

1/06

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. 1/2006  
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

**s o m m a r i o**

**lettera del presidente**

**1 LETTERA DEL PRESIDENTE**

*Franco Dammacco*

**4 EDITORIALE**

**Imparare la medicina, oggi**  
*Luciano Vettore*

**8 SEZIONE DIDATTICA**

**Appunti sul tronco comune**  
*Alessandro Lechi*

**9 DOSSIER**

**D.L. Procedura per il conseguimento della idoneità scientifica nazionale ai fini del reclutamento dei Professori Universitari**

**15 SEZIONE RICERCA**

**Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna**  
*a cura di Roberto Manfredini*

**18 VITA DEL COLLEGIO**

**Gruppo di studio per l'applicazione del nuovo Ordinamento alle Scuole di Specializzazione della Classe di Medicina Clinica Generale**  
**Riunione della Giunta esecutiva**  
**Secondo Congresso Nazionale**

Cari Colleghi,

sono molto lieto di cogliere l'occasione della "Lettera del Presidente" che, come di consueto, apre ogni numero del nostro Bollettino, per informarVi su una serie di novità che si sono fatte strada nell'intervallo temporale trascorso dal momento in cui, ai primi di dicembre dello scorso anno, ho stilato la mia precedente lettera.

L'evento più importante sul quale desidero richiamare la Vostra attenzione è rappresentato dal 2° Congresso Nazionale del nostro Collegio. Il tema generale del Congresso ("La «Nuova» Università tra Ricerca Scientifica, Riforma della Docenza e Riassetto delle Scuole di Specializzazione") sintetizza, a mio avviso efficacemente, i temi principali sui quali si articola il programma. La data del Congresso, inizialmente fissata per giovedì 18 maggio 2006, è stata spostata definitivamente a lunedì 22 maggio allo scopo di evitare la sovrapposizione con il Congresso degli Internisti Ospedalieri (FADOI). Come nella precedente edizione, i lavori inizieranno alle ore 10.00 del mattino e termineranno categoricamente alle ore 18.00 dello stesso giorno, in maniera da consentire ai partecipanti l'arrivo a Roma con il primo volo del mattino ed il rientro nella propria sede con uno dei voli serali, evitando quindi la necessità (e le spese!) del pernottamento.

A pag. 20 di questo Bollettino troverete il programma dettagliato del Convegno. Inoltre, riceverete nei prossimi giorni per posta il pieghevole stampato dello stesso Convegno. Ma consentitemi di sottolineare qui di seguito le motivazioni salienti che hanno condizionato la scelta dei temi da parte della Giunta Esecutiva del nostro Collegio.

La prima sessione sarà dedicata alla "Valutazione della Ricerca" e prende ovviamente lo spunto dalle recenti conclusioni alle quali sono pervenuti i Panels di esperti che, sotto la guida illuminata e lo stimolo costruttivo del nostro Collega Franco Cuccurullo, hanno valutato 17.329 prodotti afferenti a venti aree disciplinari e relativi al triennio 2001-2003. Sarà certamente interessante ascoltare dalla viva voce di Cuccurullo i commenti e le osservazioni concernenti specificamente la produzione scientifica afferente al Settore Scientifico-Disciplinare MED/09 nel triennio considerato. Ciò è tanto più vero quando si pensi che le conclusioni del Comitato di

Indirizzo per la Valutazione della Ricerca (CIVR) avranno importanti riflessi sui finanziamenti del MIUR, nell'ambito del Fondo di Funzionamento Ordinario (FFO) che il MIUR assegna annualmente a ciascuna Università. L'encomiabile lavoro svolto dal CIVR ha inoltre un'altra implicazione positiva, con la quale il mondo universitario dovrà imparare a confrontarsi, e cioè l'obbligo per ognuno di noi di dimostrare periodicamente la propria produttività scientifica, al cui livello complessivo è connessa l'entità dei finanziamenti ministeriali.

La seconda sessione sarà strutturata come 'Tavola Rotonda' e riguarderà il "Riassetto delle Scuole di Specializzazione". Anche questo tema, come sapete, è di grande attualità, essendo stato di recente pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (n. 258 del 5 novembre 2005 - Suppl. Ord. n. 176) il Decreto sul Riassetto complessivo delle Scuole, divenuto ormai imprescindibile per ragioni di uniformità con quanto già accade in altri Paesi dell'Unione Europea. Uno dei punti di forza della 'Tavola Rotonda' sarà la discussione sul tronco comune, inteso come modalità essenziale per un'adeguata formazione delle nuove generazioni di Medici Specialisti, ognuno dei quali dovrà necessariamente imparare ad inquadrare il malato in una visione olistica complessiva, che prescindendo dallo specifico settore culturale al quale ogni Specializzando vorrà dedicarsi. Nell'ambito della Giunta abbiamo pensato di prevedere uno stimolante confronto fra tronco comune nella Medicina Clinica Generale e tronco comune nelle Chirurgie Generali. Alla 'Tavola Rotonda' daranno poi il loro contributo, mediante una serie di brevi interventi preordinati, i Colleghi Specialisti esperti rispettivamente

di Geriatria, Medicina dello Sport, Medicina di Comunità, Oncologia Medica e Medicina Termale.

Per inciso, e con specifico riferimento alla Specializzazione in Medicina Interna, sono lieto di informarVi che una Commissione coordinata da G. Danieli (della quale fanno parte i Colleghi N. Carulli, R. Delsignore, A. Lechi e G. Realdi) ha pressoché ultimato i propri lavori elaborando un documento molto ben articolato, del quale Vi ho fatto a suo tempo pervenire per e-mail una prima stesura. La finalità di tale documento è quella di proporre le migliori modalità attuative del Decreto Ministeriale per quanto riguarda la Medicina Interna. Sarà mia cura farVi pervenire il testo finale del documento non appena esso sarà stato completato.

La terza sessione del Congresso sarà incentrata sui riflessi della "Riforma Moratti" per quanto riguarda le nuove modalità di svolgimento delle valutazioni comparative. Molti Colleghi ricorderanno che la Giunta del nostro Collegio (unitamente ai tanti che hanno espresso le loro critiche durante l'iter che ha portato all'approvazione della Riforma) ha più volte espresso le proprie preoccupazioni non già sulle nuove modalità concorsuali, bensì sul rispetto, da parte del MIUR, della cadenza annuale con le quali le valutazioni comparative dovranno tenersi. Già in questo primo anno di vita della nuova legge, è ragionevole dubitare che entro giugno (e quindi a distanza di appena due mesi dalle elezioni politiche) il nuovo Ministro sia in grado di attivare tutte le procedure connesse con il Decreto attuativo approvato il 23 marzo scorso dal Consiglio dei Ministri. Nell'inserito centrale (che può essere staccato e conservato) di questo Bollettino troverete il

testo definitivo di tale Decreto.

La quarta ed ultima Sessione, anch'essa strutturata come 'Tavola Rotonda', sarà dedicata al "Consiglio Universitario Nazionale" (CUN), alla luce della legge recentemente approvata che ne modifica la composizione e le finalità. Su questo tema sono previsti gli interventi di un Ricercatore, di un Professore Associato e di un Professore Ordinario, in maniera da rendere particolarmente stimolante il confronto dei punti di vista nell'ottica delle rispettive fasce di appartenenza.

Mi auguro vivamente che, sulla base delle considerazioni sinteticamente sopra enunciate, i Colleghi Internisti vogliano partecipare in gran numero al Convegno e vogliano anche dare il loro contributo ad una discussione proficua e costruttiva. La mia preghiera è rivolta soprattutto ai Ricercatori ed agli Associati, la cui partecipazione alla precedente edizione del nostro Congresso fu piuttosto deludente in chiave numerica. E' superfluo che io ricordi a tutti come la forza culturale del nostro Collegio non possa prescindere dalla necessità che il Collegio stesso abbia la rappresentanza effettiva della totalità degli Internisti Universitari, o almeno della stragrande maggioranza di essi.

In questo contesto, devo anche ricordarVi di voler rinnovare al più presto la Vostra iscrizione al Collegio, provvedendo al pagamento della quota associativa con la modalità che riterrete più agevole. Il Collegio dispone ormai da tempo di un conto corrente bancario e di un conto corrente postale, le cui coordinate sono ancora una volta indicate al termine di questa lettera. Richiamo l'attenzione dei Referenti di sede, pregandoli di

volersi attivare per sollecitare il pagamento della quota associativa da parte dei Colleghi della propria sede. Cari Referenti, dateci per favore una mano nel rendere il nostro Collegio saldamente radicato in tutte le sedi universitarie, dando così alla Giunta Esecutiva la forza necessaria per portare avanti le iniziative culturali e le istanze del mondo universitario che ci stanno più a cuore. I Referenti dovrebbero aver ricevuto, già da molto tempo, un buon numero di moduli di conto corrente postale da parte del Prof. G.L. Rapaccini, Tesoriere del Collegio.

Ma chi li avesse smarriti o ne volesse altri, potrà ovviamente richiederli allo stesso Prof. Rapaccini (tel. 06/30154335; e-mail: rapaccini@rm.unicatt.it). Per ragioni che sarebbe troppo lungo spiegare in questa sede, non

abbiamo ancora potuto attivare il pagamento della quota associativa tramite carta di credito, ma spero di poterVi dare al più presto notizie positive in merito.

Desidero infine ricordarVi che, a mente del nuovo Statuto del nostro Collegio approvato dall'Assemblea nel 2004 e ratificato con atto notarile del 26 febbraio 2004, la Giunta Esecutiva attualmente in carica completerà il suo mandato triennale nel febbraio 2007. Sarà pertanto necessario provvedere alle votazioni per il rinnovo delle cariche nei prossimi mesi. Poiché tali votazioni dovranno essere tenute nel corso di un'Assemblea, e poiché lo Statuto del Collegio prevede che un'Assemblea di COLMED/09 si tenga annualmente nel corso del Congresso della SIMI, ritengo che si debba procedere alle suddette

votazioni durante il 107° Congresso della SIMI che, come sapete, si terrà quest'anno a Cagliari dal 21 al 24 ottobre 2006. I nuovi eletti, che facciano o no già parte dell'attuale Giunta Esecutiva, entreranno nel pieno delle loro funzioni a partire dal 1° marzo 2007. La Giunta sarà ben lieta di esaminare proposte e suggerimenti relativi al rinnovo degli Organi Collegiali. Ben prima del Congresso di Cagliari non mancheranno comunque altre occasioni per richiamare la Vostra attenzione sulla scadenza elettorale e sulle relative votazioni del prossimo ottobre.

Nel raccomandarVi ancora una volta l'appuntamento del 22 maggio 2006 per il nostro 2° Congresso Nazionale, Vi saluto con la più viva cordialità.

*Franco Dammacco*

## **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

# Imparare la medicina, oggi

Luciano Vettore (Verona)

# 4

## La medicina è malata

La medicina d'oggi soffre di una strana malattia che è in parte una crisi di crescita, di quelle crisi che i nostri nonni chiamavano "malattie di crescita": la rapidità dello sviluppo ne ha squilibrato i processi fisiologici e sono mancati gli elementi che potevano garantire l'equilibrio nelle scelte.

Le Scuole di Medicina, le nostre Facoltà non hanno governato il sistema di crescita della medicina, ma anzi ne sono state trainate; così hanno perpetuato anziché "curarne" gli squilibri di sviluppo.

Grazie all'esplosione delle tecnologie, le scienze di base sono cresciute in Italia come in tutto il mondo, anche se da noi con maggiori difficoltà organizzative ed economiche, ma spesso hanno perduto di vista sia l'orientamento alla salute dell'uomo, sia l'educazione dei futuri medici al rigore del metodo scientifico. La formazione al metodo della scienza è stata quasi sempre sostituita nelle nostre aule dall'informazione sulle nozioni che la scienza tumultuosamente produce, ma che anche altrettanto tumultuosamente modifica o sostituisce; poca attenzione è stata posta invece al radicamento del metodo che finalizza e armonizza la valutazione critica e l'uso delle informazioni, così dimenticando che le nozioni sono provvisorie, mentre il metodo è perenne; insomma i nostri studenti proprio nei primi e più fecondi anni di studio vengono informati sulle scoperte della scienza, ma non vengono in alcun modo avviati a diventare costruttori di scienza.

