Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Allergologia ed Immunologia Clinica, Geriatria e Gerontologia, Medicina dello Sport, Medicina Interna, Medicina Termale

4/07

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. 4/2007
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

sommario

1 **LETTERA DEL PRESIDENTE**
Franco Dammacco

4 **EDITORIALE**
Crisi dell'Università
Le valutazioni comparative
di Roberto Corrocher e Franco Dammacco

7 **RICERCA CLINICA**
Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna
di Roberto Manfredini

9 **DIBATTITO**
La Medicina della complessità
Interventi di Roberto Bernabei e Giuseppe Realdi

12 **VITA DEL COLLEGIO**
Verbali degli Organi del Collegio
Assemblea del 22/10/2007
Giunta Esecutiva del 5/12/2007

16 **Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna**

lettera del presidente

Cari Amici e Colleghi,
nel momento in cui scrivo questa lettera mancano ormai poche settimane alla fine del 2007 che, dal punto di vista della vita universitaria, non è stato certo un anno esaltante. Pressochè tutte le sedi universitarie attraversano un periodo di crisi economica ed organizzativa, accentuato dalla consapevolezza del sostanziale insuccesso (se non proprio del fallimento) del sistema delle lauree triennali e di quelle specialistiche (cosiddetto sistema del 3+2). Nel caso delle facoltà mediche, se è vero che i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria e Protesi Dentaria sono a ciclo unico, è vero altresì che il sistema del 3+2 si applica ai numerosi corsi di laurea delle professioni sanitarie. Ci si è ormai resi conto che il neo-laureato di un corso triennale ha acquisito un bagaglio culturale e professionale troppo limitato perché sia possibile il suo proficuo inserimento nel mondo del lavoro. Nel caso delle professioni sanitarie si deve inoltre riconoscere che, pur con molte lodevoli eccezioni, i docenti dedicano a questi corsi di laurea un'attenzione ed un impegno decisamente minori rispetto a quelli che vengono di solito riservati ai due corsi principali a ciclo unico. Credo sia giunto il momento in cui si debba aprire su queste problematiche un ampio dibattito, magari nell'àmbito del congresso annuale del nostro Collegio.

In ragione del limitato spazio disponibile, in questa 'Lettera del Presidente' cercherò di mettere a fuoco soltanto due argomenti di attualità.

Concorsi universitari. In questo stesso Bollettino troverete un articolo, scritto dal Prof. Roberto Corrocher e da me stesso ("Crisi dell'Università: le valutazioni comparative"), che ricostruisce per sommi capi la storia delle modalità concorsuali universitarie nel nostro Paese. Poiché non esiste una modalità "perfetta" di valutazione comparativa, tutte le procedure finora seguite sono state oggetto di critiche più o meno giustificate e non raramente pertinenti e ben centrate, tra le quali in particolare quelle di "familismo, nepotismo e favoritismo". Come ricorderete, proprio per far fronte a questa situazione si era giunti all'approvazione

della cosiddetta “legge Moratti” (4 novembre 2005, n. 230) che, in attesa dei decreti attuativi, non è mai entrata in funzione, anche per la nota contrarietà dell'attuale Ministro Mussi ad alcune sue parti.

Ho già avuto modo di sottolineare in altre occasioni come ogni modifica a tale legge che serva a migliorarla ed a renderla più efficace non possa che essere accolta favorevolmente dalla comunità accademica. Ciò che invece non si può accettare è l'attuale situazione di sostanziale paralisi del sistema concorsuale, che si traduce in un ingiusto ed intollerabile danno per tutti coloro che svolgono egregiamente ed in tutte le espressioni la loro attività universitaria, e che pertanto aspirano legittimamente ad una progressione di carriera.

Sapete tutti che il nostro Collegio, appunto nell'intento di favorire le finalità di linearità e trasparenza dei processi decisionali, nonché di valorizzazione del merito da parte delle Commissioni giudicatrici, ha approvato (dopo un lungo processo propositivo e costruttivo, culminato con la loro approvazione a larga maggioranza nell'Assemblea dell'11 maggio 2007) i criteri minimi consigliati per la partecipazione alle valutazioni comparative del nostro settore MED/09. Questi criteri, che sono stati pubblicati nell'inserto centrale del n. 2/07 del nostro Bollettino, hanno suscitato un lusinghiero interesse anche in altri settori disciplinari, che li stanno infatti utilizzando al loro interno come base per le loro decisioni.

Rimane il problema di rimettere in moto la macchina concorsuale. In questo contesto, mi sembra di un certo interesse un disegno di legge d'iniziativa parlamentare, al quale Corrocher ed io facciamo riferimento nel sopra citato articolo. Tale disegno prevede che una commissione elettiva nazionale di 7 docenti, che rimane in carica per 3 anni, presiede alla selezione delle abilitazioni alla docenza di I, II e III fascia. I candidati abilitati possono poi partecipare ai concorsi locali, espletati da commissioni diverse da quelle nazionali, che selezionano un unico vincitore senza altri idonei. Al termine del primo triennio di servizio, il neodocente sarà valutato dall'ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione dell'Università e della Ricerca), dal cui giudizio dipenderà se il suo onere economico rimarrà a carico del MUR o viceversa sarà fatto ricadere sull'Università che lo ha assunto. Credo sia impossibile in questo momento prevedere, al di là del giudizio che ognuno è ovviamente libero di formulare sui suoi contenuti, se questo disegno di legge potrà essere approvato in tempi ragionevoli (cioè almeno un anno), ovvero se si tratti dell'ennesima proposta più o meno velleitaria, destinata a rimanere come tale negli archivi parlamentari.

Da questo punto di vista, il nuovo CUN presieduto dal Prof. Andrea Lenzi ha svolto finora un'encomiabile azione di stimolo e di sollecitazione delle attività del Ministro, anche attraverso la formulazione di mozioni il cui contenuto pare a me totalmente condivisibile. Ebbene, proprio davanti al CUN oltre che in alcune dichiarazioni alla stampa, il Ministro Mussi si è impegnato a garantire l'emissione nell'arco del 2008 di due tornate concorsuali per professori ordinari e due tornate per professori associati, anche se, nel momento in cui scrivo la presente, nemmeno il CUN è al corrente di quali saranno le modalità concorsuali con le quali saranno espletate tali valutazioni comparative.

Decisamente più confortante è invece la situazione per quanto riguarda i concorsi per nuovi ricercatori, la cui immissione nei ruoli potrà apportare linfa vitale in un settore strategico qual è quello della ricerca che, nonostante la sua ovvia importanza, nel nostro Paese risulta competitiva a livello europeo ed internazionale soltanto presso singole strutture di eccellenza. Lo scorso 3 dicembre 2007 il Ministro Mussi ha firmato il decreto di assegnazione alle Università di 20 milioni di euro per il 2007 (finalizzati all'assunzione di 1.050 nuovi ricercatori), ai quali si dovrebbero aggiungere (il condizionale è d'obbligo!) altri 40 milioni di euro per il 2008 e ulteriori 80 milioni di euro per il 2009. È previsto che le Università debbano provvedere al co-finanziamento dei posti, e la ripartizione delle risorse tra le varie sedi è avvenuta tenendo conto per il 20% delle rilevazioni del CIVR relative all'attività di ricerca scientifica e, per il rimanente 80%, del numero di studenti iscritti ai corsi di dottorato di

ricerca, degli assegni di ricerca attribuiti e del numero di ricercatori assunti da ciascuna Università nell'arco temporale 2004-2007. Inoltre, il regolamento sulle nuove modalità di svolgimento di questi concorsi prevede che i candidati siano preventivamente valutati da revisori anonimi e che siano sottoposti alla valutazione della commissione giudicatrice (formata da sei componenti nominati dal Rettore dell'Università che ha bandito il concorso) soltanto coloro che si siano piazzati nel quarto superiore della graduatoria.

Disegno di legge del Ministro Turco. Per il contenuto di alcuni articoli ha destato viva preoccupazione il disegno di legge del Ministro della Salute, concernente gli "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale". Poiché tale disegno di legge è collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008, è ovvio che l'approvazione della legge finanziaria da parte dei due rami del Parlamento con il meccanismo della fiducia comporta anche la contestuale approvazione del collegato.

Non posso soffermarmi in questa sede sui punti del disegno di legge sui quali il dissenso del mondo universitario non può che essere largamente condiviso. Mi riferisco in particolare: a) all'attribuzione dell'incarico di direzione di strutture complesse, che si prevede sia effettuata dal direttore generale, senza il concerto con il Rettore; b) all'attribuzione alle Regioni ed alle organizzazioni sindacali di un ruolo preponderante rispetto alle Università nella formazione specifica in medicina generale e degli specializzandi; c) all'ipotizzato limite dell'attività assistenziale primariale per i docenti clinici universitari a 65 anni, e quindi con un ulteriore anticipo rispetto al testo iniziale che prevedeva tale cessazione a 67 anni, rispetto agli attuali 70 anni (ovvero ai 72 anni per i docenti clinici che sono andati in cattedra entro la tornata concorsuale del 1980).

L'Intercollegio ed i maggiori Collegi, tra i quali in particolare quello dei Professori Ordinari di Chirurgia ed il nostro, hanno svolto numerosi interventi sulle autorità politiche, grazie ai quali questi provvedimenti sono stati modificati o ritirati. Ma saranno indispensabili ulteriori azioni concertate dei Collegi perché il testo finale del disegno di legge non risulti punitivo delle aspettative e delle prerogative del mondo universitario. Anche questa legge del Ministro Turco meriterà un più ampio dibattito nell'àmbito del nostro prossimo Congresso Nazionale, al cui programma la Giunta Esecutiva sta attualmente lavorando. Nel prossimo numero del Bollettino saremo certamente in grado di anticiparvi l'intero programma della giornata congressuale (Roma, 5 o 6 giugno 2008).

nell'àmbito d

Franco Dammacco

Crisi dell'Università
Le valutazioni comparative

di Roberto Corrocher e Franco Dammacco

In un precedente articolo dedicato alla crisi dell'Università e firmato da uno di noi (R.C.), pubblicato su questo Bollettino (n. 1/2007), era stato sottolineato, tra le altre motivazioni di crisi, il reclutamento del personale attraverso il meccanismo concorsuale che viene denominato "sistema delle valutazioni comparative". Data la rilevanza di questo motivo di criticità, riteniamo utile sottoporre all'attenzione dei nostri Colleghi Internisti alcune riflessioni.

A nostro avviso, in una società competitiva e globalizzata qual è quella attuale, la migliore modalità per reclutare il personale docente è la cooptazione diretta delle persone, effettuata dagli Organi Amministrativi dell'Ateneo. Questo sistema, adottato dalle più prestigiose Università degli Stati Uniti, si è rivelato di grande efficacia. L'Università di Harvard, per esempio, affida la scelta di un determinato docente in uno specifico settore a due commissioni: una strettamente scientifica e l'altra amministrativa. La prima commissione, dopo un'accurata indagine e avvalendosi anche di motori di ricerca, oltre che del parere di esperti e di seminari *ad hoc*, formula una rosa di possibili candidati che trasferisce alla commissione amministrativa. Quest'ultima invita i candidati interessati ad un colloquio, attraverso il quale verifica le potenziali capacità di organizzazione del laboratorio, le modalità di gestione del personale disponibile, l'apporto e l'entità del finanziamento dei progetti che il candidato porterebbe con sè, oltre naturalmente alle sue aspettative salariali.

