

4/05

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. 4/2005
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 EDITORIALE

La Carta europea dei Ricercatori

Roberto Corrocher

4 SEZIONE DIDATTICA

Scuola di Specializzazione in Geriatria

Un documento della SIGG
a cura di *Gianfranco Salvioli*

Glossario accademico

(Terza parte)

Giovanni Danieli, Luciano Vettore

8 SEZIONE RICERCA

Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

Roberto Manfredini

11 VITA DEL COLLEGIO

**Incontro con i Referenti di Sede
Assemblea di COLMED/09**

15 LETTERE AL PRESIDENTE

Medicina NRBC

Raffaele D'Amelio

lettera del presidente

Cari Colleghi Internisti,

Eccoci al nostro consueto appuntamento trimestrale: la "Lettera del Presidente" è infatti per me una gradita occasione per mantenere vivo il dialogo tra la Giunta Esecutiva del nostro Collegio (che ho l'onore di presiedere) e tutti Voi che, con la Vostra adesione, date alla stessa Giunta la legittimazione ad operare nell'interesse della Medicina Interna universitaria.

Una prima considerazione, sulla quale non mi stancherò di richiamare la Vostra attenzione, riguarda appunto l'estensione delle adesioni al Collegio. Nonostante il forte recupero nel pagamento delle quote associative in occasione dell'Assemblea dello scorso 20 ottobre, il numero complessivo delle iscrizioni al Collegio ha subito nel 2005 una flessione di circa il 20% rispetto a quello del 2004, con ovvi riflessi negativi sul potere rappresentativo della nostra associazione. E poiché la quota annuale è davvero modesta, oltretutto differenziata per fasce (Euro 50 per i Professori Ordinari, Euro 40 per i Professori Associati ed Euro 30 per i Ricercatori), e può essere altresì scontata del 20% per gli Internisti che siano iscritti anche alla Società Italiana di Medicina Interna, la scarsa partecipazione alle attività del Collegio non può essere giustificata che da un atteggiamento apatico o rinunciatario.

Da questo punto di vista, un ruolo cruciale di *trait-d'union* tra Giunta Esecutiva ed i Colleghi Internisti delle singole sedi universitarie spetta ovviamente ai Referenti di Sede. L'incontro che la Giunta ha avuto con gli stessi Referenti il 19 ottobre 2005 ha consentito indubbiamente di raccogliere commenti, suggerimenti e critiche che la Giunta terrà nella massima considerazione.

L'esperienza maturata mi induce sin d'ora ad anticipare che tale incontro con i Referenti sarà ripetuto con cadenza almeno annuale, preferibilmente in uno dei giorni del Congresso SIMI (similmente a quanto accade per la nostra Assemblea), in maniera da consentire un risparmio di tempo e di danaro. Ovviamente, non potevamo aspettarci la partecipazione di tutti e tre i Referenti per ognuna delle 36 Facoltà di Medicina e Chirurgia disseminate nel nostro Paese. Avendo raccolto le firme dei partecipanti, sono in grado di precisare che sono intervenuti all'incontro con i Referenti 21 Ordinari, 11 Associati e 11 Ricercatori, in rappresentanza di 30 sedi universita-

rie. Un risultato globalmente lusinghiero, che tuttavia ha lasciato fuori dal dialogo 6 sedi (Cagliari, Catania, Catanzaro, Firenze, Foggia, Milano S. Raffaele).

Come ho avuto modo di anticipare nel corso dell'Assemblea, la Giunta sta attivamente lavorando al programma del 2° Congresso Nazionale di COLMED/09, che si terrà a Roma nell'Aula Pocchiari dell'Istituto Superiore di Sanità (la stessa in cui si è svolto il 1° Congresso). La data fissata è giovedì 18 maggio, con inizio puntuale alle ore 10 e termine inderogabile alle ore 18,30 in maniera da poter evitare il pernottamento ai non residenti. I Colleghi che hanno partecipato alla prima edizione ricorderanno che il Congresso fu incentrato sul tema generale: *La centralità della formazione internistica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia*. Per la seconda edizione non mancano certamente i

temi di attualità, di interesse generale universitario ovvero specifici per la nostra disciplina. È intento della Giunta promuovere un censimento mediante e-mail fra tutti gli Internisti, allo scopo di stabilire una possibile scala di priorità fra i tanti possibili argomenti, tenendo conto tuttavia che i lavori dovranno necessariamente concludersi entro le 18,30.

Ma in nessun caso il Congresso potrà, a mio avviso, prescindere dalla nuova situazione con la quale il mondo accademico nella sua totalità dovrà necessariamente confrontarsi da subito e per i prossimi anni. Intendo riferirmi all'avvenuta approvazione della legge-delega sullo stato giuridico della docenza universitaria, che nel testo divenuto legge si presenta migliorato rispetto alle precedenti stesure, ma conserva purtroppo largamente immutate le

non poche zone d'ombra da più parti sottolineate e chiaramente evidenziate nei due documenti che il nostro Collegio aveva approvato all'unanimità il 25 ottobre 2004 a Palermo ed il 21 luglio 2005 a Roma. Credo quindi che il 2° Congresso COLMED/09 dovrà essere monotematico (*Il Settore Scientifico-Disciplinare MED/09 nella Nuova Realtà della Legge Moratti e del Riordino delle Scuole di Specializzazione*), aggiungendo ad esso soltanto un altro tema, che potrà essere appunto selezionato in base all'esito del censimento al quale ho precedentemente accennato.

Come sempre, sarà mio dovere informarVi per tempo sul programma definitivo del Congresso.

Consentitemi infine di porgere a tutti Voi ed alle Vostre famiglie i più sinceri ed affettuosi auguri di buon Natale e di un sereno e proficuo 2006.

Franco Dammacco

Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna
Secondo Congresso Nazionale

**Il Settore Scientifico-Disciplinare MED/09
nella Nuova Realtà della Legge Moratti e del Riordino
delle Scuole di Specializzazione**

Roma, Giovedì 18 maggio 2006
Istituto Superiore di Sanità
ore 10 – 18,30

La Carta europea dei Ricercatori

3

Roberto Corrocher (Verona)

Il 7 luglio 2005, presso l'Università di Camerino, sono convenuti i Rettori delle Università Italiane che, in presenza dei Rappresentanti della Ricerca e delle risorse umane dell'Unione Europea, hanno solennemente sottoscritto la "Carta europea dei Ricercatori e un codice per l'assunzione dei ricercatori" elaborata dalla specifica Commissione europea presieduta da J. Potocnik.

L'evento è stato da tutti favorevolmente commentato, ed è stata l'occasione per un'articolata e animata discussione sulla ricerca europea ed italiana in particolare.

Naturalmente la Carta nasce dalla riconosciuta valenza strategica che la ricerca ha nel determinare lo sviluppo futuro della vecchia Europa, con il conseguente impatto sociale ed economico ad essa collegati e vuole contribuire a indicare alcuni necessari principi a cui gli Stati aderenti dovrebbero attenersi.

Al di là del testo della Carta, che tutti possono leggere sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 22/3/2005 (L. 75/67), mi preme sottolineare due aspetti che sono emersi durante la presentazione e la successiva discussione, avvenuta in presenza di un numeroso pubblico di docenti e ricercatori locali.

Il primo aspetto riguarda il rilievo fatto dal Rettore Prof. Pier Ugo Calzolari, portavoce ufficiale della CRUI, che ha rivendicato l'eccellenza della ricerca prodotta dall'Italia come è stato dimostrato dal recente *survey* sulla ricerca britannica e mondiale (Nature, 430, 311, 2004) e, aggiungo io, sostanzialmente confermati più recentemente (BMJ, 331, 192, 2005). Questi dati non sono generalmente noti e sono poco valorizzati. Ciò è quasi miracoloso se si pensa che tutto questo avviene in un contesto di risorse e di un numero di ricercatori del tutto insufficienti rispetto al PIL, che pone l'Italia in una desolante zona grigia nel contesto internazionale.

