

3/05

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. 3/2005  
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**

**Scuola di specializzazione in  
Medicina Interna: le attività  
professionalizzanti**

*Giuseppe Realdi*

**9 SEZIONE RICERCA**

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

*a cura di Roberto Manfredini*

**12 NOTIZIE DAL CONSIGLIO  
DIRETTIVO**

**Verbali delle riunioni del 4 e del  
21 luglio 2005 - Posizione del  
Collegio sullo stato giudico dei  
Docenti - Assemblea del Collegio  
- Incontro con i Referenti di Sede**

**15 LETTERE AL DIRETTORE**

**Il gruppo di lavoro COLMED/09-  
FMSI**

*Massimo Pagani*

**lettera del presidente**

Cari Colleghi Internisti,

anzitutto, mi auguro che la stagione estiva, che volge ormai al termine (scrivo questa lettera nell'ultima settimana di agosto), abbia consentito a tutti Voi di trascorrere un periodo di sereno riposo. Ma proprio mentre ci avviamo verso la stagione autunnale, è necessario riprendere contatto con i numerosi problemi del mondo medico universitario, ed in particolare con alcune tematiche che interessano la nostra disciplina ed alle quali il Collegio dedicherà la sua attenzione nelle prossime settimane.

1) *Incontro con i Referenti di Sede (RdS)*. – Come ricorderete, un punto nodale del nuovo Statuto che regola l'attività del nostro Collegio è stato l'ampliamento del tessuto associativo, che comprende ora i Professori Ordinari e Associati nonché i Ricercatori del settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09. Tutte e tre le componenti entrano a far parte (ancorché con una rappresentanza numericamente differenziata) della Giunta Esecutiva, il cui Presidente è garante delle istanze e delle aspettative di ciascuna componente.

Lo Statuto prevede inoltre che, nell'ambito di ciascuna sede universitaria, gli Internisti individuino tre RdS, costituiti da un Professore Ordinario, un Professore Associato ed un Ricercatore. Ai RdS spetta il compito insostituibile di agire da *trait-d'union* bidirezionale tra collettività internistica della propria Facoltà e Giunta Esecutiva del Collegio. La Giunta auspica inoltre che i RdS tengano vivo localmente lo spirito associativo, vincendo la tendenza di alcuni Internisti ad atteggiamenti agnostici e rinunciatari.

Appunto allo scopo di dare nuovo impulso al loro impegno, la Giunta Esecutiva incontrerà *tutti* i RdS il 19 ottobre a Roma, in concomitanza con il Congresso della SIMI, per discutere una serie di questioni, inserite in un nutrito ordine del giorno riportato in un'altra pagina di questo Bollettino. Dell'incontro farò in modo che sia redatto un sintetico verbale, che sarà ugualmente ospitato sulle pagine del Bollettino.

2) *Assemblea del Collegio*. – Sempre in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto, anche quest'anno l'Assemblea di COLMED/09 si terrà durante il 106° Congresso Nazionale della nostra Società, per l'esattezza giovedì 20 ottobre 2005, dalle ore 10 alle ore 12, presso l'Hotel Cavalieri Hilton di Roma. L'ordine del giorno è pubblicato in un riquadro a pagina 14 di questo Bollettino, ma i Colleghi che volessero proporre ulteriori

argomenti sono pregati di inviare al più presto le loro proposte alla mia attenzione, in maniera che io possa acquisire il consenso della Giunta per il loro inserimento nell'ordine del giorno definitivo, che sarà inviato in tempo utile a tutti gli iscritti per e-mail.

3) *Stato giuridico della docenza universitaria.* – Nel momento in cui scrivo queste righe, nessuno è in grado di prevedere con ragionevole certezza quale sarà il destino finale del disegno di legge-delega sul riordino dello stato giuridico della docenza universitaria. La posizione del nostro Collegio, formalizzata in un documento scaturito dall'Assemblea tenutasi il 25 ottobre 2004 a Palermo, è stata ribadita ed integrata in un ulteriore documento che la Giunta Esecutiva ha approvato all'unanimità dopo due riunioni (4 e 21 luglio 2005), nel corso delle quali è stata fatta una disamina ampia e costruttiva delle problematiche connesse al disegno di legge. Analogamente al primo, anche il secondo documento (già inviato per e-mail il 26 luglio a tutti gli Internisti) è stato fatto pervenire alle autorità politiche ed accademiche.

Rimandando al testo *in extenso* pubblicato a pag. 14, la posizione del nostro Collegio può essere così sintetizzata: a) netta contrarietà alla trasformazione dei Ricercatori in un ruolo ad esaurimento ed alla lunga precarizzazione dei neoassunti a contratto, che inevitabilmente allontanerà dal mondo universitario i giovani migliori; b) in caso di approvazione della legge-delega, attenta vigilanza sulle progressioni di carriera da Ricercatore ad Associato basate su rigorosi criteri meritocratici, evitando provvedimenti demagogici o *ope legis* mascherati; c) ampia disponibilità a modificare le modalità di svolgimento delle valutazioni comparative, pur-

ché sia garantita l'assoluta regolarità nella cadenza annuale delle prove concorsuali; d) rigetto dell'articolo 6 del disegno di legge (*disposizioni finanziarie*), che prevede l'attuazione della riforma senza "nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica", essendo al contrario indispensabile lo stanziamento di nuove risorse per consentire che la riforma abbia un reale impatto innovativo.

Considerando il prevedibile affollamento legislativo in questo scorcio di legislatura ed il tempo relativamente breve che ci separa dalla consultazione elettorale di aprile 2006, è ragionevole ipotizzare che il disegno di legge venga definitivamente accantonato ove non sia approvato dal Senato, e poi nuovamente dalla Camera per gli emendamenti nel frattempo intervenuti, entro la fine di ottobre.

4) *Congresso annuale del Collegio.* - Ho già avuto modo di commentare nel precedente Bollettino luci e ombre che hanno contrassegnato lo svolgimento del 1° Congresso Nazionale del nostro Collegio. In concreto, sono stati dibattuti temi di grande interesse per la nostra disciplina ed il livello complessivo delle relazioni è stato per lo più ottimo. Anche la discussione è risultata per ciascuna sessione vivace e costruttiva.

Per quanto riguarda l'affluenza al Congresso, verificata attraverso la firma dei partecipanti su registri (distinti per Ordinari, Associati e Ricercatori) predisposti con esclusive finalità di rilevazione numerica, essa è stata complessivamente di circa 220 Internisti, pari al 20% di tutti gli appartenenti al SSD MED/09, ma corrispondenti a poco meno della metà degli iscritti al Collegio. Poiché si tratta della prima edizione congressuale organizzata dal Collegio nella sua rinnovata connotazione statutaria, tale partecipazione può essere considerata accettabile.

Deludente è tuttavia la suddivisione dei partecipanti per fasce, che ci ha consentito di rilevare una bassa presenza di Ricercatori (circa il 10%), una percentuale un po' più elevata di Associati (circa il 22%), mentre i Professori Ordinari sono stati poco meno del 70% di tutti i presenti al Congresso.

Sulla base di tali considerazioni, penso si possano trarre le seguenti conclusioni: a) il Congresso del Collegio, reiterato annualmente a congrua distanza temporale da quello della SIMI, può svolgere un peculiare ruolo culturale come occasione di incontro e confronto fra Internisti sulle problematiche universitarie di maggiore attualità attinenti alla nostra disciplina, come dimostrato, tra l'altro, dalle relazioni presentate dal Gruppo per la didattica. Tale occasione può rivelarsi ben più utile e proficua rispetto a quella costituita dall'Assemblea annuale, prevista come obbligo statutario ma necessariamente limitata a circa due ore nel corso del Congresso societario; b) sarà necessario implementare la partecipazione dei Professori Associati e soprattutto dei Ricercatori, che mi auguro assumano sempre maggiore consapevolezza del fatto che un Collegio di Internisti coeso ed autorevole può svolgere un ruolo cruciale nell'interesse di tutti, ma verosimilmente nel loro interesse più che in quello degli Ordinari.

Nell'incontro del 19 ottobre con i RdS, di cui ho parlato all'inizio di questa lettera, si discuterà anche dei possibili temi da inserire nel programma del 2° Congresso COLMED/09. Ovviamente, la Giunta Esecutiva terrà nel massimo conto commenti, suggerimenti e proposte che mi farete pervenire nell'arco dei prossimi due mesi, e sarà mia cura tenervi regolarmente informati su quanto sarà di volta in volta deciso.

Franco Dammacco

## 3

## Scuola di specializzazione in Medicina Interna: le attività professionalizzanti

Giuseppe Realdi (Padova)

## 1. Premesse

Il riordino degli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione dell'area sanitaria, in corso di approvazione presso il MIUR, prevede l'accorpamento delle scuole in tre grandi aree, quella medica, quella chirurgica e quella dei servizi. Ogni area contiene nel suo interno dei sottogruppi omogenei, definiti *classi*. Ogni classe, a sua volta, raggruppa scuole di specializzazione affini tra di loro. Così l'area medica contiene le classi della *Medicina clinica generale, della Medicina specialistica, delle Neuroscienze e Scienze cliniche del comportamento e la classe di Medicina clinica dell'età evolutiva*.

