

1/07

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. 1/2007
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

s o m m a r i o

1 LETTERA DEL PRESIDENTE

Franco Dammacco

3 SEZIONE DIDATTICA

La medicina narrativa
Luciano Vettore

7 DOSSIER

**Individuazione dei criteri minimi
consigliati per partecipare alle
valutazioni comparative del
Settore Scientifico-Disciplinare
MED/09**

11 EDITORIALE

**Crisi dell'Università, riflessioni
e proposte**
Roberto Corrocher

13 VITA DEL COLLEGIO

**Verbali della Giunta Esecutiva
Riunioni del 7/2, 9/3 e 10/3/2007**

**Collegio dei Docenti
Universitari di Medicina Interna**

presentazione

Cari Amici e Colleghi,

Questa *Lettera del Presidente* sarà incentrata su alcuni punti importanti ed attuali, relativi alla vita del nostro Collegio e, più in generale, del nostro settore scientifico-disciplinare.

La Nuova Giunta Esecutiva - Venerdì 9 marzo si è tenuta la prima riunione della Giunta Esecutiva del nostro Collegio, parzialmente rinnovata in base all'esito delle votazioni tenutesi a Cagliari in ottobre dello scorso anno. Nel corso della riunione, si è proceduto alla elezione del Segretario e del Tesoriere nelle persone rispettivamente del Professore Associato Gian Lodovico Rapaccini e del Ricercatore Dottor Ferdinando Sasso. L'elezione è avvenuta all'unanimità, con l'ovvia astensione dei candidati alle due cariche. Come sapete, in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto del Collegio, il sottoscritto era stato confermato a Cagliari Presidente della Giunta in base all'esito della votazione estesa ai Professori Ordinari, ai Professori Associati ed ai Ricercatori, dovendo lo stesso Presidente essere garante e rappresentativo di tutte e tre le fasce di docenza. Nell'ultima pagina di questo Bollettino è riportato l'organigramma aggiornato e completo della Giunta Esecutiva e degli altri organi ufficiali del Collegio. Nelle prossime settimane tutti i Soci appartenenti al Settore MED/09 di ciascuna Facoltà di Medicina dovranno procedere al rinnovo (reso obbligatorio dall'articolo 23 dello Statuto, che prevede la permanenza in carica per un triennio non rinnovabile) dei Referenti di sede. Questo organo sussidiario è costituito da 3 rappresentanti, uno per ogni categoria di Soci, nominati dalla Giunta Esecutiva su proposta dei Soci afferenti alla medesima Facoltà.

Il Bollettino del Collegio - Uno strumento importante per assicurare a tutti i Soci una puntuale e dettagliata informazione sulle attività della Giunta e su tutte le novità riguardanti il mondo universitario, con particolare riguardo alle discipline ricomprese nel settore scientifico-disciplinare MED/09, è senza dubbio il nostro Bollettino che, accanto alla consueta Lettera del Presidente, ospita tra l'altro i verbali di tutte le riunioni di Giunta e la rassegna scientifica dei lavori pubblicati nel trimestre precedente e ritenuti di particolare interesse nel campo della Medicina Interna.

Il Prof. Giovanni Danieli, che ha finora curato con totale ed encomiabile impegno i contenuti e la veste tipografi-

ca del Bollettino, ha assicurato che continuerà a svolgere questo delicato compito. Di questa sua confermata disponibilità dobbiamo essergli tutti molto grati. La Giunta ha tuttavia ripreso la discussione sul futuro dello stesso Bollettino, sulla possibilità che alla forma cartacea si possa a breve sostituire quella elettronica, sull'inserimento di nuove rubriche e, più in generale, sulle modalità per renderlo più leggibile ed accattivante. E' stato pertanto deciso di affidare al Prof. Roberto Corrocher (che ha fatto parte della precedente Giunta Esecutiva) il compito di affiancare il Prof. Danieli nel portare avanti questo processo di rilancio e di potenziamento del Bollettino. A partire dal prossimo numero, ognuno di Voi potrà giudicare i risultati di questo rinnovato impegno.

Valutazioni comparative e requisiti curriculari consigliati per la partecipazione - Un punto nodale dell'attività accademica è costituito dal processo di selezione e di avanzamento di carriera della classe docente attraverso concorsi di valutazione comparativa dei candidati. Iniziata con una modalità a larghe maglie, che consentiva alle commissioni di esprimere fino a tre idoneità per ogni Concorso (dalla prima tornata del 1999 alla terza tornata del 2000), la procedura è andata facendosi più severa con la progressiva limitazione a due (dalla prima tornata del 2001 alla seconda del 2005) e poi ad una sola idoneità (dalla terza tornata del 2005 a tutt'oggi). Ciò ha comportato l'infittirsi delle critiche (da parte dell'opinione pubblica, ma anche all'interno dello stesso mondo accademico) all'operato delle commissioni, che ai criteri rigidamente meritocratici avrebbero talora anteposto scelte localistiche e nepotistiche.

La cosiddetta legge Moratti (legge 4 novembre 2005, n. 230) sul rior-

dino del reclutamento dei professori universitari è scaturita anche dalle considerazioni sopra riportate e, come sapete, si propone tra l'altro di correggere vere o presunte storture locali attraverso la formazione di una lista di 20 potenziali commissari per la prima fascia ed altrettanti per la seconda fascia, eletti dal corrispondente elettorato attivo. Poiché la lista ha validità triennale e da essa per estrazione si individuano ogni anno i 5 commissari ai quali è affidato il delicato compito di selezionare gli aspiranti al conseguimento dell'idoneità scientifica nazionale, al termine del triennio 5 docenti appartenenti alla lista dei 20 più votati non avranno mai fatto parte di alcuna commissione.

Perché la legge diventi operativa, è tuttavia necessario che l'attuale Ministro del MUR emani i decreti attuativi, che dovrebbero mettere in moto la macchina organizzativa per consentire all'elettorato attivo di votare la lista dei 20 potenziali candidati entro il prossimo giugno. Al punto in cui sono le cose, tutto lascia presumere che i tempi previsti dalla legge saranno disattesi, con comprensibile disappunto e delusione di quanti legittimamente aspirano ad una progressione di carriera. Le notizie riferite dal Prof. Mario Amore (Associato di Psichiatria all'Università di Parma e di recente eletto a far parte del nuovo Consiglio Universitario Nazionale) nella riunione dell'Intercollegio tenutasi a Roma sabato 10 marzo 2007, sono a mio avviso inquietanti ancorché da prendere con beneficio d'inventario. Secondo tali notizie, il Ministro Mussi (che non ha mai nascosto di non condividere alcuni articoli della legge Moratti) sarebbe favorevole al rinvio, anche perché dai calcoli effettuati in sede ministeriale l'aspettativa è che, ove i concorsi fossero banditi, perverrebbero circa 100 mila domande e vi

sarebbero circa 10 mila ricorsi! Sarebbe facile obiettare che, quand'anche tali cifre fossero veritiere (e personalmente ritengo che lo siano), il rinvio nell'emanazione dei bandi non farebbe che rendere i numeri ancora più ingestibili.

La Giunta Esecutiva del nostro Collegio è perfettamente consapevole che anche per il settore scientifico-disciplinare MED/09 vi sarà un elevato numero di aspiranti all'idoneità nazionale, per cui diventa imprescindibile sia per i commissari che per i candidati disporre di parametri di riferimento per una serena e ragionevolmente obiettiva valutazione dei titoli di carriera, assistenziali, didattici e scientifici di ciascun candidato. Sono passati diversi anni da quando i Professori Ordinari di Medicina Interna convennero in Sardegna e definirono una serie di criteri, ai quali in questi anni le commissioni hanno in larga misura ispirato i loro lavori. Ma la Giunta è altrettanto consapevole che è giunto il momento di aggiornare e rendere più cogenti ed incisivi tali criteri. Al suo interno, una commissione coordinata dal Prof. Corrocher ha pertanto elaborato un documento propositivo, che è stato poi largamente emendato ed implementato dalla Giunta in ben quattro riunioni consecutive ed è stato finalmente approvato all'unanimità nella riunione dello scorso 9 marzo 2007, alla quale hanno partecipato i componenti sia della Giunta uscente che di quella subentrante.

Nelle pagine interne di questo Bollettino troverete tale documento, costituito da una parte introduttiva di carattere generale e da una elencazione, distinta per la prima e la seconda fascia, dei requisiti curriculari consigliati per la partecipazione a valutazioni comparative del nostro settore scientifico-disciplinare. In questa sede, a me

3

preme sottolineare i seguenti punti: a) il documento deve essere considerato "ufficioso" e aperto ad ulteriori modifiche: esso potrà diventare "ufficiale" soltanto dopo l'eventuale approvazione da parte dell'Assemblea del nostro Collegio; b) i requisiti ivi riportati hanno un significato fortemente indicativo ma non certo vincolante, e non vanno intesi come limitativi né delle prerogative e delle responsabilità della commissione giudicatrice, né della libertà di qualsiasi candidato di sottoporsi a valutazione comparativa, ancorché non in possesso di tutti i requisiti approvati dalla Giunta.

