

2/08

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. 2/2008
Registrazione Tribunale di Ancona n. 12/98 del 12.3.1998

s o m m a r i o

1 LETTERA DEL PRESIDENTE

Franco Dammacco

4 EDITORIALE

**I Dipartimenti ad attività integrata,
realtà e prospettive**

Almerico Novarini

6 SEZIONE DIDATTICA

**La Geriatria e la Medicina
Interna**

Gianfranco Salvioli

**A proposito dell'esame di
Medicina Interna**

Maurizio Ponz de Leon

11 SEZIONE RICERCA

**Revisione della letteratura
internazionale dedicata alla
Medicina Interna**

Roberto Manfredini

14 VITA DEL COLLEGIO

Verbali degli Organi del Collegio

Giunta esecutiva del 16/4/2008

Assemblea del 6/6/2008

Lettera del Presidente

Cari Amici e Colleghi,

Eccomi al consueto appuntamento trimestrale con tutti Voi, questa volta per formulare alcuni commenti sull'andamento del Congresso del nostro Collegio, nonché per sottoporre alla Vostra attenzione le prime indicazioni politiche ed organizzative provenienti dal nuovo Ministro dell'Università Mariastella Gelmini.

4° Congresso Nazionale del COLMED/09

Come sapete, lo scorso 6 giugno si è tenuto a Roma il Congresso Nazionale del nostro Collegio, giunto ormai alla quarta edizione. Credo che il bilancio complessivo dell'incontro possa essere definito positivo per numero di partecipanti, per la qualità delle relazioni e per l'interesse della discussione. In termini numerici, la partecipazione complessiva dei Colleghi Internisti è stata soddisfacente, se si tiene conto che tutti i posti dell'Aula Giunchi presso la III Clinica Medica del Policlinico Umberto I sono stati occupati. Dispiace tuttavia dover sottolineare ancora una volta la scarsa partecipazione dei Professori Associati e, ancor più, dei Ricercatori anche se le problematiche del mondo universitario dovrebbero interessare in maggior misura le loro fasce rispetto alla fascia degli Ordinari che, per ovvie ragioni anagrafiche, sono destinati ad uscire prima dal sistema universitario. Sarebbe finalmente ora che gli Associati ed i Ricercatori si scrollassero di dosso questo atteggiamento di ignavia e di frustrazione, partecipando attivamente alle riunioni di comune interesse e portando in tali sedi il loro contributo critico. Non è certo "piangendosi addosso" che potranno superare il loro pessimismo e cambiare lo stato delle cose. Non sarebbe male che ricordassero più spesso l'antico adagio del *faber est suae quisque fortunae*.

Tra le relazioni svolte in sede congressuale mi preme sottolinearne alcune che ritengo di particolare interesse generale.

Il tema dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) era stato prescelto dalla Giunta Esecutiva per le ovvie implicazioni che essi hanno nell'attività assistenziale quotidiana di tutti noi. Com'era prevedibile, dalle relazioni dei Colleghi Almerico Novarini e Alessandro Rappelli sono

emersi i seguenti punti: a) a distanza di 8 anni e mezzo dall'approvazione della legge 517 (Decreto legislativo 21 dicembre 1999: "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università"), sono ancora poche ed "a macchia di leopardo" le sedi in cui i DAI hanno raggiunto una piena operatività. Il completamento della rete a livello nazionale sarà verosimilmente realizzato in tempi medio-lunghi; b) nelle sedi in cui i DAI sono compiutamente operativi, l'esperienza finora acquisita è deludente nell'ottica universitaria. Infatti, sembra difficile sottrarsi all'idea che ai Direttori generali delle Aziende ospedaliere interessino poco o nulla le attività didattiche e scientifiche dei Professori universitari, nonostante esse abbiano indubbe ricadute positive sulla qualità dell'assistenza: le esigenze di contenimento del bilancio (delle quali non si vuole certo negare l'importanza) vincono su tutto il resto. Se questo 'trend' diventasse irreversibile, la qualità complessiva dell'assistenza sarebbe destinata al livellamento verso il basso ed il sostegno alla ricerca ne uscirebbe ulteriormente indebolito. Nell'ovvio rispetto della legge 517, la Medicina Interna deve assumere nelle diverse sedi concrete iniziative affinché si fornino DAI nei quali le esigenze organizzative assistenziali si sposino con quelle connesse alla didattica, alla ricerca ed all'aggiornamento tecnologico.