In un sistema di autonomia finanziaria quale esiste in quelle grandi Istituzioni private, il collegamento tra scelta del candidato e andamento del bilancio finanziario dell'Istituzione è molto stretto, al punto che una scelta sbagliata si ripercuote in modo negativo sul bilancio dell'Ateneo. Per questo, si fanno inizialmente contratti a termine con i docenti chiamati, in quanto tale strumento permette rapide correzioni, e solo dopo attenta e prolungata osservazione le posizioni a contratto sono trasformate in posizioni stabili *(full professor)*. Come si diceva, il sistema si è rivelato molto valido sia per l'Istituzione che per il docente. Tra l'altro, quest'ultimo è consapevole che le possibilità di incremento salariale e di miglioramento organizzativo del suo lavoro sono correlate alla sua personale *performance*.

In Italia la situazione è molto differente. Le Università sono pubbliche e sono finanziate in larghissima parte dallo Stato. I criteri di finanziamento sono omogenei per tutte le sedi e non strettamente collegati alla *performance* di una determinata sede, specie per quanto riguarda i risultati della ricerca scientifica. In verità, si sta cercando negli ultimi tempi di introdurre timidi segnali di incentivazione e di riforma: si pensi alla legge n. 230 del 2005; al Comitato Italiano per la Valutazione della Ricerca (CIVR); all'annunciata nuova Agenzia Nazionale di Valutazione dell'Università e della Ricerca (ANVUR); al Patto per l'Università; ecc. Ci sono anche iniziative suggerite da gruppi di ricerca, quale ad esempio la proposta per una Agenzia Italiana per la Ricerca Scientifica (AIRS), formulata dal cosiddetto "gruppo 2003", che ha come referente il Prof. Silvio Garattini. Tuttavia, per il momento la situazione è sostanzialmente in fase di stallo.

Si deve pertanto convenire che in un sistema di finanziamento pubblico su base nazionale, e quindi in assenza di un'effettiva autonomia finanziaria delle sedi universitarie, l'unico metodo per il reclutamento del personale docente è costituito dalle valutazioni comparative.

La storia dei concorsi universitari viene in realtà da lontano ed è costellata da periodiche fasi di criticità, mai del tutto sopite e che in determinati periodi hanno assunto livelli particolarmente elevati. Negli anni '60 (era allora Ministro dell'Istruzione l'Onorevole Luigi Gui), le sedi universitarie erano poche e prestigiose, numericamente corrispondenti a circa un quinto delle attuali. A quell'epoca, le prove concorsuali avvenivano con il meccanismo della "terna". Una determinata sede universitaria chiedeva al Ministero la possibilità di bandire un concorso per una specifica cattedra. Ottenuta l'autorizzazione, due Colleghi di altre sedi dichiaravano la loro disponibilità ad entrare in commissione con il membro interno della sede che era stata autorizzata a bandire il concorso. Il Ministero nominava quindi la commissione formata appunto da questi tre docenti. In ragione del numero limitato delle sedi universitarie, del numero altrettanto piccolo dei potenziali candidati e della ben minore conflittualità tra le diverse scuole, era relativamente semplice per i commissari trovare un accordo. Tre erano i commissari, tre dovevano essere gli idonei, uno dei quali risultava vincitore nella sede che aveva bandito il concorso. Non era certo difficile prevedere chi avrebbe vinto il concorso e quali sarebbero stati gli altri due idonei. Nella gran parte dei casi, i cosiddetti "baroni" erano illuminati e le persone cooptate erano di caratura indubbiamente elevata. Questo sistema, utilizzato per decenni, entrò in crisi alla fine degli anni '60 quando la stampa cominciò a portare all'attenzione dell'opinione pubblica i fenomeni del "nepotismo", del localismo esasperato, la poca trasparenza dei concorsi gestiti da "baroni" con troppo potere e poco rispettosi dei metodi meritocratici e "democratici" di selezione.

Dall'ampio dibattito su queste tematiche scaturì l'elaborazione di un sistema di selezione su base nazionale, con commissioni estratte a sorte. Le commissioni si riunivano obbligatoriamente a Roma, presso il Ministero, dove dovevano essere esaminate le pubblicazioni dei candidati (tutte le pubblicazioni!!) e con il mandato a concludere i lavori entro sei mesi, eventualmente prorogabili per altri sei a fronte di dimostrati impedimenti sopraggiunti. I vincitori erano elencati in ordine alfabetico ed erano numericamente pari al numero complessivo dei posti messi a concorso nelle varie sedi universitarie. Negli anni di vigenza di questo sistema, le sedi andarono progressivamente aumentando e così pure il numero dei candidati. Sull'onda di slogan demagogici quali "docente unico", "università aperte", ecc. le carriere dei singoli furono sempre meno controllate dai "baroni illuminati", che cominciarono a perdere progressivamente la loro capacità di gestione del sistema. Come i nostri Colleghi con una più lunga vita univer-

sitaria alle spalle ricorderanno, la situazione andò deteriorandosi, anche perchè ad ogni prova concorsuale si iscrivevano centinaia di candidati.

Divenne quindi inevitabile che questo sistema di reclutamento andasse in crisi. Metodi di elezione delle commissioni assai empirici; numero di candidati, a fronte dei tempi ristretti di valutazione, troppo numerosi (si pensi che, ipotizzando che un singolo candidato presentasse 100 lavori -circostanza frequentissima- e che i candidati fossero circa 200, evenienza abbastanza frequente, i lavori da esaminare sarebbero stati circa 20.000!); irregolarità formali e sostanziali di tutti i tipi, fecero sì che non pochi concorsi giungessero all'attenzione della magistratura. Le accuse più frequenti erano quelle di non aver adeguatamente esaminato la produzione scientifica dei candidati, di avere utilizzato un sistema di elezione delle commissioni "pilotato" e poco trasparente, di non essere stati in grado di rispettare la tempistica dei concorsi. Nel mondo universitario divennero sempre più numerose le voci di coloro che ritenevano la situazione ormai intollerabile!

Con l'intento di istituire adeguate misure correttive, il Ministro Antonio Ruberti predispose una serie organica di leggi per l'Università, tra le quali anche quella della riforma dei concorsi universitari. La *ratio* da cui egli partì e che personalmente condividiamo, era così riassumibile. L'Università, nel rispetto dei suoi fini istituzionali, deve poter esercitare l'autonomia prevista dalla Costituzione. E' quindi necessario trovare un modo che permetta alle singole sedi universitarie di responsabilizzarsi per quanto attiene l'arruolamento dei Docenti. In altre parole, ogni Università deve poter definire con ragionevole precisione il profilo dei docenti da chiamare in uno specifico settore, in maniera da poter armonizzare l'eventuale loro arruolamento con la situazione operativa locale e da creare le condizioni affinchè il nuovo docente possa operare efficacemente. Lo Stato, d'altra parte, deve garantire che il candidato abbia acquisito una sufficiente maturità per poter ricoprire il ruolo messo a concorso.

Partendo da queste premesse, fu varato un sistema concorsuale distinto in vari momenti: a) elaborazione del profilo del docente da parte dell'Ateneo; b) richiesta e pubblicazione del bando di concorso; c) formazione delle commissioni su base elettorale informatizzata; d) nomina dei commissari; e) avvio dei lavori la cui durata doveva essere contenuta nell'arco di sei mesi (prorogabili una sola volta). Il sistema è stato successivamente perfezionato chiedendo ai candidati di indicare un numero ridotto di pubblicazioni (di solito, da 20 a 30), selezionate dagli stessi candidati perché a loro avviso considerate le più significative, sulle quali ritenevano di poter essere giudicati comparativamente. La commissione, composta da cinque membri dei quali uno indicato dall'Ateneo che bandisce il concorso a tutela degli interessi della sede (il cosiddetto membro interno), viene nominata dal Rettore ed opera nella sede del membro interno.

Dopo le prime esperienze di questo sistema, molto gradito in ragione della disponibilità di ben tre idoneità per ogni concorso (dalla prima tornata del 1999 alla terza tornata del 2000), la procedura è andata facendosi più severa con la 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). Si incominciò inoltre a notare che i candidati locali avevano maggiori probabilità di essere dichiarati idonei a fronte talvolta di candidati ben più titolati. Il peso della sede apparve determinare una prevalenza di "localismo" e non raramente di "nepotismo". Dalla "patologica" persistenza di questi fenomeni è scaturita una nuova campagna mediatica contro il sistema di reclutamento dei docenti universitari e, parallelamente, interventi sempre più numerosi della magistratura!

È chiaro che qualsiasi sistema di arruolamento per concorso, ad eccezione di quello della cooptazione di cui abbiamo riferito all'inizio, si può prestare a distorsioni per i più svariati motivi. A nostro avviso, un compito strategico per il miglioramento del complesso meccanismo di reclutamento del corpo docente universitario deve essere svolto dai Collegi dei singoli settori disciplinari, che devono assumersi il ruolo di "riferimento culturale" e di garanti nei confronti dei loro iscritti, molti dei quali potrebbero prima o poi essere eletti in commissioni comparative. Ciò è tanto più necessario oggi, dato che i numeri delle Facoltà, dei possibili candidati e dei commissari sono così grandi da rendere difficile il necessario e responsabile monitoraggio dei singoli settori.

Il Collegio del settore scientifico-disciplinare MED/09, consapevole di dover contribuire a migliorare ed a rendere obbiettivo e trasparente il meccanismo di cooptazione, e in uno sforzo di responsabilità civile e culturale, ha elaborato, primo fra tutti i Collegi, una complessa strategia di politica universitaria ed un meccanismo interno "di garanzia", basati sui seguenti concetti essenziali: 1) modifica dello Statuto e della composizione del Collegio per rendere possibile a tutti i componenti del settore (Professori ordinari, Professori associati e Ricercatori) di iscriversi a pieno titolo, di far parte della Giunta Esecutiva dello stesso e di partecipare quindi all'elaborazione delle linee di politica universitaria; 2) elaborazione di una piattaforma di requisiti, ritenuti minimi e indispensabili, da condividere con tutti i docenti MED/09, che possa servire da riferimento sia agli aspiranti che intendano partecipare alle valutazioni comparative, sia ai capi scuola perché possano valutare nelle linee generali il livello di maturità raggiunto da un loro allievo, prima di proporlo per un concorso; 3) pubblicazione sul Bollettino MED/09 delle proprie proposte, nell'intento di avviare una proficua discussione ed un costruttivo dialogo con tutti gli iscritti.