La classe della *Medicina clinica generale* comprende nel suo ambito varie tipologie di scuole di specializzazione, in particolare: Medicina interna, Geriatria, Medicina delle sport, Medicina termale, Oncologia medica e Medicina di comunità.

Per ogni tipologia di scuola, l'ordinamento propone la definizione dei *profili professionali di apprendimento* che riportano le caratteristiche generali, intese come conoscenze, attitudini e competenze, che lo specialista dovrà acquisire per poter svolgere la sua attività professionale. Per l'intera classe vengono invece indicati gli *obiettivi formativi integrati*, ovvero quegli obiettivi da perseguire nell'ambito del tronco comune e che concernono settori di sapere, di saper fare e di saper essere che assicurino l'acquisizione di una formazione culturale e professionale di carattere generale (saperi comuni) coinvolgente tutte le discipline specialistiche mediche, ivi comprese la farmacologia, la psichiatria e la radiologia, pertinenti quindi a discipline afferenti a più settori scientifico-disciplinari. *Obiettivo del tronco comune* è il raggiungimento di esperienze e di competenze cliniche acquisibili con il percorso diagnostico, processo che prende origine dalla presentazione clinica del paziente e conduce alla diagnosi di malattia attraverso un percorso metodologico che rappresenta il sapere comune dell'area, indipendentemente e al di là della scelta di indirizzo specialistico d'organo o di apparato, attuata dallo spe-

cializzando.

Infine sono specificati gli *obiettivi formativi propri della Medicina interna*, suddivisi in obiettivi formativi di base, obiettivi della formazione generale e obiettivi della tipologia della Scuola; un'attenzione particolare è data alla componente decisionale della professione, attraverso l'individuazione di obiettivi perseguibili con le *attività professionalizzanti*, distinte in due gruppi, *obbligatorie ed elettive*.

Questa apparente complessità e rigidità della nuova regolamentazione degli ordinamenti delle scuole di specializzazione, rappresenta in realtà da un lato l'impegno di adeguamento al modello europeo, dall'altro l'intenzione di fornire una cornice necessaria entro la quale tracciare un percorso che garantisca omogeneità di formazione e possibilità di confronto. All'interno di questo percorso risultano individuabili elementi di flessibilità e di diversificazione curricolare in rapporto a peculiari impostazioni suggerite dai Consigli delle Scuole. È previsto infatti che le strutture didattiche abbiano ad individuare e costruire *specifici percorsi formativi* per la preparazione di ciascuna tipologia di figure professionali specialistiche, utilizzando quei settori scientifico-disciplinari ritenuti utili alla preparazione dello specialista e al raggiungimento degli obiettivi formativi propri della singola scuola. Questa flessibilità consente altresì di rispondere a richieste personali da parte degli specializzandi, che potranno optare per obiettivi di apprendimento elettivi, sulla base di attitudini specifiche e di preferenze culturali.

In un precedente contributo di Giovanni Danielli, pubblicato su di un recente numero di questo Bollettino, sono state presentate le linee generali del nuovo ordinamento didattico e descritti i cambiamenti essenziali contenuti nella proposta di riassetto delle scuole di specializzazione. È stato peraltro sottolineato come i cambiamenti non siano da considerarsi ancora definitivi, in quanto suscettibili di valutazione critica e quindi di correzione. In particolare, nel contributo di Danielli è stata

richiamata la necessità di un intervento tempestivo e globale del Collegio, diretto a definire le linee guida lungo le quali le singole scuole potranno muoversi nel rinnovare i propri ordinamenti. Un forte momento di Collegialità è stato vissuto nella riunione promossa dal Collegio a Roma il 27 maggio u.s., dove un ampio spazio è stato riservato alla presentazione del riordino delle scuole di specializzazione di area medica in Medicina clinica generale.

In questo breve scritto viene riportato il contributo presentato in sede di Congresso relativo alla *proposta di organizzazione e di programmazione delle attività professionalizzanti nell'ambito della scuola di specializzazione di Medicina interna*. Si ribadisce trattarsi di una proposta, scaturita da un lavoro collegiale coordinato da Giovanni Danielli, aperta pertanto a integrazioni, modifiche e confronti. È un primo tentativo di fornire una strutturazione temporale e di contenuti a quell'insieme di attività che assorbono oltre due terzi di tutti i crediti formativi universitari (CFU) riservati alla scuola e che permettono allo specializzando di acquisire la specifica competenza clinica di Medico internista.

## 2. Il nuovo ordinamento

Per il conseguimento del titolo di specialista in Medicina interna è necessaria l'acquisizione di 300 CFU complessivi, articolati in 5 anni di corso. I crediti indicano il numero di ore di lavoro richieste allo studente per acquisire i contenuti teorici e pratici di ogni insegnamento integrato. Ogni credito formativo corrisponde a 25 ore di lavoro/studente, per le attività didattiche di base, formali, integrative e interdisciplinari, mentre per le attività professionalizzanti l'impegno orario per ogni credito formativo è previsto di 35 ore/studente. Alle attività professionalizzanti è riservato il 70% di tutto il tempo/studente, pari a 210 crediti, che distribuiti nei 5 anni, corrispondono a un *impegno orario giornaliero* di circa 7 ore per 5 giorni alla settimana per 11 mesi all'anno, esclusi i turni di guardia notturna e festiva. Pertanto si può dire che l'impegno dello studen-

### Attività Professionalizzanti

- Corso di apprendimento di manovre per l'urgenza e per l'emergenza medica
- Basic life support (BLS), Advanced cardio life support (ACLS)
- Ventilazione assistita
- Continuous positive alveolar pressure (CPAP), Biphasic positive alveolar pressure (BPAP)
- Assistenza medica al paziente in coma, con arresto cardio-respiratorio, in stato di shock, con trauma acuto

Obiettivo:  
Acquisire  
provata  
autonomia  
nelle  
manovre  
(manichino)

volta, sotto il controllo del tutore, non tanto per imparare ad eseguire in modo autonomo, quanto per comprenderne meglio finalità e significato (biopsia epatica o midollare); 3) abilità che lo specialista internista dovrà essere in grado di esercitare in modo autonomo e automatico, in quanto facenti parte di un bagaglio professionale essenziale e irrinunciabile dello specialista in Medicina interna (es. ECG, ecografia, BLS, paracentesi, toracentesi, ecc.).

Il luogo di acquisizione di tali capacità, cioè il "campo", sono *in primis* le Unità Operative di Medicina interna, di Geriatria e di Specialità mediche, quindi le Unità di Pronto Soccorso e quelle di Terapia intensiva, e infine le Strutture mediche post-acute (Lungodegenza, Strutture Intermedie, Riabilitazioni) e la rete dei Servizi socio-sanitari del territorio (Assistenza domiciliare integrata, Residenza sanitaria assistita, Hospice, Medico di Medicina generale, Servizi sociali).

Le attività professionalizzanti saranno acquisite gradualmente, sotto la guida di un tutore che avrà anche compiti di valutazione, con progressiva assunzione di respon-

Tab. 1 - Attività professionalizzanti dell'urgenza ed emergenza.

te per la formazione e l'apprendimento avviene, per due terzi dell'intero arco temporale che ha a disposizione, nelle attività professionalizzanti.

Tali attività sono dirette all'acquisizione e alla maturazione di specifiche capacità professionali mediante attività metodologiche e pratiche e consistono in attività formative volte al conseguimento sia di capacità di individuare e definire i problemi del paziente e proporre soluzioni (*problem solving*), sia di abilità gestuali, relazionali e comportamentali (*practical skills*), sia infine di capacità decisionali, diagnostiche, terapeutiche e di follow-up (*decision making, management*). Si tratta quindi di applicare sul campo le conoscenze e le abilità acquisite con la didattica formale (lezioni, seminari) e con quella pratica, cioè le esercitazioni, intese come laboratorio pre-clinico dove vengono illustrati, in ambiente simulato e a piccoli gruppi, i presupposti teorici, le manovre tecniche, le azioni pratiche e i comportamenti di ogni atto medico con l'interpretazione dei reperti e dei risultati attesi. Il momento cognitivo, cioè il sapere, rappresenta infatti il presupposto costante e irrinunciabile di qualsiasi azione pratica e di qualsiasi obiettivo gestuale e comportamentale. Non è sufficiente infatti imparare a saper fare e a saper essere, ma è fondamentale conoscere le motivazioni che sottendono il fare o l'essere.

