

3/07

BOLLETTINO DEL COLLEGIO DEI DOCENTI UNIVERSITARI DI ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA,
GERIATRIA E GERONTOLOGIA, MEDICINA DELLO SPORT, MEDICINA INTERNA, MEDICINA TERMALE

MED 09

Trimestrale di informazione

Poste Italiane SpA Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, Comma 1, DCB Ancona
Supplemento n. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 3/2007
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

4 DOSSIER

**La Medicina Interna come
Medicina Specialistica della
complessità**

di Giuseppe Realdi

12 VITA DEL COLLEGIO

Verbali degli Organi del Collegio

Giunta esecutiva dell'11/7/2007

Giunta esecutiva del 13/9/2007

15 CONVEGNI

**L'insegnamento universitario
della Medicina Generale fra
Istituzioni e Medici di Medicina
Generale**

16

**Collegio dei Docenti Universitari
di Medicina Interna**

presentazione

Cari Amici e Colleghi,
con la ripresa autunnale di tutte le attività universitarie, gli Internisti si ritrovano ad affrontare le stesse problematiche più volte discusse prima della parentesi estiva e rimaste largamente irrisolte. Nelle considerazioni che seguono farò riferimento alle principali.

Procedimenti di valutazione comparativa - Rappresentano ovviamente il tema più delicato tra quelli che angustiano la comunità accademica. Ad essi sono infatti connesse le aspettative dei Ricercatori e dei Professori Associati che, sulla base delle attività didattiche, scientifiche e (ove pertinente, come nel caso della Medicina Interna) assistenziali svolte nell'arco di diversi anni, legittimamente aspirano a compiere un ulteriore passo della loro carriera universitaria.

E' noto come, in seguito alle numerose critiche che i procedimenti locali di valutazione comparativa avevano suscitato in tutte le sedi universitarie e per tutte le Facoltà, il Ministro Letizia Moratti avesse fortemente caldeggiato una riforma del sistema, culminata con l'approvazione della legge 4 novembre 2005, n. 230 ("Nuove disposizioni concernenti i professori e i ricercatori universitari e delega al Governo per il riordino del reclutamento dei professori universitari"). Tale legge è imperniata sulla centralizzazione nazionale dei giudizi di idoneità per Professori di prima e di seconda fascia, affidati a Commissioni costituite da membri individuati con il doppio sistema elettivo/estrattivo. Senza entrare nel merito della legge, per certi versi macchinosa ma certamente innovativa rispetto al sistema precedente, la comunità accademica era comunque in fiduciosa attesa dei decreti attuativi che avrebbero dovuto rimettere in moto il processo di selezione e reclutamento della docenza universitaria. L'unica seria perplessità era legata alle difficoltà che con le nuove norme potesse essere garantita la cadenza annuale ("entro il 30 giugno di ciascun anno") dei concorsi.

Con l'arrivo del nuovo Ministro alla direzione del MUR, queste perplessità si sono tramutate nella paralisi totale del meccanismo concorsuale. Il Ministro Mussi ha infatti ripetutamente dichiarato di non condividere alcuni aspetti qualificanti della legge Moratti, promet-

tendo di voler procedere ad una sostanziale modificazione di tale legge. Personalmente, non conosco in dettaglio i punti suscettibili di variazioni che, ove risultassero migliorative della legge approvata, non potrebbero che essere auspicabili e benvenute. Nessun intento riformatore può invece giustificare il blocco *sine die* della macchina concorsuale.

Il Comitato Universitario Nazionale (CUN), nella composizione uscita dalle votazioni tenutesi in dicembre del 2006 e presieduto dal Prof. Andrea Lenzi, ha già fatto sentire la sua voce con una mozione votata all'unanimità nell'adunanza del 5 aprile 2007, con la quale "Si chiede con forza al Ministro ed al Governo di operare in modo da riattivare con la massima urgenza il regolare funzionamento delle valutazioni comparative per tutti i ruoli". Il nostro Collegio ripone ovviamente la massima fiducia nell'operato del CUN e per questo motivo il Prof. Lenzi è stato invitato ad intervenire (compatibilmente con i suoi impegni) all'Assemblea di ColMed/09, che si terrà a Roma la mattina del prossimo 22 ottobre nell'ambito del 108° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna. Sentiremo in quella sede quali siano gli ostacoli che hanno finora inceppato l'emanazione dei bandi e lo svolgimento delle tornate concorsuali, nonché come e quando si pensa tali ostacoli possano essere superati o rimossi.

Dal suo canto, il nostro Collegio ha fatto di più: come sapete, la Giunta Esecutiva, dapprima attraverso il lavoro al suo interno di una commissione presieduta

dal Prof. Roberto Corrocher e poi con lo sforzo congiunto dei componenti della Giunta uscente e di quella subentrante, ha elaborato un documento introduttivo corredato da due Tabelle. In esse sono riportati i requisiti minimi che dovrebbero essere posseduti dai candidati alle future valutazioni comparative. Le proposte della Giunta sono state ampiamente discusse ed implementate nell'Assemblea tenutasi a Roma l'11 maggio 2007 nel corso del 3° Congresso Nazionale del ColMed/09 ed infine approvate a larga maggioranza. Ricordo che il documento illustrativo e le relative Tabelle sono stati pubblicati nelle pagine centrali (in maniera da poter essere staccate e conservate) del precedente Bollettino ColMed/09 n. 2/2007. Senza nulla togliere alle prerogative ed alle responsabilità dei Collegi che saranno chiamati a far parte delle future Commissioni, il documento sui requisiti minimi, forte dell'approvazione a larga maggioranza da parte dell'Assemblea, potrà rappresentare un utile sostegno al lavoro dei Commissari, che dovrebbero auspicabilmente improntare il loro delicato lavoro di selezione comparativa tenendo conto di tali requisiti.

Un segnale negativo è stato in questo senso il mancato incontro con il Ministro Mussi, che l'Intercollegio (cui aderiscono oltre 50 Collegi specialistici, tra i quali il nostro) ha tentato ripetutamente di organizzare per lo scorso giugno e "abortito" in una riunione tenutasi a fine luglio alla presenza del Senatore Marino. Comunque, la Giunta del ColMed/09 continuerà a seguire

attentamente questo aspetto e non mancherà di far sentire la propria voce a tutti i livelli, nonché di informare i propri Soci sulle novità che dovessero emergere.

Attività libero-professionale intramuraria - Come sapete, il disegno di legge recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" è stato definitivamente approvato. Non potendo per motivi di spazio entrare in eccessivi dettagli, mi limiterò a ricordare l'aspetto temporale della legge, secondo la quale tutti gli interventi di ristrutturazione edilizia sui locali destinati a tale attività "dovranno essere completati entro il termine di diciotto mesi a decorrere dalla data del 31 luglio 2007" e quindi entro gennaio 2009.

In via teorica, queste disposizioni dovrebbero notevolmente facilitare l'attività libero-professionale intramuraria di tutti i Medici strutturati, in convenzione con il SSN, e pertanto il giudizio complessivo non può che essere favorevole. Ma è lecito avanzare non pochi dubbi sulla capacità di rispettare tale categoria scadenza da parte delle Aziende Sanitarie, ovvero sulla loro reale possibilità di acquisire spazi ambulatoriali esterni, che corrispondano a criteri di congruità e idoneità per l'esercizio dell'attività sopra menzionata. Quand'anche in un'Azienda ospedaliera regionale fossero soltanto in 100-150 i Medici che chiedono di svolgere la loro attività libero-professionale, anche per 2 ore 2-3 volte alla settimana, quanti turni saranno neces-

3

sari per garantire tale attività? E come potrebbero essere gestiti gli inevitabili spostamenti degli appuntamenti conseguenti a imprevisti, impegni congressuali o di altro genere e convocazioni per motivi istituzionali, insorti dopo la fissazione degli appuntamenti da parte del CUP (Centro Unico di Prenotazione)? Pertanto, pur ribadendo il parere favorevole sullo spirito della legge, il timore di molti Colleghi circa le notevoli difficoltà che la legge incontrerà nella sua applicazione pratica mi sembra più che giustificato.

Concorsi per Ricercatore - Finalmente una buona notizia. Poche settimane fa, per l'esattezza in data 10 settembre 2007, il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del Ministro Mussi, un decreto legge che rende immediatamente disponibili 20 milioni di Euro per le Università, finalizzati all'assun-

zione di Ricercatori nel corrente anno 2007. Ovviamente, in attesa che entrino in vigore i nuovi regolamenti di disciplina dei concorsi per Ricercatore, l'effettiva utilizzazione della somma sopra menzionata potrà avvenire soltanto varando i bandi secondo le norme vigenti. Si tratta senza dubbio di una boccata di ossigeno in un sistema universitario divenuto negli ultimi anni asfittico, che potrà ridare speranza di sistemazione ai non pochi giovani, talora altamente meritevoli, ai quali spetterà trasmettere linfa vitale al sistema universitario italiano, rimasto per molti versi gerontocratico. Anche in questo caso, tuttavia, è presumibile che vi saranno ritardi nella gestione dei concorsi ove si consideri che (nel momento in cui scrivo questa lettera a fine settembre) a tutt'oggi non si sa nulla circa la data di pubblicazione dei bandi.

Quarto Congresso Nazionale del

ColMed/09 - Come negli anni 2005-2007, anche nel 2008 il nostro Collegio organizzerà il suo Congresso Nazionale, che sarà il quarto della serie. La data non è stata ancora fissata con certezza, in ragione del fatto che in maggio 2008 (per l'esattezza dal 7 al 10 maggio) si terrà a Roma il 7th Congress of the European Federation of Internal Medicine (EFIM). Pertanto, benché i precedenti 3 Congressi di ColMed/09 si siano svolti sempre in maggio, il prossimo anno potrebbe essere opportuno spostare la data in giugno, per esempio giovedì 5 giugno 2008. Nella prossima riunione la Giunta Esecutiva deciderà la data definitiva ed i temi da trattare. Ma vorrei sin d'ora invitare quanti lo desiderano a farci pervenire i loro suggerimenti sugli argomenti delle relazioni e sui nomi dei possibili relatori.