Il secondo aspetto è stato oggetto di una vivace discussione alla quale ho io stesso partecipato. Il problema è questo: cosa fa l'Università italiana per migliorare e incrementare la ricerca italiana?

La ricerca in tutti i campi ma in particolare in quello scientifico-tecnologico, è un processo di medio-lungo periodo, ha bisogno di selezionare eccellenze, e ha bisogno di una massa critica di ricercatori. È la struttura universitaria adeguata a far fronte a queste esigenze? I ricercatori (i giovani) si reclutano offrendo loro speranza, entusiasmo e un corrispettivo economico adeguato. L'Università è viceversa articolata in modo che la progressione della carriera (e dello stipendio) è strettamente legata all'insegnamento, alla cattedra. In questo modo, per far progredire in carriera i ricercatori ci si deve inventare degli insegnamenti nuovi e dei percorsi didattici alle volte del tutto inutili che, invece di impattare sui reali bisogni della società, sono una

modalità per "sistemare gli allievi". Il danno è duplice: da un lato si riempiono gli Atenei di corsi e lauree di tutti i tipi assai discutibili sul piano culturale (vi sono corsi di laurea con meno di 10 iscritti!), dall'altro si sottraggono i ricercatori alla primaria (strategica?) attività di ricerca.

Non sarebbe tempo che l'Università riflettesse sulla necessità di articolare un percorso di carriera basato sull'attività di ricerca (assegnista-dottorando, capo progetto, capo laboratorio, capo dipartimento, ecc.) che fosse svincolato dalla necessità della didattica e della cattedra, stabilendo dei *link* tra queste due attività entrambe necessarie ma che non fossero reciprocamente vincolanti?

Credo che se l'Accademia non sarà capace di riflessione interna e di trasformazioni imposte dai tempi creando modelli nuovi di organizzazione delle proprie attività, non sarà del tutto credibile quando, insieme ad altri in questo Paese, afferma che la ricerca è l'attività strategica dei paesi moderni.

Scuola di Specializzazione in Geriatria

Un documento della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria SIGG

a cura di Gianfranco Salvioli (Modena)

4

Con questo documento, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ritiene di esprimere un parere sull'adeguamento dell'insegnamento nelle 33 Scuole di Specializzazione in Geriatria attivate sul territorio nazionale e di enunciare ponderate raccomandazioni per migliorarne la qualità ed i risultati. La speranza è che il documento sia proposto ed illustrato ai Docenti delle SSG (Consiglio dei Docenti); la sua implementazione richiede la partecipazione attiva di tutti i Docenti e la consapevolezza che la Geriatria debba svolgere un ruolo sempre più rilevante nella sanità ospedaliera e territoriale. Per questo è richiesta ortodossia metodologica che tenga conto dei risultati ottenuti dalla ricerca geriatrica, questi sono raramente e con ritardo trasferiti alla pratica clinica quotidiana.

L'obiettivo preliminare e più rilevante è il tentativo di standardizzare il più possibile i contenuti geriatrici professionalizzanti delle diverse SSG con particolare riferimento alla tabella B (la cui compilazione fu opera di Geriatria circa 6 anni fa); l'attuazione di questa non sembra aver ottenuto risultati sempre soddisfacenti, come si evince dalla variabilità delle risposte ai questionari pervenuti.

La loro valutazione ha generato l'impressione che ancora prevalga l'insegnamento per disciplina e "il fai da te", ma è evidente che l'approccio per problemi e per bisogni, squisitamente geriatrico, richieda l'intervento multidisciplinare e un contesto interattivo dove operano professionalità adeguatamente e specificatamente preparate (i tutor dovrebbero avere queste caratteristiche).

Questo "insieme" sarebbe meglio realizzato all'interno di un possibile Dipartimento di Medicina Geriatrica o di Geriatria dove sono a stretto contatto con l'Unità Operativa Ospedaliera di Geriatria le strutture socio-sanitarie del territorio (cure

intermedie) e le cure domiciliari.

È certo che il Medico specialista in Geriatria (MSG) rappresenta operativamente la parte più visibile ed apprezzabile della nostra disciplina nelle attività sanitarie a vari livelli (ospedale, strutture e domicilio). La Geriatria sarà più apprezzata se il MSG opererà con perizia e specificità; così facendo non dovrebbe risultare facilmente sostituibile o vicariabile e potrebbe più frequentemente influenzare in modo positivo i processi curativi ed assistenziali riservati alla persona anziana.

Sembra un obiettivo raggiungibile che i contenuti dell'apprendimento e della formazione specialistica geriatrica siano validati ed uniformi; se la difformità e l'estemporaneità continueranno, la disciplina in Geriatria, della cui qualità si fa carico la SIGG, continuerà ad essere povera di specificità e di appropriatezza.

Si è ritenuto di stilare un *core curriculum* che la SIGG raccomanda alle SSG; queste dovrebbero seguirlo come traccia fondamentale e comune per raggiungere gli obiettivi prima ricordati.

La standardizzazione delle procedure (cliniche, terapeutiche, preventive, riabilitative e gestionali) sembra la modalità per raggiungere l'uniformità dei processi professionalizzanti del MSG; indispensabili sono la comunicazione e l'utilizzazione di un linguaggio comune fra gli operatori geriatrici di ogni livello e fra i diversi *setting* assistenziali.

La SIGG sollecita l'implementazione di questa procedura didattica elencandone i punti rilevanti; lo statuto delle singole SSG rimarrà ovviamente immutato.

Il *core curriculum*, che la SIGG ritiene di raccomandare alle singole SSG come irrinunciabile nell'insegnamento pratico-strumentale e tutoriale per migliorare la qualità geriatrico-professionale del MSG, è strutturato come segue:

1. *Valutazione multidimensionale geriatrica (VMG)*. Il protocollo da insegnare e da applicare deve essere validato scientificamente; il fatto che una Regione abbia adottato una procedura particolare non giustifica che questa sia insegnata nella SSG. Pertanto si chiede che tutte le SSG adottino uno strumento scientificamente credibile.

L'utilizzazione del sistema informatizzato è da raccomandare.

Lo strumento di VMG deve essere lo stesso o compatibile nei diversi *setting* assistenziali; è fondamentale che esso diventi parte della cartella clinica ospedaliera e dell'ospite di struttura.

L'attività didattica nelle strutture sarà svolta da un Docente che adotta metodologie di comprovata validità (lui stesso dovrà apprendere ed applicare quella diffusamente ritenuta valida).

2. *Indagini strumentali che il MSG deve eseguire in modo autonomo:*

- ecografia delle carotidi: capacità di definire le caratteristiche strutturali e il calibro
- indice di Winsor
- elettrocardiogramma
- pulsossimetro
- Holter pressorio
- analisi bioumorali elementari
- misura della forza muscolare (*handgrip*)
- composizione corporea e stato di idratazione e di malnutrizione (indici antropometrici, impedenziometria).

L'obiettivo complessivo del punto 2 è che il MSG sia sufficientemente autonomo nella gestione dei pazienti anziani fuori dall'ospedale, in modo che gli accertamenti "inutili" richiesti ai medici specialisti siano ridotti ai casi che effettivamente lo richiedono.

3. *Scale di valutazione ed altro*. Il MSG deve essere in grado di compilare correttamente:

- le scale dell'equilibrio, della postura e dell'andatura (problema delle cadute)

5

- *chair standing* (valuta anche il rischio di caduta) ADL, IADL, Geriatric Depression Scale, MMSE e CAM (*Confusion Assessment Scale*)
- misura della comorbidità (CIRS)
- MNA (*Mini Nutritional Assessment*) e disfagia.

Inoltre l'MSG deve:

- consultare uno strumento informatico per predire eventuali effetti avversi ed interazioni farmacologiche sfavorevoli (per esempio *ePocrates*)
- saper consultare ed utilizzare la letteratura specifica per migliorare con continuità la qualità dell'assistenza e delle cure (*Journal Club*)
- saper discutere un caso clinico con altre figure mediche ed infermieristiche facendo riferimento ai contenuti della cartella clinica e della VMG.