Sono stati proposti tre livelli tassonomici nell'esercizio delle abilità, correlati ai bisogni effettivi di competenza professionale che il candidato dovrà raggiungere: 1) abilità che il candidato avrà visto effettuare da altri in quanto non sarà chiamato ad esercitare durante il suo futuro esercizio professionale (per esempio coronarografia); 2) abilità che il candidato avrà esercitato almeno una

### Attività Professionalizzanti

1) Cartelle cliniche complete + Epicrisi + SDO (compresi i rapporti col territorio: continuità delle cure)	totale n. 100
2) Guardie mediche diurne e notturne	per anno 40-50
3) Partecipazione ad autopsie	circa n. 20
4) Farmacologia (ricetta, effetti avversi, AIFA, piano terapeutico)	
5) Nutrizione clinica (programmi dietetici)	circa n. 20
6) Consulenze internistiche	circa n. 50
7) Ambulatorio di MI	n. pazienti 50
8) Elettrocardiogrammi (lettura, interpretazione)	n. 200
9) Discussione interpretazione bioimmagini	n. 100
10) Ecografia internistica (addome)	n. 100
11) Diagnostica di laboratorio (striscio periferico, sedimento liquidi biologici, colorazione di GRAM)	n. 100
12) Terapia parentale, agocannula, Emogasanalisi (EGA), paracentesi, toracentesi, SNG, catetere vescicale, sonda rettale, broncoaspirazione)	acquisire autonomia

Tab. 2 - Attività professionalizzanti proprie della Medicina Interna.

**Attività Professionalizzanti**

- |   |  |
|---|--|
| - Artrocentesi  | - Chirurgia ambulatoriale (suture, medicazioni, piaghe da decubito, ulcere, fistole) |
| - Rachicentesi  |  |
| - Asprato midollare, biopsia ossea  |  |
| - Biopsie ecoguidate  | - Interventi basali di ORL (tappo-namento nasale anteriore, tappo di cerume)         |
| - Ergometria  |  |
| - Prove di funzione respiratoria  | - Interventi basali di Oculistica (rimozione corpo estraneo, <i>fundus oculi</i> )   |
| - Diagnostica allergologica   |  |
| - Ecocardiogramma   | - Interventi basali in Ortopedia (riduzione di fratture, bendaggi, fasciature)       |
| - Ecocolor doppler  |  |
| - Visita dermatologica  | - Patologia internistica in gravidanza   |
| - Medicina legale [(certificati medici, proposta di Trattamento sanitario obbligatorio (TSO), certificato di Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)] | - Tossicologia (abuso alcolico, sostanze, intossicazioni acute)                      |
| - Pediatria (emergenze, farmacologia)   |  |

Tab. 3 - Attività professionalizzanti specialistiche.

anche dei reparti di Medicina interna, come illustrato da una recente inchiesta di Livio Perotti pubblicata nel Bollettino SIMI (1, 15, 2005).

**3.2** Non minori criticità sono riscontrabili anche sul fronte della *formazione medica*, nonostante le varie riforme dell'ordinamento didattico del corso di laurea in Medicina e chirurgia che si sono succedute in questi ultimi 10-15 anni. La formazione medica del neo-laureato in medicina, ma anche quella dello specialista in Medicina interna, è prevalentemente centrata sulla patologia osservata in ospedale, sulla singola patologia d'organo o di apparato, sul paziente adulto; la metodologia clinica continua ad essere ignorata o negletta; l'approccio al paziente è eterogeneo; la cartella clinica mantiene l'impostazione induttivistica del passato con inizio di compilazione dall'anamnesi familiare, ignorando totalmente l'approccio per problemi e la formulazione ipotetico-deduttiva e baiesiana della diagnosi; l'approccio al malato continua ad essere individualistico e autoritario, ignorando collegialità e valore propositivo di ogni ipotesi diagnostica, compresa quella dello studente che frequenta il tirocinio; la prescrizione terapeutica è altrettanto autoritaria e raramente considera le evidenze cliniche e le linee guida, correttamente interpretate. Le conseguenze di questo stato di cose sono, sul fronte assistenziale, il frequente eccessivo ricorso allo specialista e alla diagnostica di laboratorio e strumentale, anche quando qualsiasi risultato non potrà modificare le decisioni cliniche, l'eccesso di prescrizione terapeutica, l'eterogeneità delle diagnosi cliniche, un inadeguato se non assente coordinamento con il territorio e il totale mancato utilizzo della riabilitazione come strumento di recupero e di reinserimento sociale e familiare dei pazienti soprattutto anziani. La stessa formazione continua ad essere prevalentemente nozionistica, astratta e statica, mancando la trasmissione di un sapere medico d'insieme con forte aggancio alla realtà sanitaria e sociale attuale.

sabilità personale da parte dello studente, fino al raggiungimento di una completa autonomia.

**3. La situazione attuale e le prospettive**

Prima di esporre una proposta di attività professionalizzanti ritengo opportuno richiamare l'attenzione sulla difficile situazione in cui si viene a trovare oggi la Medicina interna, sia sul fronte assistenziale, sia su quello didattico e formativo. In realtà questi aspetti del problema meriterebbero di essere affrontati a più voci, prioritariamente in sede di Collegio, e con una analisi approfondita e diversificata essendo coinvolti non solo aspetti culturali, scientifici e accademici, ma anche problemi sociali, strategici e di politica sanitaria. Mi limiterò pertanto a qualche considerazione, che rappresenta peraltro un indispensabile *presupposto di guida* per una proposta di programmazione delle attività formative.

**3.1** Le criticità attuali riguardano in primo luogo *l'attività assistenziale* svolta nelle Unità Operative complesse o nei dipartimenti di Medicina

interna, soprattutto quelli a conduzione universitaria. In queste strutture lo scenario relativo ai malati ricoverati è profondamente cambiato in quest'ultimo decennio. Da una netta prevalenza di malati elettivi e di età giovane-adulta del passato si assiste oggi al ricovero dei cosiddetti *nuovi malati*, che sono prevalentemente malati anziani, instabili e non autosufficienti, malati acuti e critici, malati affetti da polipatologie ad elevata complessità, pazienti oncologici terminali. Questi malati arrivano in reparto inviati dal Pronto Soccorso, che esercita incontrastato il suo pressing soprattutto sui reparti di Medicina interna, spesso senza considerare le reali disponibilità di accoglimento, con conseguente ricorso a letti bis o a degenze in corridoio e con relativi gravi disagi non solo per i pazienti, ma altresì per il personale medico e infermieristico; le conseguenze più eclatanti di questo stato di cose sono l'aumento degli errori da parte di tutto il personale sanitario e il fenomeno del *burn out* a carico dello stesso. A questo si deve aggiungere la carenza di risorse umane e tecnologiche e la riduzione continua non solo dei posti letto, ma

### Continuità delle cure

#### TRATTAMENTO POST-ACUZIE

- Lungodegenza (necessità di stabilizzazione)
- Riabilitazione (intensiva, estensiva)
- Struttura intermedia (ambiente protetto per prosecuzione delle cure)

#### RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

- Assistenza domiciliare integrata (ADI) (progetto assistenziale domiciliare)
- Residenza sanitaria assistita (RSA) (anziani e disabili non autosufficienti)
- Hospice (cure palliative pazienti terminali)
- Servizi sociali (assistenza sociale, ecc.)

Tab. 4 - Continuità delle cure.

**3.3** Il nuovo ordinamento delle scuole di specializzazione può rappresentare l'occasione per riscoprire e ridare valore alla Medicina interna sul piano culturale, politico e operativo. In questo contesto, il Collegio ha un ruolo istituzionale fondamentale in quanto può farsi promotore di iniziative sia a livello politico, sia nei confronti degli iscritti, volte a ridare alla Medicina interna il ruolo di disciplina medica centrale nella gestione della salute del cittadino e nel contempo a proporre linee operative sul piano della metodologia e della programmazione che siano omogenee e condivise, alle quali tutti i professori e docenti di Medicina interna devono uniformarsi. Gli elementi più rilevanti attorno ai quali costruire solide basi di consenso possono essere l'adozione di una cartella clinica comune impostata per problemi, la prioritaria formazione all'urgenza con l'istituzione nei reparti di Medicina interna di unità di gestione semi-intensiva per i malati critici e instabili, l'acquisizione di competenze geriatriche per la gestione del paziente anziano e fragile e quindi un nuovo e più costruttivo rapporto con la Geriatria, una nuova integrazione con il territorio attraverso i costituendi servizi di continuità delle cure, l'adozione di metodi e stru-

menti di verifica periodica della competenza clinica degli internisti attraverso l'adozione della "ri-certificazione".

#### 4. Le proposte organizzative

**4.1** Le considerazioni sopraesposte ci possono servire per individuare alcuni elementi essenziali da tenere in considerazione nel delineare una proposta organizzativa delle attività professionalizzanti intese come *competenze cliniche* che la realtà sanitaria attuale richiede al medico specialista in Medicina interna, sia egli operante in un reparto ospedaliero o di Pronto Soccorso, sia invece impegnato sul territorio.