Franco Dammacco

Convocazione

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

L'Assemblea dei Docenti del settore scientifico-disciplinare (SSD) MED/09 è convocata per lunedì 22 ottobre 2007, alle ore 9.30, presso l'Aula C dell'Hotel Cavalieri Hilton (Roma, via Cadlolo 101) per discutere e deliberare sul seguente:

ORDINE DEL GIORNO

1. Comunicazioni del Presidente
2. Discussione ed eventuale approvazione del bilancio consuntivo 2006
3. Referenti di sede: rinnovi finora effettuati
4. Censimento numerico relativo ai Professori Ordinari, Professori Associati e Ricercatori iscritti al Collegio
5. Problematiche connesse con i procedimenti di valutazione comparativa: incontro con il Presidente del CUN Prof. Andrea Lenzi
6. Quarto Congresso Nazionale ColMed/09: prime indicazioni relative a data, sede e tematiche
7. Varie ed eventuali

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

Il Presidente
Prof. Franco Dammacco

La Medicina Interna come Medicina Specialistica della complessità*

di Giuseppe Realdi (Padova)

4

1. Da qualche tempo si sente dire con sempre maggior frequenza che Medicina Interna è la medicina del paziente complesso o medicina della complessità, tuttavia non sempre ci si intende sulle parole, soprattutto in riferimento alla ricaduta concreta che esse possono comportare. Pertanto, può risultare opportuno precisare il significato dei termini, allo scopo di portare chiarezza al discorso e meglio definirne i contenuti teorici e i risvolti pratici.

Non sono molte le definizioni di Medicina Interna; in genere infatti si tende a indicarne i contenuti e i compiti. Sicuramente una delle migliori è quella data da Federspil e coll., a nome del Collegio dei Docenti universitari di Medicina Interna, durante la prima Conferenza Nazionale sulla Formazione Universitaria e Post laurea del Medico, tenuta a Roma nel 1994¹. In tale occasione la Medicina Interna fu definita come *“L’ambito della Medicina clinica che concerne le conoscenze sulle malattie di organi ed apparati, suscettibili di inter-reagire fra loro e di alterare direttamente i parametri fisiologici fondamentali dell’organismo... Essa indica l’attività clinica che concepisce i fenomeni morbosi dell’ammalato visto come un tutto e non come un insieme di organi da studiare separatamente... Il Medico internista non è colui che possiede le conoscenze di tutto lo scibile della Medicina, ma è un medico che si avvale di una metodologia che gli consente una “valutazione globale” dei problemi del “singolo” malato... Le ragioni dell’esistenza della Medicina Interna sono radicate nella stessa esperienza universale della medicina sin dai suoi primordi, intesa come esigenza di curare l’uomo nella sua interezza psico-fisica... Se risulta indispensabile la specializzazione e la divisione del lavoro scientifico, come necessità di approfondimento delle conoscenze in campi settoriali della scienza medica e di una assoluta padronanza di complesse attrezzature scientifiche, diagnostiche e tera-*

peutiche, tuttavia non si può immaginare la patologia dei singoli organi e sistemi avulsa dall’intero organismo. Ciò significherebbe ignorare la stessa unità somatica del malato, oltre che la sua personalità umana.”

Da queste definizioni emergono due elementi fondamentali: a) la concezione del singolo uomo malato come unico inscindibile; b) la priorità della metodologia di approccio al paziente, che consente di acquisire una diagnosi clinica intesa come *“rappresentazione unitaria e squisitamente individuale della sua situazione patologica, dalla quale soltanto scaturisce il razionale terapeutico”*¹.

2. Definire il concetto di “complessità” è meno facile, anche perché l’espressione “complessità” è divenuta ai nostri giorni un modo di dire assai utilizzato e diffuso, sia nel linguaggio comune, sia nel gergo tecnico di molte discipline. Usualmente il termine tende ad essere usato per esprimere non una delucidazione, bensì una incapacità di descrivere, una confusione della mente o dello spirito. Si dice sempre più spesso “è complesso” per evitare di spiegare. In realtà questo termine sottende una rivoluzione del pensiero e della conoscenza, una nuova categoria, un cambio di paradigma della conoscenza, non definibile con una affermazione o una negazione, ma facente parte di una teoria, di una corrente di pensiero, di una epistemologia.

Si parla infatti di “teoria della complessità”, di “sfida della complessità”, di “pensiero della complessità”, di “epistemologia della complessità”. E’ proprio come prospettiva epistemologica infatti che la complessità svolge un ruolo cruciale nel pensiero contemporaneo.^{2,5}

Questa trasformazione coincide con quello che gli storici delle idee e gli epistemologi indicano come un cambio di paradigma della conoscenza: la fine della modernità⁵. Mentre l’era moderna aveva posto l’uomo e la ragione al centro del mondo, dalla seconda metà del novecento, con lo sviluppo della nuova fisica dei quanti e della relatività e delle nuove geometrie non euclidee, si è fatta strada in campo scientifico e filosofico la ten-

denza antiriduzionistica e contro il fondamentalismo della ragione, che è culminata nella teoria della complessità di Morin e di Prigogine e nelle posizioni post-moderne del neopragmatismo americano e dell’ermeneutica europea.^{4,6}

Nel pensiero di Morin, sono abbandonate le strade del razionalismo classico, lineare e semplificatore, che hanno condotto all’isolamento dell’oggetto dal contesto ambientale e alla sua analisi, in modo appunto oggettivo: chiuso e distinto nella sua esistenza, caratterizzata da pienezza ontologica, l’oggetto è stato posto dalla razionalità classica su un piano astratto, sperimentale, e dunque indipendente, sia dall’osservazione umana, sia dall’ambiente. Il corrispettivo dell’oggetto ontologicamente autosufficiente, può essere rintracciato nel soggetto cartesiano, a sua volta neutro e incolore, sospeso nella propria auto-referenzialità universale, che auto-esclude se stesso dall’indagine che sta svolgendo. Riprendendo la teoria dei sistemi, Morin sostituisce al concetto di oggetto quello di *sistema*, che presenta il vantaggio di studiare non più oggetti singoli e sostanzializzati, ma sistemi complessi, poiché composti, organizzati secondo una struttura in cui gli elementi in interrelazione tra loro costituiscono un’unità globale. Il sistema è di più della somma delle sue parti, ma anche di meno. E’ di più, in quanto il sistema, rispetto alla somma delle parti, presenta delle proprietà emergenti, da attribuire alla componente olistica di globalità o totalità (e che appaiono a livello fenomenico), e alla componente di organizzazione (che è determinata dalla precipua relazione sistemica tra le parti che compongono il sistema). Ma il sistema è anche “qualcosa di meno”, in quanto alcune proprietà delle sue parti si perdono nella loro “sommabilità”, nel fatto cioè che alcune loro potenzialità vengono vincolate dall’organizzazione organica sistemica. “In ogni organizzazione complessa, non soltanto la parte si trova nel tutto, ma anche il tutto si trova nella parte”⁵. Ed è l’organizzazione sistemica tra le parti a rendere conto del mantenimento del sistema e a dare identità al tutto, il quale tutto è ciò che permette alle parti di agire e di

* Relazione tenuta alla Sezione Triveneta della Società Italiana di Medicina interna, Udine 20 aprile 2007

5

adattarsi. Questo processo di adattamento agli eventi esterni (*retroattività*) è possibile solo nella dimensione della relazione tra le parti; se non si vuole continuare a pensare l'oggetto in termini riduzionistici, è necessario concepire il tutto secondo una logica articolatrice: sono le parti a riorganizzarsi per dare identità al tutto, il quale, unico, è ciò che permette alle parti di agire e di adattarsi, avendo un fine (*telos*), inteso come il mantenimento in vita dell'organismo, sia esso biologico che sociale⁵.

3. Questi concetti hanno avuto profondi riverberi nell'ambito delle discipline biomediche e in particolare in quelle relative all'assistenza sanitaria e alla salute pubblica, dove parole come *multidisciplinarietà*, *integrazione*, *contesto*, *eclettismo* sono divenute di uso corrente nell'ambito di queste discipline ed esprimono la prospettiva complessa delle realtà che rappresentano⁷⁻¹⁰. Questa complessità si configura nel contesto dell'epidemiologia, della biostatistica, della sanità pubblica, della formazione medica, della medicina clinica, tutte discipline che esprimono a loro volta sistemi complessi non riducibili alle proprietà dei loro costituenti. Ognuno di questi sistemi racchiude in sé capacità di auto-organizzazione e di adattamento agli stimoli esterni, con coesistenza e oscillazione continua tra un estremo organizzativo, caratterizzato da semplicità e determinismo, e l'altro estremo, caratterizzato dal caos, dal disordine e dall'imprevedibilità. I due fattori condizionanti l'oscillazione delle capacità adattative

del sistema sono, al contempo, il grado di consenso (*agreement*) e il grado di certezza (*certainty*) (Fig. 1⁷).

4. Così definiti i termini del problema, ci si può chiedere quali sono le ricadute di questo modo di vedere le cose nei confronti della Medicina Interna e della sua espressione culturale, scientifica e assistenziale, nel contesto politico e sociale di oggi.

Questi aspetti del problema possono essere affrontati passando in rassegna alcune tematiche, suggerite anche da recenti contributi sull'argomento⁷⁻¹⁰:

a) *La sfida della complessità nella sanità in generale.*

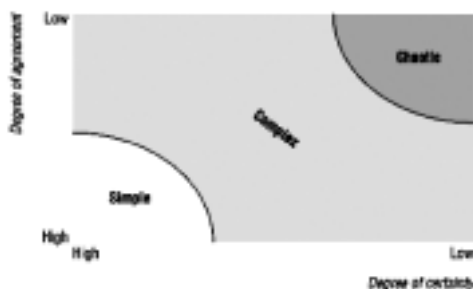
L'esperienza percepita di una crescente difficoltà di tipo pratico, concreto e operativo, sia a livello istituzionale e strutturale, sia sul piano personale e individuale, rischia di essere causa di frustrazioni e di illusioni. Questo può dipendere da una reale esistenza di obiettive difficoltà e di situazioni di disagio, ma, più semplicemente, può essere attribuita al fatto che il modo tradizionale di approccio ai problemi, attraverso sforzi individuali e impegno personale, non appare più adeguato. Il concetto newtoniano della regolarità dell'universo, considerato come un grande orologio, dove i grandi problemi potevano essere scissi in più piccoli e quindi analizzati e risolti attraverso una deduzione razionale, ha fortemente influenzato sia la pratica della medicina sia il gruppo dirigente preposto all'organizzazione. Ad esempio, immagini come quella del cuore concepito come una pompa, si stagliano nel pensiero medico e l'approccio metodologico tradizionale è convinto che il lavoro e l'organizzazione possano, tuttora, essere esaurientemente pianificati, esaminati nelle loro componenti strutturali e ottimizzati. Tuttavia la metafora della macchina non ci dà risposte esaurienti e ci pianta in asso quando ci si rende conto che molte parti dell'equazione non sono costanti, indipendenti o prevedibili. La nuova scienza dei *sistemi adattativi complessi* ci può fornire nuovi costrutti che possono venire in aiuto nell'affrontare le problematiche emergenti nella gestione dei problemi di salute del 21° secolo.

