

# 1/08

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

# MED 09

## Trimestrale di informazione

Poste Italiane SpA Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003  
(Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, Comma 1, DCB Ancona  
Supplemento n. 1 del Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna - n. 1/2008  
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/88 del 12.3.1998

## s o m m a r i o

### 1 LETTERA DEL PRESIDENTE

*Franco Dammacco*

### 5 EDITORIALE

**Trials, linee guida, polipatologia  
e complessità clinica**

*Roberto Corrocher*

### 8 SEZIONE DIDATTICA

**Progetto Tronco Comune**

Gruppo ColMed/09 per la  
Formazione in Medicina Interna  
*Nicola Carulli, Giovanni Danieli,  
Roberto Delsignore, Alessandro  
Lechi, Giuseppe Realdi*

### 12 SEZIONE RICERCA

**Revisione della letteratura inter-  
nazionale dedicata alla Medicina  
Interna**

*Roberto Manfredini*

### 14 VITA DEL COLLEGIO

**Verbali degli Organi del Collegio**

*Giunta esecutiva del 16/1/2008*

*Giunta esecutiva del 4/3/2008*

## Lettera del Presidente

Cari Amici e Colleghi,

scrivo questa *Lettera del Presidente* quando mancano ormai pochi giorni alla data fissata per le votazioni politiche, dal cui esito ci auguriamo tutti, prescindendo dallo schieramento vincente, che nasca un governo forte ed autorevole in grado di infondere linfa vitale a tutte le attività produttive del nostro Paese. Per quanto ci riguarda più da vicino, ci aspettiamo che, nell'ambito del nuovo governo, il MUR ed il rispettivo Ministro possano esprimere una linea d'azione incisiva, rimettendo finalmente in moto la soluzione delle tante problematiche che angustiano la vita universitaria: dalla riforma degli ordinamenti didattici (con particolare riguardo ai corsi di laurea delle professioni sanitarie) al reclutamento della docenza attraverso procedimenti concorsuali di valutazione comparativa, qualunque sia la modalità attuativa con la quale tali concorsi potranno essere espletati; dagli investimenti per la ricerca, che siano almeno comparabili a quelli degli altri Paesi europei più avanzati, all'avvio effettivo dell'azione di verifica delle attività svolte dalle singole sedi universitarie da parte dell'ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione Università e Ricerca), un intento rimasto finora largamente inattuato dopo aver inspiegabilmente "sacrificato" la positiva esperienza del CIVR (Comitato di Indirizzo per la Valutazione della Ricerca). Siamo tutti consapevoli delle difficoltà connesse alla realizzazione degli importanti obiettivi sopra menzionati, ma... *spes ultima dea*. Entriamo comunque nel merito di alcuni argomenti di più immediata attualità.

1) *Quarto Congresso Nazionale ColMed/09*. Nonostante il nostro Collegio sia stato "rifondato" con l'approvazione di un nuovo Statuto (autenticato dal Notaio Giovanni Berionne in data 29 marzo 2004), che ha esteso la libertà di associarsi sia ai Professori Ordinari ed Associati che ai Ricercatori, siamo già giunti a celebrare quest'anno il 4° Congresso Nazionale. Esso si terrà infatti venerdì 6 giugno 2008 a Roma, nell'aula della Clinica Medica III del Policlinico Umberto I. Per consentire a tutti i partecipanti di giungere a Roma al mattino e di rien-

trare nella propria sede la sera dello stesso giorno, i lavori congressuali sono stati volutamente programmati nella fascia oraria che va dalle ore 10 alle ore 13,30. Dopo una breve sospensione per una rapida colazione, i lavori proseguiranno con la prima delle due assemblee che il Collegio tiene ogni anno, rispettivamente in coincidenza con il Congresso ColMed/09 e con il Congresso Nazionale della SIMI.

Il 4° Congresso Nazionale sarà suddiviso in tre sessioni, dedicate a temi di particolare attualità ed interesse per la nostra disciplina. La tematica della prima sessione riguarderà i dipartimenti ad attività integrata. Come è noto, la gran parte dei Policlinici del nostro Paese sono misti, cioè ospedaliero-universitari e, in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 3 (*Organizzazione interna delle aziende*) del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, la loro gestione assistenziale ed organizzativa deve essere affidata ai dipartimenti ad attività integrata, che sono già una realtà operante in alcuni Policlinici ma sono ancora ben lungi dall'essere attuati in diverse altre sedi. L'argomento sarà dibattuto sia attraverso l'intervento del Prof. Alessandro Rappelli, che ad Ancona vive da tempo l'esperienza del dipartimento ad attività integrata, sia con la relazione del Prof. Almerico Novarini, chiamato a delineare le caratteristiche generali di questo genere di dipartimenti e le loro prospettive future.

La seconda sessione sarà invece incentrata sui rapporti

didattici, scientifici ed assistenziali tra Medicina Interna e Geriatria. I Professori Roberto Bernabei e Giuseppe Realdi discuteranno in chiave di dialettica costruttiva le motivazioni che rendono il rapporto tra le due discipline un binomio inscindibile.

La terza ed ultima sessione riguarderà un intervento a tutto campo del Prof. Andrea Lenzi che, nella sua veste di Presidente del rinnovato Consiglio Universitario Nazionale (CUN), riferirà sulle attività svolte dallo stesso CUN nell'anno trascorso dal suo insediamento, con riferimento alle problematiche che riguardano il mondo universitario in generale e la Medicina Interna in particolare, tra le quali la rimodulazione dei settori scientifico-disciplinari, le scuole di specializzazione, le valutazioni comparative, e così via.

L'Assemblea generale è invece convocata per il primo pomeriggio dello stesso 6 giugno e sarà sostanzialmente monotematica. E' noto come il riconoscimento del cosiddetto tronco comune sia uno dei punti qualificanti del Decreto Ministeriale sul riordino degli ordinamenti didattici delle Scuole di specializzazione dell'area sanitaria (Decreto MIUR n. 258 del 1° aprile 2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 novembre 2005). Tuttavia, le oggettive difficoltà alla sua implementazione, derivanti da situazioni largamente variabili da sede a sede nonché da intuibili ancorchè ingiustificate resistenze da parte degli specialisti d'organo o settore, hanno di fatto relegato il tronco

comune in una fase di stallo.

Nell'ambito della Giunta Esecutiva del nostro Collegio, ho sempre trovato ampio consenso alla mia convinzione che la Medicina Interna dovesse rendersi parte attiva nell'elaborare un documento articolato e propositivo, la cui stesura è stata affidata ai Colleghi Nicola Carulli, Roberto Delsignore, Alessandro Lechi e Giuseppe Realdi, coordinati da Giovanni Danieli. Questo gruppo di studio, al quale si deve la stesura dell'eccellente Dossier: *"Guida al Nuovo Ordinamento"* per la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna (pubblicato sul *Bollettino* n. 2/06), ha svolto un encomiabile lavoro producendo il documento pubblicato a pagina 8 del presente *Bollettino*, il cui contenuto sarà illustrato nella prima parte dell'Assemblea del 6 giugno. Proprio perché viene data a tutti Voi la possibilità di leggerlo in anteprima, spero vivamente che la discussione assembleare possa contribuire a migliorarne ulteriormente i contenuti, ove ciò fosse ritenuto opportuno.

Per affrontare questa ed altre problematiche, il MUR ha creato da circa un anno il Collegio dei Referenti Nazionali per le Scuole di specializzazione di area medica, affidandone la presidenza al Reumatologo Prof. Guido Valesini, che ho invitato ad esporre la posizione del Collegio dei Referenti sul tronco comune in Medicina Interna. L'Assemblea si concluderà con la messa in votazione del documento elaborato dal nostro gruppo di studio, emen-

# 3

dato ed integrato secondo le proposte derivanti dalla discussione collegiale.

A nome della Giunta Esecutiva del Collegio e mio personale, vorrei quindi rivolgere un cordiale e caloroso invito a tutti i Colleghi Internisti a voler partecipare al nostro 4° Congresso, e ciò non soltanto per contribuire alla discussione delle suddette tematiche e per meglio definire la posizione del nostro settore rispetto ad ognuna di esse, ma anche per sottoporre alla Giunta riflessioni, suggerimenti e critiche costruttive affinché il Collegio possa portare avanti con rinnovato impegno tutte le iniziative ritenute prioritarie e largamente condivise.

2) *Progetto di Formazione in Medicina Interna nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia*  
Un delicato problema connesso al percorso formativo in Medicina Interna è la mancanza di un progetto di curriculum formativo unitario che, prendendo in considerazione le discipline afferenti al settore scientifico-disciplinare MED/09, ne definisca: gli obiettivi specifici; i contenuti di ciascun insegnamento e le relative metodologie didattiche; la suddivisione dei compiti didattici tra i vari Docenti allo scopo di evitare ridondanze e sovrapposizioni; nonché le integrazioni tra le attività teoriche, teorico-pratiche e professionalizzanti.

Anche questo compito è stato affidato dalla Giunta allo stesso gruppo di studio sopra menzionato, che sta alacremente lavorando per giungere ad una proposta costruttiva e largamente

condivisa. La sua approvazione da parte dell'Assemblea nel prossimo futuro consentirà al nostro settore disciplinare di svolgere un ruolo propositivo, con ovvie ricadute sulla formazione complessiva delle nuove leve di medici e sulla qualità dell'assistenza. Si potrà inoltre cogliere l'occasione per varare un modello di censimento sullo stato della formazione in Medicina Interna nel nostro Paese.

3) *Collocamento fuori ruolo: nuove disposizioni*

La legge finanziaria 2008 ha introdotto una nuova disciplina concernente il collocamento fuori ruolo dei Professori universitari di prima e di seconda fascia, il cui obiettivo è di giungere in tempi brevi alla totale cancellazione del fuori ruolo. Tale disciplina prevede che il periodo di fuori ruolo precedente la quiescenza sia ridotto a due anni accademici a decorrere dal 1° gennaio 2008, ad un anno accademico a partire dal 1° gennaio 2009 e sia definitivamente abolito con decorrenza dal 1° gennaio 2010.