4. *Il MSG deve essere in grado di affrontare le emergenze mediche* conoscendo le procedure diagnostiche e terapeutiche più corrette. Pertanto deve partecipare alle guardie mediche notturne e festive con un'accettabile frequenza. Il tutore è responsabile della verifica dell'apprendimento. Frequentare per un periodo di 90 giorni il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione Medica dove vengono indirizzati tanti malati anziani.

5. *L'MSG deve imparare a programmare una ricerca clinica applicata*, soprattutto nei settori extra ospedalieri ai quali è dato scarso

rilievo. Pertanto, oltreché a trial farmacologici di efficacia, è raccomandata la partecipazione attiva a studi epidemiologici che riguardano gli anziani, in modo da essere in grado di valutare i risultati ottenuti. Deve inoltre saper costruire e consultare una banca dati.

6. *L'MSG deve saper riconoscere l'abuso dell'anziano* nelle sue tante espressioni.

7. *L'MSG deve incentivare la mobilitazione precoce* dei malati acuti e l'attività motoria negli anziani ipoattivi (si trovano soprattutto nelle strutture e a domicilio); la riabilitazione geriatrica deve essere promossa in modo adeguato.

È noto che molti pazienti anziani sono dimessi dagli ospedali in condizioni funzionali peggiori rispetto al periodo pre-ricovero.

8. *L'MSG deve realizzare la continuità assistenziale* dell'anziano fragile e disabile, utilizzando il sistema informatizzato che la SSG cercherà di realizzare (anche su un numero limitato di anziani) come parte fondamentale della didattica squisitamente geriatrica di ogni scuola.

9. *Si raccomanda che il futuro Geriatra* svolga la sua attività di apprendimento con modalità tutoriale per il 30% in una RSA di "insegnamento", che ogni SSG individuerà in base alle sue caratteristiche di appropriatezza. La SSG cercherà in ogni caso di renderla il più possibile idonea all'attività didattica

tutoriale; fondamentale ed irrinunciabile sarà la qualità del Docente in questo *setting* (cure intermedie)

Altre raccomandazioni:

- Le SSG di una stessa Regione, unendosi in *consorzi regionali*, potranno influenzare con maggiore incisività e credibilità le decisioni sanitarie che riguardano gli anziani; queste di solito sono adottate senza tener conto della medicina geriatrica ai vari livelli e soprattutto della competenza specifica del MSG.

- Il Consiglio dei Docenti delle singole SSG considera le proposte didattiche del *core curriculum* affinché siano effettivamente realizzate con appropriatezza. I Tutori e i Docenti frequentemente operano in sedi diverse e distanti fra loro: si dovranno operare verifiche sui contenuti effettivi dell'insegnamento evitando ripetizioni e futilità.

- I Medici specializzandi seguono un *programma di rotazione* fra le diverse sedi didattico-formative con la raccomandazione di non perdere mai di vista la continuità curativa ed assistenziale e di riconoscere l'appropriatezza del ricovero o la collocazione dell'anziano nei vari *setting*.

Il contenuto del documento è il risultato di più riunioni dei Direttori delle SSG riuniti dal Presidente su argomenti che sono sempre stati disponibili e leggibili anche online.

Glossario accademico

Terza parte

Giovanni Danieli (Ancona) - Luciano Vettore (Verona)

6

Continua da MED0/9 1/05 pag. 8

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

Ripetente: vedi *Studente ripetente*.

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

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

Seminario: completamento/affiancamento della didattica frontale del CLM in Medicina e Chirurgia (vedi), almeno uno per ogni corso

integrato in alcune sedi; completa la didattica frontale, consentendo anche un certo grado di interattività degli studenti; rappresenta una forma di insegnamento integrato tra Docenti del settore biologico e di quello clinico (Seminari clinico-biologici) o tra insegnamenti del settore clinico (Seminari clinici interdisciplinari). Rientrano nelle attività del *core curriculum* (vedi). La frequenza è obbligatoria.

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

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

diritto di insegnare prioritariamente i contenuti del settore, menzionati in apposita declaratoria.

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

Sistema Universitario Italiano: È articolato su tre livelli, al primo corrispondono Corsi di Laurea triennali (delle professioni sanitarie); al secondo Corsi di Laurea Magistrale e Master di primo livello; al terzo Scuole di Specializzazione, Master di secondo livello e dottorato di ricerca. Il primo livello comporta l'acquisizione di 180 crediti, il secondo di 300; i crediti di un livello sono utilizzabili per il successivo.

Studente fuori corso: Studente che pur avendo ottenuto la firma di frequenza di tutti i corsi integrati dell'anno, non ha superato il numero di esami previsto per l'iscrizione all'anno successivo (in genere è consentito il debito di due esami al momento dell'iscrizione). Ripete l'anno senza obbligo di frequenza.

Studente ripetente: Studente che non ha ricevuto l'attestazione di frequenza per tutte le attività didattiche previste nel piano di studio dell'anno di corso; nel caso dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, è tale anche se non ha superato il tirocinio per quell'anno di corso. Ripete l'anno con l'obbligo di recuperare le frequenze non compiute (e il tirocinio non superato).

Studio individuale: Tempo riservato allo studente nel quale lo stesso cura la propria preparazione in assenza di docenti. Corrisponde nei corsi di Laurea Magistrale alla metà, e nei Corsi di Laurea triennale delle professioni sanitarie ad un terzo, del tempo totale di impegno didattico dello Studente. Si svolge nelle strutture della Facoltà, sale di studio, biblioteca, laboratorio informatico per le ricerche in rete, ma anche al

7

proprio domicilio o dove lo Studente ritiene più opportuno; il suo computo partecipa al calcolo dei crediti, perché è considerato essenziale alla formazione nel rispetto del *core curriculum*.

Tesi di Laurea: Elaborato compilato dallo Studente, sotto la guida di un docente relatore, dedicato alla messa a punto di un argomento (tesi compilativa) o a ricerche di base o cliniche (tesi sperimentale), preparato durante il corso di studio e presentato all'esame finale.

Tirocinio: Vedi attività formativa professionalizzante.

Unità didattiche elementari: Singoli elementi di conoscenze omogenee il cui insieme costituisce il *core curriculum*; rappresentano offerte didattiche unitarie per contenuto.

Ogni "unità didattica elementare" equivale a uno o più obiettivi didattici specifici, tra loro complementari e concatenati; può coincidere con un possibile argomento/quesito d'esame; può svilupparsi – coerentemente al tipo di contenuto – nelle forme didattiche più diverse: lezione, seminario, didattica tutoriale a piccoli gruppi, apprendimento per problemi, esercitazione, apprendimento sul campo, ecc., in funzione soltanto dell'efficacia del processo di apprendimento/insegnamento

Valutazione dell'efficacia delle attività didattiche: La prova più affidabile dell'efficacia didattica è fornita dalla qualità formativa dei discenti, che peraltro non può coincidere solo con la loro *performance curriculare*, perché non è dimostrato che i bravi studenti siano anche bravi medici. Tuttavia, poiché è difficile definire esattamente cosa sia un bravo medico, e ancora più difficile è riconoscerlo in modo univoco nella pratica professionale, l'efficacia didattica può concretamente essere misurata da tre strumenti:

a) la regolarità del percorso curriculare per la maggioranza degli

studenti, il che non significa positività estesa e indiscriminata dei risultati scolastici, ma piuttosto distribuzione statistica dei risultati – sia parziali che globali – secondo una curva gaussiana, con il rispetto per la maggioranza degli Studenti dei tempi previsti per le varie tappe formative (esami superati, progresso negli anni di corso, durata complessiva del percorso curriculare); la dimostrazione di tale regolarità richiede un monitoraggio accurato, oggi consentito dai supporti informatici;

b) l'autovalutazione e la valutazione tra pari da parte dei docenti dell'offerta didattica, sulla base di criteri pre-definiti, oggettivi e condivisi; una prima esperienza di tale approccio è stata avviata dalla Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale con la pubblicazione di un questionario di autovalutazio-

ne dei docenti e con l'organizzazione di un'iniziativa di *on site visit* effettuata da commissioni di Presidenti o ex-Presidenti di CLM presso CdL diversi dal proprio; c) i risultati del nuovo Esame di Stato, che consentono un confronto tra sedi per quanto attiene alla preparazione professionale del neolaureato, cioè del "prodotto finito" del processo di formazione primaria; ovviamente il risultato di questo test per essere affidabile richiede l'applicazione di una metodologia valutativa ineccepibile.