Un *sistema adattativo complesso* è un insieme di singole entità che hanno possibilità di agire in maniera non sempre totalmente prevedibile, ma le cui azioni sono tra loro interconnesse, così che l'azione di una entità modifica il contesto per l'altra. Esempi sono: il sistema immunitario, una colonia di termiti, il mercato finanziario, ogni insieme di esseri umani (famiglia, società, gruppo di lavoro, organizzazione), ma anche l'uomo stesso con i suoi organi e apparati.

Mentre nei *sistemi meccanici* i confini tra le parti sono fissi e ben definiti (es. le parti di una macchina, di un computer), nei sistemi complessi i confini sono indistinti e flessibili. Inoltre lo stato di appartenenza ad un sistema può cambiare, e gli agenti possono appartenere contemporaneamente a più sistemi. Questo può complicare la soluzione dei problemi e condurre ad azioni inaspettate in risposta a cambiamenti. Infatti, anche piccoli o semplici cambiamenti possono creare difficoltà, disagio, confusione, squilibrio nei confronti di altre entità del sistema o con altri sistemi.

In un sistema adattativo complesso, gli attori che lo compongono rispondono alle sollecitazioni dell'ambiente nel quale si trovano, utilizzando un insieme di regole interiorizzate che guidano le rispettive azioni e comportamenti. Nell'uomo, queste regole sono presenti in vario modo, come istinti, costrutti, modelli mentali, tradizioni culturali. Queste regole interiori operano e vengono seguite in assenza di una loro esplicita condivisione o estrinsecazione logica, quando utilizzate nei rapporti interpersonali, e noi stessi raramente ci sentiamo obbligati a chiederne o a darne spiegazione. In realtà ognuno è portato a seguire i propri modelli e a operare secondo le proprie convinzioni e conoscenze, modelli, convinzioni e conoscenze che non sono fissi, ma modificabili nel tempo.

Un sistema complesso, pertanto, si modifica nel tempo e si adatta, e ciò



(Pfeck PE, Greenhalgh T. BMJ, 2001.)

Fig. 1 - Il diagramma consenso-certezza.

avviene sia intrinsecamente al sistema stesso, sia in rapporto ad altri sistemi, essendo ogni sistema inserito in altri sistemi. L'evoluzione o il cambiamento di uno può indurre infatti evoluzione o cambiamento negli altri, in rapporto alla loro interazione. Il cambiamento può acquisire un nuovo equilibrio, migliore o peggiore, a seconda del punto di vista. Nei sistemi complessi, le forze apparentemente contrapposte per competizione o per cooperazione possono condurre a risultati imprevedibili, talvolta anche positivi (come ad es. la competizione nell'industria).

Questo stato di competizione e di opposizione può tuttavia creare disagio e difficoltà. Ne è un esempio il problema della medicina basata sulle evidenze (EBM) o medicina delle prove di efficacia, che può essere motivo di insolubile paradosso. Da un lato infatti vi è la necessità di disporre di standard di cure affidabili, logiche, basate su prove di efficacia, dall'altro si deve affrontare l'unicità del singolo individuo, la sua specifica richiesta, le priorità, il contesto. Mentre il pensiero scientifico tradizionale riduzionista assume che il problema debba essere comunque affrontato, valutato e poi risolto in tutte le sue componenti, la teoria della complessità è più malleabile e, in un certo qual senso, più benevola nel considerare i valori e gli equilibri connaturati alle tensioni tra le diverse parti del sistema. Questo concetto fa emergere nuove espressioni del sistema, come conseguenza dell'interazione tra le entità che di esso fanno parte. I risultati e le manifestazioni del sistema sono in questo modo di più della pura somma delle parti (così, ad esempio, non è possibile considerare le proprietà dell'idrogeno e dell'ossigeno come una loro semplice combinazione, tale da giustificare il mormorio e il luccichio di un ruscello). L'incapacità di spiegare la sorpresa, la creatività, la novità e i fenomeni emergenti rappresenta il limite maggiore del pensiero riduzionista.

Altre caratteristiche dei sistemi complessi sono la non linearità, l'imprevedibilità nel tempo, la presenza di caratteristiche intrinseche proprie e la disponibilità di fattori di attrazione che

possono rendere intuitivamente comprensibili aspetti apparentemente complessi del sistema stesso. Le interazioni all'interno di un sistema complesso possono favorire l'emergere di una nuova tipologia di ordine, di innovazione e di progresso, fattori non necessariamente imposti centralmente o dall'esterno. Nella vita di ogni giorno, molti comportamenti complessi emergono da regole relativamente semplici, come il va e vieni di malati e di medici in una corsia, o le interazioni nel corso di un meeting. Mentre nessuno guida le nostre specifiche azioni in simili situazioni, tutti noi sappiamo come adattarci e comportarci di conseguenza e procedere nella direzione nella quale vogliamo andare.

L'insieme di circostanze che sollecitano comportamenti adattativi sono state chiamate **"il margine del caos"** (Langton, 1989)⁷. Questa zona ha componenti di consenso e di certezza insufficienti per permettere delle scelte successive tali da considerarle come ovvie, tuttavia sono presenti in essa margini di accordo e di certezza sufficienti per non gettare il sistema nella totale confusione. La preparazione e l'applicazione di linee guida cliniche, l'assistenza a un paziente con molteplici problematiche cliniche e sociali, il coordinamento di iniziative didattiche e di sviluppo, nell'ambito dell'attività pratica o nel contesto di una struttura istituzionale, sono esempi riferiti ad azioni che si trovano nella zona della complessità. La nostra modalità istintiva di agire, acquisita dal pensiero e dalla tradizione riduzionista, è quella di risolvere e di sistemare pienamente le cose, in altre parole di rimuovere l'ambiguità, togliere di mezzo ogni paradosso, acquisire maggiori certezze e consensi e spostarsi progressivamente verso il margine della semplicità, indicato nello schema di Langton. Tuttavia la scienza della complessità suggerisce che spesso è meglio cercare e tentare approcci multipli e lasciare che la scelta operativa sia indirizzata, come impegno di tempo e come attenzione intellettuale, verso quelle cose che sembrano funzionare meglio. In questo modo si possono esplorare nuove possibilità attraverso la sperimentazione, l'autonomia e l'operare ai confini dell'esperienza e della cono-

scenza. Non tutti i problemi si trovano nell'area della complessità. Laddove vi è un alto livello di certezza su quanto viene richiesto e un buon accordo tra operatori (ad esempio, le azioni da compiere in una sala operatoria durante un intervento di routine), è decisamente più appropriato pensare e agire in termini in qualche modo meccanicistici e comportarsi secondo ruoli precedentemente concordati. E' chiaro che in queste situazioni gli individui rinunciano, almeno in parte, ad una loro autonomia, allo scopo di realizzare obiettivi comuni sul quale vi è certezza e consenso. In questo caso, il sistema richiede comportamenti non particolarmente eccellenti, ma il lavoro assume un alto grado di efficienza. Tuttavia nel moderno sistema assistenziale e sanitario, sono relativamente poche le situazioni dotate di alto grado di certezza e di consenso, né sembrano utili rigidi protocolli che poi vengono sistematicamente disattesi. In conclusione, è necessario prendere atto della natura complessa della sanità del 21° secolo e dei limiti sia del pensiero riduzionista, sia dell'approccio meccanicistico alla soluzione dei problemi clinici e organizzativi. Sembra invece indispensabile adeguarsi alla crescente complessità insita in tutto il sistema sanitario, abbandonare i modelli lineari, accettare l'imprevedibilità, rispettare e trarre vantaggio dall'autonomia e dalla creatività e concordare risposte flessibili ai modelli e alle opportunità emergenti.

b) La complessità nel contesto clinico-assistenziale.

I sistemi biologici e sociali sono intrinsecamente complessi, così che si può affermare che sono poche le malattie per le quali esiste una unica e singola causa o una unica e singola cura. Vi sono vari livelli di complessità adattativa nell'uomo, sia nel suo stato di salute, sia nelle sue manifestazioni morbose⁸. Le ragioni di questo sono molteplici:

- il corpo umano è composto di sistemi fisiologici multipli tra loro interagenti e autoregolanti, inclusi feedback biochimici e neuroendocrini;
- il comportamento di ogni individuo è determinato in parte da un insieme interno di regole basate sull'esperien-

7

za del passato, in parte da risposte uniche e adattative a nuovi stimoli provenienti dall'ambiente.

La rete di relazioni nell'ambito della quale gli individui hanno la loro esistenza contiene molti fattori correlati con le loro convinzioni, con le aspettative e con il loro comportamento.

Gli individui e le loro immediate relazioni sociali sono ulteriormente immersi dentro sistemi più ampi, sociali, politici e culturali, che a loro volta sono in grado di condizionare il vivere, e i risultati connessi, con modalità del tutto nuove e imprevedibili.

Tutti questi sistemi interagenti sono dinamici e variabili.

Un piccolo cambiamento in una parte di questa rete può indurre cambiamenti più grandi in altre parti del sistema, attraverso effetti di amplificazione.

Per tutte queste ragioni, né la malattia né il comportamento umano sono prevedibili, né possono essere semplicisticamente equiparati a un modello di semplice causa-effetto. Il corpo umano non è una macchina e il suo malfunzionamento non può essere analizzato scomponendo semplicemente il sistema nelle sue parti e considerando ogni componente singolarmente. Nonostante questo, il modello di causa-effetto è alla base dell'approccio alla soluzione basata sui problemi da noi utilizzata nell'incontro con il paziente; ma questo verosimilmente spiega perché talvolta questo approccio fallisce.

Un esempio di situazione complessa è trattare l'**incertezza** nell'incontro clinico. L'incertezza diagnostica è un evento comune, soprattutto nella medicina ambulatoriale e nella medicina generale. Ma anche in ambito clinico, l'accordo tra clinici è sorprendentemente scarso, anche di fronte a criteri osservabili, apparentemente ben definiti. Nell'incontro con il paziente, e in genere in ogni situazione dove si prendono decisioni cliniche, troppo spesso si attende dai medici di fornire risposte definitive, frequentemente in condizioni di elevata incertezza e di scarso consenso. Il diagramma certezza/consenso di Langton può essere utilizzato per valutare se il problema è **semplice** (alta certezza, alto consenso), **caoti-**

co (bassa certezza e basso consenso) o **complesso** (livelli intermedi dell'una e dell'altro) (Fig. 2). In un paziente con un determinato problema, i livelli di consenso e di certezza possono essere individuati sulla base dei dati clinici e delle conoscenze scientifiche di base, ma anche sulla base delle attese, delle priorità e del contesto del paziente. Se tutto questo cade in una zona semplice del diagramma (es. un paziente anziano in buone condizioni generali con frattura del femore che chiede l'intervento) è ragionevole usare un approccio terapeutico "meccanicistico", suffragato, se esistono, da linee guida basate "sulle evidenze". Tuttavia è assai più frequente che i problemi siano al di fuori della zona semplice. Il ragionamento clinico in questi casi comporta un irriducibile fattore di incertezza e ci si deve affidare all'esperienza, all'intuito, alla valutazione globale della storia clinica e delle condizioni generali del paziente e delle sue malattie. In queste evenienze, l'applicazione acritica di regole, linee guida, protocolli o evidenze può causare ben più danno che vantaggi. Avere una preparazione culturale e professionale adeguata per affrontare la complessità rappresenta in questi casi l'unica possibilità di approccio al problema (Fig. 2).