Il fuori ruolo è da tempo considerato, a torto o a ragione, un retaggio arcaico e quindi, in conformità con l'attuale visione del mondo del lavoro, la sua cancellazione in tempi brevi non dovrebbe comportare scossoni per il mondo universitario e potrebbe per certi versi favorire un più rapido avvicendamento delle vecchie con le nuove leve di Docenti. Ma poiché il Professore di disciplina clinica, una volta collocato fuori ruolo, è già privato sia dell'inse-

gnamento che della funzione primaria e quindi non sottrae nulla al suo successore, perché rinunciare in anticipo all'apporto culturale di uomini di grande esperienza (una qualità che non s'inventa dall'oggi al domani!) e privare al tempo stesso il Docente dei collegamenti alle attività dipartimentali, grazie ai quali egli continua a sentirsi intellettualmente impegnato? A mio avviso, sarebbe stato molto meglio lasciare il periodo di fuori ruolo come opzionale o comunque realizzare in tempi più lunghi (per esempio, 6-8 anni) la definitiva abolizione di questo stato giuridico. Forse non sarebbe male ricordare che in molte Università americane viene lasciata ai Docenti/Ricercatori che lo desiderino la possibilità di continuare a sviluppare le loro ricerche grazie ai *grants* che essi riescono ancora a procurarsi in ragione della solidità dei loro progetti.

4) *Rinnovo della quota associativa e nuove adesioni*

Termino questa 'Lettera del Presidente' ricordando ai Colleghi che non l'avessero già fatto di voler al più presto regolarizzare la propria posizione amministrativa per l'anno in corso. La quota associativa, rimasta invariata rispetto al 2007, è davvero modesta e differenziata per fascia di docenza (Euro 60 per i Professori Ordinari, Euro 50 per i Professori Associati ed Euro 40 per i Ricercatori). La Giunta Esecutiva del Collegio si è sempre attivamente impegnata per salvaguardare a tutti i livelli gli interessi culturali delle discipline afferenti al settore MED/09. Questi obiettivi potranno essere

tanto meglio tutelati quanto più elevato è il numero dei Docenti regolarmente iscritti al Collegio. Attualmente, le adesioni sono pari a 494 iscritti, corrispondenti a poco più del 43% di tutti i Docenti afferenti al settore Med/09, con netta prevalenza dei Professori Ordinari e, per contro, con una percentuale di Ricercatori ancora troppo modesta rispetto al loro numero complessivo.

Appare evidente come tali cifre siano ancora deludenti. Ferma restando l'ovvia ed assoluta libertà con la quale ogni Docente del nostro settore può decidere di iscriversi e di rinnovare annualmente la propria adesione, rincre-

sce non poco dover constatare come, pur comprendendo il settore Med/09 circa 1.150 Docenti (il più numeroso in assoluto tra quelli contrassegnati dalla sigla Med), il suo "potere di rappresentanza" si riduca in misura significativa appunto in ragione del fatto che oltre la metà di essi ritiene di rimanere al di fuori del Collegio. E ciò vale in particolare per i Ricercatori che, anche prescindendo dalle loro maggiori o minori aspettative di carriera, dovrebbero essere comunque maggiormente interessati (non fosse altro che per ragioni anagrafiche) al futuro della Medicina Interna e delle altre discipline che fanno parte dello

stesso settore.

So bene che il consuntivo delle adesioni fra le diverse Facoltà di Medicina del nostro Paese è "a macchia di leopardo", ma vorrei rivolgere ai Referenti di sede, proprio cogliendo l'occasione dell'attuale fase di completamento dell'organigramma dei Referenti (rinnovato in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto), un pressante invito a sensibilizzare i Colleghi Med/09 della propria Facoltà circa l'importanza di consolidare ed estendere lo spirito associativo, con l'obiettivo di accrescere l'autorevolezza e la rappresentatività del nostro Collegio.

*Franco Dammacco*

## QUARTO CONGRESSO NAZIONALE

### I Dipartimenti ad Attività Integrata ed il Binomio Medicina Interna/Geriatria

\* \* \*

ASSEMBLEA DEL COLLEGIO - PROPOSTA ATTUATIVA DI TRONCO COMUNE

**Roma, Venerdì 6 Giugno 2008**

Policlinico Umberto I, Aula della Clinica Medica III, ore 10.00 – 16.30

#### PRIMA SESSIONE

##### **I Dipartimenti ad Attività Integrata**

Moderatori: *Gennaro Sergio Del Giacco (Cagliari),  
Silvia Fargion (Milano)*

- 10.00 I Dipartimenti ad attività integrata: realtà e prospettive  
*Almerico Novarini (Parma)*
- 10.25 La realtà operativa dei Dipartimenti ad attività integrata: l'esperienza di un Internista  
*Alessandro Rappelli (Ancona)*
- 10.50 Discussione

- 12.30 L'attività del CUN ad un anno dal suo insediamento  
a) Valutazioni comparative per I e II fascia  
b) Valutazioni comparative per Ricercatore  
c) Rimodulazione dei settori scientifico-disciplinari  
d) L'agenzia di valutazione ANVUR  
e) Direzione delle Scuole di specializzazione  
*Andrea Lenzi (Roma), Presidente del CUN*
- 13.00 Discussione
- 13.30 Colazione di lavoro

\* \* \*

#### SECONDA SESSIONE

##### **Medicina Interna e Geriatria: un binomio inscindibile**

Moderatori: *Giovanni Gasbarrini (Roma),  
Niccolò Marchionni (Firenze)*

- 11.20 Perché la Geriatria deve rimanere nella Medicina Interna  
*Roberto Bernabei (Roma)*
- 11.45 Perché la Medicina Interna deve avvalersi della Geriatria  
*Giuseppe Realdi (Padova)*
- 12.10 Discussione

#### ASSEMBLEA GENERALE DEI DOCENTI AFFERENTI AL SSD MED/09

##### **Il Tronco Comune in Medicina Interna**

Moderatori: *Maria Domenica Cappellini (Milano),  
Franco Rengo (Napoli)*

- 14.30 Proposta di un modello attuativo di tronco comune: documento elaborato dal Gruppo di studio del ColMed/09  
*Nicola Carulli (Modena), Giovanni Danieli (Ancona),  
Roberto Delsignore (Parma), Alessandro Lechi (Verona), Giuseppe Realdi (Padova)*
- 15.00 La posizione del Collegio dei Referenti Nazionali per le Scuole di Specializzazione di area medica  
*Guido Valesini (Roma), Presidente*
- 15.30 Discussione e votazione del documento

#### TERZA SESSIONE

##### **Dal Consiglio Universitario Nazionale**

Moderatori: *Franco Dammacco (Bari),  
Giuseppe Licata (Palermo)*

## 5

# Trials, linee guida, polipatologia e complessità clinica

Roberto Corrocher

Da parecchi anni si moltiplicano da più parti, a seguito dei numerosi trials e delle conseguenti linee guida, dei pressanti inviti al personale medico perché applichino ai loro malati i risultati di questi studi quale segno di un'attuale e virtuoso aggiornamento. Talvolta, addirittura, la loro applicazione è ritenuta un punto di riferimento delle amministrazioni sanitarie per giudicare l'efficacia e l'efficienza delle Unità Operative. Avendo l'internista come suo imperativo deontologico e morale la salute dell'ammalato ben prima delle disposizioni amministrative, credo sia giunto il momento per fare qualche osservazione al riguardo dell'applicabilità dei risultati dei numerosi trials clinici nei malati internistici e possibilmente aprire un dibattito su tale argomento.

Nel Triveneto i malati dimessi dalle strutture di Medicina Interna nel 2006 sono stati pari a 178.291 dato che rappresenta il 19% di tutti i ricoveri di queste regioni (ISTAT, 2006). È evidente che i malati della Medicina Interna rappresentano un vasto (e crescente) problema per le amministrazioni sanitarie e per la società intera. La complessità del problema nella sua nuova accezione culturale e sociale non è ancora adeguatamente percepita nella sua reale portata.

Nelle Unità Operative di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, i pazienti dimessi nel 2006 sono stati pari a 4.354. La loro età media è stata di 67,2 anni. Questi pazienti sono stati dimessi con più di un DRG come appare qui di seguito.

A rendere più complicato il problema si aggiunga che la catalogazione mediante il sistema DRG non è adatta ad esprimere le complessità dei malati internistici, in quanto sotto il termine di DRG sono raggruppate parecchie diagnosi di diverso peso clinico. Se ci riferiamo ad esempio ai malati

Pazienti con 1 DRG	4,8%
Pazienti con 2 DRG	16,1%
Pazienti con 3 DRG	27,6%
Pazienti con 4 DRG	22,6%
Pazienti con 5 DRG	16,0%
Pazienti con 6 DRG	12,8%

Tab. 1 - DRG dei pazienti dimessi dalle Unità operative di Medicina interna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona

dimessi nell'anno 2007 dalla Medicina Interna B, che dirigo, ma credo che la cosa valga per qualsiasi struttura di Medicina Interna, il numero di tipologie di codifica di diagnosi è stata pari a 712: ciò significa che il malato di Medicina Interna è un cocktail di patologie molto diversificate e molto lontano dall'essere esclusivamente la somma di più diagnosi. Infatti la compresenza di parecchi processi morbosi nello stesso individuo fa in modo che questi si condizionino l'un l'altro realizzando una nuova tipologia di malato nel quale la cirrosi...il tumore...il diabete...l'ipertensione ecc...assumono connotati molto differenti rispetto ai normali paradigmi validi per la singola malattia. La polimorbilità realizza in altre parole un nuovo stato morboso con sue particolari dinamiche fisiopatologiche, cliniche, e neces-

menti, in quanto solitamente quegli studi sono basati su un parametro o su un'unica tipologia di malattia, frutto di una visione riduzionistica dell'essere complesso. Se poi si considera che i risultati dei trials così semplificati sono utilizzati per elaborare le linee guida, si percepisce facilmente quanto attuale sia la problematica che coinvolge l'internista, specialista della complessità.