Terzo Congresso Nazionale COLMED/09 - Proseguendo la serie congressuale iniziata il 27 maggio 2005 e reiterata il 22 maggio 2006, anche quest'anno il Collegio terrà il suo Congresso Nazionale: la data sarà venerdì 11 maggio 2007, sempre nella sala Pocchiarri dell'Istituto Superiore di Sanità a Roma. Stiamo definendo gli ultimi dettagli del programma, ma Vi anticipo che, pur cominciando alle ore 10,00 come nelle precedenti due edizioni, il convegno si concluderà entro le ore 16,00 in maniera da consentire a tutti i partecipanti non romani un più agevole e meno tardivo rientro a casa. Saranno trattati temi di grande interesse, tra i quali i requisiti curriculari sopra menzionati per la partecipazione alle valutazioni comparative, l'Agenzia Nazionale di Valutazione Università e Ricerca (ANVUR) e le modalità attuative del tronco comune nelle scuole di specializzazione. Vi prego quindi di voler annotare la data dell'11 maggio nella Vostra agenda, in maniera che la partecipazione al congresso del Collegio sia la più ampia possibile.

Assemblea dell'Intercollegio - Come sapete, nell'ambito dell'Intercollegio (del quale fanno parte

ben 35 Collegi corrispondenti alle discipline di interesse clinico) COLMED/09 occupa un ruolo di assoluto rilievo, anche per essere il più numeroso in assoluto tra tutti quelli contrassegnati dal suffisso "Med". La nostra Giunta, presente quasi al completo, ha partecipato alla riunione dello stesso Intercollegio, tenutasi a Roma sabato 10 marzo nell'aula della I Clinica Medica del Policlinico Umberto I. La discussione ha riguardato molteplici problemi di interesse comune: dalla paventata afferenza al Ministero della Salute del triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia al fondo unico per la ricerca ed al ruolo dell'ANVUR; dal reclutamento della docenza universitaria all'istituzione della III fascia; dall'attività professionale intra- ed extra-moenia agli aspetti medico-legali della professione; e così via.

Dopo una lunga ed articolata discussione, si è deciso di convocare un'Assemblea Generale dell'Intercollegio, che si terrà sabato 16 giugno 2007 nell'Aula Magna dell'Università di Roma La Sapienza ed alla quale parteciperà il Ministro Fabio Mussi. E' evidente che il successo complessivo dell'iniziativa dipenderà dalla valenza e dall'incisività degli interventi programmati, ma anche dalla numerosità delle presenze. Il nostro Collegio, essendo rappresentativo di un settore scientifico-disciplinare che conta circa

1.200 componenti, dovrà assicurare la presenza di almeno 50-70 Soci. Vi prego quindi di voler annotare anche questa data tra i Vostri impegni dei prossimi mesi affinché sia possibile far sentire concretamente la nostra voce prima che decisioni politiche irrevocabili ci vengano imposte dall'alto.

Quote associative per il 2007 - COLMED/09 prevede quote associative differenziate e decrescenti per i Professori Ordinari (€ 50), i Professori Associati (€ 40) ed i Ricercatori (€ 30). Tali quote sono rimaste invariate nel triennio trascorso dall'adozione del nuovo Statuto, ma dovranno ora essere necessariamente aggiornate per consentire al Collegio di portare avanti le proprie iniziative. Nella seduta dello scorso 9 marzo la Giunta ha pertanto deciso all'unanimità di incrementare ognuna delle tre quote di € 10, per cui per l'anno in corso gli Ordinari sono invitati a pagare € 60; gli Associati € 50 ed i Ricercatori € 40. Sono fiducioso di poter contare sulla comprensione e la disponibilità di tutti i Soci, ai quali rivolgo una viva preghiera non soltanto perché assolvano al più presto a questa incombenza, ma anche per invitarli a svolgere opera di proselitismo presso i Colleghi che non siano ancora iscritti o che non abbiano ottemperato nel 2006 a tale dovere.

Franco Dammacco

III Congresso Nazionale COLMED/09

Roma - Istituto Superiore di Sanità
Sala Pocchiarri

Venerdì 11 maggio 2007 ore 10,00-16,00

La medicina narrativa

Luciano Vettore

4

La “medicina narrativa” sta diventando da tempi recenti una realtà che interessa una parte sempre più ampia di professionisti della salute, ma anche di cultori delle Scienze umane. Forse proprio per questa sua accresciuta popolarità in tempi relativamente brevi e in ambienti di differente estrazione culturale risulta abbastanza difficile una sua definizione univoca.

Si può tentare di definire la “medicina narrativa” come un approccio che arricchisce l'atto medico grazie ai racconti dei pazienti, dei medici, degli infermieri e di quanti operano nel “pianeta salute”, ma anche grazie alla loro capacità di raccontare gli aspetti della salute e della malattia nelle loro variegate rappresentazioni emotive oltre che tecniche e scientifiche; e fanno a buon diritto parte della “medicina narrativa” pure i racconti sui pazienti e sui medici, sulla salute e sulla malattia: racconti letterari o cinematografici, fatti per lo più da narratori che non hanno esperienza professionale sanitaria, ma che con la loro visione “laica” spesso intrisa di esperienze personali di sofferenza, fanno comprendere ai professionisti della salute - qualunque sia la loro appartenenza professionale - che esercitare la medicina non è solo curare le malattie, ma è anche prendersi cura delle persone sofferenti.

Pazienti e medici sono di loro natura dei “narratori”; lo sono perché sono prima di ogni cosa degli esseri umani, e perché ogni essere umano psichicamente normale ha la necessità irrinunciabile di comunicare con i suoi simili, di relazionarsi con loro: il narrare e il narrarsi sono lo strumento naturale della relazione.

Il paziente “narratore”

Se consideriamo che la relazione tra medico e paziente ha come oggetto la salute, il suo mantenimento o il suo recupero, dobbiamo constatare come il benessere e soprattutto i malesseri siano potenti stimoli alla narrazione: la narrazione delle circostanze e dei tempi in cui essi si realizzano e si costatano, delle loro cause presunte o vere, delle paure e delle speranze che essi

suscitano, degli eventi che li peggiorano o li migliorano, dei rimedi che si presumono o si sono constatati come efficaci.

Ma che cos'è tutto ciò, se non il contenuto dell'anamnesi, secondo il racconto più o meno spontaneo del paziente? L'anamnesi è di sua natura una narrazione, la cui forma - ma anche i cui contenuti - dipendono in buona parte dalle caratteristiche della relazione tra il paziente che racconta e il medico che ascolta e interroga.

Ed è proprio in questa relazione comunicativa, nei modi in cui se ne promuove e se ne consente la realizzazione, che la narrazione può prendere differenti connotati formali: può arricchirsi di colore e calore, o al contrario cristallizzarsi in una sequenza di “fatti” o di “eventi”, raccolti con la presunzione di una descrizione oggettiva e quindi veritiera, ma anche rappresentati e trascritti con tratti sicuri e definiti, senza incertezze o sfumature.

Se il lettore considera quanto abbiamo scritto finora, non farà fatica a distinguere i due connotati opposti della raccolta anamnesticca: da una parte il punto di vista del paziente, che possiede come unico strumento comunicativo la possibilità di raccontare i propri vissuti e di colorarli e riscaldarli (ma talvolta anche di sbiadirli e raffreddarli) in relazione con le proprie emozioni; le quali - trattando di cose importanti come la salute e la malattia, cioè in fondo la vita o la morte - spesso deformano i contorni della realtà rispetto alla sua rappresentazione definita secondo i crismi della razionalità; dall'altra il punto di vista del medico, che vorrebbe conoscere la realtà nei suoi contorni oggettivi e che ritiene per (de)formazione professionale che la verità sia figlia unica dell'obiettività e della razionalità: ne consegue che, a un freddo osservatore esterno, il paziente tenderà a estendere il proprio racconto in modo apparentemente disordinato (almeno secondo i canoni della razionalità), infarcendolo di particolari “razionalmente” insignificanti, spesso devianti e capaci di mascherare, sia pure inconsapevolmente ma efficacemente, i contorni “veri” della realtà; il medico - con-

dizionato anche dalla scarsità del tempo disponibile - tenderà ad “andare al sodo”, a formalizzare secondo contorni chiari e distinti gli elementi che rappresentando secondo la sua cultura ed esperienza fatti noti, comprensibili e interpretabili con le regole della logica.