In conclusione, l'esperienza ci insegna che l'approccio ai problemi clinici raramente è semplice.

Nonostante ciò, molti di noi hanno ricevuto una formazione mentale di tipo meccanicistico, che considera il corpo come una macchina e la malattia come il malfunzionamento di una sua parte. Questo modello lineare di approccio all'uomo e alla malattia ci induce a suddividere l'assistenza al malato e le decisioni cliniche in parti distinte, e a proporre e attuare interventi accurati e precisi per ogni specifica parte malfunzionante.

La scienza della complessità suggerisce un modello alternativo, nel quale la malattia, ma anche lo stato di salute, sono il risultato di interazioni complesse, dinamiche e uniche, tra componenti diversi dell'intero siste-

ma. La decisione clinica efficace richiede un approccio *olistico*, che accetta l'imprevedibilità e propone soluzioni sulla base di elementi talora impercettibili, ma emergenti all'interno dell'intero sistema. La teoria della complessità è utile sia ai medici, sia ai pazienti perché consente di salvaguardare entrambi da pretestuose richieste di certezza. Inoltre essa sollecita e ribadisce l'uso dell'intuizione e dell'esperienza personale, come completamento all'utilizzo delle conoscenze scientifiche generali, intuizione, esperienza e conoscenze che devono essere applicate al singolo paziente nel suo contesto di vita familiare e sociale.

c) *La complessità e la gestione manageriale dell'assistenza alla salute.*

La linea attuale di pensiero circa la gestione manageriale dell'assistenza alla salute è ferma all'idea che una organizzazione ben funzionante sia simile a una macchina ben lubrificata. Questo rafforza la convinzione che il rendimento (*performance*) è ottimizzato nella misura in cui il lavoro viene specificato nei minimi dettagli e affidato a distinte unità operative. I clinici spesso contestano questa eccessiva frammentazione di compiti, mentre i managers dal canto loro lamentano la scarsa collaborazione da parte dei clinici. In realtà, le interazioni all'interno di un sistema adattativo complesso sono spesso più importanti delle specifiche azioni svolte dalle singole unità

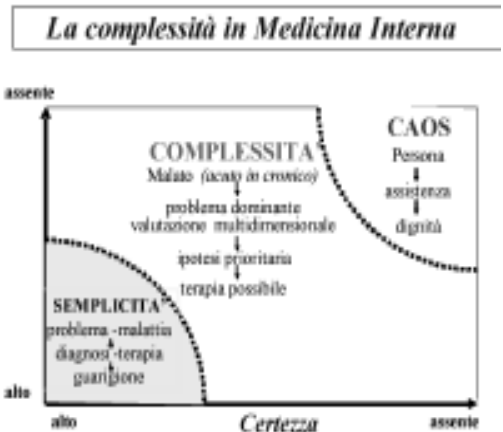


Fig. 2 - La complessità in Medicina Interna: dalla medicina della semplicità alla medicina del caos.

operative⁹. Tali interazioni diventano produttive solo quando producono competenze e potenzialità valide, nuove e imprevedibili, che in alcun modo sono da riportare alle singole parti operanti da sole. Un vero progresso, costruttivo e creativo, capace di perseguire obiettivi difficili può emergere partendo da poche regole, semplici e flessibili. Esse sono state anche chiamate *“indicazioni minime”*⁹. Tuttavia il pensiero gestionale corrente è costruito sul presupposto che la pianificazione per il miglioramento e per il progresso di una struttura debba fornire la migliore strategia, ampiamente circostanziata nei dettagli, diretta a specificare ogni passaggio nella sua realizzazione pratica. Questo modo di pensare è destinato al fallimento, in quanto soffoca ogni creatività insita nell'organizzazione e non è in grado di affrontare il minimo evento imprevedibile. Sono state suggerite alcune *“indicazioni minime”*, capaci di creare un ambiente innovativo e costruttivo. Esse consistono nelle seguenti decisionalità:

- definire le linee direttive di sviluppo;
- precisare i confini operativi;
- assegnare determinate risorse;
- riconoscere chiare responsabilità e relative autorizzazioni.

Queste minime indicazioni consentono un ampio spazio per la ricerca di innovazioni e per la promozione di reti relazionali.

Tuttavia anche le migliori indicazioni sono spesso accolte con diffidenza e possono essere fonte di frustrazione per la loro difficile realizzabilità. Il fenomeno è chiamato *“resistenza al cambiamento”*. In simili evenienze, se l'organizzazione funzionasse come una macchina ben oliata, allora dovremmo proporre nuove regole, allo stesso modo della sostituzione del carburatore per ottenere migliori prestazioni, se quello vecchio non funziona. In questo concetto di organizzazione, i direttori (*managers*) *“forti”* superano ogni resistenza ricorrendo a nuove linee operative, anche facendo ricorso ad elementi esterni, di tipo *“impositivo”*. Ma come si è detto, questo modo di pensare e di agire è destinato al fallimento e la realtà che viviamo ne è un esempio.

Nei sistemi adattativi complessi, il problema *“resistenza al cambiamento”* è

ben conosciuto, ma a fronte della linea *“resistenza a tutto”*, si propone la ricerca di modelli di attrazione nell'ambito del sistema, ad esempio l'impegnare le persone e le energie per le situazioni più disagiate, sollecitando o proponendo innovazioni e coinvolgimento. Non sempre è facile scoprire fattori di attrazione e di stimolo, ma è necessario partire dalla convinzione che in ogni struttura organizzativa le persone presentano anche una attesa e una tensione al cambiamento, attesa e tensione che vanno ricercati, valorizzati, incoraggiati. Questo significa anche valorizzare ogni competenza, coinvolgere tutte le potenzialità, diffondere cultura e innovazione, fare appello alle migliori linee guida di buona pratica clinica, essere aperti ad ogni cambiamento. Infatti il cambiamento viene più facile laddove vi è interazione tra le varie parti e responsabilizzazione per le rispettive competenze. Il paradosso del cambiamento, da resistenza a spinta, può venire affrontato, in un sistema adattativo complesso, facendo leva sul fattore *“consenso”* e su quello *“certezza”*, intorno ai quali cercare risposte alle domande *“chi, che cosa, come”* in merito ai vari problemi, nella convinzione che spesso sono necessari minimi cambiamenti per ottenere risultati, anche rilevanti.

La scienza dei sistemi adattativi complessi suggerisce nuovi concetti nell'organizzazione e nella gestione delle strutture sanitarie. Piuttosto che dettagliate regole, precisi obiettivi, serrati controlli del processo e superamento di ogni resistenza, se si desidera il cambiamento è indispensabile fare affidamento sulle capacità creative naturali e sulle risorse organizzative dei componenti la struttura, attraverso pochi principi, quali relazioni positive, indicazioni minime, fattori di attrazione, spinta al cambiamento (Tab. 1).

Verosimilmente il principale e più rilevante ostacolo a questo nuovo approccio dettato dal pensiero della complessità sono gli attuali dirigenti, responsabili del sistema sanitario, che sono imbevuti di una mentalità gerarchica basata su metodi di comando e di controllo. E' para-

dossale, ma anche incoraggiante, sapere che le forze armate, che rappresentano l'esempio più stereotipo del comando e del controllo, sono dei pionieri nell'accogliere i nuovi approcci suggeriti dalla teoria della complessità⁹. L'unico auspicio è che anche il sistema sanitario nazionale possa dotarsi di leaders e di dirigenti capaci di guidare la sanità lungo direttive diverse da quanto è stato tradizionalmente operato fino ad oggi. Se i militari sono riusciti a cambiare il concetto di *“generale”* con quello di *“facilitatore”*, è sperabile che anche il sistema sanitario possa operare un simile cambiamento.

d) *La complessità nell'educazione e nella formazione medica.*

Il sistema tradizionale di educazione e di formazione medica è largamente fondato sul principio della competenza clinica. Al neo laureato in medicina vengono forniti elementi teorici e occasioni pratiche per acquisire conoscenza, capacità e attitudini, riferite comunemente come sapere, saper fare e saper essere, allo scopo di svolgere la professione di medico. La realtà attuale è dominata da una rilevante complessità dovuta a vari fattori, quali: l'aumento di richiesta di salute, il prolungamento della vita media, il dilagare delle polipatologie e della fragilità, la pressione dell'industria e delle medicine alternative e l'imprevedibilità di molti eventi individuali e sociali. In questo contesto, l'educazione medica è chiamata a trasmettere non solo competenza clinica, ma anche *capacità di adattamento ai cambiamenti*,

Parole chiave della complessità

- Flessibilità, autonomia, creatività
- Favorire l'innovazione
- Potenziare e favorire i piccoli elementi positivi
- Promuovere la tensione al cambiamento
- Favorire i fattori di attrazione
- Accettare l'imprevedibilità, l'ambiguità, il paradosso
- Usare l'intuizione
- Individuare soluzioni anche parziali ai problemi
- Operare nella direzione costruttiva

Tab. 1 - *Parole chiave della complessità nelle strutture sanitarie e in Medicina Interna.*

9

generazione di nuova conoscenza e continuo miglioramento delle proprie risorse culturali e professionali¹⁰. Questa capacità di adattamento può essere trasmessa, ed essere acquisita, attraverso valutazioni continue del proprio rendimento e delle proprie prestazioni, l'esperienza con contesti multipli, anche non familiari, e il ricorso a metodi non lineari, quali *la medicina basata sul racconto, il lavoro a piccoli gruppi e l'apprendimento basato sulla soluzione di problemi*¹¹⁻¹³.

La formazione centrata sull'*adattabilità* può essere trasmessa solo sul campo, attraverso il coinvolgimento di ogni singolo studente nell'individuare e perseguire i propri obiettivi di apprendimento e in un supporto continuo di valutazione e di guida, evitando atteggiamenti rigidi e contenuti eccessivamente prescrittivi.

