*

*Kidney Int* 2005; 67: 875-85.

Solini A, Iacobini C, Ricci C, Chiozzi P, Amadio L, Pricci F, Di Mario U, Di Virgilio F, Pugliese G.

Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Pisa.

**Presupposti** L'adenosin-trifosfato (ATP) extracellulare (eATP) media alcune attività biologiche attraverso recettori purinergici P2 (P2Rs). Questo studio ha inteso: 1) valutare il ruolo del sistema purinergico nel modulare la matrice mesangiale extracellulare (ECM) e la produzione di transforming growth factor-beta (TGF-beta) e 2) il suo contributo all'accumulo mesangiale di ECM indotto dal diabete.

**Metodi** Le cellule mesangiali di ratto sono state fatte crescere in terreni a concentrazione di glucosio normale (5.5 mmol/L) o alto (30 mmol/L) e testato con agonisti ed antagonisti purinergici per la determinazione del pattern di espressione e di funzione dei recettori P2Rs; produzione di ATP e attività delle ectoATPases; e modificazioni nell'espressione di ECM e TGF-beta.

**Risultati** Le cellule fatte crescere in coltura a normale e alto tenore di glucosio esprimevano quantità simili di sottotipi funzionali di P2Rs P2X(2), P2X(3), P2X(4), P2X(5), P2X(7), P2Y(1), P2Y(2), P2Y(4), e P2Y(6). I livelli di eATP risultavano più alti nella coltura ad elevata concentrazione di glucosio rispetto a quella normale, mentre l'attività ectoATPase rimaneva immo-dificata. Gli enzimi idrolizzanti l'ATP esochinasi o apirasi riducevano la produzione di ECM e TGF-beta dalle cellule cresciute in ambiente ad alto glucosio, ma non in quello a basso glucosio. In entrambe le condizioni,

l'ATP e l'agonista P2X(7) benzoilbenzoilATP aumentavano la produzione di ECM e TGF-beta in maniera dose-dipendente, mentre l'agonista P2Y uridin trifosfato (UTP) produceva effetto opposto. L'inibitore P2X(7) ATP ossidato attenuava la up-regulation di ECM e TGF-beta indotta dall'ATP e, in minor grado, quella provocata dall'alta concentrazione di glucosio. Un anticorpo neutralizzante TGF-beta era pure in grado di prevenire la up-regulation di ECM indotta da ATP.

**Conclusioni** Questi dati stanno ad indicare un ruolo per eATP nella regolazione della produzione di ECM attraverso TGF-beta e suggeriscono che P2XRs e P2YRs modulano questo processo in modo differente. Un'aumentata liberazione di ATP indotta dalla iperglicemia potrebbe contribuire alla espansione della matrice mesangiale che si riscontra in corso di diabete.

### La somministrazione orale di sildenafil, nell'uomo, è in grado di prevenire il danno endoteliale mediato da ischemia-riperfusion grazie all'apertura di canali del potassio ATP-sensibili.

Titolo originale:

*Sildenafil prevents endothelial dysfunction induced by ischemia and reperfusion via opening of adenosine triphosphate-sensitive potassium channels: a human in vivo study.*

*Circulation* 2005; 111: 742-6.

Gori T, Sicuro S, Dragoni S, Donati G, Forconi S, Parker JD.

Dipartimento di Medicina Interna, Cardiovascolare e Geriatrica, Azienda Universitaria Ospedaliera Senese, Siena.

**Background** Studi su animali hanno mostrato come la somministrazione di sildenafil sia in grado di limitare il danno miocardico indotto da ischemia prolungata, effetto che pare essere mediato dall'apertura dei canali del potassio ATP-sensibili (KATP). Non esistono studi sul fatto che sildenafil possa anche

prevenire, nell'uomo, l'alterazione della vasodilatazione endotelio-dipendente indotta dalla ischemia-riperfusion (IR).