Come si usa dire per le regole del buon giornalismo: fatti, non opinioni! Per l'appunto: il medico è stato formato soprattutto a scrivere una cronaca; il paziente a raccontare una storia; il punto è che il medico produce una cronaca di fatti che riguardano la vita di un'altra persona, mentre il paziente racconta la storia che sta vivendo, la storia della sua vita.

Questa antinomia tra l'anamnesi secondo il medico e l'anamnesi secondo il paziente si è probabilmente accentuata di pari passo con la crescita della valenza scientifica degli atti medici: quella crescita che ha tenuto a battesimo la medicina basata sulle evidenze, intese come prove di efficacia; questa medicina mal si concilia con la medicina basata sulla narrazione, che allo sguardo critico dello scienziato non può non apparire tutt'altro che basata su prove, ma anzi al contrario piuttosto “fantasiosa”; bisogna inoltre considerare che questa sensazione di inaffidabilità viene aumentata da una parte dal diffondersi nell'immaginario collettivo di visioni irrazionali - ispirate alla *new age* - della salute e della malattia e dall'altra dalla volgarizzazione massmediatica delle conoscenze scientifiche, certamente incapace di conferire razionalità e consapevolezza ai pazienti, ma altrettanto certamente capace di distorcere i fatti conferendo loro contorni solo apparentemente ragionevoli.

E allora - e qui si arriva al cuore del problema - s'impongono due interrogativi: la migliore tutela della salute dei pazienti dipende primariamente dalla capacità dei medici nel discernere “il grano dal loglio”, cioè nel depurare i racconti dei pazienti da tutto quel “rumore di fondo” che deriva dalle loro emozioni esistenziali per giungere alla definizione di fatti oggettivi e razionali, cioè di segni e sintomi logicamente e scientificamente interpretabili, anche se ogni interpretazione mantiene un certo

La medicina narrativa

5

grado d'incertezza? E di conseguenza il racconto ridondante del paziente deve essere considerato un male da tenere sotto controllo e da limitare, anche se non può essere del tutto eliminato per non interrompere quel legame psicologico di fiducia che il paziente ripone nel medico nella misura in cui avverte la sua comprensione, manifestata dalla disponibilità all'ascolto?

La fortuna che sta avendo in tutto il mondo medico occidentale la così detta "medicina narrativa", sembra propiziare una risposta negativa ai due interrogativi appena formulati; infatti, si sta prendendo coscienza che la ricerca ad oltranza della razionalità e della obiettività di per sé auspicabile, nella realtà è un'illusione; che lo sfrondare i fatti dalle opinioni alla fine ne distorce la veridicità perché li impoverisce irrimediabilmente di elementi che - lungi dall'essere solo "depistanti" - ne facilitano l'interpretazione.

In fondo si sta prendendo coscienza che l'approccio riduzionistico è utilissimo, anzi indispensabile, in una visione pragmatica e strumentale per comprendere i meccanismi dei fenomeni biologici dal punto di vista teorico, ma è molto meno affidabile quando si voglia interpretare il loro realizzarsi nei sistemi complessi che sono l'organismo umano e la vita vissuta delle persone.

Non è il caso ora di inoltrarci nella strada scivolosa e accidentata dei rapporti tra psiche e soma, tra mente e cervello, tra ragione ed emozioni, tra persona e società, tra salute e benessere e tra malattia e malessere (per gli anglosassoni tra disease e illness), e così via dicendo tra i molti elementi alternativi, o presunti tali, che sembrano connotare con una visione un po' manichea le interpretazioni della realtà esistenziale; ciò che ci interessa in questo momento sottolineare è solamente come - anche fermanoci solo a un aspetto utilitaristico - l'interpretazione più corretta e affidabile dei segni e dei sintomi si giova dei connotati apparentemente insignificanti che si possono rinvenire nei racconti dei pazienti, sicuramente un po' fantasiosi e ridondanti, ma non per questo da considerare solo come "rumore di fondo"; al contra-

rio si tratta spesso di messaggi in codice, che richiedono un approccio ermeneutico, approccio che si avvale sicuramente di competenze psicologiche, ma che - almeno in parte - segue inconsapevolmente le regole implicite del narrare, quali si ritrovano in tutti i tipi di narrazione perché strettamente correlati con le categorie del pensiero umano.

A questo si aggiungono altri elementi già da tempo teorizzati nelle descrizioni tipologiche del rapporto medico-paziente: ci riferiamo a elementi di natura oltre che psicologica, anche antropologia e sociologica, che esigono la piena considerazione del soggetto inserito nel proprio ambiente familiare, sociale, economico, ecc., così da garantire una visione "olistica" alla sua realtà esistenziale complessiva, perché il medico per curare le malattie deve innanzi tutto prendersi cura delle persone.

Il medico "narratore"

Fino a questo punto ci siamo occupati del paziente come narratore e dell'importanza dei suoi racconti, mentre abbiamo considerato il medico solo come ascoltatore più o meno paziente dei racconti - si perdoni il gioco di parole - del paziente narratore.

Nella realtà anche i medici narrano, con fini e in circostanze diverse e - come vedremo - la loro capacità di narrare in gran parte condiziona la capacità di comprendere e di utilizzare proficuamente i racconti altrui.

Tanto per cominciare, basterebbe considerare i modi così diversi con i quali un medico racconta le storie dei propri pazienti in situazioni ufficiali (congressi, pubblicazioni scientifiche) e rispettivamente quando ne parla informalmente con i propri colleghi: già il linguaggio è differente, tecnico e asettico nel primo tipo di situazioni, molto più colloquiale e spesso colorito nel secondo tipo.

Se poi approfondiamo l'analisi dei due linguaggi, nel primo caso faticheremo a trovare dubbi, notazioni sul contesto esistenziale, partecipazione emotiva; al contrario, nel secondo caso i dubbi decisionali emergono con tutta la

loro forza, tradiscono emozioni soprattutto fatte di timore ma anche di partecipazione alla situazione complessiva in cui vive il paziente di cui si parla, con reazioni talvolta critiche e non del tutto benevole ai suoi comportamenti e atteggiamenti.

Insomma, anche nella fattispecie che stiamo considerando, la medicina scientifica e tecnologica, peraltro artefice di progressi indiscutibili nella tutela della salute, sembra contrapporsi alla medicina narrativa, quasi che *evidence based medicine* e *narrative based medicine* debbano a fortiori combattersi perché i loro fini si ostacolano vicendevolmente, anziché integrarsi nell'unico e comune fine che è il bene del malato.

La narrazione e la cura

Dopo quanto si è detto, non dovrebbe stupire che l'apertura del medico alla medicina narrativa possa migliorare le sue capacità di cura: tra il paziente che narra e il medico che partecipa attivamente anche ai risvolti della narrazione apparentemente estranei alla medicina, nasce una sorta di complicità, che aiuta entrambi nella gestione della sofferenza e talvolta anche nell'intervento efficace sulla malattia.

Una delle "matri" della *Narrative medicine*, Rita Charon, internista responsabile del Programma di Medicina narrativa presso il College of Physicians and Surgeons della Columbia University, riferisce la propria esperienza di condivisione con i propri pazienti degli appunti narrativi che lei scrive in margine alle consultazioni e testimonia in proposito le ricadute positive che tale approccio ha non solo sulla relazione tra medico e paziente, ma anche sulla conoscenza più approfondita della malattia e di conseguenza sull'appropriatezza delle decisioni terapeutiche. Per non tradire il senso dei messaggi che la Charon trasmette in proposito, penso che la cosa più opportuna sia il tradurre testualmente una frase breve, ma particolarmente significativa: "Ho cominciato a scrivere storie sui pazienti che mi disturbavano e mi sconcertavano. Più scrivevo sui miei

La medicina narrativa

6

pazienti e su me stessa, e più mi convincevo che lo scrivere questi racconti mi permetteva un accesso alla conoscenza - del paziente e di me stessa - che altrimenti sarebbe rimasta fuori della mia portata. Diventavo maggiormente partecipe, più curiosa, più coinvolta nella loro realtà, più dalla loro parte”.

Oggi giustamente si lamenta la disumanizzazione della medicina e l'allargamento della asimmetria tra medico e paziente, peraltro naturalmente costitutiva del loro rapporto; nonostante l'obbligatorietà di procedure come il consenso informato, purtroppo considerate troppo spesso come incombenze meramente burocratiche, resta un miraggio la partecipazione responsabile del paziente alla “gestione” della propria condizione, anche se tale partecipazione si dovrebbe fondare sul fatto incontestabile che nessuno più di lui può avere esperienza diretta delle proprie sensazioni.

Ebbene, la familiarità con gli strumenti della medicina narrativa può forse diventare una freccia all'arco di coloro che sperano e investono nella medicina partecipativa, in una medicina moderna nella quale medici e pazienti facciano ciascuno la propria parte non da sponde contrapposte, bensì in un'alleanza che ha come fine comune la cura efficace, finalmente nutrita di un vera relazione empatica; quest'ultima infatti potrebbe validamente nutrirsi della condivisione reciproca dei racconti informali ma “veri” del medico e del suo paziente.