Nell'insegnamento delle scienze cliniche la proliferazione delle specializzazioni, attente soprattutto alle specificità delle malattie, ha oscurato la visione unitaria del malato; anche qui la crescita delle conoscenze tecnologiche ha suscitato la presunzione di onnipotenza nei confronti del problema particolare - etiologico, patogenetico o terapeutico - perdendo di vista le molteplici ragioni di sofferenza della persona che chiede cure, i suoi pro-

blemi di salute in tutta la loro complessità. Si constata oggi dolorosamente l'agonia, se non la morte, della Clinica medica, il tempio del metodo clinico; è emblematico, ma non per questo meno sorprendente, che la Medicina generale - l'unica che mantiene una visione unitaria bio-psico-sociale della persona sana e di quella malata nel proprio contesto globale - sia insegnata e appresa al di fuori dell'Università; ed è anche deludente che, nonostante ciò, la Medicina Generale sia a sua volta frustrata nelle sue potenzialità e soffocata dalla burocrazia del sistema.

Gli studenti sono addestrati a memorizzare grandi quantità di dati, che acquisiscono per lo più ascoltando docenti che spesso si limitano a ripetere a lezione ciò che i discenti potrebbero leggere da soli su testi e trattati; così gli studenti non imparano a cercare le informazioni, a valutare in modo autonomo l'importanza dei concetti, a sceglierli e a sottoporli a critica comparata, ma debbono limitarsi a ricordare nozioni per ripeterle al più presto e pedissequamente all'esame (poi possono anche dimenticarle...); non appassionano più di tanto lo sviluppo del pensiero critico, la visione prospettica della realtà, la capacità di analisi e poi di sintesi degli elementi sempre molteplici e sempre variegati che connotano ogni realtà, e tanto più le realtà della vita e della salute dell'uomo; la trasmissione del pensiero tende a essere dogmatica piuttosto che problematica, creando così la falsa credenza che la scienza costruisca certezze, quando invece può al massimo ridurre le aree d'incertezza; la dialettica e il confronto tra pari, come l'utilizzazione originale dello stile personale di conoscenza e di apprendimento non sono tenuti in gran conto, quando non vengono addirittura scoraggiati.

La crescente disponibilità degli strumenti multimediali della comunicazione con il loro fascino e la capacità propria dell'immagine di far comprendere con immediatezza concetti difficili stanno modificando

sostanzialmente le strategie di apprendimento delle giovani generazioni: se non costa più grande fatica capire le cose e di esse si richiede solo la memorizzazione superficiale e transitoria, il pensiero profondo ne è fortemente penalizzato; di fatto nella civiltà dell'*homo videns* l'elaborazione del pensiero sembra far perdere tempo; quindi i processi di metacoscienza - il pensare il significato dei propri pensieri, la capacità di ripensare in profondità le conoscenze acquisite - non sono considerati valori e perciò non vengono abitualmente né insegnati, né apprezzati.

In un contesto che privilegia la visione organicistica della malattia e correttamente ne considera l'approccio terapeutico solo se *evidence based* non c'è molto spazio per le elucubrazioni psicologiche e nemmeno per gli aspetti paternalistici della comunicazione con i pazienti, anche se un nuovo paternalismo - quello della indiscutibilità della scienza - ne sta prendendo il posto; non è certo da disprezzare l'attenzione per l'oggettività delle osservazioni e per la dimostrabilità d'efficacia delle decisioni, ma tale attenzione non deve essere alternativa all'attenzione per l'altra metà della luna: la componente psicologica che bene può integrarsi in una visione psicosomatica. In realtà questo aspetto è per lo più trascurato nelle nostre Scuole di Medicina, che - mentre giustamente si contrappongono alla visione irrazionale e antiscientifica delle "medicines alternative" - spesso con un atteggiamento manicheo addirittura ne ignorano l'esistenza, e così non consentono alle giovani generazioni di creare nei loro confronti difese efficaci, che possono nascere solo dalla conoscenza critica di ogni tipo di fenomeni.

In effetti nell'ordinamento dei corsi di laurea in medicina dalla fine degli anni '80 sono entrati a pieno diritto gli insegnamenti di psicologia medica e di psicologia clinica accanto a quelli di psichiatria; contestualmente si sono affacciate - purtroppo in teoria più spesso che

# 5

in pratica - anche metodologie didattiche adeguate, come sono il "gioco dei ruoli", le simulazioni comunicative, la revisione critica dei propri comportamenti relazionali, ecc.; inoltre s'insegnano tecniche efficaci di colloquio per la raccolta e la trasmissione di informazioni; si discute della deontologia nei rapporti professionali e si comincia a familiarizzare i futuri medici con il lavoro in équipe: tutte cose che richiedono esercizio nella relazione e nella comunicazione. Peraltro non si può nascondere che della comunicazione all'Università s'imparano - quando s'imparano - solo le tecniche, che sono condizioni necessarie ma non sufficienti per la crescita di una comunicazione empatica; tuttavia qualche risultato è visibile nel comportamento degli studenti, che - per esempio - sono molto più cortesi e corretti nel rapporto con i pazienti di quanto non fossero molti medici che li hanno preceduti.

Delle carenze appena segnalate pochi ma affidabili critici si sono fatti interpreti negli ultimi anni in vari ambienti della sanità italiana, fuori ma anche dentro all'Università e hanno avanzato proposte di rimedi; spiriti profetici, primo tra loro il carissimo e compianto Aldo Torsoli, hanno cominciato a parlare anche in Italia di *Medical Humanities* (MH), tradotte forse impropriamente come Scienze Umane; purtroppo i seguaci più pronti della tendenza, incapaci tuttavia di uscire dalla logica disciplinare nella quale sono profondamente radicati, hanno immediatamente concepito e servito ai loro studenti altri corsi di lezioni di contenuto più informativo che formativo: ancora una volta si è chiesto agli studenti di memorizzare nozioni di storia e filosofia della scienza, di storia della medicina, di letteratura o di antropologia, di economia sanitaria, di deontologia e di etica o bioetica, di logica o di psicologia; inoltre le scelte - spesso limitate a due o tre discipline - sono dipese in molti casi soprattutto dalla disponibilità locale di docenti con

specifiche titolarità, più che da un'analisi pianificata delle utilità e delle opportunità; quasi ovunque sono assenti un approccio di natura problematica e un intento sostanzialmente educativo. Una scelta di questo genere è ben lontana dalla felice definizione data da Spinsanti delle MH, le quali per l'appunto con un disegno di ampio respiro dovrebbero *"assicurare la felice sinergia tra le scienze naturali e le scienze umane, in vista di una medicina che sappia curare e prendersi cura, assicurare cure efficaci dal punto di vista biologico, ma anche rispettosa di tutta la molteplicità dei bisogni umani"*. Infatti la relazione di cura richiede contemporaneamente competenze di natura tecnico-scientifica e di natura psico-relazionale, cioè le capacità di ascoltare, comprendere, condividere e sorreggere, oltre che di rilevare, diagnosticare, decidere, prescrivere, curare, prevenire e riabilitare. Per conseguire le abilità richieste da questi fini, le scienze umane non possono essere oggetto di apprendimento astratto, bensì debbono nutrire la comprensione "sapienziale" della sofferenza e del bisogno di cui la medicina intesa come relazione di aiuto si prende cura: in altri termini le MH dovrebbero aiutare i futuri professionisti della salute a "crescere in umanità" più che diventare esperti teorici, o peggio eruditi di conoscenze umanistiche; ogni atto medico oltre alle componenti scientifiche e tecniche possiede componenti psicologiche, affettive ed emotive, etiche e deontologiche, giuridiche, sociali ed economiche; e ciò non vale solo per gli atti medici che si rivolgono direttamente alla cura delle persone malate, ma anche per gli oggetti di studio propri della bio-medicina: anche la ricerca scientifica non può essere esente da valutazioni che ne cerchino il significato metascientifico, ne definiscano il valore per esempio dal punto di vista etico, ma anche dal punto di vista sociale, economico, ecc. Potremmo allora dire che gli

obiettivi educativi delle MH sono per lo più obiettivi di natura "metodologica".

Un apprendimento di questo tipo richiede peraltro approcci didattici adeguati, gli studenti debbono esservi coinvolti personalmente; il confronto tra pari all'interno del piccolo gruppo attorno a problemi concreti che riguardano la cura delle persone non può non suscitare interesse in chi abbia scelto una qualsiasi professione sanitaria; l'interesse si trasforma in curiosità e in stimolo alla ricerca personale nel momento in cui i discenti constata-no il proprio grado, sia pure variabile da soggetto a soggetto, d'incompetenza nel cercare la migliore soluzione del problema; inoltre, la peculiarità di ogni problema sanitario realisticamente proposto è quella di richiedere approcci multidisciplinari e multiprofessionali; multidisciplinari nel senso che ogni singolo problema può presentare contemporaneamente quesiti di diverso tipo, ai quali danno risposte parziali e complementari le diverse MH: cioè quesiti che di volta in volta richiedono risposte con risvolti prevalentemente psicologici, etici, antropologici, filosofici, sociali o economici variamente associati in relazione alle situazioni specifiche.

I problemi sanitari reali (o realistici) nella grande maggioranza dei casi cercano e trovano risposte nell'apporto collaborativo e armonico di più professioni sanitarie con differenti competenze tecniche o scientifiche, ma con il fine comune dettato dalla relazione di cura; se ciò è vero, sembra naturale che fin dai primi anni del proprio *cursus studiorum* gli studenti delle diverse professioni della salute affrontino fianco a fianco (cioè in gruppi misti, multiprofessionali) i medesimi problemi attinenti alle MH, per abituar-si a contribuire alla loro soluzione ciascuno con le proprie specificità professionali oltre che umane, così da evitare contrapposizioni e inutili conflitti spesso dannosi proprio per il destinatario della relazione di cura nel momento concreto della sua realizzazione.

### Quali cure per la medicina malata?

Il discorso sulle MH ha già aperto il discorso sulle "cure" di cui la "medicina malata" ha bisogno, individuandole in un approccio educativo differente dall'attuale nella formazione dei nuovi Professionisti della Salute. Questo discorso, che utilmente si è servito del paradigma offerto dalle Scienze Umane, va ora esteso a tutti gli ambiti della "medical education"; infatti l'evoluzione di quest'ultima e i suoi rapporti dialettici con i cambiamenti della medicina rappresentano il contrappunto che dovrebbe legare tra loro i vari aspetti dell'evoluzione della medicina nel prossimo futuro.

La medicina ha bisogno di cure, ma non sono pensabili, né proponibili cure che possano rallentare o ridurre la crescita. Al contrario, servono fattori capaci di equilibrare e armonizzare questa crescita, che attengano all'educazione/formazione che deve necessariamente essere anche educazione al cambiamento.

Il messaggio finale di queste considerazioni vorrebbe essere proprio il seguente: è finita (o per lo meno si è interrotta) "l'era della stabilità" che ha contraddistinto la storia della medicina con un'evoluzione per piccoli passi dal suo nascere presso la Scuola di Kos fino all'incirca alla metà del '900; il connotato tipico della situazione attuale è la *rapidità evolutiva di ogni realtà* - dentro e fuori della medicina - con la "volatilità/caducità" di ogni risultato. Ciò oggi si constata oltre che nella velocità delle comunicazioni, sia dei mezzi di trasporto sia delle informazioni, anche nella scienza che diventa sempre più tecnologia; nella medicina che cura sempre più organi e apparati (e, in un futuro vicino, molecole ...) e sempre meno si prende cura dell'uomo integrale; nella vita degli individui, costretti a rincorrere i cambiamenti per non essere marginalizzati. Tutto ciò comporta il rischio della perdita dei valori fondamentali, sostituiti da una sorta di nevrosi permanente del cambiamento, che porta inevi-

tabilmente alla "sindrome del *burn-out*". In questo tipo di realtà l'impegno educativo permanente (*learning for life*) diventa un elemento irrinunciabile; la funzione principale degli Educatori - anche a livello professionalizzante - è quella di *educare alla gestione del cambiamento* con un approccio fondato sui *valori* (per questo abbiamo dato particolare spazio al discorso fondante sulle Scienze Umane) e sul *metodo*; cioè sulla capacità di lettura critica della realtà con l'uso autonomo e maturo degli strumenti della conoscenza; insomma si tratta di aiutare il realizzarsi di un momento importante nell'evoluzione dell'*homo sapiens* e nell'uso del suo strumento evolutivo più importante: l'uso appropriato dell'intelligenza intesa come capacità di adattamento costruttivo, cioè di governo responsabile delle realtà che mutano (con la consapevolezza che mutano non tanto per ragioni naturali, quanto in buona parte per effetto di decisioni umane non sempre assennate: si pensi alla violenza sull'ecosistema).