Per l'allungamento della vita media, l'Internista è chiamato ad affrontare quotidianamente le situazioni di polipatologia dei pazienti anziani. D'altra parte, lo specialista Gerontologo ha sviluppato negli ultimi tempi modalità innovative di approccio a questa categoria di

pazienti in progressiva espansione. Tali modalità si possono riassumere nella cosiddetta valutazione multidimensionale del paziente fragile anziano, che si è tradotta in un miglioramento della qualità di vita e nell'allungamento della sua sopravvivenza. Dalle relazioni appassionate dei Colleghi Roberto Bernabei e Giuseppe Realdi è stata ribadita la convinzione secondo la quale, lungi dall'immaginare una posizione contrapposta tra le due discipline, soprattutto in chiave assistenziale, Gerontologia e Medicina Interna rappresentano un binomio convergente ed inscindibile, dalla cui integrazione potranno derivare notevoli vantaggi per il paziente geriatrico.

Il Presidente del CUN, Prof. Andrea Lenzi, ha chiuso le sessioni del mattino rispondendo ad alcuni quesiti di interesse generale, che gli erano stati fatti pervenire in anticipo. In questa sede mi limiterò a ricordare quanto da lui comunicato sui concorsi. Le Facoltà hanno tempo fino a novembre per richiedere (disponibilità di budget permettendo) procedimenti di valutazione comparativa secondo il vecchio sistema dei concorsi locali e con la possibilità da parte delle Commissioni di assegnare due idoneità per ciascuna cattedra messa a concorso. Il Ministro Gelmini avrebbe comunque già fatto sapere che intende in qualche modo tornare, magari con alcuni emendamenti, alla riforma Moratti e quindi al definitivo accantonamento dei concorsi locali per giungere al "listone" nazionale degli idonei, con modalità di nomina delle Commissioni ancora largamente nebulose. La posizione della Medicina Interna su questo

punto è invece molto chiara: nel massimo rispetto per l'operato e le decisioni dei componenti le Commissioni, il Collegio ha da oltre un anno elaborato ed approvato (Assemblea del Collegio dell'11 maggio 2007) i criteri minimi che i candidati dovrebbero possedere con riferimento alle attività didattica, scientifica ed assistenziale perché la loro candidatura possa avere concrete possibilità di successo, ferma restando la valutazione comparativa tra i candidati in possesso di tali requisiti minimi. Tenendo ben presenti questi capisaldi, le modalità effettive, locali o nazionali, di svolgimento dei concorsi sono per il nostro Collegio ininfluenti, a condizione che la gestione delle idoneità su scala nazionale da parte di un'unica Commissione non si traduca in un inaccettabile ritardo nella cadenza annuale dei concorsi.

Autonomia, valutazione e meritocrazia per Università e ricerca

A metà giugno il Ministro Gelmini ha sottoposto alle Commissioni di Camera e Senato le linee programmatiche che intende perseguire per dare nuovo impulso al sistema universitario ed alla ricerca nel nostro Paese. La parola d'ordine sembra essere la competitività a tutti i livelli: dal sostegno ai processi di internazionalizzazione agli incentivi per favorire il finanziamento privato alla ricerca; dall'incremento delle borse di studio per i dottorandi allo svecchiamento del corpo docente favorendo l'ingresso nell'Università delle nuove leve di docenti e ricercatori. Queste dichiarazioni d'intenti non possono che essere accolte con assoluto favore dal nostro

3

Collegio, nella speranza che alle buone intenzioni seguano concretamente i fatti. Prendiamo il problema del ricambio del corpo docente: è stato calcolato che nell'arco dei prossimi 5 anni il 47% dell'attuale corpo docente sarà posto in quiescenza. Il dato si riferisce all'intero sistema universitario italiano, ma è verosimile che una percentuale molto vicina a quella citata valga anche per la Facoltà di Medicina in generale e per il settore MED/09 in particolare. Ho qualche dubbio che tale ricambio possa associarsi ad un effettivo svecchiamento anagrafico quando si pensi che in Italia l'età media dei Professori Associati è pari a 44 anni e quella dei Ricercatori è di ben 36 anni!