In un recente Convegno sulla “Medicina partecipativa” si diceva che “forse l'empatia non si può insegnare e apprendere a scuola, perché non è un'abilità ma un'attitudine, cioè è il frutto di una ricchezza personale: per far crescere l'attitudine empatica bisogna far crescere le doti della persona. A questo dovrebbero tendere le *Medical Humanities* recentemente introdotte nelle Facoltà mediche.

Per modificare l'atteggiamento psico-relazionale dei Professionisti della salute non basta aumentare il loro bagaglio di conoscenze; è necessario maturare il loro bagaglio di umanità e il loro personale “equilibrio psico-emotivo”, perché le professioni sanitarie richiedono una

cospicua capacità di gestione di eventi ad elevato impatto emotivo.

Siamo sempre più convinti che l'introduzione della “medicina narrativa” nei curricula universitari potrebbe concretamente rappresentare un modo efficace per facilitare questa maturazione.

Sintesi conclusiva

Molte sono dunque le possibili declinazioni della così detta “medicina narrativa”: a essa appartengono in modo “naturale” i racconti anamnestici dei pazienti e quelli che gli operatori sanitari si trasmettono sulle loro esperienze professionali; e vi appartengono anche i racconti di vicende personali che hanno a che fare con la salute e la malattia, propria o altrui, proposti sia da pazienti o ex-pazienti, sia da coloro che se ne sono presi cura. I fini di tutti questi racconti possono essere differenti: dal fine eminentemente clinico, che è quello di accompagnare e facilitare l'iter diagnostico e terapeutico, al fine di natura psico-relazionale, che cerca e trova nella narrazione l'humus per sviluppare e maturare l'attitudine personale all'empatia.

Questa prima delimitazione della “medicina narrativa” forse stupisce i “non addetti ai lavori”, i quali - se interpellati su che cosa sia per loro la “medicina narrativa” - probabilmente la identificherebbero con romanzi, racconti, film, opere teatrali che trattano di problemi sanitari, che raccontano storie di persone malate o comunque sofferenti e storie di medici e di infermieri che le curano. Talvolta questi racconti riguardano vicende personali, entrando nel novero delle autobiografie; talaltra raccontano storie di altri, che possono essere vere, verosimili o assolutamente fantastiche. Sempre i non addetti ai lavori probabilmente confesserebbero le proprie emozioni nell'incontro con quei racconti e per lo più attribuirebbero queste emozioni alla paura di vivere situazioni simili o al rivivere situazioni a loro già familiari.

Nella realtà tutto ciò di cui si è parlato entra nella “medicina narrativa”, che peraltro trova unitarietà nonostante le molteplici declinazioni in alcuni principi

fondamentali: innanzi tutto quanto la “medicina narrativa” propone certamente ha a che fare in modo prevalente con il mondo delle emozioni; ma non sono emozioni fini a se stesse, bensì costituiscono una delle due componenti - l'altra è quella razionale - di cui ogni realtà è costituita.

E allora il fine essenziale della “medicina narrativa” è quello di restituire al mondo della medicina una visione complessiva e unitaria, cercando di fare sintesi tra le due visioni che separatamente da sempre rappresentano le due metà di un'entità unica: nei tempi passati, prima che la medicina scientifica e tecnologica riuscisse a cambiare la storia naturale delle malattie, gli aspetti emozionali erano prevalenti perché il rapporto con la sofferenza poteva essere solo compassionevole; oggi si rischia la deriva opposta: una sorta di delirio di onnipotenza rappresenta la tentazione estrema della medicina scientifica e tecnologica, quella basata sulle prove di efficacia, che così rischia, avviluppandosi su se stessa, di dimenticare che la medicina - come il sabato evangelico - è fatta per l'uomo e non viceversa.

Tuttavia non si tratta di contrapporre o addirittura di sostituire la “narrative based medicine” alla “evidence based medicine”, in una visione manichea che fa alternativamente vincere la creatività o la razionalità; si tratta piuttosto di cercare tra le due un mix equilibrato, finalizzato comunque al benessere (come diceva Aristotele, alla felicità?) dell'uomo, che è fatto di meccanismi biologici e di pensieri ed emozioni, ammala per colpa degli uni e delle altre e con la forza di entrambi spera e desidera di essere risanato.

Per aiutare quest'uomo c'è bisogno di Professionisti della salute che abbiano una consapevolezza equilibrata, si potrebbe dire “sapienziale”, di quanto la realtà sia complessa e composita, e che sappiano quindi riflettere per prendere decisioni sagge: allora la “medicina narrativa” troverà la sua ragione fondamentale soprattutto nell'aiutare la formazione di “professionisti riflessivi”, capaci di entrare in relazione empatica con le persone, e per questo utili alla loro salute fisica e psichica.

7

Individuazione dei criteri minimi consigliati per partecipare alle valutazioni comparative del SSD MED/09

In ottemperanza a quanto previsto dalla Costituzione Italiana, l'Università deve sviluppare il sapere (ricerca) e trasmetterlo alla società (formazione e diffusione). Per i Docenti di discipline cliniche, il conseguimento di tali obiettivi è strettamente connesso ad un' adeguata esperienza assistenziale.

L'individuazione di criteri condivisi di selezione, che dovranno essere posseduti dagli aspiranti alla docenza universitaria nel settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09, è divenuta ormai ineludibile in un periodo in cui il sistema universitario in generale, e le Facoltà di Medicina e Chirurgia in particolare, sono sotto costante bersaglio dei media e dell' opinione pubblica. Ciò non soltanto per salvaguardare l'operato dei Colleghi eletti a far parte delle commissioni di valutazione comparativa, ma anche per garantire ai Professori Associati ed ai Ricercatori, che legittimamente aspirano ad un avanzamento di carriera, la massima correttezza e trasparenza in tutte le fasi della procedura concorsuale.

Attraverso un' ampia e capillare discussione, dovranno essere stabiliti e condivisi da tutti i criteri minimi di selezione, rispetto ai quali la Giunta Esecutiva del Collegio dovrà assumere una funzione di *Authority*, nel più assoluto rispetto delle prerogative e delle responsabilità dei Colleghi eletti quali commissari. Non si tratta, infatti, di condizionare la libertà di giudizio degli stessi commissari, bensì di limitare il processo di selezione fra coloro che abbiano maturato adeguati requisiti per l'idoneità.

Siamo tutti consapevoli che l'accertamento della idoneità e della

piena maturità scientifica di un aspirante alla docenza universitaria è un'operazione delicata ed impegnativa. Essa impone che si tengano ben presenti l'interesse superiore della cultura e le attese della società civile, ed espone lo stesso commissario, anche il più illuminato, ad un possibile "conflitto di interessi".

Fortunatamente, le commissioni possono oggi avvalersi anche di strumenti di valutazione, basati su indici bibliometrici internazionalmente riconosciuti, quali l'Impact factor, il Citation index ed altri che, pur non potendo certo essere utilizzati come criteri assoluti, vanno tuttavia tenuti presenti in un più ampio contesto valutativo, rendendo meno soggettivo e meglio documentato il loro giudizio finale.

Il proliferare dei corsi di ogni genere (ivi compresi le lauree sanitarie, le scuole di specializzazione ed i master) e dei conseguenti insegnamenti, nonché l'introduzione nella carriera universitaria di nuove figure quali i dottorandi di ricerca, gli assegnisti e i professori aggregati, obbligano ad un attento esame del percorso di carriera degli aspiranti, che deve essere coerente con gli insegnamenti inclusi nel SSD MED/09. Si devono quindi valorizzare insegnamenti e titoli, che diano ragionevoli garanzie agli allievi preparati di poter accedere alla docenza universitaria nell'ambito di tale settore.

Le leggi universitarie, tra le quali la legge n. 382/80 sul riordino della docenza universitaria, hanno stabilito l'equivalenza tra il percorso di carriera e le responsabilità del Docente di disciplina clinica e quelli del Collega ospedaliero. Per fare soltanto un esempio, un

Clinico universitario ordinario deve essere in grado di dirigere una Unità Operativa complessa alla pari del Collega ospedaliero con funzioni primariali. Da qui nasce, oltre che dalle numerose sentenze della Corte Costituzionale, il diritto-dovere del Clinico, derivante dal suo specifico stato giuridico, di esercitare l'assistenza fino al termine dell'attività accademica. I numerosi protocolli d'intesa tra Regioni e Università hanno inoltre costantemente ribadito l'unità inscindibile del trinomio ricerca-formazione-assistenza.