Innanzitutto l'ordinamento introduce un nuovo percorso definito *tronco comune*. È da dire che su questo aspetto vi sono ancora dei punti oscuri, soprattutto sulla realizzabilità di questo momento formativo che in realtà potrebbe realmente costituire l'occasione per una trasmissione collegiale di saperi, di esperienze e di competenze dai quali internisti e specialisti poter trarre enormi vantaggi sul fronte della formazione e dell'acquisizione di capacità cliniche e quindi di gestione dei malati. Il tronco comune dovrebbe infatti essere inteso come quella componente delle scuole di specializzazio-

ne di area medica nella quale aver luogo il coordinamento istituzionale delle attività didattiche della classe della Medicina clinica generale con la classe della Medicina specialistica e con quella delle Neuroscienze e Scienze del comportamento.

Obiettivi formativi del tronco comune possono delinearsi in tre direttive: a) conferire agli specialisti "affini" una unitarietà metodologica nell'approccio olistico alla soluzione dei problemi di salute; b) conferire agli specialisti internisti gli strumenti cognitivi, teorico-pratici e relazionali necessari alla comprensione degli scopi e dei contenuti delle specialità mediche; c) consolidare e verificare il patrimonio comune di conoscenze, di abilità, di comportamenti e di competenze professionali già acquisiti durante il corso di laurea in Medicina e chirurgia.

Dal punto di vista organizzativo il tronco comune richiede una forte integrazione con le attività professionalizzanti proprie della scuola. Una proposta già in fase di sperimentazione in alcune scuole ancor prima dell'entrata in vigore del nuovo ordinamento, considera la frequenza degli specializzandi del 1° anno nel proprio ambito e indirizzo, allo scopo di far acquisire allo studente l'imprinting culturale e professionale proprio della scuola. Successivamente, nel 2°, 3° e 4° anno vengono definiti dei percorsi paralleli differenziati, dove gli allievi delle scuole affini trascorrono alcuni mesi presso strutture internistiche allo scopo di consolidare il metodo clinico, acquisire esperienza sui problemi medici più frequenti, acquisire l'approccio olistico e la collegialità decisionale; contemporaneamente gli allievi della scuola di medicina interna ruotano presso le strutture specialistiche con lo scopo di acquisire il contenuto culturale e informativo delle tecnologie specialistiche e le abilità diagnostiche (*skills*). Poiché vari reparti di Medicina interna possono già avere al loro interno competenze e professionalità specialistiche è importante tenere in considerazione queste specificità locali e organizzare la frequenza e la rotazio-

## 7

**Attività professionalizzanti, proposta organizzativa****1° Anno**

- Attività nel reparto di Medicina interna (*imprinting professionale*)
- Acquisizione prioritaria e solida della Metodologia clinica attraverso il corretto impiego della cartella clinica orientata per problemi (almeno 50 cartelle)
- Approccio al paziente valutato nella sua globalità psico-fisica
- Saper valutare e trattare le situazioni di urgenza internistica
- Responsabile di almeno 2 pazienti dei quali risponde al tutore
- Guardie diurne e notturne (con uno specializzando del 4-5° anno)
- Primo corso di emergenze/urgenze (BLS, ACLS); due settimane
- Primo corso di ecografia internistica (elettivo): due settimane

**2° - 3° - 4° Anno** *Frequenza a rotazione nei reparti di Medicina Interna, Geriatria, Specialità mediche, Pronto Soccorso, Terapia intensiva*

- |   |   |
|---|---|
| - Medicina Interna, Geriatria (periodi di 3-4 mesi)<br>(almeno 50-60 cartelle cliniche)   | - Totale 12 mesi                                      |
| - Pronto Soccorso, Terapia intensiva  | - Totale 6 mesi                                       |
| - Medicina generale (elettivo)  | - Totale 2 mesi                                       |
| - Cardiologia (Reparto, ECG, ambulatorio, Ecocardio, Holter, UCTC, emodinamica)   | - Totale 2 mesi                                       |
| - Gastroenterologia (Reparto, amb, endoscopia sup. e inf, pH manometria, laparoscopia, ecografia addome)                                | - Totale 2 mesi                                       |
| - Pneumologia, Fisiopatol. respiratoria (prove funz. respirat., EGA, CPA/BPAP, ventilazione assistita)                                  | - Totale 2 mesi                                       |
| - Neurologia (Stroke unit. EEG, EMG)  | - Totale 1 mese                                       |
| - Malattie infettive (Rep. amb)   | - Totale 1 mese                                       |
| - Nefrologia (Reparto, Emodialisi)  | - Totale 1 mese                                       |
| - Dermatologia<br>Ginecologia<br>Reumatologia<br>Oncologia<br>Endocrinologia<br>Ematologia<br>Allergologia<br>Allergologia, immunologia | - Frequenza elettiva per una durata globale di 6 mesi |
| - Guardie mediche diurne e notturne   | - Durata corsi 2 mesi                                 |
| - Corsi di Ecografia internistica e di Ecocolor doppler   |   |

**5° Anno** *Frequenza a rotazione nei reparti di Medicina Interna, Geriatria, Specialità mediche, Pronto Soccorso, Terapia intensiva*

## Unità Operative di:

- |   |        |
|---|--------|
| - Medicina Interna, Geriatria             | 6 mesi |
| - PS medico                               | 3 mesi |
| - Guardie mediche diurne e notturne       |        |
| - Attività tutoriale (spec. 1° e 2° anno) |        |
| - Preparazione della tesi                 | 3 mesi |

ne con lo scopo di far acquisire allo specializzando definiti obiettivi di apprendimento concordati prioritariamente.

**4.2** Un secondo aspetto organizzativo rilevante riguarda la *valutazione*. Anche per questo settore il nuovo ordinamento contempla qualche novità, come le prove *in itinere* e il libretto di diario; rimane la prova finale con la presentazione di una tesi di specializzazione.

Nell'ambito delle prove *in itinere* una proposta è quella di introdurre, come valutazione sistematica del lavoro svolto, la *cartella clinica orientata per problemi*, come strumento per imparare il metodo di approccio al paziente e come mezzo per una verifica periodica del percorso diagnostico seguito. La cartella clinica strutturata per problemi obbliga infatti ad una compilazione razionale delle tappe che portano alla diagnosi attraverso l'individuazione di tutti i problemi e di quello principale in particolare, la formulazione delle ipotesi diagnostiche e la falsificazione delle stesse con la scelta delle indagini diagnostiche dotate di maggiore sensibilità, specificità e valore predittivo, la definizione del piano terapeutico e la compilazione del diario clinico giornaliero con l'epicrisi finale, la registrazione grafica dei parametri vitali e della terapia e la relazione finale con la riconsegna del paziente al territorio. *Il libretto diario* è un ulteriore strumento di valutazione del lavoro certificato giornalmente dal tutore. *Il tutore stesso*, attraverso l'osservazione diretta, potrà valutare la professionalità, la competenza, la conoscenza, i comportamenti e la componente etica dell'allievo. Infine la valutazione annuale potrà essere completata con un *esame clinico oggettivo strutturato* (OSCE) o con un esame orale tradizionale.

Affinché la valutazione sia realmente efficace e dotata di obiettività e di ponderabilità è tuttavia indispensabile che le competenze cliniche oggetto di valutazione siano predefinite in maniera esplicita e comprensibile. Gli studenti devono essere consapevoli delle attese nei

Tab. 5 - Distribuzione delle attività professionalizzanti nell'arco dei cinque anni.

loro confronti per quanto riguarda la *performance* clinica, come pure devono conoscere gli strumenti e i metodi di valutazione. In questo senso sarà particolarmente importante che il Consiglio della scuola possa concordare e fornire ai docenti tutte le istruzioni sugli obiettivi di valutazione, come pure i momenti e le modalità della valutazione stessa.

**4.3** L'ultimo aspetto riguarda la definizione degli *specifici obiettivi* delle attività professionalizzanti e la loro distribuzione nell'arco dei 5 anni. Il problema che si pone è stabilire quali obiettivi sono da selezionare rispetto ad altri e quando inserire, nell'arco di tempo considerato, questi obiettivi e con quali priorità. Tra le varie proposte, una strada da seguire può essere quella di realizzare l'apprendimento delle competenze cliniche (nell'ambito delle quali sono contenute le attività professionalizzanti) seguendo le fasi del procedimento diagnostico-terapeutico e del processo decisionale seguito dal medico, utilizzando lo strumento della cartella clinica orientata per problemi, di cui già si è accennato.

In questo contesto possiamo ripercorrere *l'iter clinico* di un paziente che giunge al *pronto soccorso per un ricovero*. La *prima fase* riguarda l'approccio al paziente acuto, critico o elettivo, per una patologia già nota o del tutto nuova. Questa fase richiede l'acquisizione di *competenze proprie del triage*, oltre a quelle *dell'urgenza e dell'emergenza* (Tab. 1).

La *seconda fase* è relativa al paziente ricoverato nel reparto di Medicina interna, dove può trattarsi di un paziente stabilizzato o di un paziente con episodi di criticità.

Questa fase prevede l'acquisizione di attività professionalizzanti proprie della Medicina interna (Tab. 3).