Voto finale o voto di laurea: Si ottiene sommando alla media aritmetica delle votazioni ottenute negli esami del piano di studi, la valutazione della tesi espressa dalla commissione di laurea, più talvolta alcune integrazioni (lodi ottenute, durata del corso di studi ed altro).



Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

a cura di Roberto Manfredini

8

Nella rassegna della letteratura scientifica di questo numero del Bollettino, vengono riportati una serie di interessanti lavori scientifici, sia italiani che internazionali, che cercano di dare risposte a quesiti aperti di grande interesse per l'internista, pur nella sfaccettatura dei singoli ambiti di super-specializzazione.

Ha senso somministrare una terapia antibiotica in via profilattica, senza che siano presenti segni di infezione, ma solo nel fondato sospetto che una complicanza infettiva sia più che probabile?

Due lavori, uno italiano del gruppo di Perugia e il secondo britannico dall'Università di Birmingham, entrambi pubblicati sullo stesso numero del New England Journal of Medicine, sembrano dare una risposta affermativa. Un trattamento profilattico con levofloxacina, sia nel caso di leucemia che di neoplasie solide, somministrato per via orale dopo il trattamento chemioterapico (nel corso della finestra temporale ove era attesa la neutropenia), ha significativamente ridotto la comparsa di infezioni. Come gli Autori stessi fanno presente, è tutto da valutare ancora l'impatto sulle resistenze microbiche di questo tipo di trattamento.

Titolo originale:

Levofloxacin to prevent bacterial infection in patients with cancer and neutropenia

Bucaneve G, Micozzi A, Menichetti F, Martino P, Dionisi MS, Martinelli G, Allione B, D'Antonio D, Buelli M, Nosari AM, Cilloni D, Zuffa E, Cantaffa R, Specchia G, Amadori S, Fabbiano F, Deliliers GL, Lauria F, Foa R, Del Favero A.; Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto (GIMEMA), Infection Program

N Engl J Med 2005; 353:977-987. Policlinico Monteluce, Perugia

Obiettivo: L'uso profilattico dei fluorochinoloni nei pazienti portatori di

neoplasia e neutropenia è controverso e non rappresenta una tipologia di intervento raccomandata. **Metodi:** 760 pazienti adulti consecutivi affetti da neoplasia e nei quali ci si attendeva l'insorgenza di neutropenia chemioterapia-indotta (< 1000 neutrofili per mm³) di durata 1 settimana sono stati randomizzati a ricevere o levofloxacina per via orale (500 mg/die) o placebo a partire dall'inizio della chemioterapia e fino alla risoluzione della neutropenia. I pazienti sono stati stratificati sulla base della loro condizione patologica sottostante (leucemia acuta vs neoplasie solide o linfoma).

Risultati: L'analisi intention-to-treat mostrava come la febbre risultasse presente nel periodo di neutropenia nel 65% dei pazienti che avevano ricevuto la profilassi con levofloxacina, rispetto all'85% di quelli che avevano ricevuto placebo (243 su 375 vs 308 su 363; rischio relativo: 0.76; differenza assoluta di rischio: -20%; intervallo di confidenza al 95%: -26 a -14%; P = 0.001). Il gruppo in trattamento con levofloxacina ha mostrato un più basso tasso di infezioni documentate dal punto di vista microbiologico (differenza assoluta di rischio -17%; intervallo di confidenza al 95%: -24 a -10%; P < 0.001), batteriemie (differenza nel rischio, -16%; intervallo di confidenza al 95%: -22 a -9%; P < 0.001), e batteriemia da singolo agente gram-negativo (differenza nel rischio: -7%; intervallo di confidenza al 95%: -10 a -2%; P < 0.01) rispetto al gruppo in trattamento con placebo. Sia la mortalità che la tollerabilità sono risultate simili nei 2 gruppi. Gli effetti della profilassi sono risultati simili anche fra pazienti con leucemia acuta e quelli con tumori solidi o linfomi.

Conclusioni: Il trattamento profilattico con levofloxacina è una modalità efficace e ben tollerata per prevenire gli episodi febbrili e gli altri principali outcomes legati alle infezioni in pazienti con neoplasie e severa e protratta neutropenia.

L'effetto a lungo termine di questo tipo di intervento sulle resistenze microbiche non è noto.

Titolo originale:

Antibacterial prophylaxis after chemotherapy for solid tumors and lymphomas

Cullen M, Steven N, Billingham L, Gaunt C, Hastings M, Simmonds P, Stuart N, Rea D, Bower M, Fernando I, Huddart R, Gollins S, Stanley A; Simple Investigation in Neutropenic Individuals of the Frequency of Infection after Chemotherapy +/- Antibiotic in a Number of Tumours (SIGNIFICANT) Trial Group

N Engl J Med 2005; 353 : 988 - 998

Corrispondenza: University Hospital Birmingham Cancer Centre, Birmingham, United Kingdom

E-mail: michael.cullen@uhb.nhs.uk

Obiettivo: Il ruolo dell'uso profilattico di agenti antibatterici dopo chemioterapia è controverso.

Metodi: Gli Autori hanno condotto uno studio randomizzato in doppio cieco, placebo-controllato in pazienti in trattamento ciclico con chemioterapia per tumori solidi o linfoma e a rischio di temporanea grave neutropenia (< 500 neutrofili per mm³). I pazienti venivano assegnati in maniera randomizzata a ricevere o 500 mg di levofloxacina una volta al giorno o placebo per 7 giorni nel corso del periodo atteso di neutropenia. L'outcome primario era dato dall'incidenza di episodi febbrili clinicamente documentati (temperatura > 38° C) attribuiti alla infezione. Gli outcome secondari comprendevano l'incidenza di tutte le infezioni probabili, le infezioni gravi e l'ospedalizzazione, ma non comprendevano la valutazione sistematica di resistenze antibatteriche.

Risultati: In totale, 1565 pazienti andavano incontro a randomizzazione (784 con placebo e 781 con levofloxacina). I tumori comprendevano neoplasie mammarie (35.4%), polmonari (22.5%), del testicolo (14.4%), e linfomi (12.8%). Nel

corso del primo ciclo di chemioterapia, il 3.5% dei pazienti del gruppo levofloxacina presentavano almeno 1 episodio febbrile, rispetto al 7.9% di quelli in trattamento con placebo ($p < 0.001$). Nel corso dell'intera chemioterapia, il 10.8% dei pazienti del gruppo levofloxacina presentavano almeno un episodio febbrile, rispetto al 15.2% del gruppo placebo ($p = 0.01$); i rispettivi tassi di probabile infezione erano del 34.2 e 41.5% ($p = 0.004$).

L'ospedalizzazione per il trattamento di infezioni si rendeva necessaria nel 15.7% dei pazienti del gruppo levofloxacina e nel 21.6% di quelli del gruppo placebo ($p = 0.004$). Il tasso di infezioni gravi è risultato essere dell'1.0 e 2.0%, rispettivamente ($p = 0.15$), con 4 decessi legati all'infezione in ciascun gruppo. L'isolamento di un microrganismo si è verificato nel 9.2% delle probabili infezioni. **Conclusioni:** Nei pazienti in chemioterapia per tumori solidi e linfoma, l'uso profilattico di levofloxacina riduce l'incidenza di febbre, probabili infezioni ed ospedalizzazione.