Lo Statuto è stato infatti cambiato, ormai da quattro anni, in conformità di quanto sopra. Inoltre, i criteri minimi, che già una diecina di anni fa il Collegio si era dato affidando la valutazione dei curricula ad una specifica commissione perché si esprimesse sul possesso dei criteri concordati da parte degli aspiranti, sono stati aggiornati alla luce di nuove figure professionali e di nuove disposizioni di legge, nonchè di nuove e più esplicite responsabilità assistenziali. Il dibattito è stato ampio ed ha coinvolto oltre un migliaio di docenti. Dopo due anni di analisi serrate da parte di una specifi-

ca commissione della Giunta e di dibattito nell'ambito della Giunta Esecutiva uscente e della nuova Giunta ad essa subentrata, nonchè di due distinte riunioni dell'Assemblea del Collegio (Cagliari, 2006; Roma, 2007), sono stati stabiliti e votati a larghissima maggioranza (nessun voto contrario) dei criteri minimi, che dovrebbero porre le basi di un comportamento deontologico condiviso e rappresentare una "garanzia etica" secondo la quale, ferma restando la libertà di chiunque lo desideri di sottoporsi a valutazione comparativa, i candidati dichiarati idonei debbono avere un *background* formativo condiviso dal Collegio perché rispondente ai requisiti minimi da tutti liberamente votati in Assemblea ed ampiamente pubblicizzati sui Bollettini MED/09 n. 1/2007 e MED/09 n. 2/2007. Sarà ora necessario che la Giunta Esecutiva del nostro Collegio, indipendentemente da qualsiasi appuntamento concorsuale, stabilisca le modalità per rendere operativa l'adozione dei requisiti da parte delle commissioni che avranno il compito di valutare i candidati a cattedre del settore MED/09. Spetta infatti ai Commissari l'obbligo di garantire la rigorosa osservanza di quanto previsto dal Decreto del Presidente della Repubblica 23 marzo 2000, n. 117 (Gazzetta Ufficiale 12 maggio 2000, n. 109), che all'articolo 4 stabilisce i criteri generali e le procedure per la valutazione comparativa dei candidati. Tuttavia, pur nel più assoluto e doveroso rispetto del suddetto Decreto, e quindi delle prerogative ma anche delle responsabilità dei commissari, il nostro Collegio intende ribadire il suo ruolo di "garanzia etica" perché il processo di selezione porti all'individuazione obbiettiva e trasparente dei candidati che abbiano effettivamente maturato i requisiti minimi approvati dalla stragrande maggioranza degli Internisti.

Ci fa piacere constatare che questa linea di comportamento, elaborata dal Collegio MED/09, è stata ora adottata da diversi altri Collegi che hanno già elaborato (o stanno per farlo) simili strumenti di monitoraggio dei candidati ai futuri concorsi.

E' ovvio che aver raggiunto il livello formativo minimo non può garantire in nessun modo il candidato di essere poi giudicato idoneo dalla commissione di concorso, in quanto nella comparazione imposta dalla legge vi potranno essere (ed è auspicabile che vi siano) candidati con titoli molto superiori a quelli minimi indicati dal Collegio. E' però altrettanto evidente che l'appartenenza dei commissari al settore MED/09 comporterà per gli stessi il dovere etico di non poter prescindere dalle linee tracciate dal Collegio al quale afferiscono e quindi di non poter derogare dall'"obbligo" di dichiarare idonei soltanto i candidati che abbiano un sufficiente profilo formativo, senza alcuna scorciatoia preferenziale di carriera.

Rimane un ultimo punto, non meno importante di quanto abbiamo finora discusso. La nuova legge Moratti sulle valutazioni comparative avrebbe dovuto essere già operativa, ed è invece in ritardo perché l'attuale Ministro del MUR, onorevole Fabio Mussi, intende modificare e migliorare alcuni suoi aspetti. Appunto perché migliorative, tali variazioni sono ovviamente auspicabili e benvenute purchè siano realizzate al più presto. Non è giusto, infatti, penalizzare con attese eccessive tutti coloro che, dopo anni di impegno e di sacrifici nel mondo universitario, aspirano legittimamente a compiere un ulteriore passo della loro carriera. In questo senso ed in tutte le sedi possibili si è espresso con forza il nostro Collegio, sostenuto tra l'altro da mozioni e documenti elaborati dal Consiglio Universitario Nazionale (CUN). Desideriamo in particolare ricordare la mozione dello stesso CUN approvata nell'adunanza del 5 aprile 2007, nella quale si chiede al Ministro ed al Governo di "….riattivare con la massima urgenza il regolare funzionamento delle valutazioni comparative per tutti i ruoli". E' auspicio unanime che ciò avvenga mediante una nuova normativa concorsuale che "garantisca standard qualitativi di eccellenza", purchè i tempi per l'approvazione di tale normativa non siano così lunghi da tradursi in un danno per il sistema universitario.

Nel momento in cui scriviamo queste note, ci è capitato di leggere una sintesi di un disegno di legge di iniziativa parlamentare, i cui punti salienti si possono così sintetizzare: 1) sostituzione dell'idoneità nazionale contingentata con un esame di abilitazione nazionale; 2) al termine del primo triennio di servizio, valutazione del docente da parte dell'ANVUR e, in caso di giudizio negativo, spostamento dell'onere economico di tale docente dal MUR all'Università che lo ha assunto. Tuttavia, dopo tre giudizi negativi della stessa Agenzia, l'Università potrà interrompere il rapporto di lavoro con il docente; 3) valutazione dei docenti selezionati sia *ex ante* da parte di una commissione nazionale, sia *ex post* da parte dell'ANVUR. A nostro avviso, questa ipotesi di riforma può (come qualsiasi altra) essere oggetto di discussione e di considerazioni positive e negative, ma è certamente preferibile all'attuale immobilismo!

Infine, una buona notizia: il Ministro Mussi ha appena firmato (3 dicembre 2007) il decreto con il quale si assegnano alle Università 20 milioni di Euro per il 2007, finalizzati a bandi di concorso per 1.050 nuovi posti di ricercatore universitario. A questa somma si aggiungono ulteriori 40 milioni di Euro per il 2008 e ben 80 milioni di Euro per il 2009. Finalmente, una boccata di ossigeno per favorire il processo di "ringiovanimento" delle università italiane.

7

Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

di Roberto Manfredini

Nella rassegna della letteratura scientifica di questo numero del Bollettino, vengono riportati alcuni lavori scientifici recenti, prevalentemente ad opera di studiosi italiani, e relativi a varie discipline specialistiche, che cercano di dare una risposta a quesiti di interesse internistico generale.

Bisogna procedere con la terapia anticoagulante precoce nel caso di ictus cardioembolico acuto?

I risultati dello lavoro di metanalisi condotto su 7 trials, per un totale di oltre 4000 pazienti, mostra come, nei pazienti con ictus cardioembolico acuto, l'instaurazione di una terapia anticoagulante precoce si associ ad una riduzione statisticamente non significativa delle recidive, non mostri significativa riduzione di mortalità e disabilità, mentre si associ altresì ad un aumento delle emorragie intracraniche.

Titolo originale:
Efficacy and safety of anticoagulant treatment in acute cardioembolic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials.
Paciaroni M, Agnelli G, Micheli S, Caso V.
Stroke 2007; 38: 423-30.
Stroke Unit, Department of Internal Medicine, University of Perugia, Perugia, Italy.

Presupposti e scopo. Il ruolo della terapia anticoagulante nell'ictus cardioembolico è ancora incerto.
Abbiamo eseguito uno studio di metaanalisi di tutti i trials randomizzati al fine di ottenere la miglior valutazione riguardo ad efficacia e sicurezza degli anticoagulanti nel trattamento iniziale dell'ictus cardioembolico.
Metodi. Grazie alla ricerca elettronica e manuale della letteratura, abbiamo identificato trials randomizzati che avessero confrontato la terapia anticoagulante (eparina non frazionata o eparina a basso peso molecolare o eparinoidi), iniziata entro 48 ore, con altri tipi di trattamento (aspirina o placebo) in pazienti con ictus ischemico cardioembolico acuto. Due revisori hanno indipendentemente selezionato gli studi ed estratto i dati relativi al disegno del trial, alla qualità, agli outcomes clinici, compresa morte e disabilità, alla totalità degli ictus, alle recidive di ictus ischemico, e ai sanguinamenti cerebrali sintomatici. Sono stati calcolati gli odds ratios per i singoli outcomes per ciascun trial, e i dati relativi alla totalità dei trials sono stati raggruppati utilizzando il metodo di Mantel-Haenszel.
Risultati. Sette trials, per un totale di 4624 pazienti con ictus cardioembolico acuto, rispettavano i criteri di inclusione. Rispetto agli altri trattamenti, gli anticoagulanti sono risultati essere associati ad una riduzione non significativa della recidiva di ictus ischemico fra 7 e 14 giorni (3.0% contro 4.9%, odds ratio 0.68, 95% CI: 0.44 - 1.06, P=0.09, number needed to treat=53), ad un significativo incremento di emorragia intracranica sintomatica (2.5% contro 0.7%, odds ratio 2.89; 95% CI: 1.19 - 7.01, P=0.02, number needed to harm=55), e ad un tasso di morte e disabilità sostanzialmente simile al termine del follow-up (73.5% contro 73.8%, odds ratio 1.01; 95% CI: 0.82 - 1.24, P=0.9).
Conclusioni. I nostri risultati indicano che in pazienti con ictus cardioembolico acuto, un trattamento anticoagulante precoce si associa ad una riduzione non significativa della recidiva di ictus ischemico, non presenta una sostanziale riduzione di morte e disabilità, mentre si associa ad un aumento di emorragie intracraniche.

Esiste un link fra malattia tromboembolica venosa e patologie aterosclerotiche arteriose?

Esistono dati controversi in tema di associazione fra malattia tromboembolica venosa e rischio di sviluppare patologie del versante vascolare arterioso. I risultati di questo studio di coorte della durata di venti anni sembrano confermare, nei pazienti andati incontro a malattia tromboembolica venosa, un netto aumento di rischio (2-3 volte) per ictus e infarto miocardico.

Titolo originale:
Venous thromboembolism and subsequent hospitalisation due to acute arterial cardiovascular events: a 20 year cohort study.
Sorensen HT, Horvath-Puho E, Pedersen L, Baron JA, Prandoni P.
Lancet 2007; 370: 1773-9.
Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Denmark.

Background. In alcuni studi, il tromboembolismo venoso è stato associato con l'aterosclerosi e con il rischio di eventi arteriosi, quali l'infarto del miocardio e l'ictus. Altri studi, invece, non hanno confermato tale associazione. Per cercare di chiarire questi risultati contraddittori, abbiamo cercato di studiare il rischio di eventi cardiovascolari di tipo arterioso in pazienti con diagnosi di tromboembolismo venoso.
Metodi. Abbiamo effettuato uno studio di coorte, population-based, della durata di venti anni, avvalendoci dei database nazionali della Danimarca. Dopo avere escluso i soggetti con patologie cardiovascolari note, abbiamo calcolato il rischio di infarto miocardico e ictus in 25199 pazienti con trombosi venosa profonda (TVP), in 16925 pazienti con embolia polmonare (EP), e in 163566 soggetti di controllo.
Risultati. Per i pazienti con TVP, il rischio relativo variava da 1.60 per l'infarto miocardico (95% CI 1.35-1.91) a 2.19 (1.85-2.60) per l'ictus, nel primo anno dopo l'evento trombotico. Per i pazienti con EP, il rischio relativo nello stesso anno era di 2.60 (2.14-3.14) per l'infarto miocardico e 2.93 (2.34-3.66) per l'ictus. I rischi relativi erano anche aumentati, sia pure in maniera meno consistente, nel corso dei successivi 20 anni di follow-up, con un aumento del rischio di eventi cardiovascolari arteriosi del 20-40%. I rischi relativi erano simili sia nel caso di TVP e EP provocata che non provocata.
Interpretazione. I pazienti con malattia tromboembolica venosa presentano un rischio a lungo termine decisamente aumentato di eventi cardiovascolari arteriosi.