Nella tabella 1 è anche riportato, seppur con valori indicativi, il numero minimo delle attività che lo specializzando dovrà effettuare per acquisire una sufficiente autonomia e sicurezza. Nella tabella è riportato un elenco di attività professiona-

lizzanti di tipo medico-chirurgico acquisibili presso le strutture specialistiche. Alcune di queste possono essere considerate opzionali e lasciate alla scelta dello specializzando, il quale pertanto può diversificare la sua formazione a seconda delle sue preferenze o *attitudini o in base ai possibili futuri sbocchi professionali al termine degli studi*.

La *terza fase* è quella della dimissione, che può essere normale oppure "difficile", dimissione che necessita di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari e che implica un significativo coinvolgimento del territorio. Pertanto le attività professionalizzanti di questa fase saranno da un lato quelle proprie della stesura dell'epicrisi e della lettera di dimissione, e dall'altro quelle del rapporto con il territorio e con il servizio di continuità delle cure. Lo studente dovrà acquisire contenuti e attività proprie del trattamento post-acuzie e di quello della rete dei servizi socio-sanitari (Tab. 4).

**4.4** La *distribuzione* delle attività professionalizzanti nell'arco dei 5 anni tiene in considerazione la gradualità dell'apprendimento e la progressività nell'acquisizione della responsabilità e dell'autonomia. La tabella 5 riassume una proposta organizzativa di distribuzione delle varie attività nel quinquennio, tenendo in considerazione la possibilità di opzione da parte degli specializzandi di un indirizzo internistico e di uno di urgenza. È chiaro che se da un lato vi è massima flessibilità nella distribuzione di tali attività, dall'altro sarà il Consiglio della scuola che sulla base delle specificità, delle disponibilità e delle competenze opererà la scelta più adeguata e razionale e quella maggiormente fattibile.

## 5. Conclusioni

In conclusione il nuovo ordinamento delle scuole di specializzazione è da considerare fortemente professionalizzante. Quello relativo alla scuola di Medicina interna contiene una chiara impostazione volta

a far acquisire una decisa e completa competenza internistica. Si tratta pertanto di uno strumento da utilizzare in tutta la sua potenzialità di contenuti e di indirizzi. La criticità della situazione attuale della Medicina interna è un fenomeno diffuso a livello nazionale e unanimemente vissuto con difficoltà e con senso di disagio e di frustrazione. La Medicina interna sembra subire una penalizzazione superiore a quella di ogni altra disciplina, sia perché non considerata materia specialistica, sia perché oggetto di destinazione di ogni genere di pazienti "rifiutati" dagli altri reparti, sia perché sede prioritaria di ricovero da parte del Pronto Soccorso di pazienti anziani, non autosufficienti, critici e pre-terminali, sia infine perché carente di risorse e di personale in quanto considerata settore della sanità "non redditizio" come DRG e come investimento di budget. Queste difficoltà hanno ricadute negative anche sulla formazione, a causa del sovraccarico di lavoro assistenziale degli internisti, con evidente penalizzazione delle loro attività istituzionali di didattica e di ricerca. Il nuovo ordinamento rappresenta pertanto l'occasione per ripensare e per ridare valore alla Medicina interna sul piano culturale, politico e operativo. In questo contesto il Collegio ha un ruolo fondamentale e ineludibile nel concordare e attuare concreti obiettivi di rivalorizzazione della formazione e della professione di medico internista.



# 9

## Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

a cura di Roberto Manfredini

**Nei soggetti ipertesi, il rischio di stroke è elevato e il controllo dei valori pressori appare raggiunto solo in una minima parte anche fra quelli in trattamento farmacologico.**

Titolo originale:

*Blood pressure control and risk of stroke in untreated and treated hypertensive patients screened from clinical practice: results of the ForLife study.*

J Hypertens 2005; 23: 1575-81.

Mancià G, Ambrosioni E, Agabiti Rosei EA, Leonetti G, Trimarco B, Volpe M; on behalf of the ForLife study group.

Clinica Medica, Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università degli Studi di Milano Bicocca.

**Obiettivi** Lo stroke presenta un'elevata prevalenza in Italia, e risulta essere la terza causa di morte al mondo. L'ipertensione rappresenta il fattore di rischio più importante nel determinismo del rischio di stroke. Gli scopi di questo studio sono stati lo stabilire il rischio di stroke in un'ampia casistica di pazienti affetti da ipertensione e il determinare la percentuale di quelli con pressione arteriosa controllata, al fine di stabilire il contributo di questo fattore al rischio di stroke.

**Metodi** Lo studio, per essere rappresentativo della pratica clinica, ha coinvolto i medici di medicina generale. Ad essi veniva richiesto di arruolare 10 pazienti ipertesi consecutivi, trattati e non trattati. La raccolta dati comprendeva una anamnesi completa e l'esame obiettivo. Il rischio assoluto di stroke a 10 anni è stato calcolato attraverso un algoritmo derivato, con qualche modifica, dallo studio di Framingham.

**Metodi e risultati** La maggior parte degli ipertesi non trattati appartenevano al grado 1 o 2. Nei soggetti ipertesi trattati, valori pressori controllati sono stati osservati nel 18.4%, e con percentuale inferiore in pazienti por-

tatori di ipertrofia ventricolare sinistra e diabete. Nei soggetti ipertesi diabetici lo stringente ed aggressivo controllo dei valori pressori raccomandato dalle linee guida veniva raggiunto solamente nel 3.0% dei casi. Il rischio medio di stroke a 10 anni è risultato del 17%, mentre i valori di rischio più elevati sono stati più comunemente osservati nei pazienti anziani, diabetici e portatori di ipertrofia ventricolare sinistra.

**Conclusioni** La terapia antipertensiva in atto ha consentito il controllo dei valori pressori solo in una frazione limitata dei pazienti visti dai medici di medicina generale. Il rischio di stroke nei soggetti ipertesi non è affatto trascurabile, e una maggiore attenzione deve assolutamente essere prestata al fine di prevenire l'insorgenza di questa grave patologia.

**Nella popolazione sarda, sia in presenza che in assenza di morbo di Crohn, la biopsia della mucosa intestinale mostra la presenza di sottospecie paratubercolari del Mycobacterium avium**

Titolo originale:

*Detection and Isolation of Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis from Intestinal Mucosal Biopsies of Patients with and without Crohn's Disease in Sardinia.*

Am J Gastroenterol 2005; 100: 1529-36.

Sechi LA, Scanu AM, Molicotti P, Cannas S, Mura M, Dettori G, Fadda G, Zanetti S.

Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Microbiologia Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Sassari.

**Obiettivi** La popolazione della Sardegna conta 1.6 milioni di persone, oltre a circa 3.5 milioni di pecore e 10.000 capi di bestiame in cui la malattia di John e infezioni paratubercolari da sottospecie di Mycobacterium avium sono endemiche. Questo studio è

stato disegnato per determinare quale proporzione della popolazione di soggetti sardi sottoposti a ileocolonscopia (portatori o no del morbo di Crohn) fosse infettata da questo patogeno.

**Metodi** Le sottospecie paratubercolari di Mycobacterium avium sono state individuate per mezzo di IS900 PCR su estratti di DNA sia da biopsie di mucosa intestinale fresca che per mezzo di isolamento in coltura utilizzando terreni MGIT addizionati seguito da sequenziazione PCR.

**Risultati** 25 pazienti (83.3%) con morbo di Crohn e 3 pazienti di controllo (10.3%) sono risultati positivi alla IS900 PCR ( $p = 0.000001$ ; odds ratio 43.3). Le sottospecie paratubercolari di Mycobacterium avium si sono sviluppate in colture da 19 pazienti con morbo di Crohn (63.3%) e da 3 pazienti di controllo (10.3%) ( $p = 0.00001$ ; odds ratio 14.9). Tutti i pazienti con coltura positiva erano già stati anche precedentemente indicati come positivi alla PCR. Le sottospecie paratubercolari di Mycobacterium avium dapprima si sono manifestate nel liquido di coltura come negative alla colorazione di Ziehl Neelsen (ZN) e successivamente hanno parzialmente virato attraverso una positività alla colorazione rodamina-auramina fino alla classica ZN positività. Ciò ha prodotto una stabile coltura mista di tutte e tre le forme, mostrando la versatilità fenotipica di questi complessi patogeni enterici.

**Conclusioni** Nella maggioranza dei soggetti Sardi affetti da morbo di Crohn è stata dimostrata la presenza di sottospecie paratubercolari del Mycobacterium avium.

Il riscontro della colonizzazione di una parte di popolazione senza morbo di Crohn è in accordo con quanto osservato in altre condizioni causate da patogeni batterici in ospiti suscettibili.

**In pazienti con scompenso cardiaco refrattario, uno schema di trattamento combinato con furosemide ad alte dosi e soluzione salina ipertonica produce migliori effetti clinici ed emodinamici rispetto all'utilizzo di sola furosemide.**

Titolo originale:

*Changes in brain natriuretic peptide levels and bioelectrical impedance measurements after treatment with high-dose furosemide and hypertonic saline solution versus high-dose furosemide alone in refractory congestive heart failure: a double-blind study.*

*J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 1997-2003.

Paterna S, Di Pasquale P, Parrinello G, Fornaciari E, Di Gaudio F, Fasullo S, Giammanco M, Sarullo FM, Licata G.