Alla complessità fisiopatologica e diagnostica del malato internistico si aggiunge la difficoltà terapeutica quando si consideri il numero di principi attivi mediamente somministrato ad un paziente internistico. Nell'esempio dei malati ricoverati nella nostra Unità Operativa di Medicina Interna nel 2007, il numero di principi attivi è stato superiore a 9 (Tab. 2). Si tenga presente che normalmente un farmaco, per quanto attiene le sue caratteristi-

Numero Pazienti Dimessi	1318
Numero tipologia di codifica diagnosi	712
Numero di diagnosi per paziente	3.05
Numero principi attivi/Paziente	9.95

Tab. 2 - Dati dell'Unità Operativa di Medicina interna nel 2007. Fonte: Ufficio controllo di gestione - Azienda Ospedaliero - Universitaria di Verona.

sità terapeutiche, in definitiva un "omogenato" di situazioni nuove, un nuovo malato che siamo tutti chiamati a reinterpretare con uno sforzo culturale originale. A questo paziente è assai problematico applicare dati provenienti dai grandi trials, sia per quanto attiene i vari fattori di rischio di malattia, che per quanto riguarda specifici tratta-

- di selezione
- di assegnamento del trattamento
- di riconoscimento
- di contaminazione
- di casualità invertita
- di smascheramento
- di follow-up
- di osservazione
- di pubblicazione

Tab. 3 - Errori sistemici nella progettazione, esecuzione ed elaborazione dei dati.

che di assorbimento, farmacocinetica, biodisponibilità, metabolismo ecc., è stato studiato in soggetti sani, di età adulta, completamente differenti, per età e stato di salute, dai pazienti ricoverati nei nostri Reparti. È fin troppo evidente che tutte le caratteristiche del farmaco sopraricordate non sono immediatamente applicabili a questi malati.

Il numero dei diversi principi attivi da somministrare crea inoltre problemi di compliance, di interferenze farmacologiche, di intolleranza e allergia, situazioni tutte non contemplate normalmente nei vari Trials clinici e nelle relative Linee Guida.

Un proliferare di trials clinici, frequentemente sponsorizzati dall'industria farmaceutica, ha portato alla constatazione di numerosi errori sistemici nella loro progettazione, esecuzione, ed elaborazione dei dati, i principali dei quali indicati nella Tab. 3.

Per questo motivo, su iniziativa di alcune importanti riviste internazionali, si è sentita la necessità di costituire un Consorzio (CONSORT Tab. 4) che ha elaborato una lista di 22 punti necessari al fine di considerare valido un certo Trial (Moher D. et al. *Ann Int Med* 2001; 134: 657. Altman D. et al. *Ann Int Med* 2001; 134: 663).

Nonostante le raccomandazioni CONSORT e l'indicazione di CONSORT su precisi siti informatici molti Trials non rispettano tutti i 22 punti raccomandati (John P.A. Ioannidis - *PLoS Medicine* 2005; 2: 696-701). In Canada, solo un terzo dei trials pubblicati e riscontrabili su Medline rispetta gli items proposti.

Non meno complicato è il problema delle linee guida. Queste usualmente sono formulate sulla base di *Consensus Conferences* a loro volta organizzate alla luce dei trials clinici di cui sopra.

Non si può dimenticare che frequentemente gli esperti dei trials

- CONSORT statement: extension to cluster randomised trials → *BMJ* 2004; 328: 702-8
- CONSORT for reporting randomised controlled trials in journal and conference abstracts → *PLoS Medicine* 2008; 5:1-9
- CONSORT statement → [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)
- STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) → [www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org)

Tab. 4 - Consorzio per la valutazione dei trials clinici.

clinici sono anche coloro che organizzano le Consensus Conference e successivamente le linee guida, il che crea una situazione di possibile conflitto di interessi.

Comunque le numerose linee guida che continuano ad essere elaborate, anche su argomenti simili, inducono ad una difficile scelta da parte del medico nella loro applicazione. Nel 2000 Grilli et al hanno potuto identificare su Medline un numero assai elevato di linee guida in varie situazioni specialistiche, come qui sotto riportato (Tab. 5).

La difficoltà di orientarsi tra que-

della loro applicabilità in un paziente anziano e con polimorbilità quale è quello solitamente ricoverato nei reparti di Medicina Interna: come si fa ad applicare diverse linee guida per i diversi processi morbosi che contemporaneamente affliggono il nostro paziente? A quale linea dare la priorità?

A questo punto è necessario fare un'ulteriore osservazione: i trials, cercando di mettere in evidenza effetti o differenze di relativamente bassa entità, per aumentare la loro potenza statistica, sono organizzati cercando di eliminare il più possibile "i fattori confondenti" ed

**Specialty area**

- Cardiology 120 (28%)
- Oncology 65 (15%)
- Neurology 43 (10%)
- Gynaecology 24 (6%)
- Internal Medicine 24 (6%)
- Anaesthesia 19 (4%)
- Other 136 (31%)

**Aspect of care**

- Prevention 56 (13%)
- Diagnosis 99 (23%)
- Treatment 165 (38%)
- Overall management 111 (26%)

Tab. 5 - Da Grilli R. et al, *Lancet*, 355, 103, 2000: General characteristics of practice guidelines issued by specialty societies and identified on Medline.

ste numerose linee guida ha spinto gli autori ad auspicare una regolamentazione nella formulazione delle linee guida così come avvenuto per i trials (CONSORT).

Comunque, anche qualora vi fosse una regolamentazione condivisa ed indipendente delle modalità di formulazione delle linee guida, rimarrebbe il grande problema

umentando la numerosità del campione in esame. Noi sappiamo bene però che i nostri malati sono un concentrato non prevedibile e continuamente diverso da malato a malato di fattori confondenti; inoltre sappiamo che, aumentando la numerosità, peggioriamo la composizione della "biodiversità individuale" del campione, non tenendo

# 7

conto che ogni individuo (e ogni nostro malato) dal punto di vista genomico è un *unicum*.

Molti sono i fattori che determinano la biodiversità (Tab. 6) e che giocano non solo nel determinare il reale rischio individuale di malattia, ma anche l'andamento della stessa e la sensibilità farmacologica di un determinato paziente.

Per fare solo qualche esempio relativo all'impatto della biodiversità, ricorderò che l'attività antiaggre-

1. Codice genetico (30.000 geni)
2. Polimorfismi (mutazioni frequenti)
3. Sequenze ripetute-delezioni
4. Variazione del numero di copia
5. Mutazioni silenti e splicing
6. Riparazione del DNA
7. Alterazioni post-trascrizionali
8. Epigenetica

Tab. 6 - Biodiversità individuale e varianti genomiche.

gante dell'aspirina, frequentemente usata dagli internisti e dai cardiologi nei loro pazienti cardiopatici, è poco efficace in coloro che sono eterozigoti per il polimorfismo Leu33Pro del gene che codifica per la GPIIb-IIIa delle piastrine assai frequente nella popolazione (Cooke CE, JACC 2006). Ancora, l'efficacia del trattamento con Warfarin, anch'esso frequentemente usato nei pazienti cardiopatici per prevenire la patologia trombo-embolica, dipende da due attività enzimatiche, una carbossilasi e una reduttasi, che a loro volta sono codificate da geni normalmente presenti in forma polimorfica (Gage BF. Circulation 2004; 110: 2287- Gage BF. Hematology 2006; 467- Sadler JE. Nature 2004; 5). Questa diversità genetica individuale per quanto attiene il metabolismo del Warfarin e quindi la sua efficacia, ha portato all'elaborazione di un

sistema di dosaggio individuale del farmaco che tiene conto del genotipo dei malati per quanto attiene le attività enzimatiche di cui sopra (Blood 1 October 2005 - Vol. 106: number 7). Altri esempi dell'influenza del genotipo nel determinare risultati terapeutici riguarda per esempio la composizione genotipica del recettore per le catecolamine relativamente all'efficacia della terapia con beta-bloccanti: a parità di dosi del farmaco, l'incidenza cumulativa di mortalità dei pazienti è nettamente differente nei portatori di particolari polimorfismi del recettore (Lanfeer DE. et al. JAMA 2005).

In conclusione, l'Internista, specialista della complessità, mentre deve conoscere i Trials e le Linee Guida relative ai singoli stati morbosi, a singoli parametri o a singoli fattori di rischio, deve essere conscio dei limiti della loro applicabilità nei pazienti anziani con polimorfibilità.

COLLEGIO DEI DOCENTI UNIVERSITARI DI MEDICINA INTERNA - COLMED/09

### Convocazione di Assemblea

L'Assemblea dei Docenti del Settore Scientifico-Disciplinare Med/09, iscritti al Collegio, è convocata presso l'Aula della III Clinica Medica del Policlinico Umberto I (Viale dell'Università n. 37 - Roma) per venerdì 6 giugno 2008, alle ore 6,30 in prima convocazione ed *alle ore 14,30 in seconda convocazione*, per discutere e deliberare sul seguente

#### ORDINE DEL GIORNO

1. Comunicazioni del Presidente
2. Presentazione, discussione ed eventuale approvazione del documento elaborato dal Gruppo di Studio di ColMed/09 sul modello attuativo di tronco comune in Medicina Interna
3. Approvazione del bilancio preventivo 2008
4. Varie ed eventuali

Il Presidente  
Prof. Franco Dammacco

# Progetto Tronco Comune

## Gruppo ColMed/09 per la Formazione in Medicina Interna

Nicola Carulli (Modena), Giovanni Danieli (Ancona), Roberto Delsignore (Parma), Alessandro Lechi (Verona), Giuseppe Realdi (Padova)

# 8

Il gruppo di ColMed/09 istituito per dibattere e progettare in tema di formazione in Medicina Interna ha già pubblicato, su questa rivista, diversi contributi.<sup>1-8</sup>

In questo numero viene presentata una proposta di tronco comune costruita in base ai dettami del decreto 3 novembre 2005 sul *Riassetto delle Scuole di Specializzazione dell'area sanitaria* e a tre principi essenziali:

- il tronco comune è l'insieme dei saperi essenziali (conoscenze, abilità, comportamenti) che tutti gli Specializzandi devono possedere; la nostra proposta concerne il tronco comune nella sua accezione più ampia, quella del tronco comune dell'area medica; possono in alternativa essere previsti un tronco comu-

ne di classe (Medicina Clinica Generale) o interclasse (Medicina Clinica Generale-Medicina Clinica Specialistica, oppure Medicina Clinica Generale-Medicina Clinica Specialistica-Neuroscienze);

- il tronco comune dispone di 81 crediti, di cui 16 riservati all'Attività Formativa Didattica (AFD) e 65 all'Attività Formativa Professionalizzante (AFP);

- 30 dei 65 crediti dell'AFP sono acquisiti mediante la frequenza di 6 mesi e la partecipazione alle attività cliniche nelle strutture di Medicina Interna, i restanti 35 alla frequenza in Emergenza - Pronto Soccorso e nelle strutture della Medicina specialistica.