### Quali mappe per navigare il futuro?

E allora quali indicazioni possiamo lasciare alle nuove generazioni affinché ciò che la nostra generazione ha appreso dai propri errori sia fattore di crescita virtuosa e feconda?

Coloro che si sono impegnati negli ultimi lustri a rinnovare l'approccio formativo per le Scienze della salute, si sono dati giustamente alcuni obiettivi che mi sembrano pertinenti nell'educazione al cambiamento, e che mi limiterò a enumerare: obiettivo preliminare è quello di definire chiaramente il "profilo" del professionista da formare, affinché esso sappia rispondere efficacemente ai reali bisogni di salute della società in cui si troverà a operare; dovrebbe essere un professionista colto, ma non erudito, un professionista che non solo *conosce*, ma che sia soprattutto *competente e abile* nel proprio

esercizio professionale; un professionista *curioso e capace di cercare*, acquisire e applicare criticamente nuove conoscenze, capace di assumere secondo scienza e coscienza *decisioni autonome* nell'ambito delle proprie competenze professionali, nonché di valutare le proprie decisioni dal punto di vista etico e di prevederne le conseguenze socio economiche, ma anche ricco di doti affettive e di capacità relazionali, vorrei dire *"esperto in umanità"* in quanto avrà a che fare con persone e non solo con malattie e dovrà comunicare con i propri interlocutori senza soggezioni e senza rigidità, cioè in modo efficace ed empatico, disponibile a sottoporre il proprio operato a valutazioni di qualità.

La seconda tappa consiste nell'indicare con chiarezza i contenuti culturali e professionali necessari a realizzare quel modello, cioè quelli che in pedagogia medica sono chiamati obiettivi educativi o dell'apprendimento, cioè le conoscenze scientificamente provate, le competenze e le abilità che i discenti debbono apprendere, essendo in questo efficacemente aiutati dalle attività didattiche, cioè dal lavoro dei docenti; di ogni obiettivo dovrebbe risultare esplicito il grado di profondità al quale si ritiene necessario che quell'obiettivo venga conseguito (è infatti diverso dovere solo *ricordare* dall'abilità di *interpretare* dati o fenomeni, o di *risolvere problemi* e *assumere decisioni*); in questa direzione si è mosso l'impegno di definizione del "core curriculum".

Ogni docente dovrebbe inoltre conoscere e rispettare il senso di alcune parole: *addestrare* significa insegnare a compiere azioni, mentre *istruire* significa trasmettere informazioni che potranno risultare utili in alcune circostanze operative; *formare* significa sostanzialmente modificare comportamenti e nella fattispecie avrà lo scopo di indurre prassi e comportamenti professionali adeguati ai fini; tutte queste "funzioni didattiche" giocano il loro ruolo in relazione al tipo di obiettivo

# 7

educativo proposto e non possono essere utilizzate indifferentemente per obiettivi cognitivi, gestuali o psico-relazionali; esse rappresentano gradi via via più complessi dell'attività docente e dell'impegno discente perché sono finalizzati a livelli di apprendimento sempre più elevati; all'apice della piramide sta l'azione di *educare*, che ha il significato etimologico di *e-ducere*, di aiutare una persona a "tirar fuori" il meglio di sé, cioè a far emergere valori di attitudine e d'impegno – anche di conoscenza e di competenza – che, spesso inconsapevolmente, albergano in ogni soggetto. Sicuramente nell'azione dell'educare si realizza al massimo grado un tipo di *apprendimento centrato sulla persona*, ma anche tutte le altre "azioni didattiche" (addestrare, istruire, formare) riescono a farlo nella misura in cui al centro del processo e dell'attenzione venga collocato il soggetto che sta apprendendo, al "servizio" del quale si pone chi sta insegnando.

Un elemento ulteriore da acquisire è la consapevolezza che l'insegnamento universitario e post-universitario sono rivolti a soggetti adulti, si svolgono in ambiti professionali definiti, sono finalizzati a indurre e a migliorare comportamenti professionali e hanno come oggetto non solo l'apprendimento di contenuti professionali specifici, ma anche l'acquisizione di un metodo fondante la corretta utilizzazione di quei contenuti. E allora bisogna rendersi conto di come apprende il professionista adulto, il quale s'impegna ad apprendere per *sapere* ciò che gli serve per operare, per *fare*, cioè per compiere gli atti richiesti dalla sua professione, e per *essere*, cioè per entrare in relazione soddisfacente con le persone che incontra nel proprio esercizio professionale. L'apprendimento dell'adulto è facilitato dall'interesse personale per le cose da apprendere, dalla partecipazione attiva al processo e dal vantaggio che egli ne ricava, fosse anche solo di gratificazione personale. In effetti l'*homo sapiens* apprende perché è continuamente

obbligato a risolvere problemi; in questa sua attività essenziale per la sopravvivenza egli applica – grazie all'intelligenza di cui è dotato – il metodo e la logica della ricerca, e proprio in coerenza a ciò impara per tentativi e per errori. Egli non potrebbe non usare la memoria, che gli serve tuttavia non per immagazzinare informazioni ridondanti e spesso inutili, bensì per non ripetere errori già commessi e quindi per abbreviare la durata dei propri percorsi; in altri termini nell'affrontare problemi nuovi egli utilizza – grazie alla memoria – l'esperienza acquisita nel risolvere aspetti simili di problemi precedenti.

Sulla base di queste consapevolezze, i fondamenti della moderna pedagogia dell'adulto confermano – anche nell'apprendimento della medicina – che il discente deve essere posto al "centro" dei processi educativi; che l'apprendimento è il fine e l'insegnamento è il mezzo; che non si può imparare tutto quello che serve una volta per tutte (per esempio solo durante il periodo scolastico) e che quindi risulta fondamentale "*imparare a imparare*" perché l'apprendimento è un processo attivo che obbligatoriamente dura tutta la vita.

In un tale scenario la funzione del docente, tradizionalmente intesa come pura e autorevole trasmissione unilaterale del sapere, deve trasformarsi in quella di "facilitatore dell'apprendimento", che grazie alla propria cultura e alla propria esperienza sa individuare e sa proporre gli obiettivi educativi essenziali e più che trasmettere la conoscenza aiuta a imparare; insomma, certamente *anche* istruisce e addestra, ma *soprattutto* forma ed educa, per lo più attraverso l'esercizio dell'*ars maieutica* che stimola la curiosità, la ricerca, la scoperta e la capacità critica.

Inoltre, affinché l'apprendimento risulti efficace, si dovranno mettere a punto e utilizzare metodi didattici coerenti con la strategia educativa sopra enunciata: metodi capaci di stimolare l'apprendimento per curiosità, per ricerca e per scoperta;

metodi capaci di integrare conoscenze, competenze e abilità, come si ottiene egregiamente attraverso l'apprendimento basato sulla soluzione di problemi; e infine metodi che privilegino l'approccio "interattivo" in piccolo gruppo (la così detta didattica tutoriale), perché attraverso tale approccio di confronto e d'aiuto tra pari si ottiene anche un forte potenziamento dei processi metacognitivi.

Infine, non esiste apprendimento efficace senza valutazione, perché ciò che non si valuta viene... svalutato e da sempre lo studente studia *naturaliter* per l'esame. Ma a differenza della posizione "moralistica" ancora imperante, in una pedagogia centrata sulla persona è facile percepire come dagli errori si possa apprendere molto; si potrebbe dire che l'apprendere dagli errori è durante l'intero arco della vita il modo più "naturale" di apprendere; perciò l'errore va utilizzato prima che punito e questo giustifica l'ampio spazio che è opportuno concedere alla *valutazione formativa*, la quale di per sé rappresenta un formidabile strumento educativo; e deve crescere nei docenti, sulla base dell'esperienza personale, la convinzione che i contenuti sono valutabili dalla loro *applicazione* più che dalla loro memorizzazione. Tutte queste considerazioni sono confortate dalla constatazione che una valutazione "virtuosa" mobilita due processi educativi molto utili ed efficaci: la gratificazione personale, che stimola a migliorare la propria *performance* e l'etica della responsabilità, che si alimenta della coscienza dei propri compiti, ma anche della consapevolezza realistica delle proprie capacità e dei propri limiti.

Le considerazioni sopra proposte non sono nuove, né originali; l'unica giustificazione che può essere accampata nel ripeterle è che restano in gran parte *vox clamantis in deserto*. Tuttavia possiamo anche sperare nella promessa del detto: *gutta cavat lapidem...*

# Appunti sul tronco comune

## 8

Alessandro Lechi (Verona)

Nel nuovo ordinamento delle Scuole di Specializzazione dell'area medica è prevista, come è noto, una novità di rilevante importanza riguardante i rapporti tra le classi che la compongono, il cosiddetto "tronco comune" che coinvolge le classi della Medicina Clinica Generale e della Medicina Specialistica, con qualche riserva per quanto attiene alle Neuroscienze e Scienze cliniche del comportamento e alla Clinica dell'età evolutiva.

È opportuno rilevare preliminarmente che non si deve confondere il tronco comune *all'interno della classe* (Medicina Interna, Geriatria, Oncologia medica, Medicina dello Sport, Medicina Termale) e *tra classi* (Medicina Clinica Generale e Medicina Specialistica). Nel primo caso si potrebbe intendere un *core curriculum* condiviso con attuazioni pratiche molto diversificate: ad esempio potrebbe non esserci necessità di permanenza degli specializzandi nei rispettivi reparti tra Medicina Interna e Geriatria, mentre nel caso di Medicina dello Sport e Medicina Termale un lungo periodo di tirocinio (due anni?) in Medicina Interna dovrebbe essere garanzia di una formazione clinica adeguata.

Nel caso del tronco comune tra classi, ossia con le materie specialistiche, ancora una volta un tirocinio preliminare di uno o due anni in Medicina Interna rappresenterebbe la base indispensabile per una formazione clinica solida e completa, necessaria prima di intraprendere il percorso strettamente specialistico.

A questo riguardo giova ricordare che questa impostazione è largamente acquisita nei Paesi a più avanzato sviluppo sanitario (Paesi europei del Nord, USA) e viene in sostanza a sopperire a quella inevitabile carenza dell'attuale corso di laurea nel quale, nonostante l'innovativa introduzione dei sessanta crediti di tirocinio formativo, un'adeguata preparazione profes-

sionale non si realizza e forse non è nemmeno possibile che si realizzi. Se questa impostazione è valida, come ritengo che sia, anche in accordo con la definizione (albero: radici - tronco - rami.....) ne deriva inevitabilmente che questo periodo formativo debba essere preliminare secondo uno schema 1+4 o 2+3 anni eventualmente preceduto da un breve periodo di *imprinting*, non indispensabile, ma da più parti suggerito.

È necessario a questo proposito avere ben presente qual è la figura professionale che le Scuole di Specializzazione sono chiamate a formare.

Gli obiettivi formativi "integrati" del tronco comune, inteso in quest'ultima accezione, vengono specificati in dettaglio nel nuovo ordinamento (Tab. 1) e individuano, nelle singole aree specialistiche, le patologie ritenute al momento più importanti e comuni. Si tratta di un elenco di carattere generale ed esemplificativo (non un vero e proprio *core curriculum*), che difficilmente potrebbe considerarsi strettamente vincolante. Per inciso, appare strana l'assenza della Neurologia, sicuramente una disciplina specialistica molto importante e prossima alla Medicina Interna, mentre compaiono, sicuramente a buon diritto, la Farmacologia Clinica, la Radiologia (non presenti nell'area) e la Psichiatria.

In realtà, questo elenco corrisponde in buona parte all'indice generale di un trattato di Medicina Interna. In esso, infatti, sono elencate tutte le malattie più importanti della patologia umana che abitualmente si incontrano nei reparti di Medicina Interna, mentre non vengono incluse le patologie strettamente specialistiche e solo eccezionalmente sono indicate alcune procedure specifiche che vengono usualmente svolte nei reparti specialistici (per esempio, rachicentesi).