Queste considerazioni emergono dall'applicazione della teoria della complessità all'educazione e alla formazione. In realtà sia gli individui, sia i sistemi organizzativi entro i quali sono inseriti, sono soggetti a continuo cambiamento, e tale cambiamento è strettamente connesso con la cultura, le conoscenze e l'apprendimento. Gli adulti in particolare desiderano nuove conoscenze e cercano l'apprendimento perché hanno la volontà di cambiare. Questo comporta nuovi comportamenti nel contesto della vita reale, dove gli individui devono continuamente adattarsi ed evolvere insieme alla ricerca della soluzione di nuovi problemi. Pertanto agli individui non viene richiesta solo conoscenza e competenza, ma anche capacità di adattamento all'ambiente, nel contesto del sistema nel quale operano. L'apprendimento avviene nella zona della complessità dove gli ambiti di conoscenza non sono semplici o lineari, ma neppure sono confinati al caos. *Mentre la competenza (sapere, saper fare, saper essere) ha caratteristiche di sufficiente consenso e certezza, la capacità di adattamento è maggiormente spostata verso le zone dell'incertezza e del non consenso*. Essa non può essere insegnata o passivamente assimilata, ma può venire acquisita dall'individuo, attraverso un processo di trasformazione, nel quale le competenze già acquisite

vengono applicate e adattate alle nuove circostanze, nel contesto di un ambiente nuovo o non familiare, quale quello del contatto diretto con pazienti di varia tipologia¹³.

Al giorno d'oggi, la cultura generale è ricca di conoscenza, al punto tale che si rischia di soffocare in essa. *Essere esperti, oggi, non significa sapere tutto, ma essere in grado di conoscere come accedere alla conoscenza in maniera efficiente e ponderata, e come correlare campi del sapere apparentemente lontani tra loro*. La formazione medica oggi deve pertanto essere centrata non tanto sulla acquisizione di fatti o di contenuti fine a se stessi, ma sulla loro correlazione nel contesto della realtà.

L'approccio guidato alla soluzione di problemi nell'ambito dell'attività clinica, attraverso l'impiego della valutazione critica, di linee guida e di modelli di assistenza, è indubbiamente un elemento importante nel processo diagnostico. *Ma quello che spesso non viene sottolineato è che tutto questo è utile una volta che il problema è stato identificato*. Per far questo, in realtà, occorre intuizione, immaginazione, creatività, curiosità, aspetti questi che non si trovano elencati nel computer o in libri di testo. Una formazione centrata sulla familiarità con i sistemi complessi aiuta all'apprendimento di queste capacità. Il mondo attuale è impegnato di problemi, confusi, indefiniti, oscuri, unici. Il contesto ambientale e culturale e le interazioni sociali sono componenti critiche dell'apprendimento delle persone adulte. Gli adulti infatti hanno bisogno di sapere perché devono apprendere qualche cosa di nuovo e l'apprendimento sarà tanto più efficace quanto più l'argomento sarà rilevante e valido. E questo è particolarmente vero nei contesti in cambiamento, laddove viene richiesta capacità di adattamento per risolvere problemi, valutare la situazione nella sua globalità, individuare le priorità, dare senso e integrare le molte possibilità di soluzione per individuare quella più adatta. La soluzione di problemi in un contesto complesso richiede pertanto attività cognitive dotate di intuizione, immaginazione e creatività^{12,13}. Questo è l'opposto di quanto avviene correntemente nei processi

educativi per la formazione del medico, dove vengono affrontati eventi formali, pianificati, teorici, nel contesto di obiettivi di apprendimento rigidi e orientati a contenuti predefiniti. Questi approcci in realtà ignorano il fatto che la mente degli studenti è più portata a recepire e costruire conoscenza in maniera attiva, piuttosto che a consumarla passivamente, e che l'apprendimento non progredisce attraverso semplici blocchi preconstituiti di contenuti fattuali o con l'acquisizione di abilità pratiche. L'insegnamento e l'apprendimento delle competenze cliniche e della capacità di adattamento al cambiamento, nel contesto reale della pratica clinica, vengono meglio sviluppati e acquisiti impiegando metodi non lineari, quelli cioè nei quali ogni situazione viene considerata nella sua olistica complessità. Esempio paradigmatico di questo metodo non lineare è **l'anamnesi o storia del paziente**. Vari studi e ricerche portano a concludere che la conoscenza clinica è registrata nella memoria del medico non come fatti distinti e separati, ma come racconti (**storie**) o descrizioni di malattie¹¹.

Un altro metodo non lineare ben conosciuto nella didattica medica è l'apprendimento per problemi in piccoli gruppi, dove un caso clinico forma la base di un dialogo di ricerca di soluzioni facilitato dal tutore, ma dove la pianificazione del lavoro viene proposta e attuata dal gruppo dei partecipanti. Si realizza pertanto un equilibrio dinamico caratteristico dei sistemi adattativi complessi, dove vengono impiegati sia una progressiva acquisizione di contenuti attraverso lo scambio reciproco tra partecipanti, sia il metodo non lineare di apprendimento. Questa modalità di apprendimento è anche chiamata *orientata per processi* ed è caratterizzata da un apprendimento informale e non pianificato, centrato sullo studente e non lineare. Sono state proposte varie modalità di questi processi innovativi, che richiedono comunque una definizione dei confini di operatività e della posizione dei tutori facilitatori, l'indicazione del tempo da dedicare alle varie fasi, delle responsabilità nella conduzione degli incontri e dei criteri di valutazione dell'apprendimento acquisito¹⁰. Questi metodi richiedono ovviamente preparazione ed esperienza e la

loro validità e applicabilità sono in fase di studio e definizione.

Allo stato attuale, i concetti sulla complessità applicabili al terreno dell'educazione e dell'apprendimento medico si possono riassumere:

- il sistema e l'ambiente esterno non sono mai fattori costanti, ma variabili;
- gli individui all'interno di un sistema sono elementi indipendenti e dotati di creatività;
- l'incertezza e il paradosso sono fattori inerenti al sistema;
- i problemi che non possono essere risolti possono comunque essere portati avanti nel contesto del sistema;
- soluzioni efficaci possono emergere da minime precisazioni;
- piccoli cambiamenti possono avere effetti rilevanti;
- un particolare comportamento può suggerire un determinato modello (che può essere definito "di attrazione");
- il cambiamento è più facile quando viene proposto attraverso un modello di attrazione.

5. Dalla descrizione sopra riportata della teoria della complessità e dei suoi rapporti con le discipline della sanità, dell'assistenza clinica e della formazione medica, risulta che la Medicina Interna è la disciplina medica della complessità per eccellenza. Essa infatti riassume in sé una *missio* culturale e professionale di tipo olistico, dove le conoscenze di base e cliniche sono coniugate con l'approccio alla realtà personale, culturale e sociale del singolo individuo, essere irripetibile e pertanto imprevedibile nei suoi comportamenti, e nelle sue reazioni e attese. La complessità della Medicina Interna è un fattore intrinseco alla Medicina Interna stessa, la quale considera l'organismo non come la somma delle parti, ma come un tutto, che nella sua manifestazione esistenziale supera largamente l'insieme delle parti stesse. La metodologia di approccio alla realtà esistenziale del singolo malato, anch'essa elemento peculiare e caratterizzante della Medicina interna, non è di tipo lineare, ma proprio della scienza della complessità, che definisce la situazione patologica del paziente come rappresentazione unitaria e globale nel contesto dell'incertezza, che sempre

accompagna ogni incontro del medico con il paziente. Così concepita, la Medicina Interna è anche una medicina specialistica, avendo come specialità proprio il metodo di approccio al paziente, metodo riconosciuto come olistico, ancor prima che la teoria della complessità trovasse ospitalità presso i laboratori della moderna epistemologia. Tale metodo differenzia radicalmente l'internista dallo "specialista", il quale è da considerare, ma anche rappresenta, un esperto della tecnologia diagnostica e terapeutica, dotato di competenze focalizzate su di un settore ben delimitato della medicina clinica.

Questo aspetto della complessità è ulteriormente enfatizzato, al giorno d'oggi, dalla realtà assistenziale che il medico internista è chiamato ad affrontare¹⁴⁻²⁰. L'impegno assistenziale, infatti, è oggi caratterizzato, proprio nei reparti di Medicina Interna, da una assoluta prevalenza di malati cronici, affetti da polipatologie, spesso di età avanzata, instabili e disabili, talora in fase pre terminale. In queste situazioni, la complessità raggiunge i suoi estremi, e la certezza e il consenso, elementi indispensabili per acquisire una diagnosi definitiva e una decisione terapeutica, sono quanto mai lontani da soluzioni facili e ovvie, trovandosi ai limiti delle condizioni definite di caos (Fig. 2). In questo contesto, difficile, imprevedibile e privo di ogni soluzione preconstituita, risulta indispensabile fare appello a quanto di più importante vi è in una persona umana, e cioè la sua dignità, il suo diritto all'esistenza, la sua richiesta di non soffrire, la sua sollecitazione spesso non detta a non essere abbandonato dagli affetti familiari, ma anche da ogni possibile cura medica, la sua richiesta irriducibile di speranza, il suo interrogarsi sul significato di senso da dare alla vita. Il considerare questi aspetti, quando la complessità ha raggiunto i confini con il caos, significa dare vita anche agli ultimi giorni o mesi di un'esistenza, ma rappresenta un elemento di significato anche per noi, medici e operatori sanitari, per dare senso al nostro lavoro¹⁹.



Fig. 3 – Integrazione tra Medicina Interna, Medicina specialistica d'organo e Geriatria, focalizzata preminentemente sul paziente anziano.

6. Ricadute concrete della teoria della complessità, o meglio di questo modo di vedere e intendere il lavoro di medico a livello individuale e collegiale, si possono intravedere sia nel settore assistenziale, sia in quello della didattica e della formazione medica, sia nell'ambito della gestione manageriale della sanità (Tab. 1). Limitandoci a poche considerazioni relative all'aspetto assistenziale, oggi particolarmente critico, l'incombente carico assistenziale nei reparti di Medicina Interna, di cui si è accennato sopra, può trovare nuove forme di approccio clinico, attraverso l'attivazione di forme di assistenza focalizzate sulla medicina per acuti, della quale molte esperienze vengono segnalate in varie parti del mondo²¹⁻²³. In questi nuovi contesti assistenziali e clinici, vengono esplicitate contemporaneamente competenze di gestione di patologie acute e critiche e competenze di comorbilità e di patologie croniche, associate a fragilità e disabilità (Fig. 3). In questi contesti risulta anche indispensabile disporre di efficienti servizi assistenziali del territorio, come pure della collaborazione e dell'integrazione con gli specialisti geriatrici²⁴. Solo dal convergere di sforzi comuni verso una medesima direzione, vale a dire la cura del malato inteso nella sua globalità, possono emergere momenti di rilevante apporto di cultura e di professionalità, per una

11

gestione non solo più rapida, ma anche più completa e più adeguata dei malati, con contemporaneo superamento di conflittualità e di distanze culturali e comportamentali ancora presenti.