Dipartimento di Medicina d'Urgenza, Università degli Studi di Palermo.

**Obiettivi** Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'effetto di un nuovo trattamento per lo scompenso cardiaco (CHF) refrattario sui livelli plasmatici di brain natriuretic peptide (BNP) e sullo stato di idratazione.

**Background** Lo studio ha inteso valutare, nei soggetti con CHF refrattario, gli effetti di una combinazione di furosemide ad alte dosi con piccoli volumi di soluzione salina ipertonica (HSS).

**Metodi** Sono stati arruolati 94 pazienti (34 femmine/60 maschi) con CHF refrattario (età: 55-80 anni). Essi dovevano avere una frazione di eiezione < 35%, valori plasmatici di creatinina < 2 mg/dl e di azotemia < 60 mg/dl, ridotto volume urinario e bassa natriuresi (< 500 ml/24 h e < 60 mEq/24 h, rispettivamente). I pazienti sono stati suddivisi (in doppio cieco) in 2 gruppi: il gruppo 1 (18 femmine/30 maschi) riceveva furosemide ev. (da 500 fino a 1000 mg) più HSS 2volte die in 30 min. Il gruppo 2 (16 femmine/30 maschi) riceveva solo furosemide ev. in bolo (da 500 fino a 1000 mg 2volte die,

per 4-6 giorni). All'inizio, peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed esami di laboratorio sono stati controllati nel corso della degenza; i valori di BNP sono stati misurati al momento dell'ingresso, 6 e 30 giorni dopo la dimissione, mentre al momento del ricovero e dopo 6 giorni veniva eseguita pletisimografia ad impedenza. Il gruppo HSS riceveva un'assunzione di Na di 120 mmol vs 80 mmol nel gruppo non-HSS. La quantità di liquidi somministrata è stata di 1000 ml per entrambi i gruppi.

**Risultati** Entrambi i gruppi sono risultati simili per caratteristiche cliniche. Si è osservato un aumento significativo nella diuresi giornaliera e nella natriuresi nel gruppo HSS,  $p < 0.05$ . I valori di BNP hanno mostrato significative differenze intra-gruppo ed inter-gruppo, a distanza di 6 e 30 giorni dal trattamento. I pazienti del gruppo HSS raggiungevano un miglior stato di idratazione, dopo 6 giorni, rispetto al gruppo non-HSS. Inoltre, i pazienti del gruppo HSS mostravano una significativa riduzione del tempo di degenza ospedaliera ed una minore incidenza di riammissioni nel corso dei 30 giorni dello studio.

**Conclusioni** I risultati raggiunti hanno dimostrato come i pazienti del gruppo HSS raggiungano più rapidamente il peso secco, una più veloce riduzione dei livelli di BNP, una più breve degenza ospedaliera e una più bassa incidenza di riammissioni a 30 giorni.

**Valutazione di diversi indici di stratificazione prognostica in pazienti con carcinoma epatocellulare.**

Titolo originale:

*Prognostic factors for survival in patients with early-intermediate hepatocellular carcinoma undergoing non-surgical therapy: comparison of Okuda, CLIP, and BCLC staging systems in a single Italian centre.*

*Gut.* 2005; 54: 411-8.

Grieco A, Pompili M, Caminiti G, Miele L, Covino M, Alfei B, Rapaccini GL, Gasbarrini G.

Dipartimento di Medicina Interna, Policlinico Universitario A. Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

Corrispondenza: agrieco@rm.unicatt.it

**Background** Sono stati sviluppati diversi modelli prognostici per la stadiazione del carcinoma epatocellulare (HCC), ma non esiste un consenso generale su quale sia il più affidabile.

Gli autori hanno confrontato tre indici prognostici (Okuda, CLIP e BCLC) in una vasta casistica di pazienti cirrotici con HCC sottoposti a trattamento non chirurgico, per valutare la capacità di classificare i pazienti in differenti gruppi di rischio.

**Metodi** Sono stati retrospettivamente studiati 268 pazienti con HCC. 146 erano stati trattati con ablazione, 132 con iniezione percutanea di etanolo e 14 con ablazione con radiofrequenza; 103 sono stati sottoposti a chemioembolizzazione arteriosa transcateretere e 19 con sola terapia di supporto.

I fattori determinanti la sopravvivenza sono stati analizzati avvalendosi di analisi univariata e multivariata con il metodo di Kaplan-Meier e i modelli di regressione proporzionale di rischio di Cox. Sono poi stati applicati i punteggi derivanti dagli indici Okuda, CLIP e BCLC valutati prima del trattamento.

**Risultati** La mediana di soprav-

vivenza è stata di 25.7 mesi. All'analisi multivariata, trombosi della vena porta, alfa-fetoproteina, bilirubina totale e dimensione del tumore sono risultati predittori di sopravvivenza. I punteggi Okuda, CLIP e BCLC sono risultati tutti capaci di predire la sopravvivenza ( $p < 0.001$ ). Essi hanno identificato 2, 4 e 6 gruppi di rischio, con rispettivamente, una mediana di sopravvivenza compresa fra 27 e 19 mesi per Okuda, fra 30 e 5 mesi per CLIP, e fra 43 e 7 mesi per BCLC.

**Conclusioni** I punteggi ottenuti con CLIP e BCLC sono risultati essere più efficaci, rispetto a quello di Okuda, nella stratificazione dei pazienti con HCC stadio iniziale-intermedio in gruppi a diverso rischio. Tuttavia, il sistema di punteggio BCLC ha fornito una migliore predizione prognostica in pazienti con diagnosi molto precoce.

### **Nei pazienti diabetici, il ligando solubile CD40 contribuisce alla disfunzione endoteliale e alla attivazione monocitaria.**

Titolo originale:

*Enhanced soluble CD40 ligand contributes to endothelial cell dysfunction in vitro and monocyte activation in patients with diabetes mellitus: effect of improved metabolic control.*

*Diabetologia* 2005; 48: 1216-24.

Cipollone F, Chiarelli F, Davi G, Ferri C, Desideri G, Fazio M, Iezzi A, Santilli F, Pini B, Cuccurullo C, Tumini S, Del Ponte A, Santucci A, Cuccurullo F, Mezzetti A.

Centro di Prevenzione dell'Aterosclerosi, Università degli Studi "G. d'Annunzio", Chieti.

**Scopi/Ipotesi** L'infiammazione gioca un ruolo patogenetico nello sviluppo dell'accelerata aterosclerosi della malattia diabetica. Il ligando solubile CD40 (sCD40L) è aumentato in corso di diabete; tuttavia, i meccanismi molecolari che

legano, nel diabete, sCD40L e aterosclerosi accelerata non sono ancora chiariti. È stata quindi verificata l'ipotesi che il sCD40L potesse essere coinvolto nelle complicazioni vascolari in corso di diabete e esercitasse il suo effetto scatenando reazioni infiammatorie a livello delle cellule mononucleate ed endoteliali (ECs).

**Metodi** Sono stati studiati 70 pazienti, 40 con diabete tipo 2 e 30 con diabete tipo 1, con anamnesi ed obiettività negativa per malattie cardiovascolari, oltre a 40 non diabetici e 30 soggetti sani, confrontati con i pazienti diabetici di tipo 2 e tipo 1, rispettivamente. Sono stati misurati i livelli plasmatici e serici sCD40L, di plasma soluble intercellular adhesion molecule-1, soluble vascular cell adhesion molecule-1, E-selectin e monocyte chemo-attractant protein-1 (MCP-1). Molecole di adesione e rilascio di MCP-1, capacità danno-riparatrice nelle ECs, e produzione di O(2) (-) da parte dei monociti sono state analizzate in vitro dopo stimolazione con siero proveniente da pazienti e da controlli.

**Risultati** I soggetti con diabete tipo 2 e tipo 1 presentavano valori di sCD40L significativamente più elevati rispetto ai controlli. Inoltre, elevati valori di sCD40L erano associati a rilascio in vitro di molecole di adesione e di MCP-1, ridotta migrazione di ECs ed aumentata produzione monocitaria di O(2) (-). In 12 soggetti con diabete tipo 1, un miglior controllo metabolico si associava a riduzione del 37.5% dei valori plasmatici di sCD40L. Inoltre, nei soggetti diabetici valori elevati di sCD40L correlavano significativamente con quelli di HbA(1)c.

**Conclusioni/Interpretazioni** Nei pazienti diabetici, la up-regolazione di sCD40L come conseguenza della persistente iperglicemia risulta in un'attivazione di EC e reclutamento di monociti alla parete arteriosa, con una possibile azione favorente lo sviluppo di aterosclerosi accelerata.