Con la finalità di espanderne l'autonomia, il Ministro Gelmini intende stimolare gli Atenei a pubblicare 'online' i dati relativi agli sbocchi lavorativi e professionali dei loro studenti. Inoltre, una fetta consistente dei finanziamenti pubblici alle Università sarà collegata alla valutazione annuale della loro produzione scientifica. Su questo punto, emerge una promessa di ritorno al recente passato. Tutti ricordiamo la forte determinazione con la quale l'ex Ministro Mussi aveva annunciato la creazione dell'Agenzia Nazionale per la Valutazione dell'Università e della Ricerca (ANVUR), una struttura mastodontica, macchinosa e dagli alti costi di gestione, nella quale avrebbero dovuto svolgere il loro compito di valutatori adeguatamente retribuiti un numero indefinito di esperti esterni al mondo accademico. L'ANVUR non ha mai visto la luce, anche se non è noto se durante la gestione Mussi il Ministero avesse già avviato le

complesse procedure per la sua attivazione e se quindi fossero già state investite risorse (mi auguro proprio di no) per la realizzazione del progetto. Il Ministro Gelmini intenderebbe invece prorogare l'attività del CIVR (Comitato di Indirizzo per la Valutazione della Ricerca) che, nell'esaminare la produzione scientifica relativa al triennio 2001-2004, aveva dimostrato sul campo elevata efficienza.

Attraverso questa proroga, l'obiettivo a medio termine sarebbe quello di giungere ad un sistema integrato di valutazione, del quale entrerebbero a far parte criteri innovativi per il nostro Paese, tra i quali la numerosità dei brevetti, la capacità di organizzare corsi universitari in lingua inglese, le percentuali di occupazione dei laureati provenienti dalle singole sedi universitarie, l'attrattività nei confronti di finanziamenti acquisiti attraverso bandi europei e/o da istituzioni private. Se è vero che l'Italia investe nella ricerca solo l'1,09% del prodotto interno lordo (rispetto al 2,26% della media OCSE: *Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico*), è anche vero che l'aumento dei finanziamenti, in particolare a favore delle Università che si trovino in condizioni di sofferenza finanziaria, deve essere vincolato ad una gestione rigidamente responsabile della spesa. Da questo punto di vista, il pensiero corre anzitutto alla necessità di un drastico ridimensionamento, rispetto alla forsennata numerosità iniziale, dei corsi di laurea triennali alla cui crescita "neoplastica" le Facoltà di Medicina hanno purtroppo dato un non trascurabile contributo.

Il programma del Ministro Gelmini sembra dunque incentrato sul binomio competitività-meritocrazia, accattivante da enunciare ma molto più difficile da realizzare: in un Paese come il nostro in cui, all'insegna della tanto sbandierata autonomia, la voce largamente preponderante dei costi di ciascuna Università è costituita dalla spesa fissa per il personale docente e tecnico-amministrativo, quanto spazio e quanta determinazione rimangono per reperire le risorse da investire nella ricerca? C'è davvero la volontà e la possibilità di modulare gli stipendi in base alla valutazione obbiettiva della produttività e quindi, di riflesso, di incentivare il reclutamento dei migliori ricercatori? Fino a che punto si vorrà prendere atto (ferma restando la più rigorosa salvaguardia, mediante incentivi di vario genere, dei giovani appartenenti a famiglie economicamente disagiate) che in un mondo globalizzato come l'attuale l'entità delle tasse universitarie non può prescindere dai costi effettivi? Staremo non soltanto a vedere, ma anche ad agire perché gli Internisti, in quanto componente non secondaria del sistema universitario, dovranno anch'essi fare la loro parte, nella consapevolezza che l'ampliamento e la qualità dell'istruzione superiore rappresentano un fattore nevralgico di sviluppo per il nostro Paese. LasciandoVi con queste riflessioni e nel rinnovarVi l'invito più cordiale a non farci mancare il Vostro contributo di suggerimenti e critiche costruttive, auguro a tutti una serena vacanza estiva.