È sempre vero che una terapia regolare è più efficace rispetto ad una al bisogno? A quanto pare, nel caso dell'asma non sempre è così.

Nei pazienti con asma lieve, ma persistente, viene prescritto abitualmente l'utilizzo regolare dei corticosteroidi per via inalatoria. I risultati di questo studio collaborativo dimostrano invece

come l'uso al bisogno, in base ai sintomi, di beclometasone e albuterolo in unica dose inalatoria è efficace quanto l'uso regolare continuativo di steroide inalatorio, con il vantaggio della riduzione della dose di steroide assunta.

Titolo originale:
Rescue use of beclomethasone and albuterol single inhaler for mild asthma.
Papi A, Canonica GW, Maestrelli P, Paggiaro P, Olivieri D, Pozzi E, Crimi N, Vignola AM, Morelli P, Nicolini G, Fabbri LM, per il Best Study Group.
N Engl J Med 2007; 356: 2040-52.
Sezione di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università di Ferrara, Italia.

Background. Le linee guida di terapia raccomandano, nei pazienti con asma persistente di grado lieve, l'uso regolare di corticosteroidi inalatori.
Abbiamo studiato se l'uso al bisogno, legato al sintomo, di una combinazione di beclometasone dipropionato e albuterolo (conosciuto anche come salbutamolo) in unico inalatore potesse essere efficace quanto l'utilizzo regolare di beclometasone inalatorio e superiore all'uso al bisogno di salbutamolo inalatorio.
Metodi. Abbiamo condotto un trial doppio-cieco, doppio-placebo, randomizzato, a gruppi paralleli, della durata di 6 mesi. Dopo una fase di run-in di 4 settimane, i pazienti con asma lieve sono stati randomizzati a ricevere uno dei 4 seguenti trattamenti inalatori: placebo b.i.d. più 250 microg di beclometasone e 100 microg di albuterolo in un inalatore singolo al bisogno (terapia di combinazione al bisogno); placebo b.i.d. più 100 microg di albuterolo al bisogno (terapia con albuterolo al bisogno); 250 microg di beclometasone b.i.d. e 100 microg di albuterolo al bisogno (terapia regolare con beclometasone); o 250 microg di beclometasone e 100 microg di albuterolo in un singolo inalatore b.i.d. più 100 microg di albuterolo al bisogno (terapia di combinazione regolare). L'outcome primario era il picco di flusso espiratorio mattutino.
Risultati. In 455 pazienti con asma lieve con FEV1 di 2.96 lt (88.36% del valore predetto), il picco di flusso espiratorio mattutino durante le ultime 2 settimane dei 6 mesi di trattamento era aumentato (P=0.04) mentre il numero di esacerbazioni nel corso dei 6 mesi di trattamento era ridotto (P=0.002) nel gruppo con terapia di combinazione al bisogno, ma i valori nel gruppo con terapia di combinazione al bisogno non sono risultati essere significativamente diversi da quelli dei gruppi che avevano ricevuto terapia regolare con beclometasone o di combinazione. La dose cumulativa inalata di beclometasone è risultata più bassa nel gruppo con terapia di combinazione al bisogno rispetto ai gruppi con terapia regolare con beclometasone o di combinazione (P<0.001 per entrambi i confronti).
Conclusioni. In pazienti con asma lieve, l'uso inalatorio al bisogno, guidato dal sintomo, di beclometasone (250 microg) e albuterolo (100 microg) in un unico inalatore è almeno efficace quanto l'uso inalatorio regolare di beclometasone (250 microg b.i.d.) ed è associato ad una dose cumulativa inferiore a 6 mesi di corticosteroide inalatorio.

Nei pazienti affetti da epatocarcinoma (HCC), la eziologia della condizione cirrotica ha un impatto sulla sopravvivenza?
I risultati di questo studio mostrano come la prognosi dell'HCC sia indipendente dalla diversa eziologia della malattia cirrotica (virale, alcolica, varia), ed è invece strettamente dipendente dal grado di funzionalità epatica, dalle caratteristiche oncologiche e dalla terapia.

Titolo originale:
Impact of etiology of cirrhosis on the survival of patients diagnosed with hepatocellular carcinoma during surveillance.
Trevisani F, Magini S, Santi V, Morselli-Labate AM, Cantarini MC, Di Nolfo MA, Poggio P, Benvegnù L, Rapaccini GL, Farinati F, Zoli M, Borzio F, Giannini EG, Caturelli E, Bernardi M; Italian Liver Cancer (ITA.LI.CA) Group.
Am J Gastroenterol 2007; 102: 1022-31.
Dipartimento di Medicina Interna, Cardioangiologia, Epatologia, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna, Bologna, Italy.

Obiettivi. Nonostante l'eziologia della patologia epatica influenzi le caratteristiche del carcinoma epatocellulare (HCC) diagnosticato in corso di sorveglianza, non è noto se possa influenzare la sopravvivenza dei pazienti. Abbiamo analizzato l'impatto della eziologia sulle caratteristiche e sull'*outcome* di HCC scoperti in corso di sorveglianza.
Metodi. In questo studio di coorte, 742 pazienti con HCC scoperto nel corso della sorveglianza semestrale o annuale sono stati selezionati dal database ITA.LI.CA, comprendente 1834 pazienti consecutivi osservati in 3 centri di primo livello e 7 centri di terzo livello per l'HCC. I pazienti sono stati raggruppati sulla base dell'eziologia: epatite da B virus (HBV, 87), epatite da C virus (HCV, 461), alcool (59), e multieziologia (135).
Risultati. In tutti i gruppi di eziologia, la maggiore parte degli HCCs erano unifocali (51-68%) e la maggior parte di questi erano di dimensioni <or=3 cm (60-69%). Gli HCC unificali erano meno comuni nel gruppo multieziologia (P=0.050) e lievemente più frequenti nel gruppo HCV (P=0.087). Oltre all'eziologia, solo l'età è risultata essere associata alla patologia globale (P=0.023). Circa 2/3 degli HCC in tutti i gruppi erano stati scoperti allo stadio 0 o 1 del Cancer of the Liver Italyn Program (CLIP). I tassi di sopravvivenza a 1-, 3-, e 5-anni sono risultati comparabili fra i vari gruppi (HBV 81%, 47%, e 22%; HCV 86%, 49%, e 24%; alcool 76%, 41%, e 25%; multieziologia 75%, 37%, e 24%; P=0.446). L'intervallo di sorveglianza non ha influenzato la sopravvivenza, che veniva predetta in maniera indipendente da alfa-fetoproteina, classe Child-Pugh class, patologia globale, dimensioni della neoplasia, invasione vascolare, e trattamento.
Conclusioni. Nei pazienti con HCC diagnosticato in corso di sorveglianza: a) i noduli singoli sono meno comuni nei casi multieziologia; b) la prognosi è indipendente dalla eziologia, venendo essa dettata da funzione epatica, caratteristiche oncologiche, e trattamento.

La Medicina della complessità

INTERVENTO DEL PROF. ROBERTO BERNABEI
Presidente della Società Italiana di Geriatria e di Gerontologia

Caro Realdi,
ho letto con interesse il tuo contributo "La Medicina Interna come Medicina Specialistica della complessità" uscito sull'ultimo numero del Bollettino MED/09. Tutta la prima parte ruota attorno ai principi generali del relativismo e della complessità, propri della società di oggi, e non può che essere condivisibile. Ho invece alcuni spunti critici sulle successive conclusioni da te tratte nello sforzo di dare nuova identità alla Medicina Interna.
Non sono riuscito a trovare nel tuo scritto le ragioni per le quali la Medicina Interna debba essere la sola disciplina definibile come medicina della complessità.
Un endocrinologo od un neurologo, ad esempio, potrebbero essere non d'accordo con la tua impostazione, visto che l'Endocrinologia e la Neurologia sono discipline per lo meno altrettanto complesse. Basti pensare al sistema neuro-immuno-endocrino, estremamente sofisticato e ancora non ben conosciuto, che entrambe studiano perché decisivo nel regolare l'omeostasi dell'organismo.
Al di là delle basi teoriche potrebbero comunque esservi delle ragioni pratiche o "evidenti" tali da giustificare per la Medicina Interna quella definizione. Non pare, da come hai scritto, tu abbia grande simpatia per la Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), anche se entrambi sappiamo benissimo che, nel contesto attuale, affermazioni non suffragate da evidenze hanno scarso o nullo valore. Mi avresti infatti convinto se avessi portato i risultati raggiunti, tramite studi clinici controllati o osservazionali, dalla Medicina Interna nel trattamento di quelle che tu chiami complessità.
Riguardo poi al riferimento sulla valutazione multidimensionale (VMD, la metodologia creata dalla Geriatria per rispondere alle problematiche "complesse" dell'anziano), termine "quasi" nuovo per gli internisti italiani, fammi invece ricordare i risultati ottenuti con la VMD dai geriatri italiani nell'assistenza continuativa, ospedaliera e territoriale. Ho cercato su PubMed lavori analoghi di internisti italiani sulla VMD ma ho trovato solo lavori, eccellenti, prevalentemente di fisiopatologia specialistica. Trial clinici fatti dalla Medicina Interna italiana sull'efficacia ed efficienza della VMD non ne ho trovati. Non ho quindi evidenze perchè si possa attribuire, come è nella figura 3 del tuo scritto, un ruolo esclusivo della Medicina Interna nella gestione della patologia acuta - cioè ospedaliera - dell'anziano con comorbilità.
E come si fa a partire da una dotta disquisizione filosofica per poi arrivare ad una conclusione quasi sindacale e sostenere che tutti gli anziani debbano essere gestiti in ospedale dagli internisti? Oramai da qualche anno mi sento dire dai colleghi internisti: vediamo gli stessi pazienti! A significare l'invasione degli anziani nelle divisioni mediche italiane, certo. Ma forse a dire che non si sente il bisogno di supporto geriatrico… E' arrivato allora il momento di dirlo chiaro. Amici internisti: bisogna che vi teniate informati su quanto ha prodotto la Geriatria. Ad esempio: definizione ed inquadramento nosografico della fragilità; testistica di performance per misurare e prevedere la disabilità; strumenti di seconda e terza generazione (la suite interRAI) per la valutazione del bisogno clinico-assistenziale in acuzie, post acuzie, in istituzione, al domicilio; database per la valutazione di farmaco efficacia e efficienza nel vecchio escluso dai RCT; trial di evidenza sulle best practices assistenziali per l'anziano ricoverato in acuzie; trial di evidenza sui servizi assistenziali migliori per il fragile. Ecco: vediamo lo stesso paziente che io chiamo per capirci "il catorcio" e che tu chiami "complesso". Ma io ho prodotto la tecnologia per affrontarlo al meglio, tu me la devi chiedere. Altrimenti chiudiamo con la EBM, e non se ne parli più!
Caro Realdi, internisti e geriatri dovrebbero collaborare in altro modo per migliorare le cure dell'anziano. Nelle principali Scuole straniere è ormai da decenni - vedi ad esempio NEJM 1989; 320: 181 - che la Medicina Interna porta avanti il discorso dell'esclusività della Geriatria per l'insegnamento accademico e la gestione del paziente anziano. Se tu vuoi fare qualcosa per questo nuovo protagonista del Servizio Sanitario Nazionale e della ricerca, devi portare dati e numeri, modelli assistenziali innovativi e risultati che mi aiutino a lavorare meglio su un signore o (più spesso) una signora con più di 80 anni, comorbido/a, in politerapia, a scelta incontinente e/o sarcopenico e/o che cade e/o osteoporotico/a e/o anemico/a e/o con problemi nutrizionali. E naturalmente che funziona male dal punto di vista fisico e/o cognitivo, che ha problemi di tono dell'umore e/o socioeconomici. Non te la cavi con la sola anche se splendida parola: "complessità".