## Consiglio Direttivo di COLMED/09

### Verbali delle Riunioni

# 12

Roma, lunedì 4 luglio 2005

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

#### 1. Comunicazioni del Presidente

Il Presidente dà lettura di una lettera del prof. Mauro Podda contenente rilievi molto critici sul metodo dell'attuale prova di ammissione alle Scuole di Specializzazione. Il professor Filetti afferma invece che l'attuale sistema, pur con opportune correzioni, ha dimostrato la propria validità dato il crollo del contenzioso che si è verificato dalla sua introduzione. E' comunque un sistema in prova per tre anni. Il professor Corrocher ritiene che l'attuale prova si basi eccessivamente sulle capacità mnemoniche e che andrebbe favorita la massima autonomia delle diverse sedi universitarie nel metodo di scelta della selezione. Sia il professor Novarini che la professoressa Sama intravedono seri pericoli di perdita di validi allievi "coltivati" per anni dall'introduzione della graduatoria unica nazionale. Il Presidente annuncia che l'argomento sarà oggetto di uno specifico punto all'O.d.G. di una prossima riunione di Giunta.

#### 2. Primo Congresso Nazionale COLMED/09: commenti e prospettive

Il professor Filetti, rilevando la riuscita della manifestazione, elogia l'impegno del presidente nella realizzazione del Congresso: tutta la Giunta si associa a tale plauso. Diversi componenti della Giunta (Sama, Rapaccini, Pini) auspicano che nelle prossime edizioni si trovino gli stimoli per una maggiore partecipazione di Professori Associati e di Ricercatori. In particolare il professor Corrocher rileva come la bassa partecipazione di Ricercatori possa essere anche il riflesso del difficile momento legislativo che sta attraversando tale categoria: tale aspetto è stato, tra l'altro, uno

dei temi maggiormente affrontati nel Congresso stesso. Il professor Senin afferma che, come rilevato anche da una lettera al Presidente del professor Salvioli a commento dei temi svolti dal Congresso, andrebbero specificamente trattati i rapporti tra Medicina Interna e Geriatria, al fine di definire al meglio rispettivi ambiti e convergenze. Il professor Filetti afferma peraltro che il Collegio dovrebbe sempre più raccogliere ed unificare le diverse anime della Medicina Interna; si dice inoltre d'accordo a riproporre una seconda edizione del Congresso coinvolgendo la maggior parte di Specialità Internistiche. Il Presidente afferma che tutta la Giunta va elogiata per il successo del Congresso. Concorda sulla necessità per il futuro di un maggior coinvolgimento di Professori Associati e Ricercatori. Una prossima edizione del Congresso COLMED/09 potrebbe tenersi nel marzo 2006.

#### 3. DdL Moratti: stato giuridico della docenza universitaria

Il Presidente dà lettura di un documento provvisorio espressione dell'opinione del Collegio sul DdL attualmente in discussione al Parlamento. Dopo ampio dibattito al quale partecipano tutti i presenti e nel quale si rileva in particolare come vada mantenuta con uno stato giuridico certo la figura del Ricercatore Universitario e come risulti tuttora ambigua la figura del Professore Aggregato, il Presidente invita i membri della Giunta a fargli pervenire a breve per iscritto le loro osservazioni, onde approvare nella prossima riunione un documento definitivo da rendere pubblico.

4. Ministero della Salute: Documento Commissione Urgenza-Emergenza  
Ogni membro del Collegio analizzerà il documento del Ministero e la relativa relazione del professor Pini, onde redigere un documento finale espressione dell'opinione del Collegio su tale fondamentale problematica.

#### 5. Collaborazione con i Docenti del Collegio di Chirurgia Generale

Il Presidente dà lettura della lettera del prof. Oreste Terranova, Presidente del Collegio dei Docenti di Chirurgia Generale, che si congratula per la riuscita del Congresso COLMED/09 e concorda sulla necessità di una sempre più ampia collaborazione tra i due Collegi.

#### 6. Programmazione dell'incontro con i Referenti di sede

Viene approvata la data proposta del 22 settembre 2005 a Roma.

#### 7. Gruppo di lavoro misto COLMED/09 - Federazione Medico-Sportiva Italiana (FMSI)

Si prende atto che il gruppo misto COLMED/09-FMSI sta proficuamente lavorando: la riunione di insediamento si è verificata il giorno 27 giugno u.s. presso la Sala Giunta del CONI in Roma.

#### 8. Individuazione dei Referenti Nazionali per le Scuole di Specializzazione afferenti al SSD MED/09

Il Collegio propone la nomina del professor Realdi di Padova per la Medicina Interna, del professor Bemabei di Roma per la Gerontologia e Geriatria, del professor Marone di Napoli per l'Allergologia ed Immunologia Clinica e del professor Vecchiet di Chieti per la Medicina dello Sport.

#### 9. Varie ed Eventuali

Il Presidente dà lettura di una richiesta congiunta al CUN del Collegio dei Docenti di Pediatria e del Collegio di Medicina Interna di inserimento nei SSD MED/09 e MED/38 della disciplina "Medicina di Comunità". La Giunta approva.

La riunione termina alle ore 15,30. La Prossima riunione di Giunta si terrà a Roma il giorno 21 luglio 2005 con inizio alle ore 11,30.

**Roma, giovedì 21 luglio 2005**

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

**1. Comunicazioni del Presidente**

Essendo pervenuta una richiesta di patrocinio per una manifestazione congressuale, il Presidente sottopone alla Giunta il quesito se il Collegio possa e debba patrocinare eventi scientifici. La Giunta delibera affermativamente. Viene quindi concesso il patrocinio al convegno "Incontri Politematici di Terapia Medica Applicata", Roma, Dip. di Clinica e Terapia Medica Applicata (prof. A.Musca), 4-5 novembre 2005. Al fine di operare nel futuro una corretta selezione delle richieste che dovessero pervenire, viene dato incarico ai proff. Senin e Pini di approntare una bozza di regolamento per la concessione dei patrocinii da parte del Collegio.

**2. Disegno di Legge-delega Moratti**

Il Presidente dà lettura dei contributi pervenuti sull'argomento: lettere dei proff. Bartoli, Indiveri e Pini; documento del "Gruppo 2003" inviato alla VII Commissione del Senato e a tutti i soci SIMI; comunicato stampa del MIUR del 30 giugno 2005, comunicati della CRUI del 7 luglio e del 13 luglio 2005. Il professor Corrocher sollecita una sostanziale adesione da parte del Collegio ai documenti CRUI. Il dottor Sasso ribadisce la necessità che dal documento emerga con chiarezza la posizione del Collegio sulle problematiche dei Ricercatori Universitari. Sulla base dei contributi pervenuti e della discussione, viene approvato all'unanimità con alcune modifiche il documento presentato dal Presidente: a tale documento finale verrà data la massima pubblicazione, oltre naturalmente alla pubblicazione sul bollettino del Collegio.

**3. Ministero della Salute: Documento Commissione Urgenza-Emergenza**

La Giunta si esprime favorevolmente alla istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza nell'ambito del SSD MED/09. I proff. Filetti e Pini vengono delegati a redigere un documento sulla posizione del Collegio su tale problematica, documento da inoltrare al Ministero della Salute e al MIUR.

**4. Cure Primarie e rapporti tra Medicina Interna e territorio**

La Giunta prende atto del documento-progetto elaborato dalla Medicina Interna di Modena e approvato dal C.d.F. di quella Università, documento sottoposto alla Giunta dal professor Carulli. Viene dato mandato ai proff. Carulli, Danieli, Masotti e Realdi della stesura di un "libro bianco" sulle problematiche dei rapporti tra Medicina Interna e territorio.

**5. Richiesta congiunta con la Pediatria Generale e Specialistica di inserimento della "Medicina di Comunità" nei SSD MED/09 e MED/38**

Viene approvata la richiesta congiunta dei Presidenti dei due Collegi per l'inserimento di detta disciplina nei due SSD già discussa nella precedente riunione di Giunta.

**6. Valutazioni comparative del SSD MED/45 "Scienze Infermieristiche"**

Il professor Giovanni Gasbarrini ha posto alla Giunta la problematica relativa ai criteri di valutazione comparativa nei concorsi del SSD MED/45, rilevando come in alcuni casi candidati con ampio e qualificato curriculum scientifico/didattico non siano risultati vincitori. In particolare, è stato fatto notare come talvolta la scelta dei vincitori sia stata probabilmente influenzata da dinamiche eccessivamente localistiche. Dalla discussione emerge come in tale campo risultino problematici i rapporti tra valenza scientifica del candidato e reale capacità a svolgere i compiti

assistenziali della materia messa a concorso. Il Presidente redigerà in proposito un documento da presentare al CUN.

**7. Varie ed eventuali**

Non essendoci altri argomenti in discussione la riunione di Giunta termina alle ore 15,30.

## La posizione del Collegio dei Docenti di Medicina Interna (COLMED/09) sul disegno di legge concernente lo stato giuridico della docenza universitaria

14

La Giunta Esecutiva di COLMED/09 si è riunita il 4 ed il 21 luglio 2005 ed ha esaminato il Disegno di Legge-Delega per il riordino del reclutamento dei Professori universitari, approvato dalla Camera dei Deputati il 15 giugno 2005, nonché le proposte di emendamento elaborate dalla 7ª commissione permanente del Senato.