Franco Dammacco

I Dipartimenti ad attività integrata, realtà e prospettive

Almerico Novarini

4

Negli ultimi anni sempre crescente è stata l'attenzione istituzionale e mediatica sull'importanza e la centralità della collaborazione ed integrazione fra SSN e Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il D.L.vo 517/99 ha previsto un percorso teso a favorire una sinergia tra le due componenti rimuovendo contrasti e conflitti alla base del vissuto di "convivenza coatta", portando alla istituzione della Azienda Ospedaliero - Universitaria (AOU) per migliorare lo stato di salute della collettività; per concorrere alla promozione della ricerca biomedica e sanitaria; per programmare l'attività didattica e formativa; per ottimizzare le risorse.

Ad oggi, le AOU sono 48: 9 ex Policlinici; 4 IRCCS; 35 ex AO (2004, *Rapporto OASI - 2007*) (esclusi: presidi ASL; IRCCS di diritto privato; 2 policlinici di diritto privato; case di cura accreditate) con un diverso posizionamento rispetto ad Attività didattica, Ricerca, Assistenza:

	IRCCS	AO	Policlinici
Ricerca	0.30	0.18	0.23
Didattica	0.06	0.11	0.20
Assistenza	1.60	1.45	1.23

Del tutto schematicamente, quasi in un indice analitico con affermazioni apodittiche poco commentate per motivi di spazio editoriale, vengono riportate le problematiche connesse alla organizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), che il legislatore ha individuato come ambito principale di tale integrazione ("universitarizzazione" degli ospedalieri e "ospedalizzazione" degli universitari?) così come emergono dagli atti aziendali consultabili al 2007: 13 (4 ex Policlinici; 1 IRCCS; 8 Ex AO).

Il DAI (costruito attraverso una leale collaborazione d'intesa con il

Rettore DPCM 24/05/2001 - art. 4 comma 6, 7 e art. 6) è un modello ordinario di gestione per assicurare l'esercizio integrato di assistenza, didattica, ricerca con statuizione pattizia a livello regionale, il quale presenta coerenza fra attività assistenziale e SSD ed aggrega strutture complesse, semplici, programmi infra - inter - dipartimentali, ambulatori, etc.

Ha un Direttore, che è nominato dal Direttore Generale, d'intesa con il Magnifico Rettore, scelto fra i responsabili delle strutture complesse e che presiede gli organi di gestione (Giunta e Consiglio).

Per ogni DAI è prevista una *mission*: garantire la produzione di prestazioni e servizi centrati sui bisogni della popolazione di riferimento; fornire strumenti di governo clinico ed organizzativo alle strutture afferenti; operare per l'appropriatezza delle prestazioni erogate affinché metodi, valutazioni, percorsi e terapie siano equiparabili pur nella diversità delle strutture

eroganti; gestire in modo unitario e appropriato il *budget* assegnato, il personale, gli spazi e le attrezzature attraverso il coordinamento delle diverse articolazioni che lo compongono; garantire agli utenti il diritto all'informazione e alla tutela della *privacy*; garantire all'utenza adeguati livelli di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Inoltre, coerentemente con gli indirizzi definiti dall'AOU (consultazione e parere obbligatorio del Magnifico Rettore) ed dalla *mission*, il DAI deve proporre una *vision* e *obiettivi generali* riconducibili ad alcune macroaree: imple-

mentazione dell'appropriatezza, potenziamento dell'integrazione; continuità dell'assistenza; miglioramento e razionalizzazione delle condizioni di accesso; miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; sviluppo e valorizzazione delle risorse umane, anche per impegni formativi e di ricerca.

I principali **problemi** ad oggi emersi sono:

- adempimento dei doveri assistenziali: il personale universitario risponde al DG;
- dotazione organica: debito orario valutato al 50% di quello del SSN ;
- modalità di partecipazione del personale ospedaliero alla didattica pre - post laurea e suo formale riconoscimento;
- quantificazione preventiva degli obiettivi assistenziali (*budget*);
- percorso formativo degli specializzandi con inserimento nell'attività del DAI (D.M. 176/05);
- programmazione ruoli e risorse: libera la Facoltà di Medicina, considerando le ricadute assistenziali attraverso un confronto per l'integrazione nell'AOU (Commissione Paritetica, designata d'intesa con il Rettore);
- coordinamento strategico: far convergere interessi ed aspettative di soggetti distinti (Università - SSN);
- evitare che nell'integrazione tra le tre funzioni sia perdente inequivocabilmente la ricerca;
- gestione assistenziale (infermieri, OSA, OSS, etc.) coordinata da direzione non medica.