Nel caso di una sindrome coronarica senza sopraslivellamento del tratto ST, l'approccio invasivo precoce è la migliore strategia terapeutica possibile?

Il lavoro del gruppo olandese di Amsterdam, pubblicato sul New England Journal of Medicine, mostra come, per questa tipologia di sindrome coronarica (e in presenza di una terapia medica ottimizzata), la strategia di approccio invasivo precoce non si dimostri significativamente superiore rispetto ad un trattamento invasivo in elezione.

Titolo originale:

Early invasive versus selectively invasive management for acute coronary syndromes

de Winter RJ, Windhausen F, Cornel JH, Dunselman PH, Janus CL, Bendermacher PE, Michels HR, Sanders GT, Tijssen JG, Verheugt FW; Invasive versus Conservative Treatment in Unstable Coronary Syndromes (ICTUS) Investigators
N Engl J Med 2005; 353 : 1095-1104

Corrispondenza: Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Netherlands.
E-mail: r.j.dewinter@amc.uva.nl

Obiettivo: Le attuali linee guida raccomandano una strategia invasiva precoce per i pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) senza elevazione del tratto ST ed incremento dei livelli di troponina T. Tuttavia, i trial randomizzati non hanno mostrato una complessiva riduzione della mortalità, e la riduzione nel tasso di infarti miocardici nei trial precedenti variava a seconda della definizione di infarto miocardico.

Metodi: 1200 pazienti con SCA senza elevazione del tratto ST che presentassero dolore toracico, aumento della troponina T (≥ 0.03 mg), e/o segni ECG di ischemia all'ingresso o anamnesi documen-

tata di cardiopatia ischemica sono stati assegnati, in maniera randomizzata, ad una strategia invasiva precoce o ad una più conservativa (invasiva in elezione). I pazienti ricevevano aspirina tutti i giorni, enoxaparina per 48 ore, e abciximab al momento dell'intervento coronarografico. L'uso di clopidogrel e trattamento ipolipidemizzante intensivo erano raccomandati. L'end-point primario era un composto di morte, infarto miocardico non fatale, o reospedalizzazione per sintomi anginosi entro 1 anno dalla randomizzazione.

Risultati: Il tasso stimato cumulativo relativo all'end-point primario era del 22.7% nel gruppo assegnato al trattamento invasivo precoce e del 21.2% nel gruppo assegnato al trattamento invasivo in elezione (rischio relativo: 1.07; intervallo di confidenza 95%: 0.87 - 1.33; $p = 0.33$). Il tasso di mortalità è risultato lo stesso nei due gruppi (2.5%). L'infarto miocardico è risultato significativamente più frequente nel gruppo assegnato al trattamento invasivo precoce (15.0 vs 10.0, $p = 0.005$), mentre in questo gruppo è risultata meno frequente la reospedalizzazione (7.4% vs. 10.9%, $p = 0.04$).

Conclusioni: Dai risultati dello studio, non si può dimostrare che, in presenza di una terapia medica ottimizzata, una strategia invasiva precoce sia superiore a quella invasiva in elezione in pazienti con SCA senza elevazione del ST e con incremento della troponina.

Malattia tromboembolica venosa e filtri cavali permanenti. Beneficio o fattore di rischio?

È opinione corrente che il posizionamento di un filtro cavale non rappresenti la soluzione ideale nella malattia tromboembolica venosa, ma tale opinione non era supportata da studi randomizzati. Lo studio francese PREPIC, pubblicato su Circulation, ha inteso verificare, in maniera randomizza-

ta su pazienti con trombosi venosa profonda e con cospicuo follow-up (8 anni), gli eventuali benefici del posizionamento di un filtro cavale (in aggiunta al trattamento anticoagulante standard). I due gruppi non hanno mostrato differenze in termini di sopravvivenza, e nel gruppo con filtro si è registrata una riduzione del rischio di embolia polmonare ma un aumento di quello di trombosi venosa profonda. Il posizionamento sistematico del filtro cavale non è quindi una procedura raccomandata nei pazienti con malattia tromboembolica.

Titolo originale:

Eight-year follow-up of patients with permanent vena cava filters in the prevention of pulmonary embolism: the PREPIC (Prevention du Risque d'Embolie Pulmonaire par Interruption Cave) randomized study

PREPIC Study Group

Circulation 2005; 112 : 416-422

Obiettivo: In un trial randomizzato in pazienti con trombosi venosa profonda (TVP) prossimale, i filtri cavali permanenti hanno ridotto l'incidenza di embolia polmonare ma hanno aumentato quella di TVP a 2 anni. È stato eseguito un follow-up a 8 anni per verificare il loro effetto a lunga distanza.

Metodi e Risultati: 400 pazienti con TVP prossimale con o senza embolia polmonare sono stati randomizzati a ricevere o no un filtro in aggiunta al trattamento anticoagulante standard di almeno 3 mesi. Dati relativi a stato vitale, tromboembolismi venosi, e sindrome post-trombotica sono stati raccolti una volta all'anno per 8 anni. Tutti gli eventi documentati sono stati valutati "in cieco" ad opera di un comitato indipendente. I dati di outcome sono risultati disponibili in 396 pazienti (99%). Un'embolia polmonare sintomatica è occorsa in 9 pazienti del gruppo filtro (tasso cumulativo 6.2%) e in 24 pazienti (15.1%) del gruppo senza

filtro ($p = 0.008$). Una TVP è stata registrata in 57 pazienti (35.7%) del gruppo filtro e in 41 (27.5%) di quello senza filtro ($p = 0.042$). La sindrome post-trombotica è stata osservata in 109 (70.3%) e 107 (69.7%) pazienti del gruppo filtro o senza filtro, rispettivamente. A 8 anni, 201 pazienti (50.3%) erano deceduti (103 e 98 nei gruppi filtro e senza filtro, rispettivamente). **Conclusioni:** A 8 anni, i filtri cavali hanno ridotto il rischio di embolia polmonare ma aumentato quello di TVP, mentre non si è registrata alcuna differenza in termini di sopravvivenza. Anche se il loro uso può dare benefici in pazienti ad alto rischio di embolia polmonare, l'uso sistematico nella popolazione generale affetta da tromboembolismo non è raccomandata.

È opinione corrente che una vita stressante espone al rischio cardiovascolare. Ma lo stress cronico può provocare una patologia cardiaca?

Per la prima volta, uno studio prospettico di popolazione, ad opera dei ricercatori inglesi del celebre Caerphilly Study, documenta l'esistenza di un'associazione specifica fra indicatori endocrinologici di stress cronico e cardiopatia ischemica, probabilmente mediata dalla sindrome da insulino-resistenza.

Titolo originale:

Cortisol, testosterone, and coronary heart disease: prospective evidence from the Caerphilly study Smith GD, Ben-Shlomo Y, Beswick A, Yarnell J, Lightman S, Elwood P

Circulation 2005; 112 : 332-340

Corrispondenza: Department of Social Medicine, University of Bristol, Canynge Hall, Whiteladies Road, Bristol, UK

Obiettivo: Secondo una credenza popolare, lo stress cronico è in grado di causare una patologia cardiaca attraverso una serie di

meccanismi di tipo neuroendocrino. Gli Autori hanno voluto verificare se elevati livelli circolanti di cortisolo/testosterone potessero aumentare il rischio di cardiopatia ischemica.

Metodi e Risultati: È stata presa in esame una coorte prospettica di 2512 soggetti maschi di età compresa fra 45 e 59 anni fra il 1979 e il 1983 provenienti da Caerphilly, Galles Meridionale, con un follow-up medio di 16.5 anni. I soggetti venivano sottoposti ad esame fisico, e venivano presi prelievi ematici a digiuno per l'analisi dei livelli di cortisolo, testosterone ed altri fattori di rischio cardiovascolare. Il rapporto cortisolo/testosterone mostrava una debole associazione con fattori potenzialmente confondenti ed una forte associazione positiva con i componenti della sindrome da insulino-resistenza ($p < 0.001$).