È evidente che, per esercitare questo triplice ruolo in modo credibile ed autorevole, il Professore universitario deve aver ricevuto una formazione che lo metta in grado di affrontare ed organizzare ogni aspetto delle attività di reparto. Solo un' accertata documentazione della sua attività assistenziale non settoriale potrà legittimare l'aspirazione alla docenza universitaria nel settore MED/09, garantire il SSN e rendere efficace la sua attività di formazione a favore delle nuove leve di studenti, dei giovani medici e degli specializzandi. Pertanto, poiché è indispensabile che i docenti di discipline cliniche abbiano acquisito un'adeguata esperienza assistenziale, diventa ineludibile, a completamento di quanto sopra riportato, anche la valutazione dell'acquisizione di livelli minimi di tale esperienza la quale, strettamente connessa con l'attività di ricerca, costituisce il background culturale e metodologico per un'efficace trasmissione del sapere, orientata all'educazione clinica. Anche per questo aspetto, il Collegio auspica l'individuazione

Individuazione dei criteri minimi consigliati per partecipare alle valutazioni comparative del SSD MED/09

8

Requisiti minimi consigliati per la partecipazione a valutazioni comparative del SSD MED/09

PRIMA FASCIA			
<p>1) Titoli di carriera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzianità di Laurea in Medicina e Chirurgia - Nomina a Professore Associato - Nomina a Ricercatore - Nomina a Professore Aggregato - Specializzazione in: <ul style="list-style-type: none"> a) Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09 b) Altre discipline di area medica - Direzione di Istituti, Dipartimenti o Scuole di Specializzazione - Borse di studio e/o periodi di studio e/o di ricerca all'estero per almeno un anno continuativo, con almeno una pubblicazione scientifica prodotta nella sede ospitante - Premi e attestati nazionali e/o internazionali <p>Numero minimo, oltre all'anzianità di laurea, dei titoli di carriera occorrenti</p>	<p>≥15</p> <p>4</p>	<p>2) Titoli assistenziali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anni con attività assistenziale (documentata dall'Ufficio personale dell'Azienda convenzionata con il SSN) in Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09 - Periodi documentati in Pronto Soccorso - Periodi documentati in Terapia Intensiva - Responsabilità assistenziale di: <ul style="list-style-type: none"> a) Unità Operativa semplice b) Unità Operativa complessa c) Altre strutture estere equivalenti - Congruità tra attività clinica e produzione scientifica 	<p>≥10</p>
<p>3) Titoli didattici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anni con responsabilità di insegnamenti afferenti al SSD MED/09 <ul style="list-style-type: none"> a) Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia b) Corso di laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria c) Corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie d) Scuole di Specializzazione - Compiti istituzionali di coordinamento nella attività didattica - Pubblicazioni di carattere didattico (trattati, testi, monografie) 	<p>≥8</p>	<p>4) Titoli scientifici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di pubblicazioni <i>in extenso</i> impattate con: <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Impact factor</i> totale b) <i>Impact factor</i> come primo, secondo e ultimo nome c) <i>Impact factor</i> su relazioni e letture alla SIMI e/o ad altre Società scientifiche del SSD MED/09 (<i>Impact factor</i> convenzionale: 1) e pubblicazioni su riviste ufficiali dello stesso settore (<i>Impact factor</i> convenzionale: 0,75) - Nella valutazione complessiva del candidato si tenga anche conto del suo personale <i>citation impact</i>, riscontrabile mediante i motori di ricerca disponibili. 	<p>≥50</p> <p>≥100</p> <p>≥70</p> <p>≤8</p>

9

Individuazione dei criteri minimi consigliati per partecipare alle valutazioni comparative del SSD MED/09

SECONDA FASCIA			
<p>1) Titoli di carriera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzianità di Laurea in Medicina e Chirurgia - Nomina a Ricercatore - Nomina a Professore Aggregato - Specializzazione in: <ol style="list-style-type: none"> Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09 Altre discipline di area medica - Dottorato di ricerca - Borse di studio e/o periodi di studio e/o di ricerca all'estero per almeno un anno continuativo, con almeno una pubblicazione scientifica prodotta nella sede ospitante - Borse di studio di durata almeno annuale - Premi e attestati nazionali e/o internazionali <p>Numero minimo, oltre all'anzianità di laurea, dei titoli di carriera occorrenti</p>	<p>≥10</p> <p>3</p>	<p>2) Titoli assistenziali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anni con attività assistenziale in convenzione con il SSN (documentata dall'Ufficio personale competente) in Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09 - Periodi documentati in Pronto Soccorso - Periodi documentati in Terapia Intensiva - Responsabilità assistenziale di: <ol style="list-style-type: none"> Unità Operativa semplice Unità Operativa complessa Altre strutture estere equivalenti - Congruità tra attività clinica e produzione scientifica 	<p>≥5</p>
<p>3) Titoli didattici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anni con responsabilità di insegnamenti documentati, afferenti al SSD MED/09: <ol style="list-style-type: none"> Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia Corso di laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria Corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie Scuole di Specializzazione Dottorato di Ricerca Master Didattica integrativa documentata - Pubblicazioni di carattere didattico (trattati, testi, monografie) 	<p>≥5</p>	<p>4) Titoli scientifici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di pubblicazioni in extenso impattate con: <ol style="list-style-type: none"> <i>Impact factor</i> totale <i>Impact factor</i> come primo, secondo e ultimo nome <i>Impact factor</i> su relazioni e letture alla SIMI e/o ad altre Società scientifiche del SSD MED/09 (<i>Impact factor</i> convenzionale: 1) e pubblicazioni su riviste ufficiali dello stesso settore (<i>Impact factor</i> convenzionale: 0,75) - Nella valutazione complessiva del candidato si tenga anche conto del suo personale <i>citation impact</i>, riscontrabile mediante i motori di ricerca disponibili. 	<p>≥30</p> <p>≥70</p> <p>≥40</p> <p>≤ 5</p>

Individuazione dei criteri minimi consigliati per partecipare alle valutazioni comparative del SSD MED/09

10

segue da pagina 7

di criteri condivisi di valutazione della competenza clinica e della dimostrata capacità di applicare tale competenza all'assolvimento del processo decisionale medico.

Sulla base delle considerazioni sopra riportate, appare evidente la necessità di rivisitare e aggiornare quei criteri minimi che già anni or sono, in Sardegna, il Collegio dei Professori Ordinari di Medicina Interna aveva estesamente discusso e approvato.

La crescente qualificazione degli aspiranti ed il più elevato numero dei potenziali commissari del settore MED/09, i nuovi impegni nei riguardi del SSN e, più in generale, l'esigenza di rinnovamento a cui tutta l'Università è chiamata, esigono metodi di selezione rigorosi e trasparenti, di cui il Collegio, nella sua attuale connotazione estesa a Professori Ordinari, Associati e Ricercatori, deve farsi garante attraverso la sua Giunta Esecutiva.

Le due Tabelle che seguono

riportano i requisiti curriculari consigliati per la partecipazione a valutazioni comparative del SSD MED/09. Benchè approvati dalla Giunta Esecutiva del nostro Collegio dopo un lungo iter costruttivo, i criteri individuati sono ovviamente suscettibili di miglioramento e dovranno comunque essere validati dal voto auspicabilmente unanime dell'Assemblea, che si terrà a Roma il prossimo 11 maggio 2007 in concomitanza con il terzo Congresso COLMED/09.

QUOTE ASSOCIATIVE COLMED/09 PER IL 2007

- | | |
|--|-------------------------------------|
| - Professori Ordinari e Straordinari | <input type="checkbox"/> Euro 60,00 |
| - Professori Associati | <input type="checkbox"/> Euro 50,00 |
| - Ricercatori ed Assistenti Universitari | <input type="checkbox"/> Euro 40,00 |
| - Altri Soci (MED/45 MED/49, ecc.) | <input type="checkbox"/> Euro 50,00 |

Il versamento può essere effettuato:

con bonifico bancario sul conto corrente n. 115891/38 intestato a COLMED/09 presso la Banca di Roma - Agenzia 153 - Università La Sapienza ABI 03002 CAB 03371 CIN V

sul conto corrente postale n. 61768453 intestato a Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED/09 ABI 07601 CAB 03200

carta di credito: American Express Visa/MasterCard/CartaSi/EuroCard

n. scadenza (mmaa) CVV2

Crisi dell'Università, riflessioni e proposte

Roberto Corrocher

Una campagna mediatica ormai giornaliera ha preso come bersaglio l'inefficienza dell'Università. Questa attenzione non è sempre, a mio avviso, motivata da un sincero spirito di stimolo al rinnovamento e non sempre è frutto di una precisa e complessiva analisi delle problematiche legate al funzionamento degli Atenei. In qualche occasione, essa è ispirata anche da nascosti motivi d'interesse.