Se sul piano dottrinale questo elenco non apporta quindi nulla di nuovo e di significativo, ma appare una mera ripetizione del programma di Medicina Interna, il problema del tronco comune non appare più, o non soltanto, un problema di *merito*, ma soprattutto un problema di *metodo*. Sotto l'aspetto pratico e organizzativo, non è infatti specificato in che modo queste competenze debbano essere acquisite, ossia se attraverso consulenze, meeting congiunti, discussioni di casi clinici con carattere interdisciplinare, ecc. oppure attraverso periodi di internato a tempo pieno o parziale nei reparti specialistici. Il problema riveste una notevole rilevanza in quanto i crediti, e quindi anche l'offerta didattica frontale e la didattica interattiva, ossia il tempo trascorso in attività formative pratiche, attribuiti al tronco comune ammontano al 27% (81 crediti su 300) del totale, cioè un anno e quattro mesi di una Scuola della durata di cinque anni.

Analizziamo separatamente i due aspetti del problema del tronco comune come detto all'inizio, dal punto di vista delle Scuole di tipo specialistico (classe delle Specialità mediche) che devono prevedere un tirocinio in Medicina Interna e dal punto di vista della Scuola di Medicina Interna che deve prevedere vari periodi di tirocinio nelle Scuole di tipo specialistico.

Nel primo caso, a rigore di logica, e analogamente a quanto avviene in altri Paesi, la soluzione più semplice e coerente sarebbe quella di prevedere un periodo di uno o due anni in reparto di medicina Interna prima di passare in quello specialistico di competenza. Non è facile prevedere se e in che misura questa regola verrebbe accettata egualmente da tutte le Scuole di Specialità mediche se non fosse codificata e fissata da una disposizione di legge.

## 9

# D.L. Procedura per il conseguimento della idoneità scientifica nazionale ai fini del reclutamento dei Professori Universitari

Cari Colleghi,

*in data 23 marzo 2006, il Consiglio dei Ministri ha approvato il seguente schema di decreto legislativo, che detta le modalità attuative delle legge Moratti, con riferimento alle norme sul reclutamento dei professori universitari. Tali norme dovranno essere osservate d'ora in avanti per il conseguimento dell'idoneità scientifica nazionale, condizione imprescindibile per la partecipazione ai bandi di valutazione comparativa.*

Franco Dammacco

## IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;  
 Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;  
 Vista la legge 4 novembre 2005, n. 230 e in particolare l'articolo 1, comma 5, recante la delega al Governo per il riordino della disciplina del reclutamento dei professori universitari;  
 Visto il decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382;  
 Vista la legge 3 luglio 1998, n. 210;  
 Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 13 gennaio 2006;  
 Sentiti il Consiglio universitario nazionale (CUN) e la Conferenza dei Rettori delle università italiane (CRUI);  
 Acquisiti i pareri delle Commissioni VII del Senato e VII della Camera dei deputati, espressi rispettivamente il 28 febbraio 2006 e il 1° marzo 2006;  
 Ritenuto di non accogliere la condizione della VII Commissione della Camera dei Deputati concernenti l'articolo 14, comma 2, ritenendo che le quote da riservare a varie categorie di personale, ai sensi del citato articolo nelle prime quattro tornate dei giudizi di idoneità nazionale per la fascia dei professori associati, debbano considerarsi ricomprese, e non aggiuntive, rispetto alla quota di incremento complessivo del cento per cento del fabbisogno di personale;  
 Sulla proposta del Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro per la Funzione Pubblica:

EMANA

Il seguente decreto legislativo:

Art. 1

Definizioni

1. Ai sensi del presente decreto legislativo si intende:

- a) per Ministro o Ministero, il Ministro o Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca;
- b) per legge, la legge 4 novembre 2005, n. 230;
- c) per settore o settori, il settore scientifico-disciplinare o i settori scientifico-disciplinari;
- d) per giudizi idoneativi le procedure per il conseguimento dell'idoneità scientifica nazionale;
- e) per fascia o fasce, le fasce dei professori ordinari e dei professori associati di cui al decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382;
- f) per CUN, il Consiglio universitario nazionale;
- g) per CRUI, la Conferenza dei rettori delle università italiane.

Art. 2

Oggetto

1. Il presente decreto legislativo disciplina le procedure per il conseguimento della idoneità scientifica nazionale ai fini del reclutamento nel ruolo dei professori universitari.

Art. 3

Idoneità scientifica nazionale

1. L'idoneità scientifica nazionale si consegue all'esito di procedure bandite con decreto del Ministro, per ciascun settore e distintamente per le fasce dei professori ordinari e dei professori associati.
2. L'idoneità scientifica è attribuita nei limiti quantitativi stabiliti dal bando ai candidati che possiedono la piena maturità scientifica per la fascia dei professori ordinari e la maturità scientifica per la fascia dei professori associati.
3. Il possesso della idoneità scientifica nazionale costituisce requisito necessario per la partecipazione alle procedure di cui all'articolo 1, comma 8 della

legge e non comporta diritto all'accesso al ruolo dei professori universitari.

4. Ai fini della partecipazione alle procedure di reclutamento, la durata dell'idoneità scientifica è di quattro anni dal suo conseguimento.

Art. 4

Numero massimo di idoneità scientifiche

1. Fermo restando quanto disposto dagli articoli 5 e 14, comma 1, il numero massimo di soggetti che in ciascuna tornata possono conseguire l'idoneità scientifica nazionale per ciascuna fascia e per ciascun settore è pari al numero di posti da coprire indicato dalle università, per i quali è garantita la relativa copertura finanziaria come previsto al comma 2, incrementato di una quota non superiore al 40 per cento.
2. Ai fini di cui al comma 1, entro il 31 marzo di ogni anno le università comunicano al Ministero i posti di professore ordinario e associato che intendono coprire, attivando le procedure di idoneità scientifica nazionale e le successive procedure selettive ai sensi dell'articolo 13, nell'ambito della programmazione, di cui all'articolo 1 ter, lettera e), del decreto legge 31 gennaio 2005, n. 7, convertito dalla legge 31 marzo 2005, n. 43, nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 51, comma 4, della legge 7 dicembre 1997, n. 449 e all'articolo 1, comma 105, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
3. Con il decreto di cui all'articolo 3, comma 1, il Ministro, sentiti la CRUI e il CUN, definisce la quota incrementabile, nei limiti di cui al comma 1, relativamente a ciascuna fascia e a ciascun settore, tenendo conto della programmazione di cui al comma 2 e del numero di idonei nelle procedure già concluse non ancora chiamati, nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 51, comma 4, della legge n. 449 del 1997.
4. Per ciascun settore deve in ogni caso essere bandito ogni cinque anni almeno un posto di idoneo per ciascuna fascia, anche se non richiesto dalle università.

Art. 5  
Quote riservate per la fascia  
dei professori ordinari

1. Nei giudizi di idoneità per la fascia dei professori ordinari il numero massimo di soggetti ai quali può essere attribuita l'idoneità scientifica nazionale è incrementato nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 51, comma 4, della legge n. 449 del 1997, di una quota aggiuntiva pari al venticinque per cento del numero risultante dall'applicazione delle norme di cui agli articoli 4, comma 1 e 14, comma 1, riservata ai professori associati che alla data fissata dal bando abbiano un'anzianità di servizio nella stessa fascia, non inferiore a quindici anni compreso il servizio prestato come professore associato non confermato, maturata nell'insegnamento di materie ricomprese nel settore scientifico-disciplinare oggetto del bando di concorso o in settori affini previamente individuati con decreto del Ministro previo parere del CUN. Qualora l'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo dia luogo all'attribuzione ai destinatari della quota riservata di un numero frazionario di idoneità, quest'ultimo è arrotondato all'unità superiore.

Art. 6  
Liste di commissari nazionali

1. Ai fini della formazione delle commissioni di valutazione di cui all'articolo 7, per ciascun settore e per ciascuna fascia è costituita ed è rinnovata ogni due anni una lista di commissari nazionali mediante elezioni indette con decreto del Ministro. Salvo quanto previsto dal comma 6, in sede di rinnovamento biennale delle liste non sono immediatamente rieleggibili i commissari che hanno fatto parte delle commissioni di valutazione nel biennio precedente.

2. Le elezioni sono indette entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del bando e terminano entro quindici giorni dalla data di indizione.

3. L'elettorato attivo è attribuito, per ciascun settore e per la corrispondente fascia, ai professori ordinari e straordinari e ai professori associati non confermati e confermati afferenti allo stesso

settore, nonché ai professori straordinari a tempo determinato di cui all'articolo 1, comma 12, della legge in possesso, alla data di indizione delle elezioni, dell'idoneità nazionale da non oltre quattro anni. L'elettorato passivo è attribuito per ciascun settore e per la corrispondente fascia, ai soli professori ordinari e ai professori associati confermati nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente.

4. Il Ministero definisce gli elenchi dell'elettorato attivo e passivo, assicurandone la pubblicità per via telematica almeno quarantacinque giorni prima dell'inizio delle elezioni. Le opposizioni agli elenchi provvisori sono presentate al Ministro non oltre il quindicesimo giorno antecedente l'inizio delle elezioni. Il Ministro decide nei successivi dieci giorni ai fini della determinazione degli elenchi definitivi.

5. Ogni elettore esprime due preferenze. Ogni lista è formata da quindici commissari. Risultano eletti e sono inseriti nelle liste coloro che hanno ottenuto il maggior numero di voti con un minimo di quattro. A parità di voti prevale il più anziano in ruolo e a parità di anzianità di ruolo il più anziano di età. Nel caso che non venga raggiunto il numero di commissari nazionali richiesto si procede entro trenta giorni ad una elezione suppletiva.

6. Ove il settore sia costituito da un numero di docenti pari o inferiore a quindici, la lista è costituita da tutti gli appartenenti al settore ed è integrata mediante elezione, fino a concorrenza del numero di quindici, da appartenenti a settori affini, individuati con il decreto di cui all'articolo 5. In sede di rinnovazione biennale della lista non trova applicazione il divieto di immediata rieleggibilità nei confronti di due terzi degli appartenenti al settore, individuati mediante sorteggio.

7. Lo svolgimento delle elezioni avviene con procedure telematiche validate, assicurando l'accertamento dell'identità dell'elettore e la segretezza del voto. Le liste risultanti dalle operazioni elettorali, di cui ai commi precedenti, sono costituite con decreto del Ministro reso pubblico per via telematica entro quindici giorni dal termine delle elezioni.

8. L'eventuale sostituzione, per qualunque causa, dei commissari inseriti nelle liste è effettuata mediante sorteggio tra

gli appartenenti alla fascia e al settore interessato, che siano nelle condizioni di cui al secondo periodo del comma 3.

Art. 7  
Commissioni di valutazione

1. La commissione di valutazione per ciascuna fascia e per ciascun settore è composta da cinque componenti sorteggiati secondo modalità telematiche dalle corrispondenti liste di commissari nazionali di cui all'articolo 6. I componenti delle commissioni della prima tornata di giudizi sono esclusi dal sorteggio per la seconda tornata di giudizi del biennio.

2. Per i giudizi idoneativi a professore ordinario la commissione è composta da cinque professori ordinari.

3. Per i giudizi idoneativi a professore associato la commissione è composta da tre professori ordinari e due professori associati confermati. I professori ordinari sorteggiati quali componenti di commissione, sia nei giudizi a professore ordinario sia nei giudizi a professore associato, devono optare per l'una o per l'altra commissione entro 10 giorni dalla comunicazione, operata da parte del Ministero, dei risultati del sorteggio. Nel caso in cui l'opzione non sia esercitata si procede ad un tempestivo sorteggio per individuare la commissione di cui il professore ordinario fa parte con conseguente sostituzione nella commissione da cui il medesimo è estromesso.

4. La partecipazione alle commissioni costituisce obbligo d'ufficio, salvo i casi di forza maggiore. La rinuncia alla nomina o le dimissioni di un componente di una commissione giudicatrice per sopravvenuti impedimenti devono essere adeguatamente motivate e documentate e hanno effetto solo dopo l'accettazione da parte del Ministro.

5. In ogni caso in cui sia necessario sostituire uno o più componenti delle commissioni giudicatrici si procede ad un nuovo tempestivo sorteggio con le modalità di cui al comma 1.

6. Nelle ipotesi di cui ai commi 4 e 5 sono fatti salvi gli atti delle commissioni già compiuti prima della sostituzione.

7. Dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del decreto di nomina delle commissioni giudicatrici decor-

## 11

re il termine previsto dall'articolo 9 del decreto legge 21 aprile 1995, n. 120, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 1995, n. 236, per la presentazione al Ministro, da parte dei candidati, di eventuali istanze di ricusazione dei commissari. Decorso tale termine e comunque dopo l'insediamento della commissione non sono ammesse istanze di ricusazione dei commissari.