**Metodi e Risultati** In uno studio doppio cieco, placebo-controllato e con disegno cross over, 10 volontari sani di sesso maschile (età compresa fra 25 e 45 anni) venivano randomizzati a ricevere una dose orale di sildenafil (50 mg) o di placebo. Due ore dopo, la dilatazione flusso mediata (FMD) endotelio-dipendente a livello dell'arteria radiale veniva misurata prima e dopo IR (15 minuti di ischemia a livello dell'arteria brachiale seguita da 15 minuti di riperfusion). Sette giorni più tardi, i soggetti ricevevano l'altra forma di trattamento (placebo o sildenafil) e venivano sottoposti allo stesso protocollo. Il diametro dell'arteria radiale e la FMD pre-IR, così come il diametro di partenza dell'arteria radiale dopo IR, risultavano simili fra i due controlli ( $p = \text{NS}$ ). Dopo somministrazione di placebo, IR riduceva significativamente la FMD (prima di IR:  $7.9 \pm 1.1\%$ ; dopo IR:  $1.2 \pm 0.7\%$ ,  $P < 0.01$ ). Da segnalare che sildenafil era in grado di limitare questa alterazione nella FMD (prima di IR:  $7.0 \pm 0.9\%$ ; dopo IR:  $6.2 \pm 1.1\%$ ,  $P = \text{NS}$ ;  $p < 0.01$  rispetto a placebo). In un protocollo separato, questo effetto protettivo veniva completamente prevenuto da somministrazione precedente della sulfanilurea glibenclamide (glyburide, 5 mg), un bloccante dei canali K(ATP) ( $n = 7$ ; FMD prima di IR:  $10.3 \pm 1.5\%$ ; dopo IR:  $1.3 \pm 1.4\%$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusioni** Nell'uomo, sildenafil per via orale induce una potente protezione nei confronti della disfunzione endoteliale indotta da IR, grazie all'apertura dei canali K(ATP) channels. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per valutare appieno le potenziali applicazioni di questi risultati in campo clinico.

### Possibile influenza dei ritmi circadiani sull'infarto miocardico acuto: gli infarti del mattino potrebbero essere più gravi.

Titolo originale:

*Influence of circadian rhythm on mortality after myocardial infarction: data from a prospective cohort of emergency calls.*

*Am J Emerg Med 2004; 22: 555-9.*

Manfredini R, Boari B, Bressan S, Gallerani M, Salmi R, Portaluppi F, Mehta RH.

Sezione di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Ferrara.

L'infarto miocardico acuto (IMA) si manifesta più frequentemente al mattino, a seguito della sfavorevole concomitante sovrapposizione temporale di una serie di condizioni fisiologiche e biochimiche. Tuttavia, si sa ancora molto poco in merito alla possibile influenza di questo andamento circadiano sulla prognosi. Al fine di valutare se il momento d'insorgenza dell'infarto potesse influenzarne la mortalità, questo studio prospettico ha considerato tutti i casi di IMA giunti al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Ferrara, Italia, a seguito di una chiamata alla Centrale Operativa (118) dal 1 gennaio 1998 al 31 dicembre 2001. La popolazione totale è consistita di 442 IMA (età media 68.7 anni; maschi 72%). 80 pazienti (maschi 82.5%) andavano incontro ad exitus già in PS; i restanti 362 venivano ricoverati. Di questi, 50 (maschi 60%) morivano nel corso del ricovero ospedaliero. Sulla base dell'orario dell'inizio dei sintomi, i casi sono stati raccolti in 24 intervalli di 1 ora ciascuno oltre che in 4 periodi di 6 ore (24:00-5:59, 6:00-11:59, 12:00-17:59, e 18:00-23:59), ed è stata verificata la distribuzione circadiana degli IMA fatali vs i non fatali. La variazione circadiana mostrava un picco fra le 6:00 e mezzogiorno ( $p < 0.001$ ) e in questa fascia oraria si registrava un trend a favore di una maggior frequenza di casi fatali (41.5 vs 35.2%; chi-quadro = 1.911,