Roberto Bernabei

Intervento del Prof. Giuseppe Realdi
della Giunta Esecutiva della Società Italiana di Medicina Interna

Caro Direttore,

ti ringrazio del tuo invito a rispondere alla lettera aperta del Prof. Bernabei, pubblicata inizialmente sul Bollettino SIGG di ottobre 2007 (n. 10) e ora sul presente numero del Bollettino MED/09, come commento al mio articolo "La Medicina Interna come Medicina Specialistica della Complessità", apparso sul Bollettino MED/09, n. 3/2007. In realtà avevo già letto la lettera di Bernabei sul sito www.sigg.it essendo iscritto alla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, anche se, personalmente, non ero stato messo al corrente di tale lettera. A dire il vero ho consultato il bollettino SIGG *on line* il giorno stesso (26 ottobre) in cui il Prof. Salvioli, direttore del Giornale di Gerontologia, mi invitava a pubblicare il medesimo mio contributo (con l'autorizzazione del Direttore di MED/09) sul giornale da lui diretto, allo scopo di "affrontare i problemi esistenziali trattati nell'articolo con serenità e profondità, … sperando che possa sollevare una discussione (senza proclami) sul problema reale" (cito le parole di Salvioli contenute nella sua richiesta pervenutami via e-mail).

Il fatto stesso di essere iscritto alla SIGG indica il mio interesse per la cultura geriatrica e per i contributi scientifici che molti colleghi italiani, facenti parte di un comune raggruppamento scientifico-disciplinare, hanno prodotto e producono da anni con pubblicazioni su riviste italiane e internazionali dotate di rilevante prestigio.

Dispiace pertanto leggere nella lettera di Bernabei una etichetta "sindacale" attribuita alla conclusione del mio elaborato, laddove in realtà sollecitavo "collaborazione e integrazione" proprio con la Geriatria. Lo spazio messo a disposizione dalla rivista non consentì, allora, una più approfondita trattazione dell'argomento "Medicina Interna e Geriatria", peraltro non essendo neppure il tema principale della mia proposta, anche se tale argomento risulta di estrema rilevanza e attualità, soprattutto nella nostra realtà nazionale, ma anche, seppur in tono minore, a livello internazionale, come si evince chiaramente da alcune recenti pubblicazioni, apparse peraltro nel contesto del problema "Medicina Interna" e necessità di una sua rivisitazione e di riforma (Eur J Inter Med 2005; 16: 214; Ann Intern Med 2006; 144: 920; AJM 2007; 120: 1091). Dispiace, altresì, il suo attacco sulla EBM, ma proprio la Geriatria ci insegna che il campo di applicazione di questo nuovo paradigma, come è stato definito, o semplicemente di questo approccio metodologico che utilizza i risultati delle prove di efficacia è di scarsa applicabilità ai pazienti anziani, polipatologici, disabili, in altre parole complessi, semplicemente perché ben pochi sono gli studi clinici randomizzati e controllati condotti su tali categorie di malati.

Credo invece sia fuori discussione che alla Geriatra, specie quella Italiana, vada riconosciuto il merito di aver proposto, applicato e insegnato un metodo nuovo di approccio al paziente anziano affetto da polipatologia. Questo metodo, che comporta una valutazione multidimensionale del paziente, viene oggi applicato correntemente nei reparti di Medicina Interna, dove i malati anziani affetti da comorbidità risultano essere la grande maggioranza, con l'utilizzo di differenti scale di valutazione, talvolta peraltro di non immediata applicazione. In un modello di cartella clinica orientato per problemi, proposto anche come strumento didattico di valutazione della competenza clinica dello specializzando, nell'ambito di una proposta di regolamento del nuovo ordinamento della Scuola di Specializzazione di Medicina Interna (v. Bollettino MED/09, n. 2 e n. 3/2006, versione on line della cartella clinica sul sito www.simi.it), questa valutazione multidimensionale venne inserita nella stessa cartella clinica, a sottolineare la sua indispensabilità nella valutazione dello stato funzionale e cognitivo del paziente anziano con disabilità.

Ma, come suggerisce Bernabei, questa valutazione rappresenta solo un aspetto, seppure ineludibile, del problema, di tali pazienti, e l'esigenza di un concreto supporto geriatrico è rilevante, anche se non sempre attuabile. Le motivazioni di tale mancata quotidiana attuazione sono molteplici. Una di esse può essere certamente intravista nel permanere di una certa resistenza o preconcetto o presunzione di autosufficienza da parte di alcuni internisti, per una quasi naturale resistenza al cambiamento che sussiste in tutte le professioni dotate di alto livello di background culturale e di decisionalità. Ma il problema cruciale non sta nella chiusura aprioristica da parte della Medicina Interna, che si può serenamente affermare che non esiste, quanto piuttosto nella difficoltà reale e concreta di avere una presenza costante e fattiva dello specialista Geriatra nei reparti di Medicina Interna, verosimilmente a causa della mancanza di una istituzionalizzazione formale di tale presenza da parte degli organi di governo della sanità, presenza da considerare in realtà indispensabile per una corretta e completa gestione collegiale del paziente anziano. Non è qui lo spazio per individuare le motivazioni culturali e politiche di tale assenza, ma Medicina Interna e Geriatria devono entrambe rivedere le loro strategie di gestione clinica degli attuali "nuovi malati" e saper proporre collegialmente al manager della sanità e al politico soluzioni forti e concrete per le necessarie innovazioni. La presenza di un team multidisciplinare formato da varie professionalità, mediche e non mediche, risulta indispensabile (laddove fino ad oggi non attuato) anche per il conseguimento dell'altro rilevante obbiettivo, anch'esso traslato dalla cultura geriatrica, quello della continuità assistenziale. E qui la valutazione multidimesionale, ripetuta durante il ricovero nel reparto per acuti, risulta strumento indispensabile per attuare la prosecuzione delle cure nell'ambiente più adatto e da parte delle professionalità maggiormente competenti.

Quindi la complessità, intesa in senso lato, non è appannaggio esclusivo della Medicina Interna. La quale tuttavia è chiamata, nel contesto assistenziale dell'attuale sistema sanitario, ad affrontare ed individuare nel singolo paziente, soprattutto se anzia-

no, la presenza non solo di polipatologia o co-morbidità, ma anche di *complessità clinica*, il che significa valutazione dell'equilibrio funzionale e cognitivo, dell'autonomia personale e sociale, dell'entità e gravità delle malattie di cui è affetto, degli elementi di criticità quali cause possibili di destabilizzazione clinica. Come è stato sottolineato da un recente contributo FADOI (Nardi e coll. Eur J Int Med 2007; 18: 283) dedicato allo studio dei fattori di rischio che contribuiscono alla *complessità clinica e assistenziale* dei pazienti ricoverati nei reparti di Medicina Interna, il medico internista è chiamato ad affrontare e a risolvere problemi non solo connessi alla riacutizzazione di una o più delle patologie croniche di cui sono affetti soprattutto gli anziani, ma anche a valutare l'aspetto sociale, ambientale e comportamentale del paziente stesso. Questo obbiettivo viene perseguito attraverso l'integrazione con quello che è stato definito dagli Autori stessi il "paradigma assistenziale geriatrico e gerontologico", perseguito con il contributo di un team interdisciplinare, che si auspica possa trovare stabile dimora presso i reparti di Medicina Interna.

In un recente contributo pubblicato su Nature (Novembre 2007, vol. 450, pag. 494), viene sottolineato e ribadito quanto già segnalato in questi ultimi anni dalle maggiori riviste scientifiche di medicina, ma ora riproposto con rinnovata enfasi, e cioè che le malattie croniche non trasmissibili rappresentano il maggior carico di malattia e di disabilità in quasi tutti i paesi del mondo. La soluzione di questo problema richiede con urgenza maggiori risorse, maggiore ricerca e maggiore attenzione, riassunte, queste proposte, dagli Autori dell'articolo, in 20 grandi sfide che attendono di essere affrontare da tutte le nazioni e che vengono sintetizzate in due principali linee di indirizzo: la riforma della formazione delle professioni sanitarie e la modifica radicale dei sistemi sanitari. Se il secondo è un problema eminentemente politico, ma che può essere sollecitato e guidato dagli operatori sul campo, il primo invece ci riguarda direttamente, internisti e geriatri, come esponenti di un mondo accademico dove l'approccio globale alla persona malata deve trovare maggiore cooperazione, maggiore dedizione e maggiore impegno concreto. Nel perseguire questo obbiettivo un ruolo altrettanto rilevante spetta alla Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso e alla Medicina Generale, quali discipline che si auspica possano trovare adeguata collocazione anche nelle strutture universitarie, per il loro indiscusso contributo ad una gestione globale del paziente complesso e polipatologico, osservato sia all'interno, sia all'esterno delle strutture ospedaliere, e per il loro importante deposito culturale da trasmettere alle nuove generazioni. In questo contesto, non la divisione e la strenua difesa di ciò che è mio e di ciò che è tuo avranno la meglio, ma l'integrazione, la collaborazione, la condivisione dei progetti e delle idee, dell'operatività e della costruttività tra gli uomini dovranno essere gli elementi prioritari del nostro pensare e del nostro agire.

Ogni malato, giovane o anziano che sia, soprattutto se affetto da malattie croniche e invalidanti, richiede di essere considerato prima di tutto una persona. Egli non chiede la soluzione di tutti i suoi problemi della vita, né che tutto sia visto unicamente attraverso un'ottica di malati, come se null'altro esistesse al di fuori della malattia, confinato in una distinzione e in un isolamento che alla fine diventano ghettizzazione. Questo malato, più spesso anziano, più spesso cronico, più spesso poco curabile e poco guaribile, richiede non solo preparazione scientifica e competenza clinica, ma anche e soprattutto capacità di relazione e di incontro, per trasmettere a lui, come persona, partecipazione alla sua vita umana, affettiva e intellettuale e speranza di recupero del suo perduto senso della vita.

