

Il giorno 14 gennaio 2010, alle ore 11.30, si è riunita a Roma, presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna, Viale dell'Università 25, la Giunta del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna.

Sono presenti: Dott. P. Amodio, Prof. R. Bernabei, Prof. N. Carulli, Prof. R. Corrocher, Prof. F. Dammacco (Presidente), Prof. G.L. Rapaccini (Segretario), Prof. G. Realdi, Dott. F.C. Sasso, Prof. F. Trevisani.

E' assente giustificato il Prof. F. Patrone.

Sono assenti: Prof. R. Pini, Prof. G.B. Rini

Viene discusso il seguente

### **Ordine del Giorno**

1. Lavori della Commissione mista COLMED/09-SIMI sulla formazione: riferisce il Prof. Realdi
2. Lavori della Commissione mista COLMED/09-SIMI sull'assistenza: riferisce il Prof. Corrocher
3. Modifica dei settori scientifico-disciplinari
4. Varie ed eventuali

### **1. Lavori della Commissione mista COLMED/09-SIMI sulla formazione: riferisce il Prof. Realdi**

Il Coordinatore della Commissione, Prof. Realdi, sintetizza la storia del documento. Egli ricorda che nel corso dell'ultimo congresso della SIMI si sarebbe dovuto presentare alle rispettive Assemblee della SIMI e del COLMED/09 una bozza del documento, da condividere ed eventualmente approvare. Tuttavia, per volontà del Presidente della SIMI tale iniziale progetto venne annullato. Il Prof. Realdi riferisce che il documento è articolato in diversi capitoli. Si tratta del primo documento che definisce gli obiettivi della Medicina Interna e delle discipline affini nell'iter formativo del medico. In passato, con altri documenti e declaratorie, era stata definita la "filosofia" della Medicina Interna, ma non i suoi obiettivi didattici per tradurre tale visione, dando priorità all'acquisizione di conoscenze ma anche di esperienze. Nel *core curriculum* della Medicina Interna sono stati identificati degli obiettivi che si raggiungono con corsi integrati: 1) Metodologia e Semeiotica Medica; 2) Medicina Interna per problemi; 3) Medicina Interna della Complessità e Clinica Geriatrica; 4) Medicina delle Comunità; 5) Medicina dell'Emergenza-Urgenza.

Il Prof. Realdi si è quindi soffermato su alcune problematiche del documento:

- I *core curricula* sono spesso pleotorici e non sostenibili
  - Evitare l'autoreferenzialità delle proposte
  - Difficoltà di definire le carenze del Corso di Laurea, quindi necessità di utilizzare questionari di valutazione
  - Gestione delle cure primarie
  - Risposta degli Internisti alla proposta del documento
  - Risposta degli Specialisti di area medica, molto sensibili alla propria autonomia in campo didattico
  - Coinvolgimento dei Chirurghi
  - Reazione dei preclini (nel documento si propone un primo biennio preclinico, un successivo triennio clinico ed il sesto anno costituito solo da tirocini professionalizzanti)
  - Calendario di approvazione da parte prima della Giunta del Collegio e del Consiglio direttivo della SIMI e successiva presentazione a CUN, Facoltà Mediche ed Organi Politici.
- Il Prof. Realdi rammenta che, in occasione di un incontro della Commissione ad ottobre scorso a Roma, con i Presidenti di SIMI e COLMED/09, in occasione del Congresso nazionale della SIMI, entrambi i Presidenti avevano proposto l'attivazione di un forum per il

mese di maggio-giugno 2010 per portare tutti i Colleghi della Medicina Interna a conoscenza del documento e alla sua approvazione.

Terminata la relazione, si apre la discussione.

Il Presidente segnala la valenza etica della denuncia delle carenze dell'attuale cammino formativo del Corso di Laurea, di cui bisogna aggiornare i contenuti alle attuali esigenze didattiche e professionalizzanti.

Il Prof. Carulli conferma la valenza etica della missione formativa della Facoltà di Medicina, di cui la Medicina Interna ha sentito il forte richiamo.