$p = 0.167$ ). Per verificare se questa frequenza aumentata di eventi fatali potesse essere in relazione con una maggiore gravità dei casi osservati in tale fascia oraria, veniva eseguita una ulteriore analisi per considerare età, sede dell'infarto e livelli di CPK-MB. Non si coglievano differenze significative, all'interno delle fasce di 6 ore, fra IMA fatali e non fatali, anche se era presente un trend a favore di una età più avanzata nella fascia mattutina. Non solo la frequenza, quindi, ma anche la mortalità dell'IMA potrebbe essere aumentata nel corso delle ore del mattino. Ciò potrebbe avere una certa importanza per i medici operanti in strutture di emergenza oltre che implicazioni per quanto riguarda il trattamento acuto dell'IMA, visto che alcuni studi precedenti avevano riportato una ridotta efficacia degli agenti trombolitici proprio di mattina.

### Sia la componente alveolare che le vie aeree contribuiscono agli aumentati livelli di NO espiratorio di riscontro nella cirrosi biliare primitiva.

Titolo originale:

*Source of exhaled nitric oxide in primary biliary cirrhosis.*

*Chest 2004; 126: 1546-51.*

Rolla G, Brussino L, Scappaticci E, Morello M, Innarella R, Rosina F, Bucca C.

Allergologia e Immunologia Clinica, Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

**Background** I livelli espiratori di ossido nitrico (NO) potrebbero essere elevati in pazienti affetti da cirrosi epatica e patologie autoimmuni. La cirrosi biliare primitiva (PBC) è spesso associata con la cheratoconguntivite secca (sindrome di Sjogren [SS]), una manifestazione autoimmune extraepatica. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare la fonte dell'aumentato NO espirato (alveolare o delle vie aeree) in pazienti con PBC, associata o meno a SS, e valutare il suo impatto sulle alterazioni dell'ossigenazione.

## Decurtazione dei posti nelle 33 Scuole di Specializzazione in Geriatria: perché non è considerata nella protesta del COLMED/09?

**Disegno** Studio osservazionale controllato.

**Setting** Ospedale Universitario.

**Metodi** La concentrazione della frazione alveolare di NO (FANO) e il flusso di NO delle vie aeree (QbrNO) sono stati misurati con tecnica multiflusso in 34 pazienti con PBC e 12 con SS associata, e poi confrontati con 20 soggetti di controllo e 12 pazienti con SS primitiva.

**Risultati** FANO è risultata significativamente più alta in pazienti con PBC, associata con SS (media  $\pm$ SEM],  $8.9 \pm 0.8$  parti per bilione [ppb]) o no (media,  $7.7 \pm 0.7$  ppb) rispetto ai soggetti sani di controllo (media  $4.6 \pm 0.5$  ppb;  $p < 0.001$ ) e ai pazienti con SS primitiva (media  $4.3 \pm 0.5$  ppb;  $p < 0.001$ ). FANO era significativamente più elevata nei pazienti cirrotici con differenza di pressione dell'ossigeno alveoloarteriosa aumentata (P[A-a]O<sub>2</sub>) rispetto a pazienti con valori di P(A-a)O<sub>2</sub> normali ( $9.8 \pm 0.8$  vs  $7.3 \pm 0.7$ , rispettivamente;  $p = 0.018$ ). Quando confrontati con i soggetti di controllo e con pazienti con PBC senza SS associata, QbrNO risultava significativamente aumentato in pazienti sia con SS primitiva che associata a PBC.

**Conclusioni** Gli aumentati livelli di NO espirato che si rinvergono in corso di PBC sono di provenienza sia della componente alveolare che delle vie aeree in pazienti con SS associata, ma solo FANO si associa alla compromissione dell'ossigenazione.