Partendo da queste premesse, si è costruito un percorso formativo nel quale

- per l'AFP:

- il semestre di Medicina Interna, che deve ovviamente precedere la formazione specialistica, è collocato al secondo semestre del primo anno, dopo un iniziale *imprinting* dello Specializzando nella propria Scuola;
- il semestre di Medicina Interna Specialistica e di Emergenza-Pronto Soccorso è distribuito dal secondo al quinto anno, 8-9 settimane ciascuno anno;

- per l'AFD

- questa segue lo Specializzando nei cinque anni della sua formazione, richiede 30-40 ore di didattica frontale l'anno, nel primo riservate all'insegnamento "generale" fornito dalla

Medicina Interna, dal secondo al quinto all'insegnamento della Medicina Specialistica; quest'ultimo nei periodi di frequenza nelle strutture specialistiche corrispondenti e secondo un programma stabilito dai Colleghi responsabili delle stesse.

La didattica formale può avvenire anche "a ciclo chiuso", comune cioè a tutti gli studenti dei cinque anni, con ampia partecipazione dei Docenti specialisti e con organizzazione libera in ogni sede.

Presentiamo ora l'ipotesi di percorso formativo.

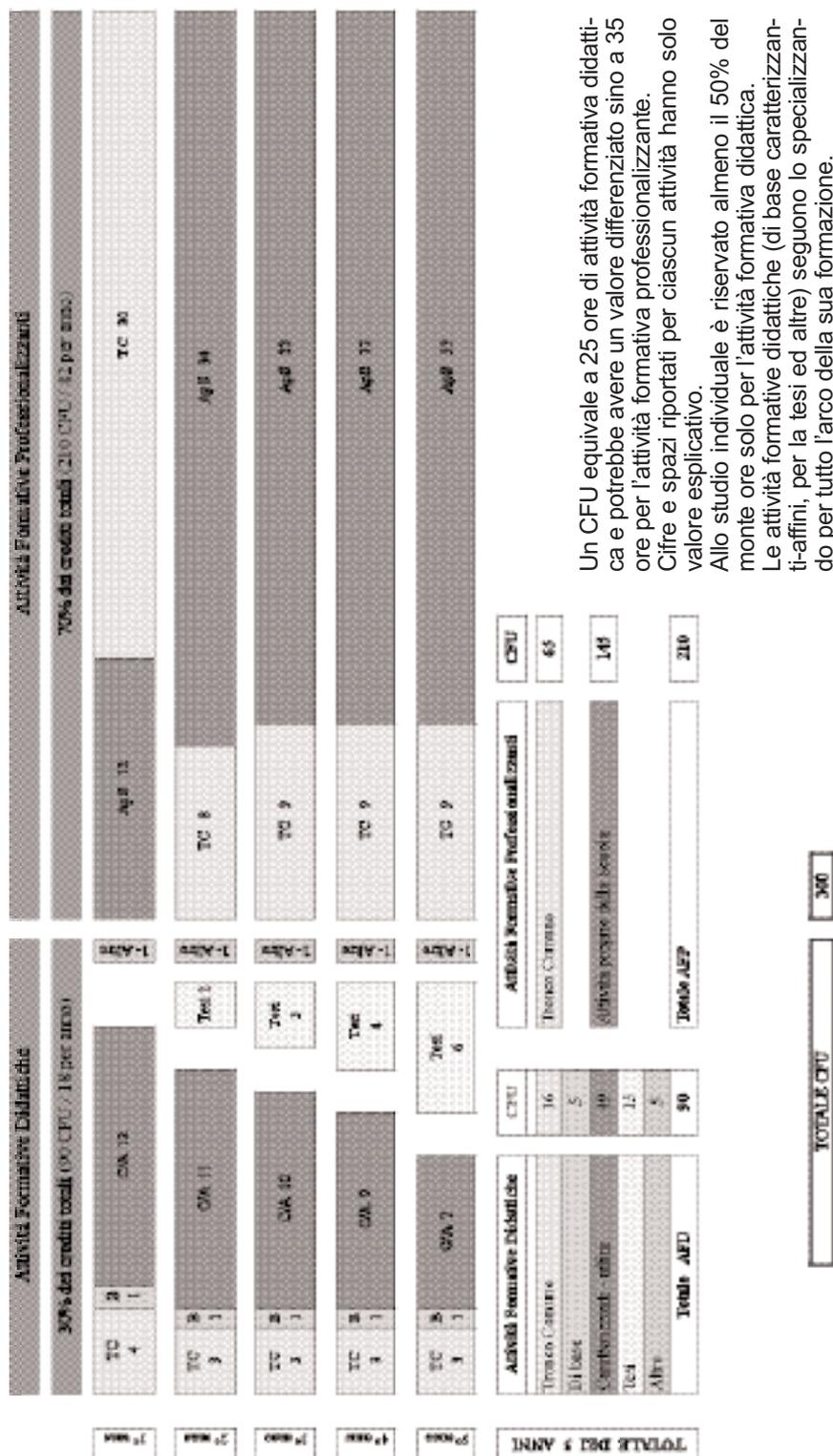
**A . Attività formativa didattica** - 16 crediti (4 crediti al primo anno, 3 crediti dal secondo al quinto anno)

- *Lezioni, Seminari, Tavole rotonde di Statistica ed Informatica* - EBM, Metodologia clinica e Metodologia della ricerca - Epidemiologia e Medicina di Comunità - Clinical Governance - Risk management - L'anziano fragile e la valutazione multidimensionale - Medicina dello Sport - Salute della donna - Tossicodipendenze - Scienze Umane

- *Lezioni, tavole rotonde, seminari* sulle principali sindromi cliniche di pertinenza internistica, avendo come riferimento prioritario le linee guida nazionali e internazionali, relative a: apparato cardiovascolare, endocrino-metabolico, gastroenterologico ed epatologico, ematologico, allergologico e immunologico, reumatologico, nefrologico, neuropsichiatrico, infettivologico multiorgano, dermatologico, pneumologico, di criticità e dell'urgenza con particolare attenzione alla polipatologia, alla complessità e

ATTIVITÀ FORMATIVA	CFU	AMBITO SPECIFICAZIONE	Crediti	Crediti
DI BASE	5	Discipline generali		5
CANTIERI	20	Tronco Comune 81 CFU	Attività Formativa Didattica	16
			Attività Formativa Professionalizzante	65
		Discipline specifiche della Specializzazione 109 CFU	Attività Formativa Didattica	41
			Attività Formativa Professionalizzante	145
Attività di base	3	Attività di base	3	3
Attività di base	3	Attività di base	3	3
Totale	118	Attività formativa didattica	110	110
		Attività formativa professionalizzante		TOTALE 106

Tab. 1 - Distribuzione dei crediti.



Un CFU equivale a 25 ore di attività formative didattiche e potrebbe avere un valore differenziato sino a 35 ore per l'attività formativa professionalizzante. Cifre e spazi riportati per ciascun attività hanno solo valore esplicativo.

Allo studio individuale è riservato almeno il 50% del monte ore solo per l'attività formativa didattica. Le attività formative didattiche (di base caratterizzanti-affini, per la tesi ed altre) seguono lo specializzando per tutto l'arco della sua formazione.

alla instabilità.

**B. Attività formativa professionalizzante (65 crediti)**

PRIMO TEMPO, FORMAZIONE IN MEDICINA INTERNA

(30 crediti nel secondo semestre del primo anno in strutture cliniche di Medicina Interna, per gli specializzandi delle Scuole di Medicina Interna Specialistica.

*Obiettivo generale:* acquisizione del Metodo Clinico.

*Obiettivi specifici:* acquisire competenze (prevalentemente con l'attività tutoriale o anche in incontri collegiali) relative:

- all'aspetto umano e professionale della medicina e alla conoscenza della *narrative based medicine*
- all'etica medica e al codice deontologico
- all'apprendimento e aggiornamento continuo delle conoscenze mediche
- al corretto utilizzo del metodo clinico e del procedimento diagnostico, espresso dalla corretta compilazione della cartella clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche
- alla farmacologia clinica e alla corretta applicazione dell'*evidence based medicine*
- all'identificazione dell'instabilità e della criticità clinica, soprattutto nel paziente polipatologico e anziano
- alla medicina preventiva e alla nutrizione clinica
- alla continuità delle cure, alla medicina generale e del territorio e alla medicina legale.

*Attività*

Full immersion in reparti, ambulatori e Day Hospital di Medicina Interna.

*Nota*

Gli specializzandi in Medicina

Tab. 2 - Scuole di Specializzazione - Ipotesi di articolazione del percorso formativo.

Interna frequentano in questo semestre laboratori di lingua inglese, laboratori di informatica, statistica, laboratori di diagnostica clinica, laboratori di radiologia.

#### SECONDO TEMPO, FORMAZIONE PLURIDISCIPLINARE

(35 crediti, dal secondo al quinto anno, 8-9 per anno, in strutture di Medicina Interna Specialistica, Pronto Soccorso, Emergenza).