Sono presenti **difficoltà organizzative e di gestione** legate a:

- persistenza dei Dipartimenti Universitari e appartenenza a Dipartimenti Universitari diversi;
- stati giuridici diversi del personale (possibili conflittualità)
- collaborazione e programmazione concertata degli obiettivi e

5

delle risorse per responsabilizzare i Dirigenti su risultati condivisi;

- carenza di personale docente per formazione di diplomandi, laureandi, specializzandi riconsiderando mix quali - quantitativo di docenza con apporto di personale ospedaliero (legge 502/92);
- difesa di autonomia e separatezza delle due componenti;
- difficoltà, risorse e personale per ricerca clinica avanzata;
- diverso trattamento economico nuovi ricercatori (dopo 2000) verso ospedalieri.

Con coraggio, con pazienza, con creatività molte sono le **prospettive**:

- impegno crescente per la formazione e il funzionamento dei Corsi di Laurea e Post Laurea;
- collaborazione per i Corsi di

Laurea delle professioni sanitarie;

- supporto per lo svolgimento dei Corsi di specializzazione (posti letto, Day Hospital, etc.);
- valorizzazione dei professionisti, non esclusivamente sull'assistenza, ma anche su didattica e ricerca;
- sviluppo professionale e tecnologico con adeguamento delle competenze alle evoluzioni scientifiche;
- programmazione e pianificazione delle attività e dei piani organizzativi secondo criteri di gestione omogenei, efficienti ed efficaci;
- collaborazione competitiva, ma costruttiva, per migliorare la qualità di assistenza, ricerca e formazione con capacità propositiva, con volontà di innovazione e con spirito di iniziativa.
- valutazione periodica delle *performance* di ricerca, insegnamento e

assistenza (cosa valutare? e come valutare?);

- costruzione di sistemi interni di condivisione di conoscenze, etc.

In conclusione, i DAI sono una realtà molto innovativa, che va costruita e vissuta come una grande sfida da vincere, nella convinzione che l'integrazione tra la Facoltà di Medicina e il SSN nella didattica, ricerca e assistenza sia un grande servizio alla società civile per migliorare la tutela della salute e la qualità della vita attraverso la formazione di operatori sanitari di alto profilo umano e professionale, pur riaffermando che la Facoltà resti collocata nell'ambito dell'Università e che tutte le lauree delle professioni sanitarie siano di competenza della Facoltà di Medicina.



La Geriatria e la Medicina Interna

Gianfranco Salvioli

6

I rapporti fra Geriatria e Medicina Interna sono stati recentemente trattati dai Proff. Bernabei e Realdi in occasione del 4° Congresso Nazionale COLMED/09 (Roma, 6 giugno 2008): di comune accordo è stato identificato il "nuovo malato" (il paziente moderno) con malattie croniche, complesso, fragile e/o disabile, a volte critico e complesso, con problemi che dovrebbero essere riconosciuti con l'attribuzione di un codice geriatrico specifico da assegnare già al pronto soccorso; si è parlato ancora prevalentemente dell'anziano all'ospedale.

L'anziano invecchia lentamente, a meno che una o più malattie non ne accentuino la declinante traiettoria funzionale (fragilità) portandolo anticipatamente alla disabilità (IADL e ADL) con la quale convive per un tempo variabile (*disability adjusted life years*).

Questo vecchio quasi sempre vive a casa sua; ha il Medico di famiglia come riferimento che dovrebbe attivare tempestivamente provvedimenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi: sul territorio l'assistenza medica ed infermieristica hanno punti di debolezza testimoniati dalla diffusa necessità di attivare l'assistenza privata (badanti).