Dopo ampia ed articolata discussione, sono state formulate le seguenti osservazioni:

- 1) La Giunta condivide la posizione espressa nel documento diffuso dal Comitato di Presidenza della CRUI in data 23 giugno 2005.
- 2) Il testo nella versione attualmente in discussione al Senato appare migliorato rispetto a quello inizialmente proposto dal MIUR, anche se la Giunta ritiene che esso debba essere ulteriormente emendato per renderlo più rispondente alle esigenze del mondo universitario.
- 3) Gli articoli concernenti diritti e doveri dei Professori universitari, il sistema di valutazione e le stesse modalità di reclutamento dei Professori Ordinari e Associati possono essere sostanzialmente condivisi, pur con alcune variazioni migliorative.
- 4) COLMED/09 ribadisce, in accordo con quanto deliberato dall'Assemblea Generale della CRUI, il proprio dissenso sulla confermata collocazione dei Ricercatori in un ruolo ad esaurimento. La loro progressione di carriera deve essere assicurata garantendo ulteriori procedimenti di valutazione comparativa e le corrispondenti, necessarie risorse per favorire, *previa una puntuale ed equa verifica dei loro titoli didattici, scientifici ed assistenziali*, il passaggio nel ruolo dei Professori Associati dei Ricercatori meritevoli.
- 5) La figura del "Professore Aggregato" contrasta con i principi del merito e della qualità dell'attività didattica e scientifica, tradendo lo spirito di una riforma che si propone di promuovere criteri di efficienza e qualificazione.
- 6) La Giunta stigmatizza inoltre la mancata programmazione di adeguate risorse finanziarie, in mancanza delle quali le affermazioni relative all'incentivazione ed alla qualità della ricerca rimangono largamente velleitarie. Alla luce di quanto riportato al punto 3 di questo documento, non si può quindi accettare l'articolo 6 del Disegno di Legge (disposizioni finanziarie) secondo il quale dall'attuazione della riforma in discussione "non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".
- 7) COLMED/09 auspica che, attraverso gli irrinunciabili emendamenti dei punti nodali sopra menzionati, si possa giungere all'approvazione del Disegno di Legge.

### Assemblea del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED/09

L'Assemblea dei Docenti del settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09 è convocata per giovedì 20 ottobre 2005, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, presso l'Aula D dell'Hotel Cavalieri Hilton (Roma, via Cadlolo 101) per discutere e deliberare sul seguente Ordine del giorno

1. Comunicazioni del Presidente
2. Stato giuridico della docenza universitaria
3. Ipotesi di ampliamento delle discipline afferenti al SSD MED/09
4. Posizione del Collegio sulle proposte pervenute al MIUR di istituire nuove scuole di specializzazione dell'area medica (angiologia, medicina d'urgenza, medicina palliativa)
5. Secondo Congresso Nazionale COLMED/09
6. Varie ed eventuali

Possono partecipare all'Assemblea tutti i Docenti del SSD MED/09, ma il diritto di voto è riservato esclusivamente ai Docenti iscritti al Collegio ed in regola con il pagamento della quota associativa.

Il Presidente  
Prof. Franco Dammacco

Caro Presidente, dopo la pausa estiva ritorno a Te per aggiornarTi sulle attività del neonato Gruppo di lavoro Collegio dei Professori di Medicina Interna/Federazione Medici Sportivi Italiani.

Il giorno 27 giugno ha infatti avuto luogo a Roma, nella sala Giunta del CONI, la cerimonia di insediamento del Gruppo di Lavoro, coordinato da me, per conto del Collegio, e dal prof Fabio Pigozzi, per conto della FMSI. Gli altri membri sono: Alberto Angeli, Ettore Bartoli, Antonio Bonetti, Renato Lauro, Luigi di Luigi, Giovambattista Rini e Leonardo Vecchiet.

Obiettivo del Gruppo di lavoro è quello di individuare temi concreti e progetti innovativi miranti alla promozione, coordinata, di azioni capaci di sviluppare ed evidenziare il ruolo della attività fisica e sportiva, nell'ambito della Medicina Interna.

Questo obiettivo pare particolarmente appropriato al momento attuale, in cui la pratica medica sta drasticamente

cambiando, con un sempre maggiore coinvolgimento del territorio ed una crescente richiesta dai pazienti di condivisione di scelte e strategie, che si traducono in un massiccio *empowerment*. L'utilizzo di strategie terapeutiche basate su cambi di stili di vita, e tra questi l'impiego estensivo di esercizio e attività fisica, paiono particolarmente adatte ad un utilizzo estensivo, in luogo, o in aggiunta a strategie centrate su una prevenzione farmacologica, implicitamente più adatte a categorie più selezionate di pazienti.

La Medicina dello Sport è strumento irrinunciabile di promozione della salute, e di prevenzione (primaria e secondaria), cura e riabilitazione delle malattie cronico-degenerative.

Malgrado la Medicina dello sport sia esplicitamente parte della declaratoria ministeriale della Disciplina Medicina Interna, e che nel nostro Paese una popolazione di oltre 20 milioni di cittadini si dichiarano sportivi, il *Curriculum* del Corso di Laurea in Medicina e

Chirurgia non include esplicitamente tale branca.

"Lo studente deve conoscere quando prescrivere e quando proscrivere l'attività fisica, sia a livello ludico che agonistico. Quando indicato deve sapere che tipo di attività somministrare, in quale entità con quali modalità e per quanto tempo. Deve inoltre conoscere gli effetti favorevoli e gli effetti negativi dell'esercizio sia nel soggetto sano che nei diversi stati patologici".

Tenendo quindi conto del ruolo istituzionale e strategico della attività fisica e dello sport nella Medicina Interna il Gruppo di studio ha deciso di proseguire le sue attività focalizzando le sue riflessioni soprattutto su queste due linee principali:

- La formazione, sia in ambito di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che di Scienze Motorie, nella Specialità (tenendo conto della prossima riorganizzazione), e nei Master locali, interuniversitari o internazionali.
- La clinica, soprattutto l'idoneità sportiva, e l'esercizio come terapia, oltre che la prevenzione, specie nel contesto di una popolazione che invecchia.

Sollecito quindi i Colleghi a voler prestare maggiore attenzione ad un ambito, quello della Medicina dello Sport in cui altri settori disciplinari (cardiologia, endocrinologia, pediatria) stanno impegnandosi con atteggiamento monotematico, mentre assai più appropriato sarebbe l'approccio olistico, tipico della nostra Disciplina. Si propone un modello di azione a piccoli passi, dal basso verso l'alto, con interventi di limitata intensità ma disponibili virtualmente per tutti, grazie anche all'impiego della tecnologia della comunicazione.

Più esercizio significa più salute, maggiore soddisfazione degli utenti ad un minor costo. Non ultimo, forse la crescente attenzione dei *media* alla proposta di Milano o Roma come Città olimpica per il prossimo 2016, potrà anche stimolare l'interesse della classe politica più attenta ad un migliore impiego delle risorse disponibili attraverso un potenziamento della Medicina dello Sport, nell'ambito della Medicina Interna.

Con viva cordialità

Massimo Pagani  
Referente Colmed 09  
Università degli Studi di Milano

### Incontro della Giunta Esecutiva con i Referenti di Sede

Roma, 19 ottobre 2005, ore 12,00-15,00 Sala Cavalieri di Rodi Hotel Cavalieri Hilton (Via Cadlolo 101)

#### Ordine del giorno

- |   |  |
|---|--|
| 1) Comunicazioni del Presidente                                       | 6) Bollettino del Collegio   |
| 2) Iscrizione degli internisti a COLMED/09                            | a) utilità   |
| a) situazione delle singole sedi universitarie                        | b) forma cartacea o elettronica  |
| 3) Elenco generale dei Soci   | c) suggerimenti migliorativi   |
| a) indirizzi  | 7) Riordino della Docenza Universitaria  |
| b) numeri di telefono (di lavoro e cellulare)                         | a) stato di avanzamento del DdL-delega   |
| c) e-mail   | b) documenti elaborati dalla Giunta  |
| 4) Iscrizione congiunta (COLMED/SIMI) o singola                       | c) implicazioni assistenziali  |
| a) quote associative  | 8) Suggerimenti critici sulle proposte di istituzione di nuove scuole di specializzazione dell'area medica |
| b) modalità di pagamento  | a) medicina d'urgenza  |
| 5) Congresso annuale del Collegio                                     | b) angiologia  |
| a) partecipazione al 1° Congresso                                     | c) medicina palliativa e alternativa   |
| - censimento presenze   | 9) Attività della Giunta del Collegio  |
| - commenti sui temi prescelti e sull'andamento generale del congresso | a) commenti sull'attività svolta   |
| b) suggerimenti per il 2° Congresso                                   | b) suggerimenti operativi  |
| - periodo dell'anno: dicembre/gennaio o maggio/giugno                 | 10) Varie ed eventuali   |
| - suggerimenti sui temi e sui Relatori                                | 11) Conclusioni del Presidente   |

# 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 - 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 Avanzi

*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 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@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