#### Obiettivo generale

Acquisizione delle principali competenze e abilità specialistiche.

#### Obiettivi specifici:

Effettuare con autonomia l'approccio clinico al paziente e alcune procedure diagnostiche; interpretare correttamente i più comuni esami diagnostici; partecipare alle decisioni terapeutiche di alta specializzazione (indicazioni, evidenze, ecc.) nell'ambito di:

Dermatologia, Ematologia, Endocrinologia e Metabolismo, Gastroenterologia ed Epatologia, Immunologia Clinica, Malattie Cardiovascolari, Malattie Infettive, Nefrologia, Neurologia e Psichiatria, Pneumologia, Reumatologia, Urgenza ed Emergenza in Medicina Interna.

Una descrizione più completa degli obiettivi formativi integrati è riportata nella *Guida al nuovo ordinamento* (Med/09 2006 n. 2, tabelle 1-3-8).

#### Attività:

- Frequenza nei reparti e nelle strutture diagnostiche e di terapia intensiva della Medicina specialistica, del Pronto Soccorso, dell'Area dell'Emergenza, nei Servizi di Laboratorio, Diagnostica per immagini, Citologia, Anatomia Patologica.

- Guardie mediche interdivisionali

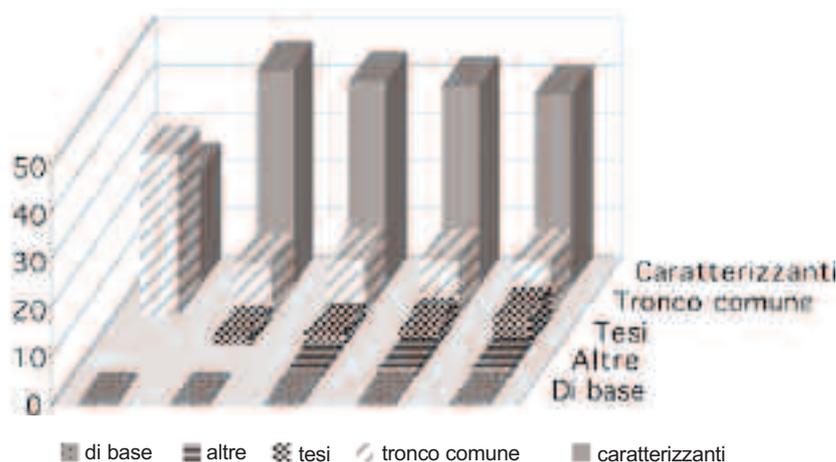


Fig. 1 - Distribuzione dei crediti nei cinque anni del percorso formativo in una Scuola di Specializzazione.

- Attività di consulenza medica  
 - Partecipazione, concordata tra i Consigli delle varie Scuole dell'area, a Meetings multidisciplinari con contenuti e modalità definiti (discussione di casi clinici, aggiornamenti su linee-guida, valore delle evidenze nella pratica clinica, ecc.).

#### C) Distribuzione dei crediti - Ipotesi di calendario

Le attività formative nelle Scuole, così come nei corsi di laurea, si distinguono in *attività formative didattiche* (lezioni, seminari, lavori a piccoli gruppi, ecc.) e in *attività formative professionalizzanti* ( tirocinio).

Un credito corrisponde a 25 ore di lavoro dello studente sia nell'attività didattica che in quella formativa professionalizzante; in quest'ultima le ore di lavoro possono essere aumentate, consensualmente al tempo richiesto al medico in formazione.

Il decreto 5 Novembre 2005 sul *Riassetto delle Scuole di Specializzazione dell'Area Sanitaria* attribuisce 90 crediti (30% del totale, 18 per anno) all'attività formativa didattica e

210 crediti (70% del totale, 42 per anno) all'attività formativa professionalizzante.

Le **attività formative didattiche** (90 crediti) si articolano (Tab. 1) in attività di base (5 crediti), caratterizzanti (60 crediti, di cui **16 per il tronco comune** e 44 per le attività specifiche della Scuola), attività affini (5 crediti), attività per la preparazione della tesi (15) ed altre (Informatica, Inglese, ecc.) 5 crediti.

L'**attività formativa professionalizzante**, cui devono essere riservati almeno il 70% (210) dei crediti globali, comprende 145 crediti di attività propria della tipologia della Scuola e **65 di Tronco comune**. Questi ultimi sono distribuiti (Tab. 2 e Fig. 1) 30 nel secondo semestre del primo anno da acquisire nelle strutture di Medicina Interna-Geriatria e 35 dal secondo al quinto anno in strutture di Medicina Interna specialistica, Pronto Soccorso, Emergenza-Urgenza.

Il Tronco comune, in quanto attività caratterizzante, può incrementare i propri crediti con le attività formative a scelta dello studente, che assommano global-



Attività Formativa Didattica	Attività Formativa Professionalizzante
<b>1° anno</b>	
4 crediti = 40 ore  <b>Lezioni, Seminari, Tavole rotonde dedicati a:</b> Statistica ed Informatica – Medicina basata sull'evidenza - Metodologia clinica - Metodologia della ricerca – Epidemiologia e Medicina di Comunità – Clinical Governance – Risk management - L'anziano fragile e la valutazione multidimensionale - Medicina dello Sport – Salute della donna - Tossicodipendenze - Scienze Umane	30 crediti = 750 ore 29 ore/settimana = 26 settimane  <b>Attività clinica in Reparti, Ambulatori, Day Hospital, Laboratori diagnostici di:</b>  Medicina Interna - Geriatria - Pronto soccorso
<b>2° anno</b>	
3 crediti = 30 ore  <b>Lezioni, Seminari, Tavole rotonde dedicati a:</b> Medicina d'Urgenza – Malattie infettive – Malattie cardiovascolari	8 crediti = 200 ore 29 ore/settimana = 7 settimane  <b>Attività clinica in Reparti, Ambulatori, Day Hospital, Laboratori diagnostici di:</b>  Medicina d'Urgenza – Malattie infettive – Malattie cardiovascolari
<b>3° anno</b>	
3 crediti = 30 ore  <b>Lezioni, Seminari, Tavole rotonde dedicati a:</b> Ematologia – Immunologia Clinica - Reumatologia	9 crediti = 225 ore 29 ore/settimana = 8 settimane  <b>Attività clinica in Reparti, Ambulatori, Day Hospital, Laboratori diagnostici di:</b>  Ematologia – Immunologia Clinica - Reumatologia
<b>4° anno</b>	
3 crediti = 30 ore  <b>Lezioni, Seminari, Tavole rotonde dedicati a:</b> Pneumologia – Nefrologia - Gastroenterologia	9 crediti = 225 ore 29 ore/settimana = 8 settimane  <b>Attività clinica in Reparti, Ambulatori, Day Hospital, Laboratori diagnostici di:</b>  Pneumologia – Nefrologia - Gastroenterologia
<b>5° anno</b>	
3 crediti = 30 ore  <b>Lezioni, Seminari, Tavole rotonde dedicati a:</b> Endocrinologia - Metabolismo - Neuropsichiatria - Dermatologia	9 crediti = 225 ore 29 ore/settimana = 8 settimane  <b>Attività clinica in Reparti, Ambulatori, Day Hospital, Laboratori diagnostici di:</b>  Endocrinologia - Metabolismo - Neuropsichiatria - Dermatologia

Tab. 3 - Tronco comune: ipotesi di percorso formativo.

**Nota:** Il modello proposto di rotazione nelle strutture cliniche è solo un esempio, applicabile ad una Facoltà di Medicina di medie dimensioni. Il percorso formativo viene definito dalla singole Scuole, in relazione anche alle dimensioni del Corso di Laurea. Anche la tipologia delle attività cliniche da svolgere viene definita in accordo con i Collegli specialisti nelle differenti sedi. 1 credito equivale a 25 ore di lavoro/Specializzando; di queste, 10 sono destinate all'attività didattica formale (lezioni, ecc.) e 15 allo studio individuale, cioè al lavoro dello specializzando in assenza di Docenti. Parte delle ore dello studio individuale possono essere riservate alla didattica interattiva in piccoli gruppi (esercitazioni). Per le Attività Formative Professionalizzanti, ad 1 credito possono essere attribuite più di 25 ore (30-35) tutte dedicate all'attività clinica, in relazione al monte/ore che deve compiere il medico in formazione.

mente a 45 crediti, cinque dei quali potrebbero essere riservati al tronco comune per le attività elettive.

Una ipotesi di percorso formativo è presentata nella Tab. 3.

## D) Documenti

Una corretta pratica clinica, la registrazione della frequenza e delle valutazioni di profitto richiedono rispettivamente una cartella clinica orientata per problemi e basata sulle evidenze ed un libretto-diario con annesso curriculum formativo, entrambi in preparazione da parte del Gruppo.