Il Prof. Rapaccini sottolinea la necessità di un recupero forte della Semeiotica Medica. Inoltre, sottolinea come le branche specialistiche, che hanno acquisito grande spazio didattico, non possano esimersi da una formazione generalistica.

Il Prof. Realdi suggerisce l'opportunità di non creare attriti con i referenti universitari ma di confrontarsi, nella presentazione del documento, direttamente con interlocutori politici.

Il Prof. Corrocher segnala l'utilità di investire tutti con la problematica dell'emergenza formativa attraverso un documento sintetico di poche pagine, che possa preparare alla proposta più articolata e completa della Commissione.

Il Prof. Bernabei segnala l'importanza di identificare un ruolo per la Medicina Interna lì dove il SSN è deficitario, cioè nell'assistenza al paziente complesso, generalmente geriatrico.

Il Prof. Trevisani aggiunge che il problema assistenziale, e quindi formativo, futuro non è solo la geriatria della Società ma anche la modifica, con lo stile di vita, delle prossime generazioni che vedranno anticipare le patologie degenerative e complesse. Segnala inoltre che la recente ostilità verso la medicina ospedaliera non è dovuta spesso a malasanità, ma a mancanza del corretto rapporto medico-paziente e di una visione "umana" dell'assistenza, il cui vero erogatore dovrebbe essere l'Internista. Di qui l'esigenza di una formazione bio-psico- sociale che predisponga a tale tipo di assistenza. Infine, suggerisce un coinvolgimento dei Presidenti degli Ordini dei Medici nella diffusione di un documento sull'emergenza formativa.

Il Dott. Amodio segnala l'utilità di preparare per il Ministero un progetto sintetico e di facile traduzione legislativa, supportato poi da un documento esteso esplicativo.

I Proff. Realdi e Carulli segnalano che il Medico di medicina generale spesso è bypassato dall'assistenza erogata direttamente dall'ospedale.

Il Dott. Sasso segnala la necessità di una migliore formazione metodologica e semeiologica. Concorda con la necessità di definire due tipologie di interlocutori per il documento: accademici e politici. Sui primi si potrà far leva sull'aspetto etico di una scarsa formazione che le schede del documento potranno obiettivare. In epoca di competizione tra Atenei e Facoltà tale aspetto potrebbe convincere i Presidi e Presidenti di Corso di laurea a vincere resistenze di aree pre-cliniche e specialistiche verso il modello proposto dal documento. Nel confronto con i politici in un documento di sintesi si potrebbe indicare quanto l'attuale iatus culturale si traduca in una difficoltà assistenziale, analizzando i vantaggi economici e non solo culturali dell'applicazione della proposta della Medicina Interna.

Il Presidente suggerisce di ridurre lo spazio delle Scienze Umane in tutti gli anni.

Il Prof. Corrocher suggerisce di reinserire la dizione Semeiotica Medica e di indicare il Corso integrato Metodologia e Semeiotica Medica.

Il Prof. Realdi ritiene che vada indicato un preciso cronoprogramma. Propone di riunire la Commissione il 6 febbraio per poi approvare il Documento in seduta congiunta di Giunta del Collegio e Consiglio Direttivo della SIMI.

## **2. Lavori della Commissione mista COLMED/09-SIMI sull'assistenza: riferisce il Prof. Corrocher**

Il Coordinatore della commissione, Prof. Corrocher, sintetizza gli aspetti fondamentali del documento e le principali criticità.

Sulla base dei dati della Regione Veneto e di quelli ministeriali, indica le principali problematiche assistenziali in due aspetti: affollamento e tipologia dei pazienti (malato complesso).

Il 20% dei ricoveri è determinato da malati complessi che sommano varie patologie realizzando nuove entità cliniche. Tali nuove entità aggregate non sono prese in considerazione dagli Assessorati Regionali alla Sanità, per cui non vi è quantizzazione delle corrispondenti entità complesse. Tale complessità andrebbe quantizzata per attribuirgli anche un valore economico di gestione (mancanza di autosufficienza, gestione infermieristica, difficoltà di applicazione delle linee guida, etc.). Le linee guida si fondano sui risultati di trial clinici che cercano di essere "esplicatori" di un'ipotesi, ma per fare ciò eliminano tutti i fattori interferenti e confondenti, che invece appartengono alla "real life", in particolare del paziente complesso.