8. Le modifiche dello stato giuridico intervenute successivamente al decreto di nomina della commissione non incidono sulla qualità di componente delle commissioni giudicatrici.

#### Art. 8 Sedi delle procedure

1. Le procedure per il conseguimento dell'idoneità scientifica nazionale si svolgono presso le università individuate, per ciascun settore e ciascuna fascia, mediante sorteggio entro una lista di università, aventi idonee strutture, definita dal Ministero su proposta della CRUI per ciascuna area di cui al decreto del Ministro 4 ottobre 2000 e successive modificazioni e aggiornata ogni tre anni. L'elenco delle sedi è inserito nel decreto di cui all'articolo 3, comma 1.

2. Le università individuate ai sensi del comma 1 assicurano le strutture e il supporto di segreteria per l'espletamento delle procedure. All'attuazione del presente comma le università provvedono nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

3. Gli oneri relativi al funzionamento di ciascuna commissione di valutazione sono posti a carico dell'ateneo ove si espleta il giudizio idoneativo. Di tali oneri si tiene conto nella ripartizione del fondo di finanziamento ordinario.

#### Art. 9 Lavori delle commissioni di valutazione

1. Le commissioni giudicatrici, insediate presso le università in cui si espleta il giudizio idoneativo, eleggono il presidente e predeterminano i criteri di massima e le procedure per la valutazione comparativa dei candidati anche,

ove possibile, facendo riferimento a parametri riconosciuti in ambito nazionale ed internazionale. Tali determinazioni sono comunicate senza indugio al responsabile del procedimento di cui all'articolo 12, comma 4, il quale ne assicura la pubblicità almeno 7 giorni prima della prosecuzione dei lavori della commissione.

2. Espletate le procedure di cui al comma 1, le commissioni giudicatrici accedono per via telematica alla lista delle domande, all'elenco delle produzioni scientifiche e dei titoli e alla relativa documentazione, inerenti il concorso, presentate ai sensi dell'articolo 12, comma 3. Per garantire la riservatezza dei dati presentati l'accesso avviene tramite password consegnata al presidente della commissione dal responsabile del procedimento.

3. Per valutare la produzione scientifica, gli altri titoli scientifici e il curriculum complessivo del candidato, anche con riferimento all'attività didattica e alle eventuali esperienze professionali e organizzative, la commissione tiene in considerazione i seguenti criteri:

- a) originalità e innovatività della produzione scientifica, comprendente le pubblicazioni, i brevetti e i progetti innovativi, nonché rigore metodologico;
- b) apporto individuale del candidato, analiticamente determinato nei lavori in collaborazione in quanto individuabile;
- c) la direzione e il coordinamento di gruppi di ricerca;
- d) congruenza dell'attività del candidato con le discipline ricomprese nel settore per il quale è bandita la procedura ovvero con tematiche interdisciplinari che le comprendano;
- e) rilevanza scientifica della collocazione editoriale delle pubblicazioni e loro diffusione all'interno della comunità scientifica;
- f) continuità temporale della produzione scientifica, anche in relazione all'evoluzione delle conoscenze nello specifico settore;
- g) entità e caratteristiche degli impegni didattici assolti, documentati dagli enti interessati;
- h) entità e caratteristiche delle attività svolte in campo clinico-assistenziale e in ogni altro ambito professionale e di lavoro in cui le connesse esperienze e competenze siano esplicitamente richieste o comunque integrino il profilo

complessivo del candidato.

4. Il giudizio della commissione sulla produzione scientifica, sui titoli e sul merito complessivo del candidato viene espresso con specifico riferimento ai criteri di cui ai commi 1 e 3.

5. Al termine delle valutazioni della produzione scientifica e dei titoli, nei giudizi idoneativi per la fascia dei professori associati i candidati sostengono una prova didattica e discutono la produzione scientifica presentata. Il bando può prevedere che le relative prove siano sostenute nella lingua straniera oggetto della valutazione comparativa. Nei giudizi per la fascia di professore ordinario i candidati discutono la produzione scientifica presentata e quelli che non rivestono la qualifica di professore associato sostengono anche una prova didattica, che concorre alla valutazione complessiva.

6. La prova didattica e la discussione sulla produzione scientifica sono pubbliche.

7. Le commissioni sono tenute a concludere i propri lavori entro 6 mesi dalla data di pubblicazione del decreto di nomina. Per comprovati ed eccezionali motivi, il Ministro può concedere per una sola volta una proroga del termine non superiore, comunque, a due mesi. Nel caso in cui i lavori non siano conclusi entro i termini su indicati, il Ministro sostituisce l'intera commissione, ovvero i commissari ai quali sia imputabile il ritardo, con le modalità di cui all'articolo 8, assegnando un nuovo termine per la conclusione dei lavori non superiore a sei mesi. Salva la responsabilità disciplinare, i commissari ai quali è imputabile il ritardo non possono far parte delle commissioni giudicatrici per i successivi due giudizi idoneativi.

8. Le commissioni possono avvalersi di strumenti telematici di lavoro collegiale. Le commissioni redigono i verbali delle singole riunioni, di cui sono parte integrante e necessaria i giudizi individuali e collegiali espressi su ciascun candidato, nonché la relazione riassuntiva dei lavori svolti.

9. Al termine dei lavori la commissione, previa valutazione comparativa, con deliberazione assunta a maggioranza dei componenti, indica i candidati ritenuti meritevoli dell'idoneità scientifica nazionale nei limiti numerici fissati dal bando.

## Art. 10

## Controllo di legittimità degli atti

1. Gli atti redatti dalle commissioni, di cui all'articolo 9, comma 9, sono consegnati entro 15 giorni dalla conclusione dei lavori al responsabile del procedimento che provvede a trasmetterli entro quindici giorni al CUN per il parere di legittimità, dandone comunicazione al Ministero.
2. Ove il CUN non si pronuncia entro sessanta giorni dal ricevimento degli atti si prescinde dal parere.
3. Nel caso in cui emergano rilievi di legittimità il Ministro riconvoca la commissione per un riesame degli atti, da svolgersi entro sessanta giorni.
4. Dopo il riesame, gli atti sono nuovamente sottoposti al parere del CUN che si pronuncia entro il termine di trenta giorni, decorso inutilmente il quale si prescinde dal parere.
5. Gli atti sono approvati con decreto ministeriale e resi pubblici anche per via telematica.

## Art. 11

## Limite di ammissibilità ai giudizi idoneativi

1. Coloro che partecipano a tre procedure idoneative e non conseguono l'idoneità non sono ammessi alla prima tornata successiva per lo stesso settore o per i settori affini individuati ai sensi dell'articolo 5.

## Art. 12

## Bandi di indizione dei giudizi idoneativi

1. Il decreto di cui all'articolo 3, comma 1, è pubblicato entro il 30 giugno di ogni anno nella Gazzetta Ufficiale e reso disponibile anche per via telematica. Il decreto stabilisce le modalità e i tempi, non inferiori a trenta giorni e comunque non superiori a cinquanta, per la presentazione delle domande e della relativa documentazione, in conformità con le disposizioni vigenti in materia di

documentazione amministrativa.

2. La partecipazione ai giudizi idoneativi è libera, senza limitazione in relazione alla cittadinanza e al titolo di studio posseduti dai candidati. Ai professori ordinari e ai possessori dell'idoneità scientifica per le fasce dei professori ordinari è preclusa la partecipazione ai giudizi idoneativi per il conseguimento dell'idoneità scientifica per la fascia dei professori associati nello stesso settore o in settori affini.
3. La presentazione delle domande con allegati i rispettivi titoli, la produzione scientifica e l'elenco completo delle pubblicazioni si effettua per via telematica presso il Ministero con una procedura validata. Le pubblicazioni, di cui al precedente elenco non disponibili in via telematica, sono trasmesse dai candidati, entro 15 giorni dall'espletamento di quanto stabilito ai commi 1 e 2 dell'articolo 9, al responsabile del procedimento e ai componenti della commissione giudicatrice.
4. Per ciascuna procedura idoneativa l'università nomina, ai sensi della legge 7 agosto 1990 n. 241, un responsabile del procedimento che ne assicura il regolare svolgimento nel rispetto della normativa vigente, ivi comprese le forme di pubblicità e le comunicazioni previste dal presente decreto legislativo.

## Art. 13

## Procedure per la chiamata dei professori universitari

1. Le università disciplinano con propri regolamenti, adottati ai sensi dell'articolo 6, commi 9 e 10, della legge 9 maggio 1989, n. 168, le procedure selettive per la copertura dei posti di professore ordinario e associato ai sensi dell'articolo 1, comma 8, della legge, riservate ai possessori dell'idoneità nazionale, assicurando la valutazione comparativa dei candidati e la pubblicità degli atti, nonché le procedure per i trasferimenti e per le chiamate degli idonei di cui alla legge 3 luglio 1998, n. 210.

## Art. 14

## Disposizioni transitorie e finali

1. Nelle prime due tornate dei giudizi di idoneità per la fascia dei professori ordinari e nelle prime quattro tornate dei giudizi di idoneità per la fascia dei professori associati, la quota di incremento di cui all'articolo 4, comma 1, è pari al cento per cento.
2. Nelle prime quattro tornate dei giudizi di idoneità per la fascia dei professori associati:
  - a) il quindici per cento della quota di incremento di cui al comma 1 è riservata ai professori incaricati stabilizzati, agli assistenti del ruolo ad esaurimento, nonché ai ricercatori confermati che alla data fissata dal bando abbiano svolto almeno tre anni di insegnamento nei corsi di studio universitari ai sensi dell'articolo 12 della legge 19 novembre 1990 n. 341;
  - b) una ulteriore quota dell'uno per cento è riservata ai tecnici laureati già ammessi con riserva alla terza tornata dei giudizi di idoneità per l'accesso al ruolo dei professori associati, bandita ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, e non valutati dalle commissioni esaminatrici.
3. Qualora l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dia luogo alla attribuzione ai destinatari della quota riservata di un numero frazionario di idoneità, quest'ultimo è arrotondato all'unità superiore.
4. L'articolo 2, comma 4, della legge 16 gennaio 2006, n. 18, si applica alle procedure di valutazione comparativa per posti di ricercatore universitario bandite fino al 30 settembre 2013 nonché a quelle per posti di professore ordinario e associato bandite secondo la normativa previgente alla legge n. 230 del 2005 fino alla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.
5. Ai sensi dell'articolo 1, comma 25, della legge, dall'attuazione delle disposizioni del presente decreto legislativo non devono derivare nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica.

## Appunti sul tronco comune

Alessandro Lechi (Verona)

segue da pagina 8

Più semplice affrontare il secondo aspetto del problema in quanto di nostra competenza. Ribadiamo che, secondo logica, in questo caso non sarebbe giusto parlare di tronco comune, ma più correttamente di "integrazione" del curriculum con competenze specialistiche. È chiaro che se questi tipi di tronco comune dovessero consistere in tutto o prevalentemente in una forma di internato, ciò comporterebbe notevoli problemi e difficoltà di tipo organizzativo, che possiamo sinteticamente riassumere nei seguenti punti:

- in molte sedi potrebbero mancare alcune strutture di tipo specialistico adatte a questo scopo;
- in molti casi, per motivi storici o per specifiche propensioni a svolgere attività di ricerca clinica in alcuni settori della Medicina Interna, molti reparti internistici possiedono già una particolare competenza in un qualche campo specialistico;
- il rapporto tra numero di Specializzandi in Medicina Interna che si trasferisce per l'internato nei reparti specialistici potrebbe non corrispondere al numero di Specializzandi di Scuole Specialistiche che si trasferisce per l'internato nei reparti internistici;
- un'altra asimmetria potrebbe essere di tipo temporale: per i motivi ricordati nell'introduzione, gli Specializzandi di scuole specialistiche dovrebbero frequentare i reparti internistici nei primi anni (subito o dopo un breve periodo di *inprinting*), mentre gli Specializzandi in Medicina Interna dovrebbero andare nei reparti specialistici negli ultimi anni della Scuola;
- in ogni caso, si deve evitare che questi continui spostamenti realizzino una frammentazione assolutamente dannosa del percorso formativo. Bisogna ricordare che brevi periodi di permanenza possono servire soltanto all'ambientazione ed è necessario approntare

un meccanismo perfettamente funzionante che preveda strutture idonee (vedi punto 1) e rapporti interpersonali eccellenti al fine di non penalizzare i discenti.