## Bibliografia

*Su questo Bollettino:*

- Danieli G. "Scuola di Specializzazione in Medicina Interna: introduzione al nuovo ordinamento". *Med/09 2004; 2: 4-6*
- Senin U. "Alcune considerazioni sulla formazione". *Med/09 2004; 4: 6-9*
- Carulli N., Becchi M.A. "L'insegnamento delle cure primarie nel CLM in Medicina e Chirurgia". *Med/09 2005; 1: 3-8*
- Carulli N., Becchi M.A. "L'insegnamento delle cure primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia". *Med/09 2005; 2: 8-10*
- Realdi G. "Scuola di Specializzazione in Medicina Interna: le attività professionalizzanti". *Med/09 2005; 3: 3-8*
- Violi G. "Scuola di Specializzazione in Geriatria. Un documento della SIGG". *Med/09 2005; 4: 4-7*
- Lechi A. "Appunti sul Tronco comune". *Med/09 2006; 1: 8-14*
- Carulli N., Danieli G., Delsignore R., Lechi A., Realdi G. "Scuola di Specializzazione in Medicina Interna: guida al nuovo ordinamento". *Med/09 2006; 2: 1-20*
- "Scuola di Specializzazione in Geriatria". Documento dei Direttori delle Scuole. *Med/09 2006; 3: 5-10*
- Realdi G. "Esempio di cartella Clinica orientata per problemi e per ipotesi diagnostiche". *Med/09 2006; 3: 11-2*
- Galanti G., Pagani M. "Dossier Scuole: Medicina dello Sport". *Med/09 2006; 4: 4-6*
- Fagioli A. "Dossier Scuole: Medicina termale". *Med/09 2006; 4: 7-8*
- Delsignore R. "Dossier Scuole: Medicina Interna". *Med/09 2006; 4: 8-9.*
- Realdi G. "La Medicina Interna come Medicina specialistica della complessità". *Med/09 200; 3: 4-11*
- Bernabei R., Realdi G. "La Medicina

# Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

di Roberto Manfredini

12

## Si può *predire* la dose 'giusta' di T4 per una corretta inibizione del TSH nel paziente con cancro della tiroide?

Nei pazienti con cancro della tiroide sottoposti a tiroidectomia o terapia con radio-iodio, spesso non è facile trovare il dosaggio 'giusto' di T4 tale da ottenere la soppressione dei valori di TSH. Questo studio mostra come la determinazione individuale del polimorfismo D2 Thr92Ala potrebbe consentire la predicibilità di tale dosaggio.

Titolo originale

Type 2 deiodinase polymorphism (threonine 92 alanine) predicts L-thyroxine dose to achieve target thyrotropin levels in thyroidectomized patients.

Torlontano M, Durante C, Torrente I, Crocetti U, Augello G, Ronga G, Montesano T, Tralascio L, Verrienti A, Bruno R, Santini S, D'Arcangelo P, Dallapiccola B, Filetti S, Trischitta V.

*J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 910-3.

Department of Endocrinology, Scientific Institute Casa Sollievo della Sofferenza, V.le Cappuccini, 71013 San Giovanni Rotondo, Italy. m.torlontano@tin.it.

**Contesto:** La deiodinasi tipo 2 (D2) converte T(4) in T(3) in diversi tessuti umani, fra cui l'ipotalamo e l'ipofisi, e, quindi gioca un ruolo di primo piano nella regolazione del feedback negativo della secrezione di TSH. Una variante comune del gene treonina (Thr) 92 alanina (Ala), è stata identificata ed associata ad una ridotta attività enzimatica di D2.

**Obiettivi:** obiettivo dello studio è stato quello di stabilire se questo polimorfismo possa predire il

dosaggio di T(4) necessario per ottenere livelli target di TSH in pazienti tiroidectomizzati.

**Setting:** questo studio veniva eseguito su pazienti ambulatoriali.

**Pazienti:** sono stati studiati in totale 191 pazienti consecutivi con cancro della tiroide, precedentemente trattati con tiroidectomia totale e ablazione con radio-iodio. Essi si trovavano in trattamento con dose stabile di T(4) mirato a mantenere valori di soppressione ( $n = 117$ ,  $< 0.1$  mU/l) o vicini alla soppressione ( $n = 74$ ,  $\geq 0.1 < 0.5$  mU/l) dei livelli serici di TSH.

**Main Outcome Measures:** genotipizzazione del DNA per D2 variante Thr92Ala e valutazione della dose di T(4) (mcg/kg) necessaria a mantenere livelli target di TSH.

**Risultati:** i pazienti omozigoti Ala/Ala richiedevano una dose maggiore di T(4) in confronto ai pazienti portatori della variante Thr92 (pazienti X/Thr) rispetto ad un modello genetico recessivo ( $2.08 \pm 0.43$  vs.  $1.90 \pm 0.35$  mcg/kg;  $P < 0.05$ ). Questa differenza veniva osservata anche nel gruppo di pazienti del gruppo quasi-soppressi ( $P = 0.002$ ), ma non in quello dei soppressi ( $P = 0.4$ ).

**Conclusioni:** il polimorfismo D2 Thr92A sembra essere in grado di predire la necessità di dosi maggiori di T(4) in pazienti tiroidectomizzati. Qualora questi risultati fossero confermati in studi successivi, si potrebbe predire la richiesta di T(4) necessaria a sopprimere il TSH sulla base di una valutazione genetica individuale.

## Nel paziente in emodialisi, la fibrillazione atriale si associa ad una maggiore mortalità?

La fibrillazione atriale si associa ad una più elevata mortalità non soltanto nella popolazione generale, ma anche nei pazienti neuropatici in emodialisi. Un'ulteriore osservazione interessante, sia pure con i limiti derivati dal carattere osservazionale dello studio, è data dal fatto che l'utilizzo degli ACE-inibitori potrebbe ridurre il rischio di fibrillazione atriale di nuova insorgenza.

Titolo originale

A trial fibrillation and morbidity and mortality in a cohort of long-term hemodialysis patients.

Genovesi S, Vincenti A, Rossi E, Pogliani D, Acquistapace I, Stella A, Valsecchi MG.

*Am J Kidney Dis* 2008; 51: 255-62. Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza, simonetta.genovesi@unimib.it

**Background:** la fibrillazione atriale si associa, nella popolazione generale, ad una aumentata mortalità e ospedalizzazione. I dati relativi a mortalità, morbilità e ospedalizzazione nei pazienti con emodialisi sono limitati.

**Setting e partecipanti:** la totalità dei pazienti ( $n = 476$ ) in 5 centri dialitici in Lombardia, dal Giugno 2003 e fino al Giugno 2006 sono stati arruolati e seguiti in *follow up* (età media, 69 anni; durata media di emodialisi, 45.2 mesi; *follow up* medio, 36 mesi). 127 pazienti presentavano fibrillazione atriale al momento dell'arruolamento.

**Predittori & outcome:** un modello Cox veniva usato per mettere in relazione: (1) fibrillazione atriale, età, durata della terapia emodialisi-

## 13

tica e condizioni di comorbidità e mortalità cardiovascolare; (2) trattamento con ACE-inibitori e condizioni di comorbidità al momento dell'insorgenza di una nuova fibrillazione atriale; (3) fibrillazione atriale e condizioni di comorbidità al momento dell'ospedalizzazione. **Risultati:** si sono verificati 167 decessi (39.5% da malattie cardiovascolari). In modelli multivariati, la fibrillazione atriale era associata all'aumentata mortalità (*hazard ratio* [HR], 1.65; 95% CI, 1.18 - 2.31). Questo era specialmente evidente nel caso della mortalità cardiovascolare (HR, 2.15; 95% CI, 1.27 - 3.64) rispetto alla mortalità non cardiovascolare (HR, 1.39; 95% CI, 0.89 - 2.15). La fibrillazione atriale di nuova insorgenza si era verificata in 35 su 349 individui (4.1 eventi/100 anni-persona); il rischio di fibrillazione atriale incidente era inferiore in quelli che usavano ACE-inibitori (HR, 0.29; 95% CI, 0.10 - 0.82) e più elevata in quelli con ipertrofia ventricolare sinistra (HR, 2.55; 95% CI, 1.04 - 6.26). Si sono osservate 539 ospedalizzazioni nei 3 anni, con 114 ospedalizzazioni in 162 pazienti con fibrillazione atriale e 155 in 314 pazienti senza fibrillazione atriale (HR, 1.54; 95% CI, 1.18 - 2.01). I tassi dello stroke non presentavano significative differenze sulla base della fibrillazione atriale ( $P = 0.4$ ). **Limitazioni:** data la natura osservazionale di questo studio, i risultati relativi al trattamento richiedono conferme da prossimi studi. **Conclusioni:** la fibrillazione atriale si associa ad una maggiore mortalità sia totale che cardiovascolare. I pazienti con fibrillazione atriale hanno presentato più frequenti ospedalizzazioni rispetto a quelli

senza fibrillazione atriale. Gli ACE inibitori potrebbero essere in grado di ridurre il rischio di fibrillazione atriale di nuova insorgenza.

### **E' possibile prevedere l'insorgenza di un diabete mellito in un paziente con ipertensione essenziale?**

*Questo studio mostra come una condizione precoce di disfunzione endoteliale, identificabile da una alterata risposta vasodilatatoria all'acetilcolina, è in grado di predire l'insorgenza del diabete mellito tipo 2 nel soggetto con ipertensione essenziale.*

*L'associazione con elevati livelli di PCR porta inoltre un tassello di conferma alla ipotesi di una genesi infiammatoria del diabete mellito.*

Titolo originale

*Endothelial dysfunction and C-reactive protein are risk factors for diabetes in essential hypertension.*

Perticone F, Maio R, Sciacqua A, Andreozzi F, Iemmi G, Perticone M, Zoccali C, Sesti G.

*Diabetes* 2008; 57: 167-71.

*Department of Experimental and Clinical Medicine G. Salvatore, University Magna Graecia of Catanzaro, Catanzaro, Italy, perticone@unicz.it*

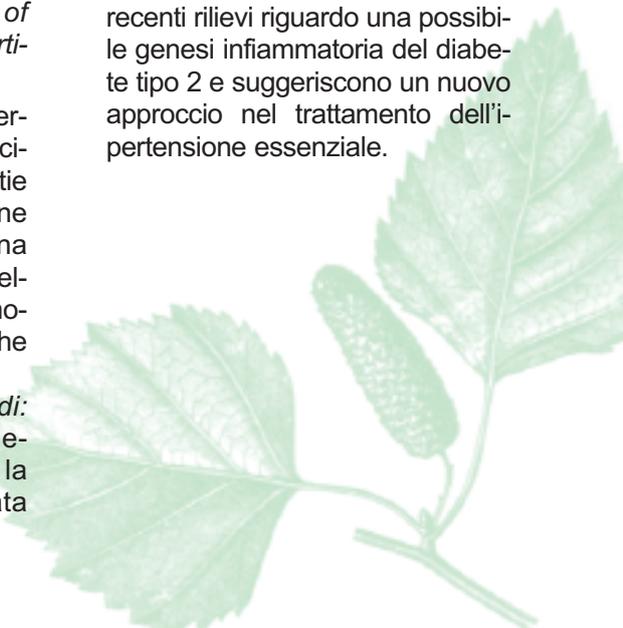
**Obiettivo:** il diabete tipo 2 e l'ipertensione essenziale sono i principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. La disfunzione endoteliale rappresenta una tappa precoce nello sviluppo dell'aterosclerosi ed è stata dimostrata sia nei pazienti ipertesi che diabetici.