Bibliografia

- 1) Federspil G, Carulli N, Rugarli C, Serra P. Definizione del concetto di Medicina Interna e degli obiettivi della Medicina Interna nella formazione professionale pre e post laurea del medico e nella organizzazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale. Atti 1° Conferenza Nazionale "Formazione Universitaria e post-laurea". Collegio dei Professori di Medicina Interna. Roma, 23-24 settembre 1994.
- 2) Morin E, Ciurana ER, Motta RD. *Educare per l'era planetaria*. Armando Editore, Roma 2004.
- 3) Morin E. *La testa ben fatta*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.
- 4) Morin E. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- 5) De Angelis V. *La logica della complessità. Introduzione alle teorie dei sistemi*. Bruno Mondadori, Milano 1996.
- 6) Bocchi G, Ceruti M. *La sfida della complessità*. Paravia, Bruno Mondadori, Editori 2007.
- 7) Plsek PE, Greenhalg T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *B Med J* 2001; 323: 625-8.
- 8) Wilson T, Holt T, Greenhalg T. Complexity science: Complexity and clinical care. *B Med J* 2001; 323: 685-8.
- 9) Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *B Med J* 2001; 323: 746-9.
- 10) Fraser SW, Greenhalg T. Complexity science: Coping with complexity: educating for capability. *B Med J* 2001; 323: 799-803.
- 11) Greenhalg T, Hurwitz B. *Narrative Based Medicine*. BMJ Books 1998.
- 12) Masini V. *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interpretazione dinamica nella relazione medico-paziente*. Franco Angeli, Milano 2005.
- 13) White P. *Biopsychosocial Medicine. An integrated approach to understanding illness*. Oxford University Press, 2005.
- 14) Abete P, Testa G, et al. La comorbilità nell'anziano: epidemiologia e caratteristiche cliniche. *G Gerontol* 2004; 52: 267-72.
- 15) Dy S, Lynn J. Getting services right for those sick enough to die. *B Med J* 2007; 334: 511-3.
- 16) Foroni M, Mussi C, Erzili E, Salvioli G. L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico? *G Gerontol* 2006; 54: 255-9.
- 17) Salvioli G, Mussi C. Cure primarie, Geriatria ed Insegnamento. *G Gerontol* 2004; 52: 3-9.
- 18) Salvioli G. Forum sulla fragilità dell'anziano. *G Gerontol* 2006; 54: 260-70.
- 19) Senin U, Cherubini A, Maggio D, Mecocci P. *Paziente anziano. Paziente geriatrico*. EdiSES, Napoli 2006.
- 20) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003; 289: 2387-92.
- 21) Dowdle JR. Acute medicine: past, present, and future. *Emerg Med J* 2004; 21: 652-3.
- 22) Leman P. Emergency care in the first 48 hours. *B Med J* 2007; 334: 218-9.
- 23) Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *B Med J* 2005; 330: 1007-11.
- 24) Meschi T, Fiaccadori E, Cocconi S, et al. Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. *Ann Ital Med Int* 2004; 19: 109-17.

Punti riassuntivi - 1

- La Medicina Interna è la medicina della complessità in quanto considera l'essere umano formato di molteplici sistemi, tra loro interagenti e autoregolanti
- Lo stato di malattia deriva dall'interazione dinamica e unica all'interno di questi sistemi e tra di loro, e non dalla insufficienza di un singolo componente
- Lo stato di salute può essere mantenuto o ristabilito attraverso un approccio olistico, che accetta l'imprevedibilità e cerca soluzioni sulla base di elementi, anche imprevedibili, emergenti all'interno del sistema
- La teoria della complessità è utile sia al medico, sia al paziente, perché salvaguarda entrambi da pretestuose richieste di certezza
- Essa sollecita l'uso dell'intuizione e dell'esperienza personale nell'applicazione delle conoscenze scientifiche al singolo individuo nel suo contesto di vita

Punti riassuntivi - 2

- Il "pensiero manageriale" considera il sistema come una macchina, nel quale, l'unico modo per ottenere risultati è: *considerare le parti separatamente, specificare i compiti nel dettaglio, combattere ogni resistenza al cambiamento, limitare ogni differenza e ogni iniziativa*
- Il "pensiero della complessità" propone che le interazioni tra le parti siano più importanti delle parti stesse; *specificazioni minime possono portare ad una maggiore produttività e creatività, rispetto a una dettagliata pianificazione.*
- Affrontare l'organizzazione di un reparto clinico come un sistema adattativo complesso può consentire la ricerca di un metodo di gestione della salute, nuovo e più produttivo, sul piano umano e professionale, con benefici su tutti i componenti del sistema

Verbali della Giunta

12

RIUNIONE DELL'11/7/2007

Alle ore 12:30 dell'11/7/2007 presso la sede della SIMI si riunisce la Giunta Esecutiva.

Assente giustificato il Dott. Amodio; assenti i Proff. Mezzetti e Bernabei. Il Dott. Sasso viene incaricato di redigere il verbale.

I lavori si articolano secondo il seguente ordine del giorno:

- Comunicazioni del Presidente
- Insegnamento e Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport
- Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza
- Medicina di base e delle comunità.

Comunicazioni del Presidente

Viene letta una lettera che il Dott. Amodio ha indirizzato al Presidente, nella quale sono toccati importanti aspetti relativi al lavoro ed alle aspettative del ricercatore universitario dell'area MED/09.

Si dà lettura del Verbale della riunione dell'Intercollegio del 23/6/2007. In merito alla proposta di creare un sindacato universitario, avanzata dal Prof. Barbarisi, membro del Collegio di Chirurgia Generale, il Presidente sottolinea il razionale culturale dei Collegi, commentando che altre motivazioni, quale quella sindacale, svilirebbero la "mission" dei Collegi. Il Prof. Corrocher rammenta che già esistono diversi sindacati universitari, che potrebbero formare un intersindacato per dare maggiore forza e coordinamento alla loro opera.

Successivi, numerosi interventi commentano la lettera di Amodio. Tra questi, quello del Prof. Realdi, che stigmatizza lo scarso peso politico e il mancato riconoscimento culturale del MED/09. Il Prof. Rini sottolinea l'isolamento politico e l'attacco mediatico alla Medicina Interna. Il Prof. Dammacco invita ad una seria autocritica molti componenti del Collegio, stigmatizzandone l'ignavia nelle occasioni istituzionali.

Insegnamento e Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport

Il Presidente ribadisce l'interesse del Collegio verso la Medicina dello Sport, confermato dagli interventi di esponenti del settore nei Congressi Nazionali del COLMED/09 e da alcu-

ne lettere del Prof. Pagani apparse sul Bollettino del Collegio.

Audizione dei Proff. Galanti, Pagani e Assanelli.

Il Prof. Galanti ribadisce con vigore l'assoluto appartenimento della Medicina dello Sport nonché l'appartenenza culturale, sia personale che degli altri Medici dello Sport, al SSD MED/09 e la piena sintonia con il Collegio. Apprezza inoltre l'opera del Gruppo di Studio nell'ambito dell'area. Sottolinea, però, la difficoltà del settore relativamente alla Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport che, pur nascendo da un alveo generalistico (come recentemente confermato in ambienti scientifici anglosassoni), è oggetto di forti pressioni da parte di altri SSD. Chiede pertanto alla Giunta del Collegio di utilizzare il prestigio della Medicina Interna per rivendicare l'afferenza di questa Scuola all'area generalistica.

Il Prof. Assanelli segnala che in Italia esistono 6 Unità Complesse di Medicina dello Sport a direzione universitaria e 16 a direzione ospedaliera. Segnala altresì l'esigenza di una elevazione culturale del settore. Suggestisce di inviare a tutti i Corsi di Laurea una lettera che rivendichi all'area internistica la direzione delle Scuole di Specializzazione e l'impronta generalistica del cammino formativo. Rivendicando per la Medicina dello Sport un ruolo non solo preventivo ma anche nella riabilitazione e nella terapia, chiede la difesa del settore dalle mire di altre aree, anche non mediche.

Il Prof. Pagani ricorda che altri settori sono fortemente presenti nell'area della Medicina dello Sport, grazie a svariate tipologie di rapporti (politici, professionali e aziendali) e suggerisce di aumentare la "base" internistica, favorendo l'affidamento dell'insegnamento ad Internisti.

Il Prof. Rini, ribadendo la piena afferenza della Medicina dello Sport al MED/09, chiede che il Collegio si adoperi affinché non vengano ripetuti errori "politici" che in passato hanno comportato l'allontanamento dal SSD MED/09 di taluni settori.

Il Prof. Trevisani segnala che il disinteresse della Medicina Interna ha

favorito l'inserimento di altri settori nella Medicina dello Sport.

Suggerisce di lavorare sulla formazione degli studenti per recuperare il terreno perduto, evitando lo scontro frontale con altre aree.

Il Prof. Realdi, condividendo tale intervento di recupero al MED/09 della Medicina dello Sport, suggerisce di adoperarsi in una fase di formazione precedente alla Specializzazione.

Il Presidente sottolinea la necessità che le Facoltà Mediche siano sensibilizzate sull'afferenza istituzionale della Medicina dello Sport al SSD MED/09. Il Prof. Rapaccini chiosa la discussione rammentando che la normativa attribuisce al MED/09 sia l'insegnamento della Medicina dello Sport che l'afferenza della relativa Scuola di Specializzazione.

Infine, il Dott. Sasso suggerisce di avviare un cammino formativo per preparare all'insegnamento quei Collegi del MED/09 che si siano distinti in vari settori della Medicina sportiva, anche con ottimi risultati scientifici.

Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza

Riferisce il Prof. Pini.

Viene rammentato che con la legge 118 del 23/5/2006 è stata istituita la Scuola di Specializzazione con afferenza al SSD MED/09. Pini riferisce dell'esperienza della Facoltà di Firenze e rammenta che l'Osservatorio dovrà definire i requisiti strutturali della nuova Scuola (quelli formativi sono già noti).

Il Prof. Dammacco chiede al Prof. Pini un censimento nazionale delle richieste di istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza.

Medicina di base e delle comunità

Riferisce il Prof. Realdi.