Come prima si è ricordato, il credito formativo (CFU), che corrisponde al tempo ritenuto necessario per conseguire un certo obiettivo didattico, è costituito da

25 ore di lavoro per l'attività formativa didattica e di 35 ore per l'attività formativa professionalizzante. Il tronco comune prevede 16 crediti di attività didattiche formali e 65 crediti di attività formativa professionalizzante.

Se i 16 crediti di attività didattica, intesa come didattica frontale (lezioni, seminari, tavole rotonde,

**Allergologia e Immunologia clinica**

Malattie allergiche, immunodeficienze principali, malattie autoimmuni, allergie da farmaci, alimentari e respiratorie, malattie immuno-mediate

**Cardiologia**

Anamnesi e valutazione delle principali malattie cardiovascolari, dolore toracico, infarto acuto del miocardio, aritmie minacciose, rianimazione cardiovascolare, shock, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare

**Ematologia**

Anamnesi, conoscenza e trattamento delle malattie ematologiche, anemia, leucopenia e piastrinopenia gravi, diatesi emorragiche

**Endocrinologia**

Conoscenza e trattamento delle malattie endocrine più diffuse; competenza specifica: chetoacidosi, ipoglicemia, ipercalcemie, disordini dell'equilibrio acido-base

**Farmacologia clinica**

Conoscenza dei farmaci più comuni, loro interazioni, effetti avversi, rapporto costo/beneficio, trattamento avvelenamenti e sovradosaggio

**Gastroenterologia**

Conoscenza e trattamento delle malattie più diffuse; competenza specifica: emorragie del tratto gastroenterico, insufficienza epatica, posizionamento sondino, paracentesi

**Malattie infettive**

Malattie infettive più diffuse; competenza specifica: sepsi, infezioni del sistema nervoso centrale, coagulazione intravascolare disseminata; procedure: emocolture, rachicentesi, punture sinoviali

**Nefrologia**

Malattie dell'apparato urinario più diffuse; competenza specifica: insufficienza renale acuta, infezioni urinarie

**Pneumologia**

Malattie dell'apparato respiratorio più diffuse; competenza specifica: asma acuta, insufficienza respiratoria acuta, pneumotorace, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite, pleurite (toracentesi)

**Psichiatria**

Malattie psichiatriche più diffuse; competenza specifica: emergenze urgenze psichiatriche, trattamento sovradosaggio droghe e astinenza da alcool

**Radiologia**

Conoscenza e indicazioni cliniche dei più comuni esami di diagnostica per immagini, interpretazione Rx torace e addome

Tab. 1 - Obiettivi formativi integrati, cosiddetto tronco comune.

ecc.) venissero distribuiti sui cinque anni, avremmo circa 3 crediti per anno di questo tipo, corrispondenti a 75 ore di lavoro, delle quali (considerando come usuale una proporzione 10:15 di didattica frontale e di studio individuale) 30 ore di didattica. È questo un dato che corrisponde realisticamente a quanto già avviene in molte sedi.

I 65 crediti di attività formativa professionalizzante possono prevedere sostanzialmente due modalità. La prima consistente in occasioni didattiche riferibili a modalità informali usualmente utilizzate nella pratica clinica: consulenze, meeting congiunti, discussioni di casi clinici con partecipazione di vari Specialisti, ecc., la seconda in internati veri e propri in strutture specialistiche.

Per la prima modalità potrebbe essere un utile punto di partenza un'intervista sul campione degli specializzandi in Medicina Interna dell'Università di Verona che ritengono di spendere nella prima modalità di didattica interattiva circa un'ora e mezza in media alla settimana, corrispondenti a circa 70 ore in base annua e quindi 6-7 crediti all'anno, ossia 30-35 crediti totali.

Gli altri 30-35 crediti potrebbero essere utilizzati per veri e propri periodi di internato permanente in reparti specialistici per conseguire specifiche competenze ritenute indispensabili per la formazione professionale di un internista (Tabella 9).

Alcuni internati, come quello in Medicina d'Urgenza o al Pronto Soccorso, appaiono indispensabili, ma potrebbero realizzarsi in parte sotto forma di partecipazioni alle guardie in queste strutture. Altri, come le frequenze in ambulatori specialistici (per esempio cardiologia, diabetologia, oncologia medica, malattie infettive) sono sicuramente utili, ma potrebbero svolgersi in ore particolari della giornata, in modo da non interrompere l'internato fondamentale nella Scuola di appartenenza.

Un'ipotesi di elenco di tirocini utili/necessari per lo specializzando in Medicina Interna e in Geriatria nelle principali strutture specialistiche potrebbe essere, a titolo puramente indicativo, il seguente:

- Cardiologia, UTIC;
- Cardiologia, ambulatorio;
- Cardiologia, ecocardiografia, test dinamici, ecc.;
- Malattie Infettive, ambulatorio;
- Endocrinologia-metabolismo, centro antidiabetico;
- Ematologia, day hospital;
- Reumatologia, ambulatorio;
- Pneumologia, laboratorio fisiopatologia;

- Gastroenterologia, endoscopia digestiva;
- Medicina Generale e Sanità Pubblica.

La frequenza in corsia potrebbe essere necessaria forse soltanto in Cardiologia e in strutture di Medicina d'Urgenza le quali, d'altra parte, potrebbero in molti casi essere gestite già da internisti. La Medicina dello Sport potrebbe avere esigenze in parte diverse, con maggiore sviluppo di alcuni tirocinio ad esempio in Cardiologia e Pneumologia, la Medicina Termale in altre, ecc.

Attività Globale (5 anni: 300 CFU, 6 anni: 360 CFU)			
Distribuzione dell'attività in strutture sanitarie e individuale			
Didattica formale e attività formative professionalizzanti		Studio individuale	
Almeno 70%	210 CFU	Fino a 30%	90 CFU
42 CFU / anno = 1.050 ore/anno	23 ore/settimana	18 CFU / anno = 450 ore/anno	10 ore/settimana
Tronco comune 81 CFU (16 mesi = 1 anno e 1/3)			
(1 CFU = 25 Ore 8-12 interattive 13-17 individuali)			
21 CFU didattica teorica	525 ore	60 CFU did. professionalizzante	1500 ore
8/25 interattive	17/25 individuali	10/25 interattive	15/25 individuali
168 ore	357 ore	600 ore	900 ore
Totale interattive 768 ore (39%), individuali 1257 ore (61%)			

Anno	Attività didattica formale	Attività formative professionalizzanti	
		Didattica interattiva	Tirocini stabili in reparti specialistici*
1°	3	6	2
2°	3	6	5
3°	3	6	8
4°	3	6	10
5°	4	6	10
Totale	16	30	35
65			
* Anche in fasce orarie parziali della giornata			

Tab. 2 - Ipotesi di distribuzione dei crediti di un tronco comune nella Scuola di Specialità in Medicina Interna.

## Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

a cura di Roberto Manfredini

La rassegna della letteratura scientifica di questo numero del Bollettino raccoglie alcuni studi internazionali, pubblicati su riviste di assoluto prestigio, che si ripromettono di dare risposte a problematiche assai attuali e dibattute. Naturalmente, neppure l'autorevolezza delle riviste in questione consente di dare sempre e comunque risposte assolute. Anzi, lo scopo è proprio quello di alimentare la discussione e fornire spunti per sempre nuove ricerche. Inoltre, viene dato spazio ad alcuni argomenti di Medicina d'Urgenza, visto l'imminente lancio della nuova rivista scientifica della Società Italiana di Medicina Interna interamente in lingua inglese, ovvero *Internal and Emergency Medicine*. Infine, last but not least, una piccola raccolta di alcuni significativi contributi di Autori italiani.

\*\*\*\*\*

*Il fatto di assumere una terapia a base di statine e  $\beta$ -bloccanti è in grado di influenzare una diversa modalità di esordio della cardiopatia ischemica? I risultati dello studio Advance mostrano come l'uso di statine e  $\beta$ -bloccanti sia risultato essere associato ad una minore probabilità di esordio della cardiopatia ischemica con infarto miocardico che con angina stabile. Va detto che questo studio, di tipo osservazionale, non prendeva in considerazione l'utilizzo o meno di farmaci potenzialmente confondenti, ad esempio aspirina. Sono quindi necessari ulteriori studi per confermare che questi farmaci siano in grado di esercitare una protezione nei confronti delle presentazioni instabili della cardiopatia ischemica, caratterizzate da maggior rischio.*

Titolo originale:

**Statin and  $\beta$ -Blocker Therapy and the Initial Presentation of Coronary Heart Disease**

Go AS, Iribarren C, Chandra M,

Lathon PV, Fortmann SP, Quertermous T, Hlatky MA, for the Atherosclerotic Disease, Vascular Function and Genetic Epidemiology (ADVANCE) Study *N Engl J Med* 2006; 144: 229-238.

Corrispondenza:

Alan S. Go, MD, Division of Research, Kaiser Permanente of Northern California, 2000 Broadway Street, 3rd Floor, Oakland, CA 94612-2304.

E-mail: Alan.S.Go@kp.org

**Background:** La malattia aterosclerotica coronarica si sviluppa lentamente nel corso dei decenni, ma è spesso clinicamente associata ad episodi improvvisi di instabilità. I pazienti che presentano malattia coronarica instabile, come ad esempio l'infarto miocardico, potrebbero essere assolutamente diversi da quelli che presentano una malattia coronarica relativamente stabile, tipo l'angina da sforzo.

**Scopo:** Verificare se la terapia farmacologica o le caratteristiche dei pazienti siano in grado di modificare la presentazione clinica della malattia coronarica.

**Disegno:** Studio caso-controllo.

**Soggetti e metodi:** Soggetti adulti alla prima manifestazione clinica di malattia coronarica: infarto miocardico acuto (n = 916) o angina da sforzo stabile (n = 468). Verifica della terapia medica farmacologica utilizzata prima dell'evento, stile di vita e caratteristiche cliniche dei pazienti.

**Risultati:** Rispetto ai pazienti con angina da sforzo stabile, quelli con infarto miocardico erano prevalentemente maschi, fumatori, sedentari e portatori di ipertensione arteriosa, ma avevano una minore anamnesi familiare di malattia coronarica. I pazienti che presentavano infarto miocardico facevano minor uso di statine (19.3% vs. 40.4%;  $P < 0.001$ ) e  $\beta$ -bloccanti (19.0% vs. 47.7%;  $P < 0.001$ ) rispetto a quelli con angina da sforzo stabile. Dopo aggiustamento per potenziali fat-

tori confondenti, l'utilizzo recente di statine (*adjusted odds ratio*, 0.45 [95% CI, 0.32 to 0.62]) e di  $\beta$ -bloccanti (*adjusted odds ratio*, 0.26 [CI, 0.19 to 0.35]) si associava a una minore probabilità di esordio con infarto miocardico che con angina stabile.

**Limitazioni:** Questo studio, di tipo osservazionale, non citava tutti i possibili fattori confondenti, compreso l'uso di aspirina.

**Conclusioni:** L'uso di statine e  $\beta$ -bloccanti risultava essere associato ad una minore probabilità di esordio con infarto miocardico che con angina stabile. Sono necessari ulteriori studi per confermare che questi farmaci siano in grado di esercitare una protezione nei confronti delle presentazioni instabili della cardiopatia ischemica, caratterizzate da maggiore rischio.

\*\*\*\*\*

*La supplementazione a base di calcio e vitamina D3 è realmente efficace nel prevenire le fratture in donne sane in post-menopausa? Ed è vero che questa terapia è in grado anche di apportare beneficio nella prevenzione primaria del cancro del colon-retto? I risultati di due studi svolti sulla importante coorte di oltre 36,000 donne della Women's Health Initiative sembrano dire di no. Da una parte, la supplementazione con calcio e vitamina D, pur mostrando un lieve significativo miglioramento per quanto riguarda la densità ossea, non è stata in grado di ridurre in maniera significativa le fratture d'anca, mentre al contempo ha aumentato il rischio di calcoli renali. Un riassunto dell'interessante editoriale annesso all'articolo è stato inoltre riportato. Dall'altra, lo schema di supplementazione quotidiana con calcio e vitamina D non ha dato effetti sull'incidenza di neoplasia colo-rettale. Naturalmente non si può dire che questo studio (di durata consistente, 7 anni, ma non necessariamente*

te sufficiente ad escludere una latenza di patologia neoplastica) possa dare una risposta definitiva sull'argomento, e sono necessari studi di follow-up.