**Disegno dello studio e metodi:** gli Autori hanno disegnato questo studio per determinare se la disfunzione endoteliale rilevata

a livello dell'avambraccio sia un fattore predittivo indipendente di diabete tipo 2 in pazienti con ipertensione essenziale. Sono stati arruolati 400 pazienti esterni, di razza bianca, ipertesi mai trattati, senza presenza di diabete tipo 2 al momento della prima visita. La vasodilatazione endotelio-dipendente veniva studiata attraverso infusione intra-arteriosa di acetilcolina. La insulino-resistenza veniva misurata con l'*homeostasis model assessment*.

**Risultati:** nel corso del *follow-up* (4.5 +/- 1.6 anni), 44 pazienti hanno sviluppato diabete tipo 2. I tassi di eventi è stato di 2.4/100 anno-paziente. Alla analisi multivariata Cox regressione, la percentuale di picco di aumento del flusso all'avambraccio acetilcolina-stimolata (*hazard ratio* [HR] 0.77 [95% CI 0.61-0.99];  $P = 0.04$ ) e la proteina C-reattiva (1.16 [1.03-1.32];  $P = 0.01$ ) erano i soli predittori indipendenti di diabete tipo 2.

**Conclusioni:** un'alterata risposta vasodilatatoria all'acetilcolina predice lo sviluppo di diabete tipo 2 in pazienti con ipertensione essenziale. Questi dati estendono recenti rilievi riguardo una possibile genesi infiammatoria del diabete tipo 2 e suggeriscono un nuovo approccio nel trattamento dell'ipertensione essenziale.



# Verbali degli Organi del Collegio

# 14

## Giunta Esecutiva del 16 gennaio 2008

La Giunta si riunisce presso la sede della SIMI il 16/01/2008, alle ore 11.30. Tutti i Consiglieri sono presenti. La riunione è presieduta dal Prof. Dammacco mentre il Dottor Sasso è incaricato di redigere il verbale.

La discussione procede nel rispetto dell'Ordine del Giorno.

### 1) Comunicazioni del Presidente

Con riferimento alla posizione del Consigliere Prof. Mezzetti, ripetutamente assente alle riunioni di Giunta, lo stesso Prof. Mezzetti ha precisato, documentandolo, che tali assenze sono state motivate da improrogabili impegni scientifici e che le giustificazioni delle proprie assenze non erano state trasmesse né alla sede della Giunta, né al Presidente solo per errore della propria segreteria.

Il Presidente riferisce che il Prof. Rini ha richiesto il patrocinio per un Convegno organizzato dallo stesso Prof. Rini per il 23-24 maggio 2008 a Siracusa sull'osteoporosi. La Giunta concede all'unanimità il patrocinio del Collegio.

Viene ricordata la proposta di inserimento dell'insegnamento della Medicina NRCB nel settore MED/09 del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Tale proposta, formulata dal Prof. Raffaele D'Amelio, era stata inviata al Prof. Andrea Lenzi, Presidente del CUN, dopo la sua approvazione da parte dell'Assemblea del Collegio. Lenzi ha comunicato che ci sarà una seduta monotematica del CUN su questa e poche altre discipline, ma che l'esito ed i tempi dipenderanno in gran parte dalla volontà politica di modificare i SSD.

In seguito alla segnalazione del Prof. Realdi, il Presidente ha scritto una lettera al coordinatore dell'AIFA, Prof. Nello Martini, lamentando che nell'elenco dei referenti che hanno curato la Guida all'Uso del Farmaco non sia presente alcun Internista. Diversi membri della Giunta ricordano, sulla base delle proprie esperienze, le difficoltà di prescrizione di talune specialità farmaceutiche. Il Prof. Corrocher si offre di compiere un'indagine sulle diverse realtà regionali del nostro Paese.

Il Presidente riferisce che il Prof. Zaccaria, assente in occasione dell'ultima audizione dei Docenti di

Medicina dello Sport, aveva sollecitato una nuova audizione. Peraltro, all'invito dello stesso Presidente ad intervenire già nella riunione odierna, accettato da Assanelli, Galanti e Zaccaria, ha risposto negativamente il Prof. Pagani. Pertanto, l'audizione è slittata alla prossima riunione di Giunta del 4 marzo. Il Prof. Zaccaria, prendendo atto dello spostamento dell'incontro e facendosi anche portavoce dei Colleghi Galanti e Assanelli, ha stigmatizzato il comportamento del Prof. Pagani ed ha chiesto che, prima della prossima audizione, vengano definiti alcuni paletti a difesa dell'impostazione internistica della Medicina dello Sport. Corrocher interviene rammentando che la Medicina dello Sport afferisce al SSD MED/09 e che pertanto le Scuole di Specializzazione di tale branca devono avere un Direttore afferente a questo SSD. Trevisani invita ad un atteggiamento moderato, osservando che nell'ultima riunione dei Direttori delle Scuole di Specializzazione in Medicina dello Sport si è riconosciuto il diritto alla docenza per molti insegnamenti della Scuola da parte di Professori del SSD MED/09.

Il Presidente precisa che ha già chiesto ai Colleghi invitati all'audizione di marzo di riunirsi preliminarmente tra loro, affinché nel corso dell'audizione possano essere sollevate problematiche specifiche sulle quali la Giunta dovrà pronunciarsi.

Sempre tra le comunicazioni, viene menzionata una lettera della Prof. Adele Becchi di Modena, che riferisce di un suo colloquio con il Prof. Lenzi in merito alla mancanza di una formazione pre-laurea specialistica in Medicina di Comunità. La Becchi, su invito del Presidente del CUN, ha partecipato alla riunione dei Presidenti di Corso di Laurea, raccogliendo un ampio consenso sulla sua proposta. Ella infine segnala che l'Università era assente nella prima Conferenza Nazionale sulla Medicina di Comunità. Il Prof. Realdi sottolinea come l'Accademia, ed in particolare la Medicina Interna, debbano essere parte attiva nel cammino formativo della Medicina Generale, per non perderne la gestione clinica. La Giunta decide di portare all'Ordine del Giorno della prossima

riunione la Medicina di Comunità.

Si svolge a questo punto un breve intervento, non programmato, del Prof. Assanelli sulla Medicina dello Sport, in cui egli sottolinea alcuni punti sui quali, a suo avviso, la Giunta dovrebbe pronunciarsi:

a) posizione sul nuovo statuto, b) rispetto delle norme sulla direzione della Scuola, c) ruolo della prevenzione nella Medicina dello Sport, d) difesa della matrice internistica, non solo in merito al tronco comune.

### 2) Approvazione del verbale del 5 dicembre 2007

Tale verbale è approvato all'unanimità.

### 3) Rinnovo del contratto (Co. Co. Pro.) della Signora Simona Pescetelli

Il contratto viene letto collegialmente ed approvato all'unanimità.

### 4) Rapporti Medicina Interna e Gerontologia

Il Prof. Bernabei prende la parola e sottolinea come la tipologia dei pazienti, la coesistenza di pluripatologie, la necessità di un modello assistenziale *ad hoc*, la difficoltà della gestione post-ospedalizzazione (continuità assistenziale) rendano la Geriatria un "unicum" nel SSD MED/09. Bernabei segnala che la Geriatria ha, nel rispetto di rigidi criteri scientifici, sviluppato una peculiare ed originale metodologia per la gestione assistenziale di tali pazienti. La Medicina Interna, da sola, non sarebbe stata in grado di arginare il tentativo della Medicina Generale di "appropriarsi" della gestione del malato cronico e/o complesso, finalizzato all'insegnamento universitario delle cure primarie. Sempre secondo Bernabei, nelle sedi istituzionali la Geriatria da lui rappresentata ha potuto, forte di dati scientifici, tamponare tale richiesta della Medicina Generale. Egli sollecita quindi un sinergismo con la FADOI ed altre associazioni per far fronte comune contro i numeri della FIMGE.

Nel suo intervento, il Prof. Realdi ribadisce con forza la visione olistica della Medicina Interna, che comprende la Medicina della "complessità".

L'esperienza dei reparti di Medicina Interna è quella con pazienti anziani, cronici, polipatologici, spesso neoplastici. Egli sottolinea d'altronde la necessità di integrazione con la Geriatria e con tutte le strutture

che possano garantire la continuità assistenziale. Ricorda che la Geriatria è parte integrante, sia come SSD sia culturalmente, della Medicina Interna. La sua presenza nella Giunta del COLMED/09 è sempre stata rappresentata da membri autorevolissimi, a testimonianza della sua appartenenza allo stesso alveo culturale. Conclude sottolineando che è dall'integrazione di tutte le esperienze che si potrà ottenere una qualità assistenziale ed una scientificità pubblicamente riconosciute.

Rapaccini osserva che gli interventi dei Proff. Realdi e Bernabei hanno una radice comune e ribadisce l'esigenza di unità culturale tra le discipline Medicina Interna e Geriatria.

Corrocher segnala che mancano precisi *cut-off* per definire la Geriatria. Da statistiche venete, l'età media dei ricoveri in Medicina Interna è di 68 anni, mentre il malato polipatologico complesso ha spesso <50 anni. Pertanto, è opportuno integrare le competenze che spesso si compendiano nella Medicina Interna, e ribadisce la necessità di creare una *task force* con la FADOL.

Il Presidente suggerisce di inserire l'argomento nel programma del prossimo Congresso del Collegio.

## 5) Ruolo della Medicina Interna nella formazione universitaria

Viene proposto da Bernabei di portare al prossimo Congresso COLMED/09 il contributo offerto su tale tema da un convegno organizzato dal Prof. Salvioli. Trevisani suggerisce che nel Congresso siano previsti l'intervento di Bernabei ("Perché la Geriatria deve rimanere nella Medicina Interna") e di Realdi ("Perché la Medicina Interna deve avvalersi della Geriatria").