I difetti che più comunemente si sentono attribuire all'Università sono:

- a) Autoreferenzialità e mancanza di adeguati sistemi di controllo e valutazione
- b) Inefficienza della *governance* degli Atenei
- c) Gerontocrazia e strapotere dei baroni
- d) Mancanza di ricercatori e mancanza di selezione sulla base del merito dei migliori (indipendentemente dalle loro condizioni economiche) attraverso meccanismi concorsuali inadeguati e/o poco trasparenti
- e) Incapacità di trattenere i "cervelli migliori", che sono costretti ad emigrare per poter vedere soddisfatte le loro legittime aspirazioni di ricerca
- f) Inefficienza dell'apparato amministrativo
- g) Mancanza di concorrenzialità tra le sedi universitarie
- h) Mortalità accademica degli studenti (rapporto tra iscritti e laureati)
- i) Pletora di corsi e lauree non rispondenti alla effettiva richiesta della società.

Mi soffermerò brevemente solo su tre di questi problemi, che considero particolarmente importanti: numero di ricercatori; governance degli Atenei; fuga dei cervelli.

1. *I Ricercatori.* I doveri dell'Università, costituzionalmente definiti, sono lo sviluppo del sapere (ricerca-innovazione) e la sua trasmissione (formazione – diffusione). A questi doveri si sono aggiunti, più recentemente e segnalati dal decreto legge Moratti (L. n. 230 del 2005), un più preciso ruolo degli Atenei nello stabilire un funzionale ed organico legame con il mondo produttivo e la società civile circostante, in modo che lo sviluppo della conoscenza contribuisca al processo di innovazione e sviluppo di nuovi prodotti. La Carta Europea dei Ricercatori sottolinea questa necessità.

È l'Università oggi capace di far fronte a queste esigenze in parte nuove? Come è a tutti evidente, la ricerca (almeno in campo scientifico-tecnologico) ha bisogno, oltre che di adeguati finanziamenti, anche di numeri adeguati di ricercatori. In tutti i campi, e quindi anche all'interno dell'Università, per poter stimolare efficacemente un giovane ad intraprendere la difficile strada della ricerca, è indispensabile potergli dare "speranza", prospettargli cioè una possibilità di miglioramento salariale e di carriera. Non si può pensare che un giovane rimanga "motivato" a 35-40 anni con borse di studio e talvolta con famiglia a carico. La struttura universitaria risente invece di un' impostazione ottocentesca, quando lo sviluppo scientifico e tecnologico era sostanzialmente agli inizi. La sua impostazione generale è ancora basata sul concetto che l'avanzamento nella carriera ed il conseguente miglioramento dello stipendio, debbano essere condizionati da un preciso insegnamento da impartire ai

discenti di varie categorie. Per questo, per dare speranza a qualche ricercatore, gli Atenei hanno aumentato gli insegnamenti e inventato nuove categorie di discenti, molti dei quali inutili, con il risultato di un dannoso proliferare dei corsi universitari: quando avessimo esaurito la fantasia e coperto tutti gli insegnamenti attivati, agli altri ricercatori necessari per la ricerca che speranza potremmo dare, cosa potremmo dire? Si noti che, quando si affida un insegnamento ad un ricercatore, lo si è, almeno parzialmente, sottratto alla ricerca impoverendo anche in questo modo l'attività di ricerca. Non si potrebbe pensare ad una *nuova e radicale impostazione nella struttura accademica* basandola, almeno per le Facoltà scientifico-tecnologiche, in funzione della ricerca, prevedendo ad esempio una carriera (e uno stipendio) che segua questo possibile schema: dottorato, capo-progetto, capo-laboratorio, capo-dipartimento? Su questa base larga di ricercatori si potrebbe successivamente cooptare i docenti che fossero necessari (e più adatti) per l'attività didattica. Un'impostazione di questo genere, che comunque necessiterebbe di una convinta azione politica per la ricerca (attualmente siamo assai lontani in termini di PIL dai parametri internazionali di riferimento delle risorse necessarie), troverebbe favorevole anche il mondo produttivo, che potrebbe contribuire al numero di ricercatori sulla base dello sviluppo di progetti specifici e condivisi. Il mondo produttivo oggi non concorre in modo sufficiente al finanziamento della ricerca.

2. Il problema della *governance*

Crisi dell'Università, riflessioni e proposte

12

degli Atenei è un altro dei principali fattori che ostacolano il loro rinnovo ed impediscono di rispondere adeguatamente ai nuovi compiti dell'Università nei riguardi della società moderna. Il meccanismo elettorale degli Organismi Amministrativi, in primis dei Rettori, ed il loro troppo frequente ricambio, di fatto "costringono" i possibili candidati a questa responsabilità primaria a "sentire" e "tenere presenti" le esigenze corporative delle singole categorie di dipendenti, a scapito di un più organico e funzionale piano di sviluppo e di governo dell'Ateneo. Non è pensabile che un simile anacronistico sistema possa essere rinnovato "dall'interno".

Privilegi di posizione, mancanza di efficaci sistemi di valutazione interna, mancanza di adeguata incentivazione del merito e appiattimento salariale, sistemi di finanziamento degli Atenei (FFO) che prescindono di fatto dalla specifica e verificata **valutazione** (esterna), frenano qualsiasi efficace azione di rinnovamento dell'Università. Per la governance degli Atenei è necessaria una specifica legge del governo nazionale.

3. Per quanto riguarda la *fuga dei cervelli*, mi permetto di fare qualche considerazione. In un mondo globalizzato e interconnesso, la

cultura è un bene comune. Non si possono mettere confini alla circolazione delle idee e degli uomini. Il fatto che vi siano giovani (e non) che vanno all'estero non è di per sé un male, anzi può tradursi non solo in un'adeguata realizzazione delle aspettative personali, ma anche in una potenziale ed efficace rete internazionale di collaborazioni, progetti e interessi tra persone della stessa nazione operanti in paesi differenti. Oltre tutto, in termini finanziari, quanti ricercatori potrebbe stipendiare una nazione? E una volta raggiunto quel numero magico per una determinata nazione, i successivi ricercatori dove dovrebbero andare? Teniamo anche presente che non tutti "i cervelli" sono automaticamente delle "menti"; non basta cioè essere andato o essere all'estero per essere automaticamente qualificato: parecchi giovani sono andati all'estero ma non sono riusciti a qualificarsi. Si consideri inoltre che vi sono molti giovani che non sono all'estero o che non hanno potuto andarci, ma che pure lavorano con capacità ed intelligenza ed efficienza produttiva in Italia. Altri, numerosi, sono andati e tornati.

Come si deve fare allora di fronte a questo delicato problema? Non è facile rispondere, comun-

que penso che si debbano introdurre *meccanismi di cooptazione*, basati sul merito e trasparenti, che prendano in considerazione, in un reale confronto comparativo, sia coloro che sono all'estero sia coloro che lavorano in patria. Per fare questo, è necessario però che le strutture di riferimento, Atenei, Facoltà, Dipartimenti, ecc, siano responsabilizzati, cioè *condizionati finanziariamente*, in modo che una loro scelta sbagliata si ripercuota nei loro specifici bilanci: ciò avviene proprio nelle migliori Università degli Stati Uniti a cui spesso ci si riferisce. Sono in grado gli Atenei italiani di recuperare e riservare un'aliquota del loro bilancio per questa azione di ricupero dei migliori, assegnando posti di ricercatore direttamente a quei Dipartimenti con la migliore performance scientifica, *in aggiunta* a quelli dell'ordinaria attribuzione basata esclusivamente sulla sola necessità didattica stabilita dalle Facoltà? È necessaria una reale competizione tra Atenei, le cui risorse siano determinate dall'eccellenza dei loro ricercatori. Fare concorsi senza che questi siano collegati alla precisa responsabilità delle risorse (autofinanziamento) da parte dei singoli Atenei rischia di essere una procedura vana, al di là della trasparenza di qualsiasi procedimento comparativo.

Verbali delle riunioni della Giunta Esecutiva

Riunione del 7/2/07

Alle ore 11:00 inizia la riunione presso la sede della SIMI. Assenti giustificati i Proff. Senin, Pini e Sama.

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente del Collegio comunica che il Presidente della SIMI, Prof. Licata, ha richiesto, per poter continuare a pubblicare e diffondere il Bollettino COLMED/09 insieme a quello della SIMI, un contributo economico da parte del Collegio.