La legge 368 ha istituito il diploma di formazione specialistica in Medicina Generale sotto il controllo regionale, della durata di tre anni. Solo recentemente il Ministero della Salute ha sollecitato il MUR ad attivare presso le Facoltà Mediche percorsi specifici per ridurre la durata dei Corsi di formazione per MMG. Al Prof. Realdi non risulta che ad oggi tale corso sia stato attivato presso le Facoltà Mediche. Fino al 2006 era il Ministero a coordinare i

13

corsi, attraverso le Regioni. Da quest'anno, sono le singole Regioni che provvedono all'organizzazione delle prove di ammissione ai corsi di formazione in MG. Attualmente la MG non affrisce ad alcun SSD.

Esistono in Italia tre Scuole di specializzazione in Medicina delle Comunità. Nella declaratoria della Medicina delle Comunità, lo specialista è preparato alla *governance* della malattia, cioè alla gestione dell'assistenza e delle cure primarie.

Realdi segnala l'importanza di riempire un *vacuum*, coinvolgendo le Facoltà Mediche, anche alla luce delle nuove norme, nell'organizzazione e gestione dei corsi di MG. Sottolinea inoltre che la metodologia per problemi clinici, proposta ai MMG, è analoga a quella della Medicina Interna. Pertanto, sarebbe auspicabile un cammino didattico con un iniziale tronco comune, seguito poi da una formazione differenziata.

Il Presidente suggerisce di invitare il presidente del CUN ad una prossima riunione di Giunta per discutere su tale ipotesi.

Il Prof. Corrocher ricorda che il ruolo istituzionale delle facoltà è quello di formare Medici che, per la grande maggioranza, andranno ad operare sul territorio. Quindi, si crea una sovrapposizione tra le finalità del Corso di Laurea e quello di MG. Inoltre, il contributo peculiare del corso di MG, sovente autoreferenziale, rispetto a quello di laurea è alquanto nebuloso.

Alle 16:00 si chiudono i lavori della Giunta.

RIUNIONE DEL 13/9/2007

Alle ore 10:30 del 13/9/2007, presso la sede della SIMI, si riunisce la Giunta esecutiva del COLMED|09. Assenti i Professori Bernabei e Mezzetti.

Il dott. Sasso viene incaricato di redigere il verbale della Riunione.

Si procede nel rispetto dei punti all'Ordine del Giorno.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente stigmatizza l'assenteismo di taluni membri della Giunta, pur essendo le riunioni definite con ampio

anticipo e cercando di mediare tra gli impegni di tutti.

Vengono fissate le date delle prossime riunioni di fine anno: 21 ottobre (in occasione del Congresso della SIMI) e 28 novembre (oppure 5 dicembre). Si concorda che, per necessità formali, a partire dalla riunione odierna si inserirà nell'Ordine del Giorno di ciascuna riunione di Giunta l'approvazione del verbale della riunione precedente.

Il 10/9/2007 è stato approvato il DL che finanzia con 20 milioni di euro l'arruolamento di nuovi Ricercatori universitari, secondo le norme vigenti.

Si procede alla lettura del Verbale della Riunione di Giunta dell'11/7/2007 che, dopo aver apportato alcuni emendamenti, viene approvato all'unanimità.

Il Presidente segnala che il bilancio consuntivo del Collegio per il 2006 (già approvato in una precedente riunione) si è chiuso con un passivo di circa 4.000 euro. Ricordando che l'unico introito per il Collegio è dato dalle quote associative, chiede alla Giunta suggerimenti per incrementare le iscrizioni.

Il Dott. Amodio ritiene che il Collegio debba trasformarsi in una ONLUS per sfruttare le agevolazioni fiscali e favorire sponsorizzazioni da parte di privati. Seguono interventi contro questa proposta ed a favore di un più incisivo intervento per favorire l'aumento delle iscrizioni.

Il Prof. Rini si offre per identificare possibili sponsor.

Anche il Presidente, sulla base di precedenti esperienze maturate con la SIMI, suggerisce di non percorrere l'ipotesi dell'ONLUS, mentre propone di recuperare una pagina del Bollettino per possibili utilizzi pubblicitari.

Il Prof. Realdi, anche anticipando successivi punti all'Ordine del Giorno, avvia una riflessione sui compiti del Collegio, il suo ruolo morale e culturale, e gli elementi caratterizzanti nei confronti della SIMI. Inoltre, sottolinea l'importanza del problema del reclutamento nel Collegio dei Ricercatori e dei Professori Associati.

Il Presidente aggiunge che una limitata adesione al Collegio ne limita le potenzialità, ed aggiunge che la mancanza di incisività dell'Intercollegio

ostacola ulteriormente il raggiungimento degli obiettivi del COLMED.

Il Prof. Rini stigmatizza il tentativo della FADOI di rendersi autonoma dalla SIMI con la creazione di una Federazione. Commenta che la segmentazione in più sigle non può che portare ad un depauperamento culturale della Medicina Interna.

Referenti di sede

Il Presidente commenta lo stato del rinnovo dei Referenti di sede, osservando che solo 7 sedi hanno provveduto al rinnovo.

Il Segretario Prof. Rapaccini provvederà a sollecitare le sedi inadempienti.

Il Dott. Amodio richiama alla "mission" del Collegio sia a livello centrale che locale. Segnala la mancanza di obiettivi e di punti di riferimento, che possano incentivare la partecipazione al Collegio. Sottolinea l'utilità della pressione morale che esso può esercitare verso i propri associati. Ciò anche per superare lo scoramento e la mancanza di orgoglio e di senso di appartenenza. Suggerisce una valorizzazione dell'esperienza universitaria (didattica e ricerca) che sia anche riconosciuta e pertanto spendibile in ambito ospedaliero.

Il Presidente suggerisce che siano formulati dei criteri minimi anche per i ricercatori.

Il Prof. Rini ribadisce l'importanza che tutte le tornate concorsuali siano improntate alla massima trasparenza e richiama con forza il ruolo di garante che dovrà assumere il Collegio, ed in particolare la Giunta.

Anche il Prof. Realdi auspica che la Giunta possa efficacemente assumere tale ruolo di Garante.

Il Prof. Pini domanda come si possa sanzionare l'eventuale inosservanza da parte dei Commissari nei confronti dei criteri approvati dall'Assemblea del Collegio.

Il Presidente suggerisce che, in occasione della prossima Assemblea del Collegio, siano affrontati con il Presidente del CUN, invitato per l'occasione, i seguenti temi: concorsi, tronco comune, Medicina dello Sport e Medicina Generale. Suggerisce altresì che dalla discussione assembleare emerga su tali punti nodali un

documento che, opportunamente approvato dall'Assemblea, venga offerto agli organi di stampa per un'ampia diffusione della posizione del COLMED/09.

Il Prof. Trevisani avanza un'articolata proposta che, con diverse tipologie di interlocutori, ponga il Collegio al centro di un'ampia discussione sui temi più caldi per il mondo universitario. Nel dettaglio, suggerisce che sia esercitata la massima pressione sul CUN per riavviare la macchina dei concorsi, ferma da oltre due anni, e ricondurre nell'alveo del MED/09 le Direzioni di Scuole quali Medicina delle Comunità, Medicina dello Sport e Medicina d'Urgenza. A conforto del ruolo di garante del Collegio, suggerisce un forte richiamo al rispetto dei criteri minimi (recentemente approvati) prima dei concorsi e ad un controllo dell'operato delle commissioni dopo i giudizi comparativi. Egli ritiene che si debba intervenire sul Consiglio Superiore della Sanità per favorire una più virtuosa integrazione Università-Territorio e che si debbano pubblicizzare con tutti gli strumenti possibili tali obiettivi, al fine di sperare in una maggiore partecipazione al Collegio.

Il Prof. Rapaccini concorda sul fatto che sono molteplici i problemi che il Collegio deve affrontare, ed aggiunge a quelli già menzionati anche il rischio di eccessiva ospedalizzazione che gli universitari quotidianamente affrontano.

Il Presidente, concordando con i precedenti interventi, suggerisce di definire l'Ordine del Giorno per l'Assemblea di

ottobre proponendo i seguenti temi: 1) concorsi universitari di I e II fascia (con la partecipazione di Lenzi); 2) il tronco comune (integrazione tra le Scuole).

Professori Ordinari, Associati e Ricercatori

Il Prof. Rapaccini legge una bozza di lettera rivolta a tutti i Colleghi afferenti a MED/09, iscritti o meno al Collegio, in cui si chiede di rinnovare l'adesione al Collegio, segnalando le iniziative svolte dal Collegio, l'unicità nel panorama accademico italiano della partecipazione anche alla Giunta delle tre fasce della docenza, e la necessità "politica" di una crescita del Collegio.

Il Prof. Trevisani suggerisce di inserire nella lettera anche i futuri obiettivi (applicazione criteri minimi, pressione sul CUN per i Concorsi e tronco comune). La lettera, con tali integrazioni, è approvata dalla Giunta all'unanimità.

Codice etico

Per precedenti impegni del relatore, l'audizione del Prof. Ponz de Leon è rinviata ad altra data.

Problematiche relative alle valutazioni comparative

Per la contemporanea riunione del CUN, il prof. Lenzi non è presente.

Il Presidente, come già detto, inviterà Lenzi all'Assemblea di ottobre.

Bollettino COLMED/09

Il Prof. Corrocher ha segnalato con una

e-mail che la richiesta di contributo alla Glaxo non ha avuto esito positivo.

Insegnamento universitario della Medicina Generale

Relazione del Prof. Realdi.

Riferisce di un convegno che si terrà il 21/9 a Modena, in cui si svilupperà il confronto tra Medicina Generale ed Università. Sull'argomento riferirà all'Assemblea di ottobre. Rammenta la mancata partecipazione dell'Università all'atto di nascita della MG. Pertanto oggi, alla luce della dignità scientifica riconosciuta anche a livello internazionale, è auspicabile che il Med/09, al pari di quanto fatto con la Geriatria, riconduca la MG al suo SSD.