Un trend lineare positivo veniva dimostrato fra i quintili del rapporto cortisolo/testosterone e cardiopatia ischemica (OR aggiustato per età per z score 1.22, IC 95% 1.07 - 1.38, $p = 0.003$). Questo veniva notevolmente attenuato dopo aggiustamento per i componenti della sindrome da insulino-resistenza (dove 1.10, IC 95% 0.96 - 1.25, $p = 0.18$). Non vi era associazione fra rapporto cortisolo/testosterone e altre cause di morte (hazard ratio aggiustato per età: 0.99, IC 95% 0.88 - 1.11, $p=0.81$). **Conclusioni:** Questo è il primo studio prospettico di popolazione che abbia documentato un'associazione specifica fra rapporto cortisolo/testosterone e cardiopatia ischemica, apparentemente mediato dalla sindrome da insulino-resistenza.

Se questo rifletta effetti dello stress cronico, fattori comportamentali o influenze di tipo genetico, resta comunque da determinarsi.

Incontro tra Giunta Esecutiva di COLMED/09 e Referenti di sede Roma, 19 ottobre 2005

Inizio ore 10,15. Tutti i partecipanti appongono la firma di presenza sugli appositi registri, che sono divisi per Ordinari, Associati e Ricercatori.

Comunicazioni del Presidente

Franco Dammacco ringrazia gli intervenuti. Il confronto diretto con i Referenti di sede è utile e costruttivo per dibattere la situazione del Collegio, che non è ancora decollato come dovrebbe e per smuovere, con critiche e suggerimenti, una situazione che presenta caratteristiche di staticità. È necessario che almeno il 60-70% degli Internisti partecipi al Collegio perché esso possa assumere sufficiente autorevolezza. Il Presidente riferisce che, nonostante un recupero recente, la situazione è critica. Infatti, nel 2004 gli Ordinari iscritti erano 168 e quest'anno al 15 ottobre sono 116 di cui 13 nuovi; gli Associati erano 156 nel 2004 e sono ora 88 con 13 nuovi soci, mentre i Ricercatori sono scesi da 179 a 68 di cui 17 nuovi.

Il numero complessivo dei Docenti del Settore Scientifico-Disciplinare (SSD) MED/09 supera 1200 e potrebbe quindi rappresentare una grande forza d'urto, ma sinora solo 272 sono in regola e con queste cifre non si va da nessuna parte. Il settore MED/09 è il più numeroso, mentre i Chirurghi sono poco meno. Se i due SSD si unissero, costituirebbero una forza culturale tale da poter condizionare le decisioni politiche. E la Medicina Interna potrebbe essere la disciplina trainante. Viene espresso profondo rammarico per lo spreco di questa possibilità. Ci si chiede il motivo della deludente afferenza al Collegio e, se si ravvisassero omissioni e/o errori da parte dell'attuale Presidente della Giunta Esecutiva, egli è pronto a dimettersi.

Elenco generale dei soci

Vengono fatti circolare tre registri con i nomi, i numeri di telefono, nonché gli indirizzi postali e di

e-mail di Ordinari, Associati e Ricercatori iscritti al COLMED/09, affinché i Referenti di ciascuna sede ne controllino l'esattezza ed eventualmente li integrino.

Iscrizione congiunta degli Internisti a COLMED/09 e SIMI

La SIMI ha proposto di decurtare del 20% la propria quota per chi è iscritto ad entrambe le istituzioni: i Soci pagherebbero pertanto € 96 anziché € 120, senza differenziazione tra le diverse fasce. Dal canto suo, COLMED/09 ha ridotto le quote annuali per gli iscritti a SIMI + COLMED/09 a € 40 per gli Ordinari, € 32 per gli Associati, € 24 per i Ricercatori.

COLMED/09 ha un conto corrente bancario ed un conto corrente postale, le cui coordinate sono pubblicate sul Bollettino. Purtroppo, chi non è anche socio SIMI non riceve il Bollettino, che è - secondo accordi molto convenienti - cellofanato ed inviato assieme a quello della SIMI a costo zero, cosicché paradossalmente gli ospedalieri iscritti alla SIMI lo ricevono, mentre non viene inviato ai Docenti universitari iscritti soltanto a COLMED/09. Ci si ripromette di risolvere al più presto questa grave incongruenza.

Intanto, viene proposto di inviare per e-mail a tutti gli iscritti i numeri di conto corrente sia bancario che postale affinché i morosi regolarizzino la loro posizione ed i Referenti sollecitino gli Internisti della propria sede che non lo abbiano ancora fatto ad iscriversi al Collegio. Nel futuro, si stipulerà una convenzione con le più importanti società bancarie per il pagamento con carta di credito.

Dammacco ricorda che il pagamento della quota COLMED/09 deve essere fatta separatamente da quello della quota SIMI, perché le due amministrazioni sono amministrativamente e fiscalmente separate.

Viene chiesto da Scandellari di avere l'elenco degli Internisti sede per sede con la specifica degli iscritti al Collegio, onde poter

meglio agire localmente nel reclutare nuovi aderenti. Viene anche caldeggiato l'invio di un *remainder* per e-mail a tutti gli Internisti, cosa che faciliterebbe le adesioni.

Viene nuovamente espresso rammarico per l'esiguità degli iscritti al Collegio, perché, dice Filetti, tutto il grande interessamento di Dammacco per la Medicina Interna, per il tronco comune, ecc. ha poco peso se lui va al Ministero rappresentando 200 persone, mentre altra cosa sarebbe per oltre mille.

Congresso annuale del Collegio

Al Convegno di venerdì 27 maggio 2005 hanno partecipato 220 Internisti, di cui 70% Ordinari, 20% Associati e 10% Ricercatori. Il Convegno aveva come titolo "La centralità della formazione internistica nel corso di laurea in medicina e chirurgia". Uno dei punti era "costruire il curriculum universitario", cioè quale sia lo zoccolo duro dei titoli da possedere (per i concorsi). Dammacco ha inoltre espresso vivo rammarico al Sottosegretario On. Domenico Di Virgilio per la riduzione dei posti nella Scuola di Specializzazione in Medicina Interna. Da Di Virgilio ha avuto la comunicazione che quest'anno partiranno i contratti di formazione-lavoro, che daranno diritto a pensione, tutela nelle malattie, tutela in gravidanza.

Si discute quale sia il migliore periodo per il convegno. Dammacco pensa si debba farlo ad opportuna distanza dal Convegno SIMI, quindi in maggio-giugno come lo scorso anno.

Quali gli argomenti da proporre? Debbono essere temi di interesse generale, non temi scientifici che sono ovviamente affrontati dalla SIMI. Un elenco buttato giù frettolosamente da Dammacco comprende, tra gli altri:

- modalità di accesso alla Specializzazione;
- allargamento della Medicina Interna ad altre discipline;
- individuazione dei Direttori Generali negli Ospedali sedi di

Facoltà di Medicina e Chirurgia: è in atto un tentativo di alcune Regioni di scavalcare il Rettore nella nomina del Direttore Generale;

- formazione Medica Specialistica e requisiti di idoneità della rete formativa.

Dammacco sollecita suggerimenti immediati o per e-mail. Vi sono vari interventi. Viene sottolineato come anche l'ammissione alla Facoltà di Medicina debba essere regolamentata; viene caldeggiata una protesta congiunta SIMI-COLMED/09 contro la riduzione del calo nel numero di borse nelle Scuole di Specializzazione; si chiedono chiarimenti sia sulla durata del Convegno annuale, sia sul pericolo di ulteriore calo delle borse di Specializzazione; si lamenta il numero insufficiente di specialisti; si palesa il problema degli ospedalieri all'interno delle U.O. dove solo l'apicale è universitario; si esorta a fare attenzione a Medicina dello Sport, la cui Scuola di Specializzazione è stata sinora gestita dai Fisiologi, ma il SSD è MED/09; si fa presente che per la scelta dei temi è meglio coinvolgere la base.