L'Intercollegio, nella persona del suo Presidente Prof. Basso, comunica che in occasione del suo ultimo incontro, alcuni Presidenti dei Collegi hanno sollecitato una reazione decisa nei confronti della campagna mediatica indirizzata contro l'Università e le facoltà Mediche in particolare, promuovendo un'iniziativa per organizzare un incontro con il ministro dell'Università e quello della Sanità. Il Presidente Dammacco esprime preoccupazione sul possibile assenteismo dei Docenti a tale incontro, temendo che una scarsa presenza della componente universitaria potrebbe essere assolutamente controproducente. Il prof. Rappelli propone che l'incontro avvenga tra i Ministri e le Giunte dei Collegi, proposta appoggiata dai Proff. Novarini, Corrocher e Dammacco. Corrocher sottolinea l'opportunità che tale incontro sia preparato adeguatamente nei contenuti, per evitare discrepanze nelle proposte.

Il Prof. Filetti suggerisce che l'incontro con i Ministri sia su temi forti e sia in particolare finalizzato a frenare la volontà politica di trasferire il triennio clinico alla Sanità. La posizione è condivisa all'unanimità dalla Giunta.

2) Esito votazioni rinnovo CUN

Dammacco legge la sua lettera di riflessioni, inviata a tutti i soci del Collegio, ed a seguire alcune altre lettere. Tra queste, quella del Prof. Bartoli che offre una sua chiave di

lettura sulle votazioni per il rinnovo del CUN, stigmatizzando in particolare la presa di posizione pubblica di elementi di spicco della SIMI che, schierandosi apertamente a favore di candidati esterni all'area internistica-chirurgica, avrebbero rotto il fronte comune dei Collegi MED/09 e MED /18, con effetti dirompenti sugli equilibri raggiunti.

Il Collegio critica la candidatura autoreferenziale di un Collega Associato MED/09, in contrapposizione a quella ufficiale del Prof. Rapaccini (concordata in occasione dell'ultima Assemblea del Collegio a Cagliari) e nel contempo quella di un Associato afferente a MED/18, a fronte dell'accordo-manifesto con il Collegio dei chirurghi.

Il Prof. Rapaccini segnala che un problema centrale è il numero degli iscritti al COLMED/09, che rende il Collegio, nei momenti "politici", dipendente da altri, pur essendo il più numeroso.

Manfredini segnala la disaffezione e la mancanza di motivazioni che portano molti docenti a disertare le votazioni.

Novarini segnala come sia disdicevole che ancora una volta il collegio più numeroso non sia rappresentato al CUN.

Sasso ribadisce che si è pagato nell'occasione elettorale un mancato coordinamento, anzi uno scollamento tra i due Collegi generalisti.

Corrocher segnala che le candidature vanno preparate con molto anticipo di quanto fatto in tale occasione. Inoltre, il Collegio non ha dato prova di compattezza e su questo dovrà lavorare la prossima Giunta Esecutiva. In ogni caso, fondamentale sarà la collaborazione dei due Collegi ratificata dal Manifesto.

3) Assenteismo dell'elettorato attivo nelle votazioni per le commissioni di valutazione comparativa

Dopo un'ampia ed approfondita discussione, la Giunta è concorde sulla necessità di ricompattare il

Collegio, cercando di affrontare nel migliore dei modi alcuni problemi, tra cui spicca il numero degli iscritti e la scarsa partecipazione dei Ricercatori e degli Associati.

4) Requisiti minimi consigliati per le valutazioni comparative per Professori di I e II fascia

Il Prof. Corrocher, che ha coordinato il lavoro di un'apposita commissione, presenta le premesse ed i criteri che, dopo ampia discussione in Giunta nelle precedenti riunioni, sono stati ampiamente emendati. Vengono raccolti ulteriori suggerimenti e la Giunta si esprime a favore di un'ulteriore revisione dei criteri, che potrebbero essere definitivamente approvati nella prossima riunione della Giunta esecutiva, in occasione della quale saranno presenti sia i vecchi che i nuovi consiglieri.

I lavori della Giunta vengono interrotti per la riunione con il Presidente del COLMED/18, Prof. Emanuele Lezoche, ed il Presidente dell'Intercollegio, Prof. Nicola Basso.

I Proff. Lezoche e Dammacco condividono l'intenzione di rispettare e rafforzare l'accordo ratificato con il documento congiunto. Lezoche suggerisce che tale rapporto tra i due Collegi vada consolidato con incontri periodici ed il coinvolgimento della base. A fronte delle incalzanti notizie di un trasferimento del triennio clinico al Ministero della Salute, Lezoche suggerisce un incontro con i ministri competenti.

Il Prof. Basso propone un'assemblea con tutti i Collegi per portare in maniera forte, dai connotati quasi "sindacali", la pressione delle Facoltà Mediche. Tale iniziativa richiederà necessariamente una partecipazione compatta di tutti i Collegi. Dammacco sottolinea le difficoltà organizzative di tale manifestazione, che per avere successo deve vedere un'ampia partecipazione dei Collegi. Basso suggerisce come data possibile di tale

Verbali delle riunioni della Giunta Esecutiva

14

Assemblea metà giugno p.v. ed una riunione dell'Intercollegio il 10 marzo per organizzare i contenuti della stessa Assemblea.

5) III Congresso Nazionale COLMED/09

Confermata la data dell' 11 maggio, previa disponibilità dell'Aula Pocchiarri, si discutono possibili temi:

- Contenuti dell'incontro con i Ministri a giugno
- CIVR e nuove agenzie di valutazione
- Criteri minimi curriculari per le valutazioni comparative (con voto dell'Assemblea)

Il congresso dovrebbe terminare i lavori entro le ore 16:00 per garantire fino al termine un'adeguata partecipazione.

Alle ore 17:00 la Giunta conclude i lavori.

Riunione del 9/3/07

I lavori iniziano alle ore 11:00. Assenti giustificati i Proff. Mezzetti, Novarini, Sama e Amodio.

1) *Comunicazioni del Presidente*
Viene letta la risposta del Prof. Lenzi alla lettera di auguri del Collegio per la sua elezione al CUN.

Il Prof. Dammacco illustra alcune attività del Consiglio Superiore della Sanità di cui è membro.

2) *Nomina Segretario e Tesoriere*

Il Presidente, a nome della Giunta, ringrazia il Prof. Filetti per la preziosa opera svolta nel triennio concluso. Il Presidente suggerisce che il nuovo Segretario risieda a Roma per motivi di opportunità. Il Prof. Bernabei, per precedenti impegni con la Società di Gerontologia e Geriatria, rinuncia alla candidatura. La Giunta elegge all'unanimità il Prof. Rapaccini (con la sua astensione) che accetta la nomina, impegnandosi nel prossimo triennio a reclutare nel Collegio il maggior numero possi-

bile di Colleghi afferenti a MED/09. Come Tesoriere, la Giunta elegge all'unanimità il Dott. Sasso (con la sua astensione).

3) *Riunione dell'Intercollegio*

Come già anticipato in occasione dell'ultimo incontro della Giunta esecutiva, il Presidente dell'Intercollegio, Prof. Basso, sollecita un'Assemblea di tutti i Collegi dell'area medica con i Ministri dell'Università e della Salute nel prossimo mese di giugno. Preliminarmente, le Giunte dei 35 Collegi si riuniranno il 10 marzo per preparare il programma dell'Assemblea di giugno.

I Proff. Rappelli e Realdi invitano a focalizzare gli argomenti da portare all'attenzione dei Ministri su argomenti di interesse generale per l'Università, senza farsi trascinare da tematiche troppo vicine a singole branche. Il Prof. Filetti ribadisce la preoccupazione per il tentativo di trasferire competenze dall'Università alla Salute. Senin e Rapaccini suggeriscono di focalizzare l'attenzione dell'incontro su di un tema: il rischio di spaccare la Facoltà di Medicina tra Università e Ministero della Salute.

Trevisani richiama alla missione formativa della Facoltà Medica. Lo studente deve essere formato nella Facoltà medica e lo specializzando deve avere nel Tutor un riferimento didattico all'altezza del ruolo.

Sasso suggerisce di inserire tra gli argomenti anche la discussione della proposta di legge Tessitore.

Corrocher, richiamandosi a norme costituzionali, ribadisce l'unicità inscindibile tra formazione e ricerca scientifica. Inoltre, una spaccatura tra triennio biologico e triennio medico renderebbe impossibile il lavoro dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI).

Richiamandosi ai problemi della cosiddetta "malasanità", Corrocher puntualizza che spesso, se il personale lavora ai limiti, la conseguenza non è un errore umano ma

un errore di "sistema".

4) *Criteri minimi consigliati per le valutazioni comparative per Professori di I e II fascia*

Il Prof. Corrocher introduce i concetti che supportano i criteri minimi. Dopo ampia discussione, si approvano all'unanimità sia il documento per la I che per la II fascia. La giunta, al fine di una massima diffusione dei criteri minimi appena approvati, autorizza il Presidente ad inviarli con il Bollettino COLMED/09 ed a mezzo e-mail ai 1200 componenti del SSD MED/09.

5) *III Congresso Nazionale COLMED/09*

La disponibilità della sala Pocchiarri presso l'Istituto Superiore di Sanità non è ancora confermata.