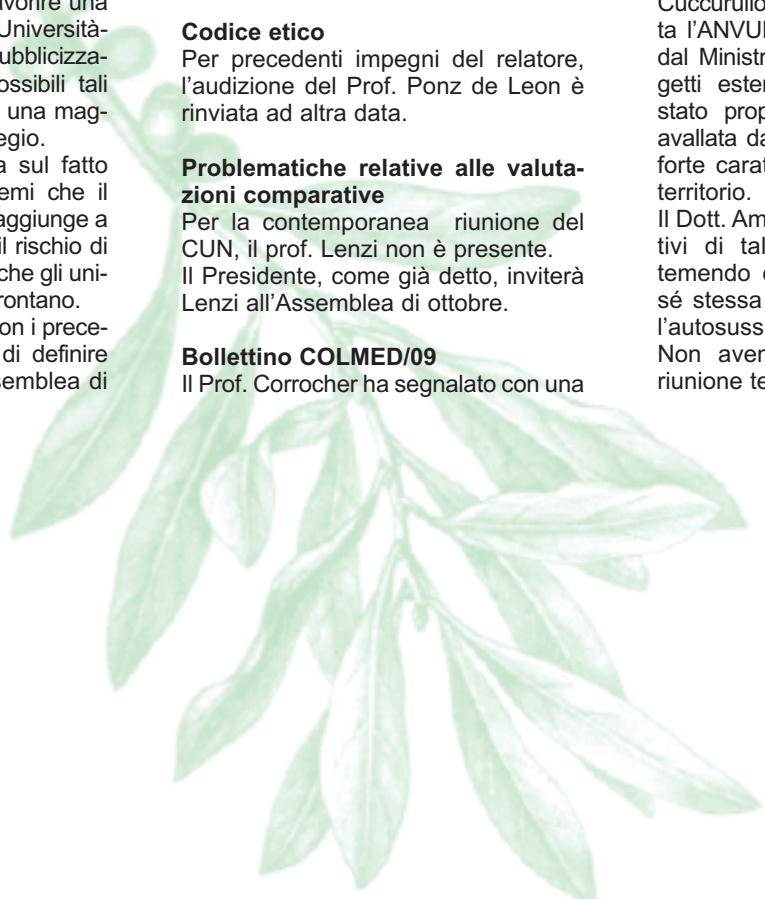
Agenzia italiana per la ricerca scientifica

Il Presidente segnala che negli ultimi anni sono fiorite diverse Agenzie di valutazione.

Al CIVR, coordinato dal Prof. Cuccurullo, si è recentemente affiancata l'ANVUR, fortemente sponsorizzata dal Ministro Mussi, composta da soggetti esterni all'Università. Inoltre, è stato proposto recentemente l'AIRS, avallata dal Prof. Garattini e con una forte caratterizzazione geografica sul territorio.

Il Dott. Amodio si interroga sugli obiettivi di tali Agenzie di valutazione, temendo che una valutazione fine a sé stessa avrebbe l'unico scopo dell'autosussistenza.

Non avendo altro da discutere, la riunione termina alle ore 15:00.



Giornata di studio nazionale

L'insegnamento universitario della Medicina Generale fra Istituzioni e Medici di Medicina Generale

Modena, 21 settembre 2007

Si è svolta a Modena il 21 settembre 2007, presso il Centro Servizi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, la "Giornata di Studio Nazionale: l'Insegnamento Universitario della Medicina Generale fra Istituzioni e Medici di Medicina generale". L'incontro è stato organizzato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena assieme alla SIMG. Coordinatori Scientifici del Convegno: le Prof.sse Gabriella Aggazzotti, Presidente del CCL di Medicina di Modena, e Maria Stella Padula.

Hanno partecipato, tra gli altri:

- il Preside di Medicina di Modena, Prof. Tomasi;
- il Presidente nazionale SIMG, Dottor Cricelli;
- il Sottosegretario del Ministero della Salute, Dottor Zucchelli;
- il Presidente del CUN e della Conferenza dei Presidenti di CdL in Medicina e Chirurgia, Prof. Lenzi.

I partecipanti al Convegno sono stati numerosi (oltre 300 nella mattinata, in numero minore nel pomeriggio).

I professori di Medicina Interna erano pochi, forse meno di dieci.

Gli elementi più salienti che sono emersi dal Convegno si possono così sintetizzare:

a) L'esperienza di Modena: in questa Facoltà è stato attivato un contratto con attribuzione della docenza di Medicina generale alla Dott.ssa Maria Stella Padula, Medico di Medicina Generale, la quale a sua volta svolge attività didattica nei Corsi di Laurea e coordina l'attività tutoriale svolta sul campo presso gli ambulatori dei MMG. Sono intervenuti nella discussione alcuni studenti, degli ultimi anni di corso, con contributi personali dai quali è emerso il notevole interesse e lo spiccato gradimento dell'esperienza didattica di Medicina Generale.

b) E' stata sottolineata la necessità, rimarcata da quasi tutti gli interventi, di definire e condividere (tra Università, MG, FNOMCeO, SSN) un progetto di insegnamento-apprendimento dei contenuti peculiari della Medicina Generale

nell'ambito del Corso di Laurea in MC. La specifica richiesta di una valutazione, con tirocinio valutativo obbligatorio, di conoscenze e di competenze di Medicina generale nell'ambito del nuovo Esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico chirurgo, prevista dalla legge 445/01, sottolinea la necessità di una didattica preparatoria svolta durante il Corso di Laurea. Il problema principale è chi può tenere di fatto questo insegnamento.

c) Intervento del Sottosegretario Zucchelli: dopo un lungo preambolo su vari aspetti di criticità dell'attuale SSN, egli ha rilevato "la dispersione attuale dell'assistenza, come conseguenza di una risposta puntiforme da parte dei servizi sanitari. E' indispensabile ritornare ad un concetto unitario del malato e mettere gli specialisti attorno ad una struttura e a competenze centrali, che siano in grado di operare una sintesi di domanda e di offerta. Per far questo occorre un medico formato a queste esigenze, una nuova cultura, un sistema organizzato di tipo diverso" (NOTA: mai, in tutte queste considerazioni, è stata citata la Medicina Interna!!!). L'esigenza formativa è stata definita fondamentale! E' pertanto indispensabile affrontare la formazione sia nel pre-lauream sia nel post-lauream... Verrà chiesto al Ministero dell'Università e alle Facoltà di Medicina di far fronte a queste necessità.

Per quanto riguarda la MG, nel corpo docente devono essere inserite quelle competenze che sono coinvolte oggi sul fronte professionale nel territorio; e questa capacità di trasmissione di competenze deve essere verificata e provata!! Per quanto riguarda la formazione post-lauream, affidare alle Facoltà di Medicina la formazione post-lauream di MG potrebbe esporre, secondo Zucchelli, a criticità che sono già manifeste nel mondo universitario; quindi meglio che restino alle Regioni!

d) Intervento di Lenzi: è stato precisato come l'insegnamento della MG sia attivato nell'80% dei CL in Medicina, anche se con notevole eterogeneità di contenuti e di modalità didattiche. E' stato inoltre sottolineato che il Ministro Turco ha attivato un tavolo tecnico (formato

dal Dott. Benato quale rappresentante FNOMCeO, da un rappresentante del Ministro e da lui stesso) per definire gli obiettivi didattici della formazione di MG. Per quanto riguarda l'insegnamento, ha ribadito come l'attuale normativa preveda chiaramente chi è titolare della funzione di docente nei corsi di laurea e pertanto chi può fare didattica all'Università. E' difficile pensare a un settore SD autonomo di MG, anzi i settori SD sono anche troppi e dovranno essere ridotti! Non è la medaglietta la cosa più importante. Come primo passo è necessario creare un percorso di Medicina Generale nei Corsi di Laurea, con contenuti formativi e obiettivi didattici definiti. Successivamente si deve creare un corso di MG post-lauream con tutta la dignità dei corsi di specializzazione.

e) Altri interventi hanno portato contributi su vari problemi: competenze didattiche, obiettivi di insegnamento, contenuti formativi, dipartimento di Medicina Generale, attività tutoriale, docenza. Molte di queste istanze sono in fase di definizione sulla base di esperienze variegata in atto presso le facoltà nazionali. Tuttavia si sottolinea di nuovo come in tutto il Convegno non sia stato quasi mai fatto cenno alla Medicina Interna e ai suoi contenuti culturali e formativi, né tanto meno alla Geriatria, pur accennandosi ai servizi di continuità delle cure.

Si sono svolti poi quattro lavori di gruppo, molto partecipati e assai attivi, sui seguenti temi:

- 1) L'insegnamento curriculare della Medicina generale nel Corso di laurea
- 2) La medicina generale nella didattica post laurea
- 3) I dipartimenti di medicina generale
- 4) I MMG tutor e docenti di MG

Il convegno si è chiuso con la presentazione riassuntiva dei contributi discussi nei 4 gruppi di lavoro.

Probabilmente saranno raccolti e pubblicati gli atti del Convegno, che comunque avrà ulteriori sviluppi e ambiti di discussione, anche a livello di CUN e di COLMED/09 (si spera).

Giuseppe Realdi

Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna

16

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

GIUNTA ESECUTIVA

PO: Prof. Franco Dammacco (Bari),
Presidente
PO: Prof. Roberto Bernabei (Roma)
PO: Prof. Andrea Mezzetti (Chieti)
PO: Prof. Franco Patrone (Genova)
PO: Prof. Giuseppe Realdi (Padova)
PO: Prof. Giovam Battista 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.ssa Claudia Sama
Ric: Dott. Roberto De Giorgi

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. Renato Fellin
PA: Prof. Francesco Portaluppi
Ric: Dott.ssa Angelina Passaro
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. Francesco Puppo
PA: Prof. Aldo Pende
Ric: Dott. Francesco Torre

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. Oscar Ferraiù
PA: Prof. Francesco Corica
Ric: Dott. Enrico Di Ceare

Milano*

PO: Prof.ssa Silvia Rosanna Fargion
PA: Prof. Massimo Zuin
Ric: Dott. Maurizio Turiel
Milano Bicocca
PO: Prof. Giuseppe Mancina
PA: Prof. Gianfranco Parati
Ric: Dott.ssa Simonetta Genovesi

Milano Cattolica

PO: Prof. Paolo Pola
PA: Prof. Paolo Caradonna
Ric: Dott. Angelo Santoliquido
Milano San Raffaele
PO: Prof. Federico Caligaris Cappio
PA: Prof. Antonio Secchi
Modena
PO: Prof. Antonello Pietrangelo
PA: Prof. Marco Bertolotti
Ric: Dott. Paolo Ventura

Napoli - Il Università

PO: Prof. Paolo Altucci
PA: Prof. Mauro Giordano
Ric: Dott. Lucio Santarpia
Napoli - Federico II
PO: Prof. Franco Rengo
PA: Prof. Liberato Aldo Ferrara

Ric: Dott. Salvatore Panico

Padova*

PO: Prof. Paolo Prandoni
PA: Prof. Roberto Vettor
Ric: Dott. Piero Amodio
Palermo
PO: Prof. Giovanni Cerasola
PA: Prof. Gino Avellone
Ric: Dott. Gabriele Di Lorenzo

Parma

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

Pavia

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

Perugia

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

Piemonte Orientale

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

Pisa

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

Roma - Sapienza

PO: Prof. Pietro Serra
PA: Prof. Vittorio Santiemina
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, 11 - 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

Segreteria di Redazione

Daniela Pianosi, Simona Pescetelli

Stampa Errebi Grafiche Ripesi - Falconara