Titolo originale:

### Calcium plus Vitamin D Supplementation and the Risk of Fractures

Jackson RD, LaCroix AZ, Gass M, Wallace RB, Robbins J, Lewis CE, Bassford T, Beresford SAA, Black HR, Blanchette P, Bonds DE, Brunner RL, Brzyski RG, Caan B, Cauley JA, Chlebowski RT, Cummings SR, Granek I, Hays J, Heiss G, Hendrix SL, Howard BV, Hsia J, Hubbell FA, Johnson KC, Judd H, Kotchen JM, Kuller LH, Langer RD, Lasser NL, Limacher MC, Ludlam S, Manson JE, Margolis KL, McGowan J, Ockene JK, O'Sullivan MJ, Phillips L, Prentice RL, Sarto GE, Stefanick ML, Van Horn L, Wactawski-Wende J, Whitlock E, Anderson GA, Assaf AR, Barad D, for the Women's Health Initiative Investigators

*N Engl J Med* 2006; 354: 669-683

Corrispondenza:

RD Jackson, Division of Endocrinology, Ohio State University, 485 McCampbell, 1581 Dodd Dr., Columbus, OH 43210. E-mail: jackson.20@osu.edu.

**Background:** È ancora controverso se la supplementazione con calcio e vitamina D sia efficace nel prevenire le fratture in donne sane in post-menopausa.

**Metodi:** Sono state reclutate 36,282 donne in post-menopausa, di età 50-79 anni, già arruolate nello studio clinico Women's Health Initiative (WHI) e assegnate, in maniera randomizzata, a ricevere 1000 mg di calcio elementare sotto forma di carbonato di calcio con 400 UI di vitamina D3 al giorno oppure placebo. La eventuale insorgenza di fratture è stata verificata con periodo medio di follow-up di 7 anni, e la densità

ossea è stata misurata presso 3 centri WHI.

**Risultati:** La densità ossea a livello dell'anca è risultata dell'1.06% maggiore nel gruppo di soggetti che avevano assunto calcio e vitamina D rispetto al gruppo placebo ( $P < 0.01$ ). L'analisi di tipo *intention-to-treat* mostrava come i partecipanti che avevano ricevuto supplementazione con calcio e vitamina D avessero un *hazard ratio* di 0.88 per le fratture di anca (95% CI: 0.72-1.08), 0.90 per le fratture di colonna (0.74-1.10) e 0.96 per tutte le fratture (0.91-1.02). Il rischio di calcoli renali era più elevato nel gruppo calcio + vitamina D (*hazard ratio*: 1.17; 95% CI: 1.02-1.34). Eliminando i dati delle donne che smettevano di aderire allo studio, l'*hazard ratio* per le fratture di anca si riduceva a 0.71 (95% CI: 0.52-0.97). Gli effetti non mostravano significative variazioni sulla base della prerandomizzazione sui livelli sierici di vitamina D.

**Conclusioni:** In donne sane in post-menopausa, la supplementazione con calcio e vitamina D ha mostrato un lieve (ma significativo) miglioramento per quanto riguarda la densità ossea, non ha ridotto in maniera significativa le fratture d'anca e ha aumentato il rischio di calcoli renali.

Titolo originale:

### Calcium plus Vitamin D for Postmenopausal Women: Bone Appétit?

Joel S. Finkelstein

*N Engl J Med* 2006; 354: 750 - 752.

Corrispondenza:

Endocrine Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston.

### Editoriale (Abstract)

Esistono svariate terapie in grado di ridurre il rischio in soggetti affetti da osteoporosi. Anche se la loro efficacia in termini di prevenzione delle fratture resta tuttora incerta, calcio e vitamina D rappresentano

assolutamente la più diffusa e prescritta fra queste terapie. Gli integratori a base di calcio sono infatti in cima alle vendite nella multimilionaria industria degli integratori, e le vendite annuali, negli Stati Uniti, sono stimate in 993 milioni di dollari... Per quanto riguarda lo studio di Jackson et al, vi sono diversi aspetti del disegno dello studio che potrebbero avere ridotto le *chance* di trovare un beneficio nel trattamento con calcio + vitamina D. Per prima cosa, i soggetti non erano stati selezionati sulla base della densità minerale ossea o dei fattori di rischio per fragilità nei confronti delle fratture. Seconda cosa, il 64% delle donne del gruppo placebo aveva un'assunzione giornaliera di calcio, proveniente da dieta-integratori, di almeno 800 mg, e il 42% assumeva almeno 400 UI di vitamina D. È probabile che una supplementazione a base di calcio + vitamina D avrebbe potuto essere più efficace in donne a bassa assunzione di calcio, anche se la stratificazione in sottogruppi sulla base dei livelli di assunzione di calcio non ha rilevato un tale effetto... Terzo, la dose di vitamina D-400 UI/die - potrebbe non essere stata sufficiente, dato che i *trial* che hanno mostrato effetti benefici dalla supplementazione calcio + vitamina D avevano utilizzato dosaggi di almeno 700 UI/die. Quarto, più di metà delle partecipanti in entrambi i gruppi stava al momento assumendo terapia ormonale sostitutiva. Dato che tale terapia si è rivelata in grado di ridurre il rischio di fratture, sia dell'anca sia delle vertebre, legate all'osteoporosi, ci si può attendere che l'uso di terapia ormonale sostitutiva possa ridurre le *chance* di rinvenire un beneficio addizionale di un trattamento calcio + vitamina D in termini di riduzione delle fratture...../..... Molti potrebbero essere delusi da questi risultati. Gli studi, infatti, sono generalmente disegnati nella speranza di avere risultati positivi.

Comunque, i risultati di questo studio hanno importanti implicazioni in tema di sanità pubblica. Questi risultati rafforzano il concetto già noto che la supplementazione con calcio + vitamina D è di per se stessa una misura insufficiente a prevenire le fratture in donne in post-menopausa, anche se sicuramente utile in sottogruppi selezionati, tipo le donne > 60 anni di età o quelle a basso introito di calcio e vitamina D. Con il diffuso *marketing* del calcio e vitamina D molte donne ritengono di essere del tutto protette dall'osteoporosi in caso di assunzione di questa integrazione. Questo studio potrebbe aiutare a correggere questo errato modo di pensare e permettere ad un numero maggiore di donne di ricevere un trattamento ottimale nei confronti della salute ossea. Inoltre, questo studio solleva l'importante questione se la supplementazione calcio + vitamina D debba essere raccomandato di routine a tutte le donne in post-menopausa. Anche in presenza di un maggiore rischio di calcoli renali, infatti, non si possono ignorare i possibili benefici di un trattamento a base di calcio e vitamina D sul rischio di fratture. Sembra ragionevole raccomandare alle donne un'adeguata assunzione giornaliera di calcio e vitamina D attraverso la dieta, gli integratori, o entrambi. Ma un messaggio deve essere chiaro: la supplementazione a base di calcio e vitamina D non è sufficiente di per sé a garantire una salute ossea ottimale. Medici e pazienti dovrebbero essere consci che anche se una donna riceve una adeguata quantità di calcio e vitamina D può ancora essere a rischio di fratture, specie in caso di ridotta densità ossea o di altri fattori di rischio. Esistono altre terapie aggiuntive dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di fratture in donne osteo-

porotiche, quali i farmaci antirassorbimento o teriparatide. La supplementazione calcio + vitamina D è come una partita di poker: è quella da cui ciascuno parte. Se poi i dati clinici suggeriscono che il rischio di frattura è importante, probabilmente quella donna ha bisogno di qualcosa di più.

Titolo originale:

**Calcium plus Vitamin D Supplementation and the Risk of Colorectal Cancer**

Wactawski-Wende J, Kotchen JM, Anderson GA, Assaf AR, Brunner RL, O'Sullivan MJ, Margolis KL, Ockene JK, Phillips L, Pottern L, Prentice RL, Robbins J, Rohan TE, Sarto GE, Sharma S, Stefanick ML, Van Horn L, Wallace RB, Whitlock E, Bassford T, Beresford SAA, Black HR, Bonds DE, Brzyski RG, Caan B, Chlebowski RT, Cochrane B, Garland C, Gass G, Hays J, Heiss G, Hendrix SL, Howard BV, Hsia J, Hubbell A, Jackson RD, Johnson KC, Judd H, Kooperberg CL, Kuller LH, LaCroix AZ, Lane DS, Langer RD, Lasser NL, Lewis CE, Limacher MC, Manson JE, for the Women's Health Initiative Investigators  
*N Engl J Med* 2006; 354: 684-696.

Corrispondenza:

J. Wactawski-Wende, Department of Social and Preventive Medicine, University at Buffalo, 270 Farber Hall, Buffalo, NY 14214.  
E-mail: jww@buffalo.edu

**Background:** L'assunzione di calcio e vitamina D è stata associata, in studi epidemiologici e/o di prevenzione dei polipi, ad un ridotto rischio di cancro del colon-retto e di recidiva dei polipi. Tuttavia, non esiste evidenza da studi randomizzati e controllati che la supplementazione con calcio + vitamina D apporti beneficio nella preven-

zione primaria del cancro del colon-retto.

**Metodi:** Gli Autori hanno condotto uno studio randomizzato, doppio-cieco, placebo-controllato, su 36,282 donne in post-menopausa provenienti da 40 centri aderenti alla Women's Health Initiative: 18,176 donne ricevevano 500 mg di calcio elementare sotto forma di carbonato di calcio e 200 UI di vitamina D 2 volte al dì (1000 mg di calcio e 400 UI di vitamina D3) e 18,106 ricevevano placebo per un periodo medio di 7 anni. L'*outcome* secondario designato era l'incidenza clinicamente confermata di cancro del colon-retto. I livelli sierici basali di 25-idrossivitamin D erano stati valutati in uno studio caso-controllo affiancato.

**Risultati:** L'incidenza di neoplasia invasiva del colon-retto non presentava variazioni significative tra il gruppo di donne con supplementazione calcio + vitamina D rispetto al gruppo trattato con placebo (168 e 154 casi; *hazard ratio*: 1.08; 95% CI: 0.86-1.34; P = 0.51) e le caratteristiche del tumore erano simili nei due gruppi. La frequenza di neoplasia coloretale allo *screening* e i sintomi addominali erano simili, e non risultavano differenze significative di interazioni del trattamento con le caratteristiche di base.

**Conclusioni:** In donne in post-menopausa la supplementazione quotidiana con calcio + vitamina D per 7 anni non ha dato effetti sulla incidenza di neoplasia coloretale. La lunga latenza necessaria allo sviluppo del cancro del colon-retto da una parte, e la durata di 7 anni dello studio dall'altro, potrebbero avere contribuito a questo risultato negativo. Prossimi studi di *follow-up* saranno in grado di stabilire gli effetti a lunga distanza di questo tipo di intervento.

## Gruppo di studio per l'applicazione del nuovo Ordinamento alle Scuole di Specializzazione della Classe di Medicina Clinica Generale

18

### Gruppo di studio

Riunione del 9 Febbraio 2006

Presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna, si è riunito il 9 Febbraio u.s., alle ore 11,00, il Gruppo di Studio di MED/09 per l'applicazione del nuovo Ordinamento alle Scuole di Specializzazione della Classe di Medicina Clinica Generale.

Erano presenti il Presidente Prof. Franco Dammacco, i Professori Angela Becchi (Medicina di Comunità), Roberto Bernabei e Gianfranco Salvioli (Geriatrics e Gerontologia); Guido Francini e Gianluigi Cetto (Oncologia Medica), Antonio Fraioli e Nappi (Medicina Termale), nonché i componenti del Gruppo Nicola Carulli, Giovanni Danieli, Roberto Delsignore, Alessandro Lechi, Giuseppe Realdi. Assente giustificato Massimo Pagani.

In apertura il Presidente ha ringraziato tutti i presenti per aver accolto l'invito ad incontrarsi sul tema delle Scuole di Specializzazione della classe di Medicina Clinica Generale; ha quindi dato la parola a Giovanni Danieli che ha riferito brevemente sui lavori svolti dal gruppo, lavori che hanno portato alla stesura di una prima bozza di documento.

Sono successivamente intervenuti i Rappresentanti delle Società Scientifiche invitate, che hanno richiesto alcuni chiarimenti e precisato il punto di vista delle rispettive Società, che è quello di offrire, pur nel rispetto della piena autonomia di ciascuna Scuola, la collaborazione necessaria per un'efficace attività formativa di classe.

Ai quesiti posti hanno risposto esaurientemente i componenti del Gruppo, che hanno assicurato il pieno accoglimento delle integrazioni richieste al documento.