Si decide che una commissione (Corrocher, Dammacco, Realdi) prepari un intervento da presentare al prossimo Congresso sulla possibilità di valutazione delle capacità assistenziali.

## 6) Concorsi Universitari

Al prossimo Congresso si inviterà il Prof. Andrea Lenzi, nella sua veste di Presidente del CUN, per avere un aggiornamento sulle attività finora svolte dallo stesso CUN.

## 7) Codice Etico

Il Presidente, dopo aver richiamato l'audizione del Prof. Maurizio Ponz de Leon, i codici etici di Bologna e Bari ed il documento della Federazione delle

Società Medico-Scientifiche Italiane sull'integrità della ricerca, sollecita una Commissione (Corrocher, Trevisani e Ponz de Leon) per elaborare una bozza di Codice Etico in Medicina Interna.

## 8) IV Congresso COLMED/09

Il Prof. Dammacco, anche alla luce della precedente discussione, propone alcuni temi per il 4° Congresso del Collegio, che dovrebbe tenersi il 6 giugno 2008 in un'Aula del Policlinico Umberto I di Roma:

- a) I DAI, Dipartimenti ad Attività Integrata
- b) Codice Etico nell'attività universitaria
- c) Rapporti tra Medicina Interna e Geriatria
- d) Modello attuativo del tronco comune in Medicina Interna
- e) Attività del CUN ad un anno dall'insediamento
- f) Concorsi per prima e seconda fascia e per Ricercatore: modalità attuative e prospettive.

Alle ore 16.30 si concludono i lavori.

## Giunta Esecutiva del 4 marzo 2008

La Giunta del Collegio si riunisce presso la sede della SIMI il 04/3/2008. Presiede il Presidente, Prof. Franco Dammacco. Viene incaricato di redigere il verbale il Dott. Ferdinando Carlo Sasso. Assenti giustificati i Proff. Patrone e Mezzetti ed il Dott. Amodio. Alle ore 13.00 iniziano i lavori nel rispetto dell'ordine del giorno.

### 1) Comunicazioni del Presidente

Viene concesso il patrocinio del Collegio alle IV Giornate Diabetologiche Sorrentine dell'11-13 aprile p.v. organizzate dal Prof. Roberto Torella, Direttore della II Clinica Medica della Seconda Università degli Studi di Napoli.

Il Presidente legge la risposta del Prof. Lenzi alla proposta da parte del nostro Collegio di inserire la Medicina NCB nel SSD MED/09. Il CUN ha preso atto della richiesta, accantonandola transitoriamente, al pari di altre analoghe istanze di inserimento relative ad altri SSD, con l'intento di valutare congiuntamente tali richieste in una futura riunione monotematica.

Il Prof. Dammacco riferisce quindi di

un documento, firmato da varie sigle del settore anestesilogico, che prende posizione contro l'afferenza della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza alla Medicina Interna. Il Prof. Rini riferisce che recentemente la Gazzetta Ufficiale ha pubblicato i requisiti di tale nuova Scuola di Specializzazione, che è ormai saldamente inserita nell'ambito della Medicina Interna. Il Prof. Trevisani esprime forti perplessità e preoccupazione per il rischio che il Ministero decida di ridurre a livello nazionale il numero di posti delle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna a favore delle Scuole in Medicina d'Urgenza.

Viene sollevata nuovamente la questione della morosità nel pagamento della quota associativa al Collegio. Il Presidente suggerisce di non inviare più il Bollettino MED/09 ai morosi che, viene rammentato, sono stati anche recentemente sollecitati al rinnovo della quota associativa mediante una lettera a firma dei Proff. Dammacco e Rapaccini.

Si apre una breve discussione sul cosiddetto "Decreto Mille Proroghe", approvato il 31 dicembre 2007. All'articolo 12 esso prevede che entro l'anno 2008, previa richiesta delle Facoltà entro il 30 giugno 2008, si possano svolgere procedure concorsuali per I e II fascia, con doppia idoneità. Il Prof. Corrocher riferisce di notizie di un movimento politico trasversale, che tenterebbe di bloccare tali procedure concorsuali.

### 2) Audizione di una rappresentanza di Docenti di Medicina dello Sport

Il Prof. Giorgio Galanti esprime piena soddisfazione per la sintesi raggiunta, grazie alla mediazione della Giunta del Collegio ed in particolare del suo Presidente, all'interno della Medicina dello Sport, sottolineando il pieno accordo con il Prof. Massimo Pagani (assente all'incontro per impegni assunti in precedenza). In particolare, viene ribadita la piena collocazione della Medicina dello Sport nell'alveo della Medicina Interna, favorendo la costituzione di Unità Operative Semplici o Complesse in ogni Azienda Universitaria, inserendole nell'area della Medicina e non della Prevenzione. Nel suo intervento, il

Prof. Galanti ha anche proposto l'inserimento della cosiddetta Medicina del Benessere nel SSD MED/09.

Il Prof. Deodato Assanelli stigmatizza che in 25 anni l'insegnamento della Medicina dello Sport non sia cambiato e sia invece rimasto privo di caratterizzazione e di adeguata qualificazione scientifica. Stato e Regioni l'hanno affidata a "non medici" (Igienisti, Fisiologi, ecc.). Assanelli invita, attraverso l'avvio di studi sull'attività sportiva nelle patologie croniche, a creare sia specifiche competenze tra gli Internisti, sia una valenza scientifica alla disciplina. Rammenta inoltre l'utilità della prevenzione nell'ambito delle patologie cardiovascolari. Suggerisce infine la creazione di una rete di Scuole di Specializzazione in Medicina dello Sport per favorire opportuni finanziamenti.

Il Prof. Dammacco conferma la forte sensibilità del Collegio verso la Medicina dello Sport, ma ribadisce che alcune problematiche attuative esulano dalle possibilità realizzative della Giunta o dell'intero Collegio.

Il Prof. Trevisani condivide gli interventi precedenti ed auspica che l'insegnamento della Medicina dello Sport sia diffuso in tutte le facoltà Mediche nell'ambito del Corso di Laurea, facendo il possibile perché sia affidato ad Internisti. Rammenta inoltre che nel nuovo Statuto, approvato dai Direttori delle Scuole in Medicina dello Sport, il 50% degli insegnamenti è affidato al MED/09. Egli inoltre segnala un errore nel suddetto Statuto, relativo ad un insegnamento che doveva afferire al MED/09. Il Prof. Dammacco gli chiede di formalizzare la richiesta di cambiamento in una lettera da far pervenire al Prof. Roberto Delsignore, delegato di ColMed/09 nel Collegio ministeriale dei Referenti

per le Scuole di Specializzazione.

Il Prof. Corrocher rivendica che, coerentemente con la normativa vigente, la direzione delle Scuole sia affidata a colleghi afferenti al SSD MED/09.

### 3) Approvazione del verbale della riunione precedente

Non vengono manifestate richieste di variazioni, per cui tale verbale viene approvato all'unanimità.

### 4) IV Congresso Nazionale del COLMED/09

Si apre un'ampia discussione, già iniziata in altre riunioni della Giunta, per definire gli argomenti del prossimo Congresso.

A) *Dipartimenti ad attività integrata (DAI)* - Il Prof. Alessandro Rappelli, che ha un'esperienza di 7-8 anni di DAI, viene indicato dal Presidente come un possibile relatore sull'argomento.

Il Prof. Corrocher segnala che molti protocolli Regionali attribuiscono ai DAI un ruolo non solo assistenziale, ma anche di implementazione delle tre funzioni didattiche, scientifica ed assistenziale, al pari della legge Bindi, osservando che ridurre il DAI alla sola funzione assistenziale renderebbe non indispensabile la sua direzione da parte di un universitario.

Il Prof. Trevisani segnala quelle che identifica come le principali potenzialità dei DAI: a) reclutamento fuori dall'U.O. per gli studi clinici; b) coinvolgimento degli specializzandi; c) coinvolgimento degli ospedalieri nelle Scuole di Specializzazione; d) definizione di linee guida intra-dipartimentali da utilizzare come dati per la ricerca.

Il Dott. Sasso ritiene che negli interventi che si svolgeranno nell'ambito del Congresso debbano essere proposti percorsi operativi per la gestione

dei DAI, per dare strumenti ai Direttori, molti tra essi membri del Collegio, al fine di coniugare obiettivi meramente "amministrativo-assistenziali" con quelli integrati di ricerca. Segnala inoltre l'opportunità di una presa di posizione da parte del Collegio su un tema così attuale.

Il Presidente propone di dilatare lo spazio previsto nel Congresso per la discussione sui DAI, ma indica l'opportunità di una bozza di documento da portare all'attenzione dell'Assemblea.

Il Prof. Corrocher propone una ricognizione degli atti aziendali per valutare di quanto essi si discostino dai principi a cui dovrebbero far riferimento, consapevoli che non ci si possa ovviamente discostare dagli atti legislativi. Il Presidente chiede al Prof. Novarini di preparare con il Prof. Corrocher la bozza di un documento di sintesi.

B) *Rapporti Medicina Interna e Geriatria* - I Proff. Realdi e Bernabei, entrambi Relatori, sono invitati dal Presidente a coordinarsi per preparare un documento integrato.

La Giunta, preso atto dell'importanza e dello spazio necessario a sviluppare gli altri temi, decide unanimemente di rinunciare alla sessione sul Codice Etico.

### 5) Approvazione del bilancio preventivo 2008

La Giunta approva all'unanimità il bilancio preventivo per l'anno 2008, che ipotizza un utile di circa 8.000 euro.

### 6) Codice Etico del Collegio

In considerazione della decisione di cancellare il tema del Codice Etico dagli argomenti del Congresso, la discussione sull'argomento viene accantonata.

Non avendo altri punti all'Ordine del Giorno, la riunione si conclude alle ore 17.00.

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