Tra i possibili temi, oltre all'approvazione dei criteri minimi per la valutazione comparativa, vengono suggeriti dalla Giunta: l'applicazione dei nuovi ordinamenti della Scuola di Specializzazione, CIVR ed agenzie di valutazione, tronco comune.

Il Presidente Dammacco incarica i Proff. Realdi, Corrocher e Patrono ad elaborare possibili modelli attuativi del tronco comune, da presentare in occasione del Congresso.

6) *Bollettino del Collegio*

Il Presidente Dammacco fa una breve cronistoria del Bollettino COLMED/09. Il Presidente della SIMI ha richiesto un contributo economico per continuare ad inviare il nostro Bollettino congiuntamente a quello della SIMI. Dammacco, che ha provveduto comunque a ottenere un preventivo per la stampa e spedizione del Bollettino del Collegio ai soli soci COLMED/09, intende chiedere al Prof. Licata di mantenere l'offerta amichevole, concedendo a titolo gratuito il servizio finora offerto dalla SIMI.

Un'ipotesi in discussione è stata quella di aumentare in maniera

Verbali delle riunioni della Giunta Esecutiva

contenuta le quote associative al Collegio e di migliorare il contenuto del Bollettino con il contributo di tutti i Soci.

Realdi suggerisce di creare un Bollettino on-line.

Sasso suggerisce di implementare tutti i mezzi (cartaceo e on-line) per potenziare la visibilità del Collegio. Dammacco propone di lasciare il Bollettino cartaceo per il 2007, con implementazione delle rubriche con dei responsabili. Nella prossima riunione della Giunta verranno definite le une e gli altri.

Dopo ampia discussione, la Giunta decide all'unanimità di incrementare di 10 Euro le quote associative per il 2007.

Alle 18:35 termina la riunione.

Riunione del 10/3/07

Alle ore 11:00, presso l'Aula della I Clinica Medica del Policlinico Umberto I di Roma, si riuniscono le Giunte dei Collegi che aderiscono all'Intercollegio.

Il Presidente Prof. Nicola Basso prende la parola spiegando che l'incontro è strettamente finalizzato a definire i contenuti e le proposte di un'Assemblea, che si terrà il 16 giugno tra l'Intercollegio ed i Ministri dell'Università, On. Fabio Mussi, e della Salute, On. Livia Turco.

Il Prof. Gaudio, Segretario della Conferenza permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina, a nome del Presidente, Prof. Frati, assente per precedenti impegni, sottolinea il momento delicato e difficile della Medicina Universitaria. Richiama il ruolo cruciale della ricerca e della didattica come missione centrale della Facoltà di Medicina ricordando che, a norma di legge, il numero dei posti letto è in funzione degli studenti di Medicina. Segnala l'importanza di

seguire da vicino sia l'iter politico della riforma delle Aziende universitarie, sia le proposte di legge sul reclutamento dei Docenti.

In rappresentanza del CUN, il prof. Amore riferisce di una recente relazione del sottosegretario Modica al CUN. Nel programma del Ministro dell'Università ci sarebbero: riforma delle classi, agenzia di valutazione, fondo unico di ricerca (a cui afferisce il PRIN), 1700 concorsi per Ricercatore, istituzione della III fascia docente, aumento degli stipendi dei Ricercatori, rinvio dei concorsi di I e II fascia, valorizzazione del tempo pieno e chiarimenti sull'intra-moenia.

Il Prof. Dammacco, a nome della Giunta COLMED/09, presente all'incontro nella sua quasi interezza, segnala che portare alla discussione con i Ministri il punto dell'intra-moenia potrebbe offrire il fianco a critiche. Esprime perplessità sulla notizia del congelamento dei concorsi di I e II fascia. Il prof. Lezoche sottolinea l'importanza della collaborazione dei Collegi, facendo l'esempio del lavoro comune da poco intrapreso dai due Collegi MED/18 e MED/09. Suggerisce una Commissione che si impegni a preparare i contenuti dell'incontro del 16 giugno. Segnala la mancanza di una vera progettua-

lità politica dei Ministri. Pertanto, i Collegi devono farsi carico di collaborare a disegnare il profilo dell'Università futura, con la centralità della didattica e della ricerca.

Il Presidente Basso chiede a tutti i Collegi di preparare pochi argomenti su cui potrebbe lavorare la Commissione proposta da Lezoche.

Il Prof. Corrocher suggerisce di distinguere tra problemi di tutta l'Università (come l'Agenzia di valutazione) e quelli specifici della Facoltà di Medicina e Chirurgia (difendere il ruolo della Facoltà di Medicina dal tentativo di ospedalizzazione della Salute), ricordando il ruolo di ricerca e formazione affidato dalla Costituzione all'Università.

Seguono numerosi interventi di rappresentanti dei vari Collegi. I temi affrontati hanno spaziato dall'Agenzia di valutazione, che potrebbe condizionare fortemente la progressione di carriera indipendentemente dai concorsi, al blocco degli stessi concorsi, agli aspetti economici, fino all'applicazione della legge 230.

Il Presidente Basso ha chiuso i lavori identificando la commissione che si impegnerà a preparare un'agenda strutturata di temi, da portare all'incontro del 16 giugno. L'incontro termina alle ore 13:30.

Convocazione di Assemblea

L'Assemblea dei Docenti del Settore Scientifico-Disciplinare Med/09 iscritti al Collegio è convocata per venerdì 11 maggio 2007, alle ore 14,30 presso l'Aula Pocchiari dell'Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, n. 299 - Roma) per discutere e deliberare sul seguente Ordine del Giorno

1. Comunicazioni del Presidente
2. Discussione ed eventuale approvazione del documento sui requisiti curriculari minimi consigliati per la partecipazione ai procedimenti di valutazione comparativa di prima e di seconda fascia
3. Varie ed eventuali

Il Segretario
Prof. G.L. Rapaccini

Il Presidente
Prof. F. Dammacco

Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna

16

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

GIUNTA ESECUTIVA

Prof. Franco Dammacco (Bari), *Presidente*
PO: Prof. Roberto Bernabei (Roma Catt.)
PO: Prof. Andrea Mezzetti (Chieti)
PO: Prof. Franco Patrone (Genova)
PO: Prof. Giuseppe Realdi (Padova)
PO: Prof. Giovambattista Rini (Palermo)
PA: Prof. Riccardo Pini (Firenze)
PA: Prof. Gian Ludovico Rapaccini (Roma), *Segretario*
PA: Prof. Franco Trevisani (Bologna)
Ric: Dott. Piero Amodio (Padova)
Ric: Dott. Ferdinando C. Sasso (Napoli II), *Tesoriere*

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

PO: Prof. Alessandro Rappelli (Ancona)
PO: Prof. Umberto Senin (Perugia)
PO: Prof. Pietro Serra (Roma)

COLLEGIO DEI SINDACI

PA: Prof. Guglielmo Bruno (Roma)
PA: Prof. Pietro Modesti (Firenze)
PA: Prof. Riccardo Polosa (Catania)

REFERENTI DI SEDE

Ancona*

PO: Prof. Paolo Dessi Fulgheri
PA: Prof. Riccardo Sarzani
Ric: Dott. Andrea Costantini

Bari

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

Bologna

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

Brescia*

PO: Prof. Giuseppe Romanelli
PA: Prof. Deodato Assanelli
Ric: Dott. Massimo Salvetti

Cagliari

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

Catania

PO: Prof. Pietro Castellino
PA: Prof. Riccardo Noto
Ric: Dott. Sergio Neri

Catanzaro

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

Chieti*

PO: Prof. Giovanni Davi
PA: Prof. Francesco Cipollone
Ric: Dott. Gabriele Obletter

Ferrara

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

Firenze

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

Foggia

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

Genova

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

Insubria

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

L'Aquila

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

Messina

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

Milano

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

Milano Bicocca

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

Milano Cattolica

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

Milano San Raffaele

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

Modena

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

Napoli - II Università

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

Napoli - Federico II

PO: Prof. Franco Rengo
PA: Prof. Aldo Liberato Ferrara

Ric: Dott. Salvatore Panico

Padova

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

Palermo

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

Parma

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

Pavia

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

Perugia

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

Piemonte Orientale

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

Pisa

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

Roma - Sapienza

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

Roma - Tor Vergata

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

Sassari

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

Siena*

PO: Prof. Franco Laghi Pasini
PA: Prof. Giuseppe Martini
Ric: Dott. Giovanni Andrea Righi

Torino

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

Trieste

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

Udine

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

Verona

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

* Sedi che hanno provveduto al rinnovo dei Referenti

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

Indirizzo del Presidente

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

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Redazione

Clinica Medica - 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

Segretaria di Redazione
Daniela Pianosi

Stampa Errebi Grafiche Ripesi - Falconara