Un messaggio del COLMED/09 ha denunciato la grave decurtazione dei posti assegnati alle Scuole di Specialità di Medicina interna per l'anno accademico 2004-2005 (DM del 9.2.2005) (218 contro i 296 dell'anno precedente). Il Collegio dei Docenti universitari di Medicina interna (COLMED/09), al quale anche i professori di Geriatria appartengono, ha protestato per la decurtazione effettuata; stranamente non si è fatta alcuna menzione allo stesso trattamento riservato alle 33 Scuole di specializzazione in Geriatria (che appartengono allo stesso gruppo scientifico-disciplinare MED09) (#). Poco tempo fa un Dirigente del Ministero della Salute segnalò la grave carenza di Geriatri nel servizio sanitario nazionale. Nell'Italia che invecchia, si legge in una nota stampa della SIMI (Società Italiana di Medicina Interna), i pazienti ricoverati in Ospedale e in particolare nelle Divisioni di Medicina sono spesso anziani affetti da malattie di più organi ed apparati che richiedono quell'approccio olistico e integrato che "solo lo specialista in Medicina Interna è in grado di fornire". Si legge ancora che la conseguenza prevedibile nei 1300 reparti di Medicina Interna esistenti a livello ospedaliero sarà la difficoltà a ricoprire i ruoli vacanti.

L'approccio olistico fa riferimento alla persona piuttosto che all'ambiente, alla salute piuttosto che alla malattia, tende a riequilibrare piuttosto che a curare; non credo che siano questi i principi del comportamento curativo assistenziale nei confronti dei vecchi malati che affollano le Divisioni di Medicina. Ci si può chiedere come si configura a livello accademico il ruolo del Medico geriatra e della Geriatria. Qualche anno fa si parlò dei malati critici affetti da patologie croniche ricoverati nei Reparti di Medicina: la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Internisti (FADOI) prospet-

tò l'istituzione all'interno della Divisione di "aree protette" a loro riservate; si dava per scontata la competenza e l'appropriatezza delle cure fornite a questi vecchi malati. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ha raccomandato contenuti specifici per la formazione del medico specialista in Geriatria (<http://www.sigg.it/public/doc/AREEATTIVITA/227.pdf>) per affrontare in modo adeguato sia la complessità clinica dei pazienti anziani ricoverati nei reparti per acuti sia la necessità di migliorare le cure e l'assistenza nei diversi setting assistenziali (soprattutto nelle strutture per anziani in cui ci sono più di 200.000 letti) nei quali vengono a trovarsi sempre più frequentemente gli anziani malati e disabili.

Gli sforzi dei Docenti MED09 della disciplina Geriatria e Gerontologia e anche quelli della SIGG non sembrano proprio apprezzati né a livello accademico e sanitario né a livello del gruppo COLMED/09: come Geriatra giurista incomprensibili e in ogni caso lesive della nostra professionalità le ragioni di un oblio così evidente della medicina geriatrica.

Gianfranco Salvioi  
salvioi@unimo.it

(#) Posti assegnati alle singole Scuole di specializzazione in Geriatria nell'anno accademico 2004-2005: Ancona 2, Bari 3, Bologna 3, Brescia 2, Cagliari 2, Catania 4, Catanzaro 2, Chieti 3, Firenze 9, Foggia 1, Genova 4, L'Aquila 3, Messina 3, Milano 5, Milano Cattolica 4, Modena 4, Napoli Fed. II 7, Napoli II Ateneo 4, Padova 6, Palermo 3, Parma 3, Pavia 4, Perugia 3, Pisa 1, Roma "La Sapienza" 9, Roma "Tor Vergata" 2, Roma Campus 1, Sassari 2, Siena 3, Torino 7, Trieste 1, Udine 2, Verona 3.

# 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. Rosario 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 - Il 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 Avanzi  
Pisa

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

PO: Prof. Pietro Serra  
PA: Prof. Vittorio Santiemma  
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 Montes

## 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@dimo.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