Giuseppe Realdi
Clinica Medica I
Università di Padova

Verbali degli Organi del Collegio

Assemblea del 22/10/2007

Il giorno 22 ottobre 2007 alle ore 9.45, presso l'Aula C dell'Hotel Cavalieri Hilton si è tenuta l'Assemblea del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna. Hanno firmato la presenza 130 membri del ColMed/09su 364 in regola con il pagamento, per cui l'Assemblea, in seconda convocazione, risulta legittima ai sensi dell'art. 14 dello Statuto.

Presiede il Presidente del Collegio, Prof. Franco Dammacco. Viene incaricato di redigere il verbale il Dott. Ferdinando Sasso.
Si procede nel rispetto dell'ordine del giorno.

Comunicazioni del Presidente
1- Il Presidente riferisce all'Assemblea sui temi trattati nel corso dell'audizione del Presidente del CUN, Prof. Andrea Lenzi, anticipata per improrogabili impegni di quest'ultimo alle ore 18.00 del 21/10/2007. Dopo aver fornito una sintesi delle risposte date dal Prof. Lenzi sugli argomenti che gli erano stati proposti, il Prof. Dammacco rinvia ad un momento successivo dell'Assemblea la lettura e l'eventuale approvazione del verbale relativo alla relazione Lenzi, redatto dal Dott. Piero Amodio.
2- Il Prof. Raffaele D'Amelio, in merito alla richiesta di inserire nel SSD MED/09 la Medicina NRCB (da diffusione accidentale o dolosa di agenti radio-nucleari, chimici o biologici), sottolinea che l'OMS ha recentemente segnalato una minaccia di tale tipo, legata a motivi terroristici, lamentando la mancanza di personale sanitario adeguatamente formato e preparato a fronteggiare tali evenienze. Dopo aver fornito dettagli sul tipo di rischio chimico, fisico e biologico a cui la popolazione può essere esposta, rammentando il carattere olistico della formazione internistica, il Prof. D'Amelio chiede l'inserimento della Medicina NRCB nel SSD MED/09 affinchè l'insegnamento di tale disciplina possa essere impartito nell'ambito dei Corsi di Laurea delle Facoltà Mediche. Egli sottolinea inoltre che il momento storico della riorganizzazione dei SSD in nuovi raggruppamenti potrebbe essere particolarmente favorevole.
I Proff. Giovanni Gasbarrini e Giovam Battista Rini fanno una dichiarazione di voto a favore della proposta D'Amelio. Anche il Prof. Roberto Corrocher si esprime a favore e sottolinea la possibilità di inserire la Medicina NRCB nella nascente Medicina d'Urgenza.
La mozione D'Amelio è messa ai voti dal Presidente ed approvata all'unanimità.
3- Prende la parola il Prof. Pagnan, da tempo impegnato nel progetto di istituire la Scuola di Specializzazione in Angiologia Medica. Egli segnala l'aumentata incidenza di malattie angiologiche e sottolinea come un Master non possa sostituirsi, per valore formativo, ad una Scuola. Inoltre, ricorda che in Italia ci sono 120 Unità (spesso Complesse) di Angiologia e che egli stesso dirige una Scuola sovvenzionata con fondi regionali (non ministeriali). Il Presidente riferisce che, purtroppo, la richiesta di istituzione della Scuola di Angiologia in sede di Consiglio Superiore di Sanità (CSS) non ha ricevuto parere favorevole ed è stata osteggiata soprattutto dall'area chirurgica. Per riproporre il problema all'attenzione del CSS, il Prof. Pagnan sta raccogliendo le firme dei Colleghi del nostro settore MED/09.
Il Prof. Gasbarrini interviene a favore dell'istituzione della Scuola.
4- Il Presidente riferisce sul Disegno di Legge approvato in data 19/7/2007, che obbliga all'esercizio dell'attività intramoenia all'interno dell'Azienda entro 18 mesi dalla sua approvazione, e quindi al più tardi entro gennaio 2009. Viene segnalata la prevedibile grande difficoltà a rendere applicativa tale norma di legge.

Bilancio
I Revisori dei Conti e la Giunta esecutiva hanno approvato il Bilancio Consuntivo del 2006, che si chiude con un passivo di 4.111,44. Il Bilancio è approvato dall'Assemblea all'unanimità.

Referenti di Sede
Il Presidente rammenta che, in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto, i Referenti di sede devono essere rinnovati ogni 3 anni. Egli rammenta che i Referenti locali sono la cinghia di trasmissione tra la Giunta Nazionale e le Sedi locali, e li richiama pertanto ad una maggiore partecipazione, segnalando che ad oggi solo 11 sedi hanno provveduto al rinnovo, peraltro con alcune incongruenze nella posizione societaria di taluni eletti.
Il Prof. Castellino chiede che sia reso noto l'elenco degli iscritti al Collegio in ogni sede ed un ruolo più attivo da parte dei Referenti.

Censimento numerico degli iscritti al Collegio nelle tre fasce di Docenza
Il Presidente sottolinea l'esiguità della quota associativa e, rammentando che questa rappresenta l'unica fonte delle entrate economiche del Collegio, invita alla regolarizzazione delle quote.

Audizione del Prof. Andrea Lenzi
Il Dott. Piero Amodio dà lettura del verbale da lui redatto la sera prima (21/10/07), relativo all'audizione del Presidente del CUN Prof. Andrea Lenzi.

Il Prof. Dammacco introduce l'incontro con il Prof. Lenzi, ponendogli i seguenti 4 quesiti:
1. qual è la situazione relativa all'avvio delle valutazioni comparative di I e II fascia, secondo quanto previsto dalla legge Moratti;
2. come avverrà la distribuzione fra gli Atenei dei fondi stanziati per i concorsi a Ricercatore;
3. come si organizzerà il "tronco comune" nelle Scuole di specializzazione dell'area medica;
4. con quali criteri saranno affidate le funzioni di Direttore per alcune Scuole di specializzazione di area medica, quali Emergenza e Urgenza, Medicina dello Sport, ecc.

Il Prof. Lenzi prende la parola e, dopo aver premesso che una risposta puntuale richiederebbe troppo tempo, fornisce i chiarimenti che seguono.
Il regolamento attuativo della Legge Moratti avrebbe dovuto essere pronto già il 31 maggio dell'anno in corso. Di fronte al ritardo nella sua emanazione, il CUN ha sollecitato il Ministro in modo formale e informale con mozioni e lettere. L'obiezione del Ministro e dei Funzionari del Ministero è che, nell'attuale connotazione, la legge sia inattuabile per la complessità e la simultaneità dei meccanismi concorsuali. Sono state prospettate due soluzioni: 1) piccole modifiche tecniche circa le procedure dei concorsi di I e II fascia; 2) un intervento più ampio da attuarsi mediante decreto. L'ipotesi sarebbe quella di far presentare i curricula in rete, di provvedere ad una scrematura a livello nazionale, facendo poi svolgere i concorsi in sede locale.
In ogni caso, il Ministro si è impegnato a risolvere il problema entro la fine dell'anno. E' stata ventilata l'ipotesi che la soluzione sia inserita come collegato alla Legge Finanziaria. Per quanto riguarda i Ricercatori, fa notare che l'obiezione del CUN mirante a valorizzare la selezione in sede locale ha avuto altri avalli istituzionali. I criteri di allocazione dei fondi stanziati per i concorsi a Ricercatore fra i vari Atenei terranno conto per il 20% dei risultati scaturiti dalla valutazione del CIVR e per l'80% degli investimenti per ricerca dei singoli Atenei. Con tali criteri, peraltro, lo scostamento dalle proporzioni con le quali viene assegnato il Fondo di Dotazione Ordinaria degli

Atenei è minimo. Il finanziamento avverrà sotto forma di cofinanziamento, per evitare forme di finanziamento primario improprio. E' opportuno che da sùbito gli Atenei comincino a darsi criteri di suddivisione in grado di ricalcare i criteri nazionali con correttivi locali (ad es. anzianità del corpo docente, ecc).
Per quanto riguarda i macrosettori, il Prof. Lenzi fa notare che qualsiasi modifica dei SSD ha ricadute molteplici e pesanti su molti testi legislativi e sulla stessa composizione del CUN, con effetti dirompenti a cascata, per cui modifiche in questo ambito dovranno essere limitate al minimo.
Per le Scuole di Specializzazione, dopo aver premesso che il Ministro conterebbe di bandire i concorsi a novembre, chiarisce che il coordinamento del "tronco comune", che è un'esigenza imposta dalle normative europee, spetterà rispettivamente ai docenti di Medicina Interna per le discipline mediche e ai docenti di Chirurgia generale per le discipline chirurgiche. Le modalità attuative sono in corso di valutazione e saranno oggetto di delibere di organi ad hoc.
Per quanto riguarda le Direzioni delle Scuole di Specializzazione, per il prossimo triennio è previsto che restino invariate. Certamente non è ammissibile cumulare la Direzione di più Scuole di Specializzazione. Il Prof. Lenzi insiste sull'importanza che le Scuole si diano obiettivi, standard, requisiti e criteri di valutazione adeguati. Anche in rapporto ad essi, andrà definito e organizzato il corpo docente. Con riferimento alla Medicina dello Sport, egli ritiene che vada inserita nell'ambito più ampio della Medicina del Benessere. Riferisce, infine, che è prossima l'attivazione della Medicina dell'Emergenza e Urgenza, poiché si è giunti ad un accordo con gli Anestesisti-Rianimatori. Il regolamento, che è stato approvato dal CUN, richiede solamente piccoli ritocchi.