Repliche

- Il Convegno del Collegio non potrà durare più di un giorno, perché inciderebbe troppo sulle tasche dei partecipanti. Quindi, inizio alle ore 10,30 e fine alle ore 18,30.

- L'interlocutore per il numero di borse non è il MIUR, ma il Ministero della Salute. Bisogna vigilare anche sugli Assessorati Regionali alla Sanità perché integrino dal canto loro le borse ministeriali sulla base del fabbisogno regionale. Di fatto, queste integrazioni poggiano talora su amicizie più che su reali esigenze. Il Ministero vuole chiudere le Scuole con un solo posto. L'ipotesi è il Consorzio con altre sedi, ovvero di interrompere qualche ciclo.

- Per gli argomenti del Convegno, si potrebbe fare un censimento per e-mail, sulla cui scorta poi

scegliere i temi.

- Si ribadisce che le quote SIMI e COLMED/09 NON possono essere pagate insieme, essendo le due amministrazioni separate.

Bollettino del Collegio

Il Presidente ricorda di averlo fortemente voluto, perché è uno strumento utile, pur con gli inconvenienti di spedizione unitamente al Bollettino della SIMI, che saranno auspicabilmente risolti a breve. Chiede se si debba continuare a pubblicarlo, se debba essere cartaceo o elettronico. Secondo lui, cartaceo è OK, si può infilare nella borsa e leggerlo in treno. La sola forma elettronica sarebbe prematura. Sollecita inoltre proposte per migliorarne i contenuti. Benché si abbia il limite delle 16 pagine, si può far posto a nuove rubriche e/o nuovi argomenti cassando qualcosa, ad esempio l'elenco dei Referenti di sede o le illustrazioni. Ricorda che sinora il costo è stato zero.

Ricorda infine che il Bollettino contiene la sezione degli 'Abstracts' dei lavori più interessanti, nella quale il curatore Roberto Manfredini ha finora privilegiato lavori italiani pubblicati su riviste prestigiose.

Vari interventi:

- Meglio entrambe le forme, cartacea ed elettronica;

- si potrebbe creare una rubrica di "Current Opinions" in una pagina, che faccia lo stato dell'arte su un argomento specifico. Dovrebbe essere la panoramica vista dall'Autore, che la firma come proprio punto di vista;

- poiché siamo impegnati nella didattica, dovremmo fare ipotesi su questo aspetto in una rubrica specifica comprendente accorpamenti di sedi, ecc.;

- sarebbe bene segnalare i lavori italiani pubblicati sui vari giornali internazionali. E stare attenti a riviste considerate specialistiche quali *Cell* e *Circulation*;

- tutti concordano che si debba

continuare con il Bollettino nella sua attuale connotazione, con i risparmi dei costi finché si potrà.

Riordino della Docenza Universitaria

Su *Repubblica* ed altri giornali è stata pubblicata una pagina per ospitare ciò che la CRUI e varie sedi pensano sul Disegno di Legge Delega di riordino della docenza e sui tagli alla finanziaria.

Dammacco ricorda che il Collegio preparò un documento nel dicembre 2004 per illustrare la posizione dello stesso Collegio, documento che fu inviato a tutti, anche alle parti politiche. Nel luglio 2005 è stato varato un altro documento. Mostra il testo approvato dal Senato, preso da Internet. Dice che è comunque molto migliorato.

Non sa se il Ministro Moratti farà porre la fiducia per andare avanti a tutti i costi o se le proteste pervenute dal mondo universitario l'abbiano intimorita con le elezioni alle porte. Sollecita suggerimenti ed assicura che porterà avanti le ragioni dei Ricercatori. Dice anche che la convenzione dei Ricercatori con il SSN deve essere attuata anche per coloro che insegnano in altre Facoltà, come ad esempio Scienze Biotecnologiche. Questo è tema da dibattere in Assemblea.

Scuole di Specializzazione di Area Medica

MEDICINA D'URGENZA: Parte di sicuro, ma resta nell'ambito di MED/09 ed ha un tronco comune con la Medicina Interna.

ANGIOLOGIA: personalmente Dammacco è perplesso all'idea di creare una scuola di Angiologia medica. Ma gli consta che c'è la volontà di istituirla, anche da parte di cardiologi autorevoli, che la caldeggiano.

MEDICINA PALLIATIVA: Ci sarà una riunione alla quale il Presidente parteciperà a nome della Medicina Interna, che ha una posizione tendenzialmente critica.

La riunione si chiude alle ore 12,50.

Assemblea di COLMED/09

Roma, 20 ottobre 2005

Il 20 Ottobre 2005 si è riunita a Roma (nel corso e nella sede del Congresso della Società Italiana di Medicina Interna) l'Assemblea del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna.

Nelle sue comunicazioni, il Presidente ha ricordato il dovere di tutti i Colleghi di regolarizzare la propria posizione circa il versamento della quota associativa e la possibilità di iscrizione congiunta al Collegio e alla Società, ottenendo in questo caso uno sconto del 20% sulle rispettive quote di iscrizione, la cui entità è riportata in altra parte di questo Bollettino.

Per ragioni amministrative, tuttavia, i due versamenti devono essere eseguiti separatamente. Con l'acquisizione del numero di

partita IVA, la possibilità di emettere regolari fatture e l'accensione di un proprio conto corrente sia postale che bancario, il Collegio è ora perfettamente in regola dal punto di vista fiscale e amministrativo.

Sono stati quindi discussi i diversi punti all'ordine del giorno:

1. Stato giuridico della docenza universitaria

Il Presidente ha ricordato che il disegno di Legge Delega relativo allo stato giuridico della docenza universitaria è stato approvato dal Senato il 29 settembre u.s. e attende ora la conferma definitiva da parte della Camera. Il passaggio è ancora incerto considerate le numerose opposizioni, prima fra tutte quella della Conferenza dei Rettori. Al documento sono state tuttavia apportate alcune modificazioni migliorative. La posizione del Collegio su tale disegno è nota, pubblicata su questo Bollettino e diffusa a tutti gli organi competenti.

2. Ipotesi di ampliamento delle discipline afferenti al SSD MED/09

Il Presidente sottolinea l'utilità culturale e la necessità strategica di ampliare il settore della Medicina Interna con l'inserimento di nuove discipline, in particolare Medicina dello Sport, Medicina di comunità, Oncologia Medica. Pur consapevole delle difficoltà di tali operazioni, il Presidente ritiene che esse non siano comunque tali da scoraggiare un convinto intervento.

Per Medicina di comunità è stato di recente assicurato il suo inserimento nel settore MED/38 (Pediatria); lo stesso deve avvenire per MED/09, come più volte è stato richiesto.

È stata inoltre avanzata da Raffaele D'Amelio una proposta per l'inserimento nel SSD MED/09 della disciplina "Medicina NRBC", intesa a diffondere tra la popolazio-

ne e quindi nella classe medica la conoscenza delle conseguenze e dei relativi salvataggi per possibili episodi di terrorismo, che implicano l'uso di armi di distruzione di massa (Nucleari, Radiologiche, Biologiche, Chimiche).

La proposta, riportata in altra pagina del Bollettino, è condivisa dal Collegio.

3. Nuove Scuole di Specializzazione nell'Area Medica

Per quanto concerne la posizione del Collegio sulle richieste pervenute al MIUR di istituire nuove Scuole di Specializzazione dell'area medica, il Presidente ricorda che si sono concretizzate negli ultimi anni numerose iniziative per l'istituzione delle Scuole di Angiologia, di Medicina Palliativa, nonché di Medicina dell'Emergenza-Urgenza.

Nel dibattito che ha fatto seguito, numerosi Colleghi si sono espressi in favore dell'attivazione della Scuola di Angiologia o Medicina Vascolare, ma sono state avanzate anche alcune perplessità, soprattutto motivate dalla preoccupazione di assistere ad una nuova frammentazione e ad una ulteriore perdita di contenuti da parte della Medicina Interna, nonché dalla considerazione che Angiologia, pur se esistente in alcuni Paesi, non è inclusa nelle Scuole riconosciute dalla Comunità Europea. Il dibattito si è concluso con una votazione, nel corso della quale sono stati espressi 17 astensioni e 6 voti contrari su 130 votanti.