Le proposte assistenziali del documento possono essere così sintetizzate:

1- Sviluppare, oltre a grossi centri ospedalieri della rete dell'emergenza-urgenza, anche strutture adeguate a tale tipo di assistenza a livello territoriale

2- Continuità delle cure

3- Evitare i ricoveri ripetuti (frutto di mancanza della continuità assistenziale e di mancanza di una rete di sorveglianza).

Terminata la presentazione, si apre la discussione.

Il Prof. Trevisani segnala le condizioni di imprevedibilità in cui un modello (quello internistico) deve adattarsi al paziente, contrariamente al modello specialistico in cui ad un paziente (pre)selezionato si applicano modelli previsionali (prognosi) e protocolli terapeutici predeterminati. Da qui l'insostituibilità della flessibilità propria della Medicina Interna. Inoltre, si segnala che la vera eccellenza assistenziale non è nell'alta tecnologia di una struttura, ma nella sua capacità di soddisfare un'elevata percentuale dei problemi clinici della popolazione di riferimento.

Il Prof. Realdi segnala l'utilità di stressare la differenza tra la mancanza di efficienza organizzativa, politica, amministrativa, e quella medica. Indica l'alto rischio del malato complesso di diventare critico ed acuto. Infine, segnala l'opportunità di una riorganizzazione dell'attività assistenziale dei docenti universitari, che potrebbe anche prevedere periodi intensivi di assistenza alternati a periodi dedicati esclusivamente a didattica e ricerca.

Il Prof. Bernabei suggerisce come modello assistenziale un progetto della Società Italiana di Geriatria. In esso si descrive come il malato fragile, quando non può più essere adeguatamente assistito dal medico di medicina generale, si rivolga ad un punto unico di accesso (il PUA, un vero e proprio PS della fragilità previsto dalla maggioranza delle Regioni) che decide la sua allocazione. A seconda delle necessità, verrà indirizzato ad un vero PS o ad una UO di Medicina Interna e/o Geriatria. Successivamente il PUA organizza la dimissione come dimissione protetta o con altre forme di assistenza.

Il Dott. Sasso auspica di integrare i due documenti, sulla formazione e l'assistenza, al fine di coordinare e rendere più realizzabili le proposte, nel rispetto dei ruoli istituzionali dei docenti universitari. Pertanto, auspica una maggiore attenzione verso i protocolli d'intesa tra Regioni ed Università.

Il Presidente segnala i rischi di un eccessivo coinvolgimento degli ospedalieri nell'attività didattica.

Rapaccini suggerisce di dare spazio alle cure palliative, suggerendo di inserire nel documento la necessità di una rete per tali cure, oltre ad incrementare i posti per degenza.

### **3. Modifica dei settori scientifico-disciplinari**

Il Presidente riferisce del carteggio tra lui e alcuni membri della Medicina dello Sport. Inoltre chiarisce la dichiarazione del Presidente del CUN, spiegando anche la posizione del CUN nei confronti della Medicina dello Sport e più in generale verso altre aree mediche che chiedono una ricollocazione nell'ambito dei SSD.

Il Prof. Trevisani, in appendice al commento del Presidente, chiarisce che la candidatura del Prof. Zeppilli come relatore al III Congresso Nazionale del Collegio MED/09 (Roma, 11 maggio 2007) fu avanzata da lui stesso e non dal Presidente, e che tale proposta nasceva da una maggiore garanzia, a suo avviso, di rappresentanza della Medicina dello Sport garantita da Zeppilli.

### **4. Varie ed eventuali**

Non avendo null'altro da discutere, la riunione si viene chiusa alle 15.30.

Il Presidente  
Prof. Franco Dammacco

Il Segretario  
Prof. Gian Ludovico Rapaccini