Il Prof. Gasbarrini segnala che molti Presidi di Facoltà, contrariamente a quanto riferito da Lenzi circa un periodo di "latenza" di 3 anni, hanno già obbligato i Professori di Medicina Interna a lasciare la Direzione di altre Scuole. Inoltre, commentando le possibili aperture del Ministro sulle procedure comparative, afferma che CUN e mondo universitario devono richiedere non solo l'adozione di regole, ma anche la loro puntuale applicazione affinché la macchina dei concorsi possa ripartire.
Il Prof. Mannucci riferisce che, da notizie in suo possesso derivanti da contatti con il Ministro, le ipotesi ottimistiche riportate dal presidente del CUN non sarebbero confermate.
Il Prof. Federspil, facendo riferimento alla seconda ipotesi di Lenzi, si chiede chi dovrebbe operare la selezione dei candidati e secondo quali criteri di cut-off. Il Presidente auspica che i criteri minimi approvati dal nostro come da altri Collegi possano essere utilizzati come utile riferimento.
Il Prof. Rini ricorda che la carica istituzionale di Professore Universitario gli è stata assegnata dal Ministero dell'Università e che i diritti acquisiti sono inalienabili e non modificabili da un decreto legge del Ministero della Salute.
Il Prof. Pagani, in merito alla Medicina dello Sport, suggerisce che il CUN definisca i contenuti della Scuola, in maniera da agevolare la scelta dei Direttori nell'alveo clinico ed in particolare internistico.
Il Prof. Licata sottolinea l'importanza del legame COLMED/09-SIMI, anche nell'ottica di una posizione sindacale della Medicina Interna. In merito al tronco comune, egli segnala il ruolo centrale della Medicina Interna, suggerendo che gli specializzandi in Medicina Interna facciano una rotazione di un anno tra le 4-5 branche specialistiche più importanti, mentre tutti gli specializzandi delle Scuole di area medica dovrebbero svolgere almeno un anno di tirocinio in reparti di Medicina Interna. A suo avviso, i concorsi a Professori di I e II fascia dovrebbero essere aboliti sostituendoli con il metodo della cooptazione.
Il Prof. Corrocher riferisce di un incontro recente con il Sottosegretario Modica, che non ritiene verosimile uno sblocco a breve termine delle procedure concorsuali per la I e II fascia, ed ha anzi espresso perplessità anche sulla possibilità di copertura economica da parte delle Facoltà per la chiamata di parte dei posti di Ricercatore messi a concorso. Infine, lo stesso Modica avrebbe prospettato forti dubbi sulla concreta possibilità che in Italia, dove il bilancio delle Università è a carico dello Stato, si possa procedere secondo il metodo anglosassone della cooptazione, possibile invece lì dove gli Atenei gestiscono in toto il proprio bilancio.
Il Prof. Indiveri sottolinea come il dottorato di ricerca debba essere adeguatamente valutato quale titolo prioritario per chi voglia fare ricerca, al pari di quanto accade negli altri Stati europei. Rammenta inoltre che molti docenti di I fascia vincitori di concorso dopo il 1984 avrebbero dovuto avere un ruolo apicale fino ai 65 anni.
Successivamente, si era ottenuto che il periodo di fuori ruolo fosse trasformato in ordinario. Poiché il Ministro della Salute conosce tali aspetti normativi, il Prof. Indiveri suggerisce un programma operativo che affronti opportunamente tale problema.
Il Prof. Realdi ricorda che la Giunta del Collegio si sta adoperando sia per rendere più operativo il programma del tronco comune, sia per assicurare all'insegnamento pre-laurea della Metodologia e Semeiotica Medica e della Medicina Interna un ruolo strategico nella formazione, lavorando sui contenuti e sugli obiettivi.
Il Prof. Carulli richiama l'Assemblea ad una maggiore coerenza nei rapporti con le istituzioni e suggerisce un aggiornamento dei contenuti dell'insegnamento della Metodologia (organizzazione sanitaria e costi).
Il Prof. Mannucci propone una difesa sindacale e legale dell'età pensionabile. Egli segnala inoltre che negli Ospedali già si pratica il sistema della cooptazione, che non pochi Colleghi presenti oggi in Assemblea vorrebbero fosse trasferito all'Università.
Il Dott. Sasso segnala che non vi è futuro nell'Università senza ricerca, ed attualmente l'accademia non ha capacità attrattive verso i giovani. Occorre pertanto definire gli obbiettivi ed i valori a cui la ricerca universitaria deve ispirarsi, riconoscendo il ruolo chiave dei Ricercatori, a cui debbono però essere offerte concrete prospettive di crescita, per essere al passo con il resto dell'Europa. È inutile parlare di ritorno dei cervelli dall'estero se non si offrono concrete prospettive.

Prossimo Congresso del Collegio COLMED/09

Il Presidente riferisce che la data verrà definita opportunamente per evitare sovrapposizioni con il Congresso EFIM di Medicina Interna, che si terrà a Roma dal 7 al 10 maggio 2008. In prima ipotesi, tale data potrebbe essere giovedì 5 giugno 2008. La sala Pocchiari dell'Istituto Superiore di Sanità non sarà quest'anno utilizzabile per mancanza di fondi giacché, a differenza degli scorsi tre anni, per la sua utilizzazione è stato chiesto al nostro Collegio un contributo economico di Euro 1.600. Pertanto, verrà richiesto l'utilizzo (gratuito) di un'aula del Policlinico Umberto I o di altra sede. Il Presidente chiede a tutti i presenti di suggerire, anche successivamente a mezzo e-mail, possibili temi congressuali. Vengono proposti dal Presidente: 1) formazione prelaurea e 2) ricerca (Agenzie di valutazione, VII Programma quadro). Il Prof. Federspil suggerisce il ruolo del docente di Medicina Interna tra assistenza e ricerca. Il Prof. Indiveri suggerisce l'integrazione del ruolo universitario nell'ambito dei DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata).

L'Assemblea termina alle ore 12.10.

Giunta del 5/12/2007

La Giunta Esecutiva del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna si è riunita mercoledì 5 dicembre 2007, alle ore 11.30, presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna (Viale dell'Università, 25 - Roma).
Presiede il Professor Dammacco. Vengono incaricati di redigere il verbale i Dottori Sasso e Amodio. Assenti giustificati i Professori Bernabei e Rini. Assente il Prof. Mezzetti.
I lavori si articolano nel rispetto dell'Ordine del Giorno con la sola modifica, approvata, nella successione dei punti.

Codice Etico del Collegio. - Essendo già presente il Prof. Ponz de Leon, si anticipa la sua audizione (punto 8 all'ordine del giorno) all'inizio della riunione. Egli sottolinea le motivazioni alla necessità di stesura di ogni codice etico, cioè l'identificazione di principi condivisi, che la comunità scientifica si impegna a mettere in pratica e a divulgare. In tal modo, un codice etico in campo medico diventa un deterrente contro la malasanità, giova a recuperare credibilità a livello nazionale ed internazionale, e potrebbe aiutare a contenere la "fuga di cervelli".
In Italia, l'unico codice etico approvato da un'Università è, dal 2006, quello di Bologna (codice etico dell'Alma Mater). I suoi punti caratterizzanti sono: rifiuto di ogni discriminazione, *mobbing* sessuale o di altro tipo; conflitti di interesse; abuso di potere; nepotismo; plagio alla proprietà intellettuale altrui; uso appropriato del nome dell'Università; comitato etico (che può proporre atti disciplinari).
Attualmente, sono in discussione codici etici o di comportamento presso le Università di Bari e di Siena. Il codice di Bari prevede azioni disciplinari (utili soprattutto a scopo preventivo), quali il blocco all'accesso a fondi o l'impossibilità a coprire direzioni; azioni che la Giustizia ordinaria ha difficoltà ad attuare.
Il Prof. Ponz de Leon riferisce anche del codice etico in preparazione a Modena, i cui punti fondamentali sono: doveri verso gli studenti, valorizzazione della ricerca, trasparenza nei processi decisionali (punto centrale del Codice), attenzione alle categorie svantaggiate, condanna dei favoritismi, internazionalizzazione del corpo docente.
Le difficoltà incontrate in generale dai codici etici sono: 1) la loro mancata condivisione da parte di Dipartimenti e Facoltà, per indifferenza più che per ostracismo diretto; 2) la loro non facile applicabilità; 3) la difficoltà di renderli uno strumento preventivo.
Il Presidente, dopo aver ringraziato Ponz de Leon per il prezioso lavoro svolto ed il contributo offerto alla Giunta e prima di aprire la discussione, reputa opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che qualunque azione mirata a danneggiare la meritocrazia e la trasparenza dei processi decisionali debba essere drasticamente condannata, ma ciò è cosa ben diversa dalla legittima aspettativa di ogni Maestro di far crescere i propri allievi più meritevoli.
Il Prof. Corrocher riflette sulla necessità di una condivisione forte sui temi etici per evitare che le enunciazioni del codice siano meri esercizi intellettuali. Occorre in tal senso richiamarsi a norme già esistenti a livello istituzionale ed alla Costituzione della nostra Repubblica. Inoltre, il codice etico dovrebbe segnalare l'importanza di motivare e potenziare la ricerca che, senza adeguata capacità organizzativa ed attrattiva, non può avere alcun futuro.
Il Dott. Sasso lamenta un'eccessiva esterofilia anche nei riferimenti dei codici etici, sottolineando che i modelli positivi sono transnazionali, e come vada colta l'occasione per segnalare l'opportunità di un reale ricambio generazionale. Infine, raccoglie la sollecitazione del Prof. Corrocher di affidarsi nella stesura dei codici etici a norme già vigenti a livello istituzionale e costituzionale.
Il Prof. Realdi stigmatizza la mancanza nella nostra società di punti di riferimento culturale ed etico; osservando che ricerca e didattica dovrebbero essere invece insostenibili in mancanza del rispetto di correttezza ed etica.

Ipotesi di adesione alla Federazione Italiana Medici Universitari (FIMU). - A seguito di contatti intercorsi tra il Presidente ed i Proff. Lezoche e Basso, questi ultimi hanno richiesto individualmente un'audizione urgente alla Giunta per riferire sulle iniziative che il Collegio dei Chirurghi e l'Intercollegio intendono prendere per dar corpo alla protesta della docenza universitaria nei confronti del Ministero della Salute attraverso una sindacalizzazione della docenza.
Il Prof. Lezoche riferisce che, grazie a pressioni di vari ambienti accademici, l'articolo della Finanziaria relativo alla Sanità è stato emendato per quanto riguarda i seguenti punti che hanno ovvia importanza per i Clinici Universitari:
a) eliminazione del nuovo limite di età proposto per la funzione apicale assistenziale;
b) scelta del dirigente medico di II livello da parte del Direttore Generale dell'Azienda.
Viene ribadita da Lezoche la necessità di dar vita ad un'associazione sindacale (Federazione Italiana dei Collegi Universitari Clinici), che raccolga tutta la docenza universitaria, senza stravolgere l'attuale organizzazione ed autonomia dei Collegi, in maniera da esercitare adeguato peso politico come interlocutori delle istituzioni governative. Lo strumento proposto è un reclutamento diretto attraverso i Collegi per mezzo di una lettera di richiesta di affiliazione alla nuova entità sindacale, facendo valere il criterio del silenzio-assenso.
Prende quindi la parola il Prof. Basso, che segnala come sia già esistente la Federazione Italiana Medici Universitari (FIMU), alla quale aderiscono circa 250 iscritti. Segnala che i Collegi dei Professori Associati e dei Ricercatori di Chirurgia hanno già deciso di aderire a tale sigla sindacale, e che egli stesso ha preso contatto anche con altri Collegi favorevoli a tale sindacalizzazione. Segnala l'opportunità di una formalizzazione diretta da parte dei singoli aderenti alla Federazione attraverso il prelievo della quota associativa dallo stipendio. Infine, rimarca che soprattutto Associati e Ricercatori dovrebbero essere interessati ad evitare che, grazie alla legge Moratti, avvenga una numerosa immissione di personale extrauniversitario nel ruolo di Professori Straordinari.
Il Prof. Lezoche, pur riconoscendo l'utilità della FIMU, segnala che il modesto numero dei suoi affiliati non la rende un interlocutore forte ed auspica la nascita di una nuova entità sindacale, con una partecipazione dei docenti universitari decisamente più numerosa. Inoltre, segnalando che la quota di iscrizione prelevata dallo stipendio non si rende necessaria, ma conta ai fini formali solo l'iscrizione sul libro degli iscritti del sindacato, suggerisce che la quota associativa potrebbe essere direttamente sottratta dalla quota di affiliazione al Collegio. Infine, sottolinea l'urgenza dell'istituzione di tale sindacato, visto il calendario parlamentare.

Comunicazioni del Presidente. - Il Presidente dà lettura della lettera del Prof. Bernabei, che giustifica la sua assenza e chiede alla Giunta di posticipare ad un successivo incontro i punti 3 (assenze dei consiglieri) e 7 (rapporti con

la Geriatria) all'Ordine del Giorno. La Giunta decide di posticipare al prossimo incontro il punto 3 e di affrontare il punto 7.
Il Presidente segnala che solo il 62,5% dei Soci è in regola con la quota associativa. Il Prof. Corrocher suggerisce di inviare ai morosi una lettera personale.