Consenso unanime è stato invece manifestato per l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza, Scuola (come ha riferito Vito Giustolisi, attuale Presidente della Società omonima) per la quale è già stata presentata al CUN una proposta organica di ordinamento che prevede, tra l'altro, attività professionalizzanti da svolgere insieme a COLMED/09, unitamente alle

altre attività previste dal tronco comune della classe di Medicina Interna.

Notevoli perplessità sono state espresse sull'ipotesi di una Scuola di Specializzazione in Medicina palliativa, almeno per quanto riguarda le pratiche terapeutiche che non hanno alcuna pertinenza con la scienza medica. È stato fatto tuttavia notare che Medicina palliativa non va confusa con Medicina alternativa.

4. 2° Congresso Nazionale

Il secondo Congresso Nazionale COLMED/09 si svolgerà a Roma, nella stessa sede della prima edizione (Aula Pocchiarri dell'Istituto Superiore di Sanità), verosimilmente verso la fine di aprile, ossia sei mesi dopo il Congresso Nazionale della SIMI. Il Presidente propone di riportare alcuni temi già dibattuti nella scorsa edizione e che hanno avuto intanto una notevole espansione, in particolare le Scuole di Specializzazione, lo stato giuridico e la costruzione del curriculum universitario, accanto a nuovi temi, che saranno proposti dal Collegio.

Nel dibattito che ha fatto seguito sono stati individuati alcuni temi: Internazionalizzazione della Medicina Interna; Confronto con le Scuole di specializzazione della Comunità europea; Centri di eccellenza di Medicina Interna; La ricerca clinica in Medicina Interna; Medicina Interna e territorio.

Il Presidente sollecita l'invio di ulteriori suggerimenti, così da poter costruire un programma interessante e coerente con l'attualità.

5. Varie ed eventuali

- In risposta ad un quesito posto dalla Prof.ssa S. Fargion, il Presidente precisa che, per i Dottorati di ricerca, è prevista l'istituzione di Scuole di dottorato, che consentono una fusione delle innumerevoli tipologie istituite ed

anche una più coerente denominazione. Può essere questo un tema congressuale.

- Si è concretamente riaperta la collaborazione tra la nostra Società e quella di Chirurgia Generale: al nostro precedente congresso ha partecipato il Prof. Oreste Terranova (attuale Presidente del Collegio dei Professori di Chirurgia Generale), che ha svolto un intervento in favore di iniziative comuni. Si sta esaminando la richiesta di svolgere ogni anno una seduta congiunta fra le due Società di Medicina Interna e Chirurgia Generale, nell'ambito del Congresso nazionale, organizzata alternativamente dalle due Società in occasione dello

svolgimento a Roma del loro rispettivo Congresso.

- Sempre nell'ambito dei rapporti con le altre Istituzioni culturali, il Presidente ha ricordato l'opportunità di rivedere gli obiettivi dell'Intercollegio, che raccoglie i vari Collegi dei Docenti di discipline cliniche e che attualmente ha prevalente connotazione sindacale e scarsi contenuti culturali. Egli sottolinea inoltre l'opportunità di riproporre nel Congresso della SIMI la "Giornata Federativa", a cadenza triennale. Queste iniziative vanno assecondate e potenziate, per poter conferire alla Medicina Interna maggior peso nelle scelte politiche che concernono la Sanità.

Quote associative alla SIMI e a COLMED/09

Professori Ordinari

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

Professori Associati

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

Ricercatori

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

Caro Presidente,

profondi mutamenti intervenuti a livello internazionale a seguito dell'attacco terroristico alle Torri Gemelle ed all'inquietante successivo episodio delle lettere all'antrace hanno posto all'attenzione dei Governi la necessità di attuare una serie di interventi volti ad elevare il livello di *preparedness* delle diverse popolazioni nel caso si dovessero verificare episodi di terrorismo con l'uso di armi di distruzione di massa (nucleari, radiologiche, biologiche, chimiche [NRBC]).

Le linee-guida di tali interventi sono state recentemente individuate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la pubblicazione *Public Health Response to Biological and Chemical Weapons*. WHO Guidance, World Health Organization, Geneva, 2004, nella quale, fra i diversi punti trattati, emerge la necessità di un'adeguata formazione soprattutto del personale medico eventualmente chiamato a gestire l'emergenza (pagg. 69, 96). Esercitazioni sviluppate negli USA, nella prima delle quali (esercitazione Top-off) si è simulata un'epidemia deliberata di peste polmonare e nella seconda (esercitazione Dark Winter) invece un'epidemia deliberata di vaiolo, hanno messo in evidenza le profonde carenze del sistema organizzativo di risposta, incluso il

modesto livello di preparazione della classe medica su malattie attualmente scomparse (vaiolo) o che sono ormai osservate molto raramente (peste), cosa che rende più lenta l'identificazione dell'agente biologico e quindi più difficile il suo contenimento.

Appare pertanto opportuno lo sviluppo di specifici percorsi formativi a livello accademico. Per quanto attiene agli aspetti medici conseguenti all'uso di armi di distruzione di massa, all'interno delle Facoltà mediche, non esistono specifiche discipline che trattino sistematicamente tali materie. La nascita presso l'Università degli Studi "La Sapienza" 3 anni or sono del primo Master di II livello nazionale dedicato alla "Difesa da Armi Chimiche e Biologiche" (trasformato dal corrente anno accademico in "Difesa da Armi Nucleari, Radiologiche, Chimiche e Biologiche"), diretto dal sottoscritto, seguito da un altro Master di II livello dedicato alla stessa materia (Medicina NRBC) presso l'Università di Firenze, coordinato da uno degli Ordinari di Medicina Interna di tale Ateneo, dimostra che i tempi sono ormai maturi perché materie specifiche possano essere inserite nel percorso formativo degli studenti dell'area medica, di modo che le nostre Facoltà siano in grado di contribuire al processo di *preparedness* della classe medica in relazione al

mutato quadro geopolitico di sicurezza nazionale ed internazionale.

Considerato il carattere trasversale della Medicina Interna, cui possono essere fatte afferire le sindromi conseguenti all'uso di armi nucleari/radiologiche (alterazioni ematologiche conseguenti ad irraggiamento acuto), chimiche (avvelenamento da gas nervini, vescicanti o tossici del sangue) e biologiche (infezioni o intossicazioni acute da agenti inusuali), sembra opportuno proporre l'inserimento di una specifica disciplina "Medicina NRBC" nell'ambito del SSD MED/09, in modo da poter correttamente inquadrare per ambito disciplinare Professori con specifica competenza nell'area suddetta, che possano formare gli studenti all'interno dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche e Biotecnologia.

Raffaele D'Amelio

Coordinate fiscali, bancarie e postali

Codice Fiscale: 97339920585

c/c bancario: n. 6674/39

Banca di Roma - Roma 84 - Policlinico Umberto I

Viale del Policlinico, 155

ABI: 3002 CAB: 3374 CIN: Y

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

ABI: J07601 CAB: 03200

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

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

L'Aquila

PO: Prof. Claudio Ferri
PA: Prof.ssa Lia Ginaldi
Ric: Dr. Giovambattista Desideri

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 Mancina
PA: Prof. Gianfranco Parati
Ric: Dott.ssa Simonetta Genovesi

Milano Cattolica

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

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 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@dim.uniba.it

Redazione

Clinica Medica - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Via Tronto, 10 - 60020 Torrette di Ancona
Tel. 071/2206100 -1 - Fax 071/2206103
E-mail: g.danieli@univpm.it

Segretaria di Redazione

Daniela Pianosi

Direttore Responsabile

Giovanni Danieli

Editrice



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

Stampa

Errebi Grafiche Ripesi - Falconara