È intervenuto, quindi, il Presidente affermando che, pur avendo registrato un senso diffuso di conserva-

zione della propria autonomia, ci sono le premesse per realizzare una proficua collaborazione in quei campi nei quali la convergenza delle competenze può risultare vantaggiosa per la preparazione degli studenti e per un miglior utilizzo delle risorse.

Ha invitato il Gruppo/09 a proseguire nel suo efficace lavoro sino alla stampa di una Guida alle Scuole la cui diffusione è prevista a metà maggio in occasione del Congresso Nazionale MED/09; ha inoltre assicurato ai Colleghi non internisti la disponibilità a fornire il supporto necessario, qualora desiderato, per pubblicare (congiuntamente al nostro), eventuali documenti delle altre Scuole.

Ai fini di questa pubblicazione, pur proseguendo con il metodo del lavoro di gruppo, il Presidente ha affidato a ciascun membro del Gruppo il compito di un particolare settore.

Così Giuseppe Realdi sarà responsabile delle Attività Formative Professionalizzanti, realizzate sia come didattica pratica sia come tirocinio, mentre per quel che concerne le attività formative didattiche. Roberto Delsignore curerà le attività di base, affini o integrative e le altre attività (Informatica, Inglese) con proposte adeguate e Nicola Carulli le attività elettive, con particolare riguardo alle Scienze Umane e alla costruzione di profili finalizzati all'acquisizione di specifiche competenze; ad Alessandro Lechi toccherà la difficile definizione del tronco comune nella duplice visione, cosa apprenderanno gli specializzandi nelle nostre strutture di Medicina Interna, cosa devono trovare per il completamento della loro preparazione nelle strutture non internistiche; infine Giovanni Danieli sarà al servizio del gruppo per il necessario coordinamento e per la preparazione di una nuova bozza di Regolamento, prima della revisione finale.

Il Presidente ha voluto ricordare

chi cura cosa, affinché i Colleghi non internisti possano identificare facilmente l'interlocutore idoneo, con due precise finalità, fornire le indicazioni necessarie affinché il Documento MED/09 non sia in contrasto con le attese dei Colleghi di altre Scuole della stessa classe, fornire tutti i suggerimenti perché le attività comuni che si andrà a proporre siano già in partenza gradite a tutti i componenti della classe.

La riunione si è chiusa alle ore 15,00; è prevista per i primi di aprile una nuova convocazione del Gruppo.

### Giunta esecutiva del Collegio Riunione del 21 febbraio 2006

La riunione inizia alle ore 11.15.

#### 1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente dà lettura di una lettera del prof. Mannucci, Presidente della SIMI, riguardante i non positivi risultati della collaborazione instaurata nel corso del 2005 tra Collegio e SIMI in tema di politica comune delle iscrizioni (330 Soci in meno della SIMI che erano o che si sono iscritti anche a COLMED a fronte di un incremento di 26 nuovi Soci che erano iscritti al solo Collegio). Il Presidente informa la Giunta che ha in programma, a breve, un incontro con il prof. Mannucci su questo argomento. Un'ipotesi per facilitare le procedure amministrative relative alle quote di iscrizione potrebbe prevedere l'affidamento alla Segreteria Amministrativa della SIMI, previo regolare compenso, anche della funzione di gestione delle iscrizioni al Collegio, ovviamente una volta acquisito in tal senso parere positivo da parte del prof. Mannucci (attuale Presidente SIMI), del prof. Licata (prossimo Presidente SIMI) e la disponibilità della Sig.ra Simona Pescetelli (Segretaria Amministrativa SIMI). Il Presidente sottopone la questione al parere della Giunta.

## Riunione della Giunta esecutiva

21 febbraio 2006

Si apre un'approfondita discussione riguardante da una parte le motivazioni che portano ad un numero piuttosto limitato di iscrizioni (specialmente tra i Ricercatori), dall'altra, l'ipotesi di lavoro presentata dal Presidente. Sul primo tema il prof. Senin fa presente che molti Colleghi Geriatri, non iscritti alla SIMI, non sono a conoscenza del Collegio in quanto il Bollettino viene spedito assieme a quello della SIMI per pure esigenze economiche di spese postali. E questo discorso può valere anche per Colleghi di altre discipline afferenti a COLMED (ad esempio, Medicina dello Sport). Vari interventi avanzano la proposta che il Collegio sia presente (con materiale illustrativo e/o fisicamente con un piccolo desk) ai Congressi Nazionali delle Società Scientifiche afferenti a COLMED/09. Un altro aspetto è relativo alle figure dei Referenti di Sede, da cui ci si attendeva una più efficace azione di sensibilizzazione a favore delle iscrizioni, e su eventuali proposte di modifica di questo schema organizzativo. Infine, una riflessione va fatta sulla scarsa adesione dei Ricercatori al Collegio (poca riconoscibilità negli scopi e nelle funzioni del Collegio stesso, demotivazione e frustrazione professionale della categoria).

Dopo approfondita discussione e nel rispetto di opinioni non unanimi su ogni singolo punto, si stabilisce quanto segue: a) pur riconoscendo che l'autonomia totale del Collegio rappresenta l'obiettivo ottimale da perseguire, al momento non probabile stante il limitato numero di iscrizioni, si dà mandato al Presidente di proseguire con l'ipotesi di collaborazione amministrativa con la SIMI, una volta ricevute le varie disponibilità dei professori Mannucci, Licata e della sig.ra Pescetelli. Si cercherà, inoltre, di accelerare l'iter che possa permettere l'iscrizione anche a mezzo carta di credito (sistema già in uso alla SIMI e che dovrebbe favorire le iscrizioni stesse); b) mantenere per ora la strutturazione organizzativa periferica del Collegio, che prevede tre Referenti di sede, uno

per ciascuna fascia di docenza, ma chiedendo in particolare a ciascuno di essi di farsi carico della campagna di sensibilizzazione, concentrandosi sui Colleghi della propria fascia. Si decide inoltre di apportare qualche piccola modifica alla veste editoriale del Bollettino COLMED perché, oltre alla Medicina Interna, siano evidenziate anche le altre discipline MED/09.

Il Presidente rammenta che la scadenza dell'attuale Giunta è fissata per il febbraio 2007, e che la tornata elettorale sarà effettuata in corrispondenza del prossimo Congresso Nazionale della SIMI (Cagliari).

Il Presidente dà lettura della e-mail del prof. Aldo Pinchera in merito all'individuazione del Referente Nazionale per quanto riguarda la S.S. in Medicina Interna, e riferisce di avere ottenuto la disponibilità da parte del prof. Roberto Delsignore (Parma). Inoltre, il Presidente ha proceduto alla verifica e all'aggiornamento dell'indirizzario di tutti i Direttori delle S.S. in Medicina Interna e di avere inviato a ciascuno una e-mail recante l'invito a volersi esprimere con voto telematico su questa designazione.

Si procede quindi alla lettura del verbale della riunione precedente della Giunta, datata 12 dicembre 2005.

### 2) Guida al Nuovo Ordinamento della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

Il Presidente dà lettura del verbale della riunione del Gruppo di Studio per l'applicazione del Nuovo Ordinamento alle S.S. della Classe della Medicina Clinica Generale, tenutasi il 9 febbraio u.s., e ricorda che copia della bozza del documento è stata inviata, per e-mail, a tutti i 1200 Colleghi interessati. Il Presidente invita i membri del Collegio che ancora non lo avessero fatto ad inviare per e-mail eventuali note e/o suggerimenti in proposito. Seguono una serie di considerazioni in tema di Medicina

Termale, Medicina dello Sport e Oncologia Medica, oltre che sul Master di III livello in Cure Palliative. Il Presidente dà lettura di una lettera del prof. Cetto nella quale solo Professori di Anestesiologia-Rianimazione e Oncologia (ma non quelli di Medicina Interna) potrebbero essere ammessi alla Direzione del Master stesso e preannuncia una netta opposizione a questa cervelotica proposta.

### 3) 2° Congresso Nazionale del Collegio

Conferma della data. In merito alla data precedentemente fissata per il Congresso COLMED (giovedì 18 maggio), il Presidente riferisce che, per concomitanza temporale con il Congresso Nazionale FADOI di Torino (17-20) nel quale è prevista una sessione congiunta SIMI-FADOI, il prof. Mannucci (Presidente SIMI) non potrebbe partecipare. Altri membri della Giunta ricordano altre concomitanze temporali nelle stesse date (per esempio, il Congresso Nazionale della Società Italiana di Diabetologia, SID). Posto che purtroppo il periodo maggio-giugno è ad alto rischio di sovrapposizione di eventi congressuali, la Giunta dà mandato al Presidente di esplorare la disponibilità della sede (Aula Pocchiarri dell'Istituto Superiore di Sanità, gentilmente messa a disposizione a titolo gratuito) in alcune date immediatamente precedenti e/o seguenti. Appena fissata la data, verrà data comunicazione ufficiale a tutti per e-mail.

Articolazione del programma. Il prof. Filetti propone di coinvolgere attivamente nel Congresso i Colleghi Chirurghi, prevedendo per esempio una tavola rotonda sul tema "Problematiche del tronco comune in Medicina e in Chirurgia".

La Riunione termina alle ore 15.00.

# Secondo Congresso Nazionale

# 20

## La "nuova" Università tra ricerca scientifica, riforma della docenza e riassetto delle Scuole di Specializzazione

Roma, Lunedì 22 Maggio 2006, ore 10,00-18,30 Istituto Superiore di Sanità

### Prima Sessione

#### LA VALUTAZIONE DELLA RICERCA

Moderatori: G. Licata (Palermo), P.M. Mannucci (Milano)

10.00 La valutazione della ricerca nel triennio 2001-2003: luci ed ombre, F. Cuccurullo (Chieti)

10.30 Discussione

### Seconda Sessione

#### Tavola Rotonda

#### IL RIASSETTO DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Moderatori: R. Lauro (Roma), G. Realdi (Padova)

10.50 Inquadramento generale, A. Pinchera (Pisa)

11.10 Il Collegio dei Referenti, A. Lenzi (Roma)

Il Tronco Comune: un'occasione da non perdere

11.30 a) Nella Medicina Clinica Generale, E. Mannarino (Perugia)

11.50 b) Nelle Chirurgie Generali, E. Lezoche (Roma)

12.10 c) Conclusioni, A. Lechi (Verona)

12.25 Interventi preordinati: Geriatria, R. Bernabei (Roma); Medicina dello Sport, M. Pagani (Milano); Medicina di Comunità, A. Becchi (Modena); Oncologia Medica, G. Francini (Siena); Medicina Termale, A. Fraioli (Roma)

13.20 Discussione

14.00 Intervallo

### Terza Sessione

#### LA RIFORMA MORATTI

Moderatori: F. Dammacco (Bari), F. Indiveri (Genova)

15.00 La posizione della CRUI sulla nuova legge: quali conseguenze e quali prospettive? S. Venuta (Catanzaro)

15.30 I decreti attuativi per le valutazioni comparative, A. Masia (Roma)

16.00 Le valutazioni comparative: ritorno al passato? G. Gensini (Firenze)

16.20 Il Fondo di funzionamento ordinario (FFO) e la gestione "virtuosa" delle Università, R. Corrocher (Verona)

16.40 Discussione

### Quarta Sessione

#### Tavola Rotonda

#### IL RIORDINO DEL CONSIGLIO UNIVERSITARIO NAZIONALE

Moderatori: E. Bartoli (Novara), G. Gasbarri (Roma)

17.00 Il punto di vista del ricercatore, F. Sasso (Napoli)

17.15 Il punto di vista del professore associato, G.L. Rapaccini (Roma)

17.30 Il punto di vista del professore ordinario, A. Novarini (Parma)

17.45 Discussione e Conclusioni

**MED 09**, Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Allergologia ed Immunologia Clinica, Gerontologia e Geriatria, Medicina dello Sport, Medicina Interna, Medicina Termale - COLMED/09

**Direttore Editoriale**  
Franco Dammacco

**Comitato Editoriale**  
Roberto Corrocher, Sebastiano Filetti, Renato Lauro, Almerico Novarini, Alessandro Rappelli, Umberto Senin

**Indirizzo del Presidente**

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

#### Redazione

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

**Direttore Responsabile**  
Giovanni Danieli

**Segretaria di Redazione**  
Daniela Pianosi

#### Stampa

Errebi Grafiche Ripesi - Falconara

#### Editrice



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