Approvazione del verbale dell'Assemblea del Collegio (Roma, 22 ottobre 2007). - La Giunta approva all'unanimità il verbale.

Assenteismo dei membri della Giunta. - Nonostante si sia deciso di affrontare tale punto in una successiva riunione, viene ricordato da parte dei presenti che l'articolo 16 dello Statuto del Collegio regolamenta le assenze dei membri della Giunta. In particolare, tale articolo stabilisce che tre assenze consecutive non giustificate comportano la decadenza automatica dalla Giunta. Per richiesta unanime dei Consiglieri presenti, il Presidente assicura che d'ora in avanti si darà rigorosa applicazione a tale norma e che si metterà in contatto con il Prof. Mezzetti per chiarirne la posizione.

Disegno di legge sul governo del sistema sanitario. - Decaduta l'ipotesi di una apicalità fino a 65 anni, rimane nebulosa nell'articolo 15 della legge la posizione degli specializzandi che frequentano l'ultimo biennio, in cui sembra che debbano essere la Regione ed il Consiglio della Scuola a definire la rete formativa. Finora era solo la Scuola a definire l'iter formativo e le convenzioni con le U.O. esterne alla Facoltà Medica.
Il Prof. Corrocher ricorda come sia la legge a sancire che l'unico referente dell'iter formativo dello specializzando è il Consiglio della Scuola di Specializzazione. La formazione della rete formativa può essere organizzata in accordo con l'Osservatorio regionale, ma va approvata dal Consiglio della Scuola per sedi, programma e tutori.

Proposta di realizzazione del sito di COLMED/09. - Il Presidente prende in esame questo punto dell'OdG. Egli informa che i costi di attivazione del sito sono irrisori, attorno agli Euro 30 per anno. Inoltre, sarà gratuita la realizzazione grafica e la gestione del sito, che verrà affidata ad un tecnico dell'Università di Bari.
Dai membri della Giunta emerge la proposta di rendere scaricabile e/o leggibile *on line* il Bollettino Med/09, sia pure con opportuna parola chiave di accesso. Il Prof. Patrone fa notare come sia opportuno redigere un regolamento, che definisca che cosa può essere inserito nel sito.
Il Prof. Corrocher propone l'istituzione di una commissione di 2-3 persone, che studino i problemi relativi alla realizzazione del sito e facciano proposte circa la sua realizzazione.
Il Prof. Realdi si propone come membro della commissione per il sito internet. Il Presidente propone che, oltre al Prof. Realdi, anche il Prof. Patrone faccia parte della commissione.
Il Prof. Rapaccini comunica che fra qualche giorno informerà il Presidente circa la possibilità che la sua segretaria collabori all' aggiornamento ed all'implementazione del sito.

Rapporti Medicina Interna /Gerontologia e Geriatria. - Il Presidente ritiene che questo punto possa essere considerato in un'altra adunanza della Giunta, in ragione dell'assenza del Prof. Bernabei. Viene tuttavia resa nota una lettera aperta dello stesso Prof. Bernabei, che critica alcuni concetti espressi dal Prof. Realdi in un articolo sul Bollettino del ColMed/09. Tale lettera è stata anche inviata al Bollettino per la sua pubblicazione. Il Presidente invita quindi il Prof. Realdi a chiarire se desidera dare una risposta o meno.
Il Prof. Realdi esprime il proprio rammarico per l'assenza del Prof. Bernabei: avrebbe preferito un chiarimento a voce in sede di Giunta.
Il Prof. Pini illustra le motivazioni che giustificano alcune peculiarità della Geriatria, indipendenti dall'età delle persone assistite. Si tratterebbe essenzialmente della valutazione multidimensionale del paziente, della sensibilità agli elementi funzionali, di integrazione sociale e di possibilità di autonomia.
Dopo ampia ed articolata discussione, si invita il Prof. Realdi a fornire una risposta nel prossimo fascicolo del Bollettino, lo stesso in cui apparirà la lettera del Prof. Bernabei.

Guida AIFA 2007 all'uso dei farmaci e mancato coinvolgimento degli Internisti. - Il Presidente comunica di essere stato informato dal Prof. Realdi del mancato inserimento degli Internisti (unitamente a Geriatri, Medici di Unità di Medicina d'Urgenza e Medici di Medicina Generale) nel Comitato Scientifico della Guida AIFA 2007 all'uso dei farmaci.
Interviene il Prof. Corrocher, il quale sottolinea come vi sia una tendenza a togliere all'Internista la possibilità di usare farmaci nuovi, ancorché per patologie di sua pertinenza. Ritiene incongruo il mancato coinvolgimento di Internisti e Generalisti nella Guida AIFA.
Il Prof. Dammacco assicura che scriverà una lettera ufficiale al riguardo.

Stato giuridico dei Professori Universitari: proposta di consulenza dell'Avv. Mario Racco. - Il Presidente legge una lettera del Prof. Rini, che propone di affidare all'Avv. Mario Racco una consulenza sullo Stato giuridico dei Professori Universitari.
Il Prof. Dammacco condivide l'iniziativa ma esprime qualche riserva sui costi che potrebbe avere una tale consulenza. Il Prof. Rapaccini propone che vengano individuati pochi quesiti da sottoporre all'Avv. Racco, che potrebbe essere invitato a rispondere in occasione del Congresso del Collegio. Tale possibilità offerta all'Avv. Racco, che rappresenta una promozione della sua attività professionale, dovrebbe essere tale da evitare ulteriori compensi.

Gruppo di studio sulle modalità attuative del tronco comune. - Il Prof. Dammacco fa notare come le implicazioni attuative del documento redatto dalla Commissione Danieli sul tronco comune siano rimaste inapplicate. Ritiene che sarebbe opportuno un documento del Collegio sull'organizzazione didattica, che fornisca un modello paradigmatico al quale riferirsi per l'organizzazione dello stesso tronco comune. Di tale Commissione propone facciano parte i Professori Realdi, Delsignore, Lechi, Carulli e Danieli. La proposta viene approvata all'unanimità.

Per la necessità espressa da vari membri di raggiungere i mezzi di trasporto per rientrare in sede, Il Presidente acconsente ad interrompere la seduta alle ore 16.20, rimandando i rimanenti punti dell'OdG alla prossima seduta della Giunta.

Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna

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

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

COLLEGIO DEI PROBIVIRI
PO: Alessandro Rappelli (Ancona)
PO: Umberto Senin (Perugia)
PO: Pietro Serra (Roma)

COLLEGIO DEI SINDACI
PA: Guglielmo Bruno (Roma)
PO: Riccardo Polosa (Catania)
PA: Pietro Modesti (Firenze)

REFERENTI DI SEDE

*Ancona**
PO: Paolo Dessì Fulgheri
PA: Riccardo Sarzani
Ric: Andrea Costantini
Bari
PO: Giuseppe Palasciano
PA: Cosimo Tortorella
Ric: Francesco Resta
*Bologna**
PO: Marco Zoli
PA: Claudia Sama
Ric: Roberto De Giorgio
*Brescia**
PO: Giuseppe Romanelli
PA: Deodato Assanelli
Ric: Massimo Salvetti
Cagliari
PO: Angelo Balestrieri
PA: Quirico Mela
Ric: Luchino Chessa
Catania
PO: Pietro Castellino
PA: Riccardo Noto
Ric: Sergio Neri
*Catanzaro**
PO: Francesco Perticone
PA: Agostino Gnasso
Ric: Franco Arturi
*Chieti**
PO: Giovanni Davì
PA: Francesco Cipollone
Ric: Gabriele Obletter
*Ferrara**
PO: Renato Fellin
PA: Francesco Portaluppi
Ric: Angelina Passaro
Firenze
PO: Giacomo Laffi
PA: Pietro Amedeo Modesti
Ric: Paola Parronchi
Foggia
PO: Emanuele Altomare
PA: Raffaele De Cesaris
Ric: Maria Filomena Caiaffa
*Genova**
PO: Francesco Puppo
PA: Aldo Pende
Ric: Francesco Torre
Insubria
PO: Achille Venco
PA: Luigia Guasti
Ric: Walter Ageno
L'Aquila
PO: Claudio Ferri
PA: Lia Ginaldi
Ric: Giovambattista Desideri
*Messina**
PO: Oscar Ferraù
PA: Francesco Corica
Ric: Enrico Di Ceare
*Milano**
PO: Silvia Rosanna Fargion
PA: Massimo Zuin
Ric: Maurizio Turiel
Milano Bicocca
PO: Giuseppe Mancia
PA: Gianfranco Parati
Ric: Simonetta Genovesi
Milano Cattolica
PO:Paolo Pola
PA: Paolo Caradonna
Ric: Angelo Santoliquido
Milano San Raffaele
PO: Federico Caligaris Cappio
PA: Antonio Secchi
Modena
PO: Antonello Pietrangelo
PA: Marco Bertolotti
Ric: Paolo Ventura
*Napoli - II Università**
PO: Giuseppe Ruggiero
PA: Maria Teresa Salvatore
Ric: Ciro Pasquale Romano
Napoli - Federico II
PO: Franco Rengo
PA: Liberato Aldo Ferrara
Ric: Salvatore Panico
*Padova**
PO: Paolo Prandoni
PA: Roberto Vettor
Ric: Piero Amodio
Palermo
PO: Giovanni Cerasola
PA: Gino Avellone
Ric: Gabriele Di Lorenzo
Parma
PO: Roberto Delsignore
PA: Alberto Montanari
Ric: Aderville Cabassi
Pavia
PO: Carlo Balduini
PA: Paolo Gobbi
Ric: Amedeo Mugellini
Perugia
PO: Elmo Mannarino
PA: Ildo Nicoletti
Ric: Alfonso Iorio
Piemonte Orientale
PO: Ettore Bartoli
PA: Giancarlo Avanzi
Pisa
PO: Antonio Salvetti
PA: Fabio Monzani
Ric.: Marco Rossi
Roma - Sapienza
PO: Pietro Serra
PA: Vittorio Santiemma
Ric: Roberta Di Rosa
*Roma - Sapienza II Facoltà**
PO: Giuseppe Aliberti
PA: Paolo Martelletti
Ric: Roberta Di Rosa
Roma - Tor Vergata
PO: Luigi Fontana
PA: Massimo Federici
Ric: Domenico De Nardo
Sassari
PO: Giuseppe Delitala
PA: Antonio Masala
Ric: Paolo Tomasi
*Siena**
PO: Franco Laghi Pasini
PA: Giuseppe Martini
Ric: Giovanni Andrea Righi
Torino
PO: Giuseppe Saglio
PA: Giovanni Rolla
Ric: Maria Felice Brizzi
Trieste
PO: Gianfranco Guarnieri
PA: Renzo Carretta
Ric: Lorenzo Pascazio
Udine
PO: Leonardo Sechi
PA: Sergio De Marchi
Ric: Alessandro Cavarape
Verona
PO: Vincenzo Lo Cascio
PA: Giovanni Battista Gabrielli
Ric: 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