I Docenti MED/09 non hanno mai prestato attenzioni didattico-formative al vecchio "comune" che sta a casa in attesa della malattia e della disabilità: è stata così attuata la medicina

d'attesa. L'insegnamento gravoso ed importante delle cure primarie è stato purtroppo delegato al Medico di famiglia; questa specifica didattica MED/09 (Medicina generale) non ha, per ora, precise e credibili sembianze scientifico-culturali, soprattutto per quanto riguarda la geriatria territoriale, persistentemente lontana da quella ospedaliera anche se con tanta retorica si parla di continuità delle cure (si pensi alle difficoltà che quotidianamente si incontrano per dimettere i pazienti anziani). Qualcosa deve cambiare anche a livello didattico-formativo: l'approccio preventivo alle malattie croniche, la valutazione multidimensionale geriatrica anche come *screening* e le procedure curativo-assistenziali basate sui bisogni del paziente anziano sono per ora parole che si ripetono ogni anno, ma senza precise deci-

sioni a livello dei corsi di laurea. Il metodo clinico ippocratico basato sulle ipotesi diagnostiche deve essere integrato con la metodologia geriatrica da applicare in particolare nella *long-term care* (i letti nelle strutture per anziani sono più numerosi di quelli ospedalieri!). Non sono note le procedure utilizzate per assistere gli ospiti-pazienti nelle RSA: non si sa nulla neppure delle caratteristiche degli ospiti. Mi auguro che i contenuti dei LEA (livelli essenziali di assistenza - si veda il sito del Ministero della Salute) recentemente rivisti comportino un atteggiamento conseguente nella distribuzione dei CFU nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia ed in Infermieristica; il maggior impegno didattico nelle procedure necessarie a queste nuove esigenze deve essere affidato a Docenti MED/09 realizzan-

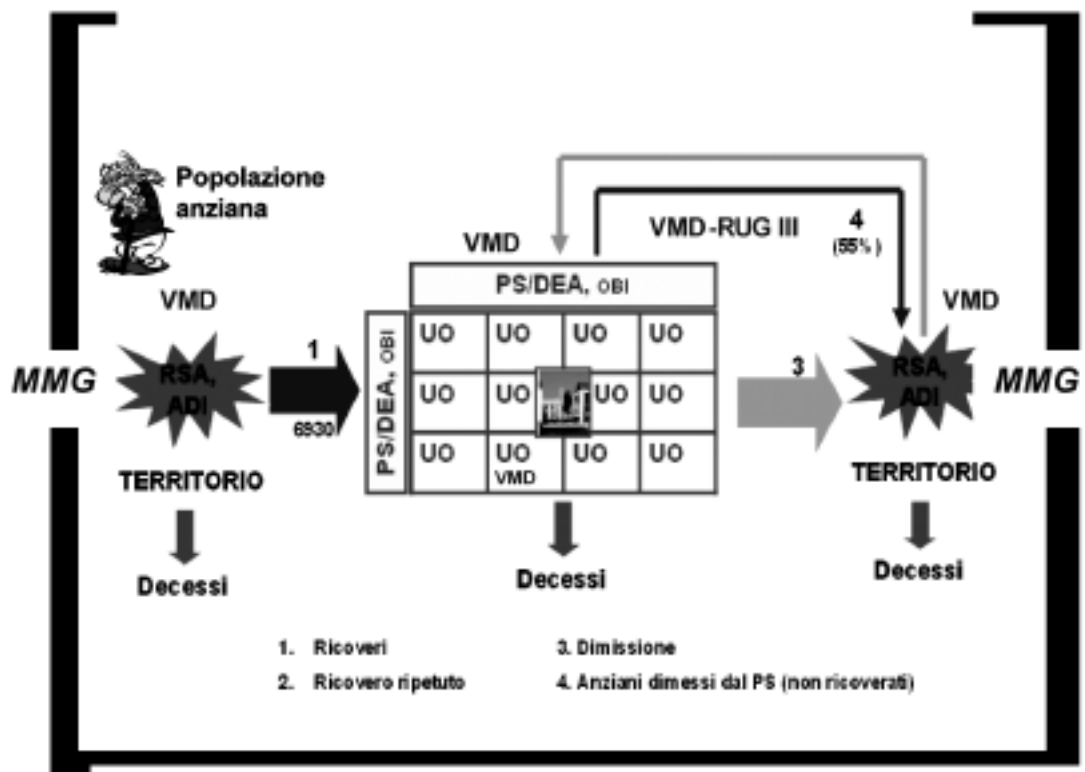


Fig. 1 - Movimenti dei pazienti anziani all'Ospedale NOCSAE di Modena.

7

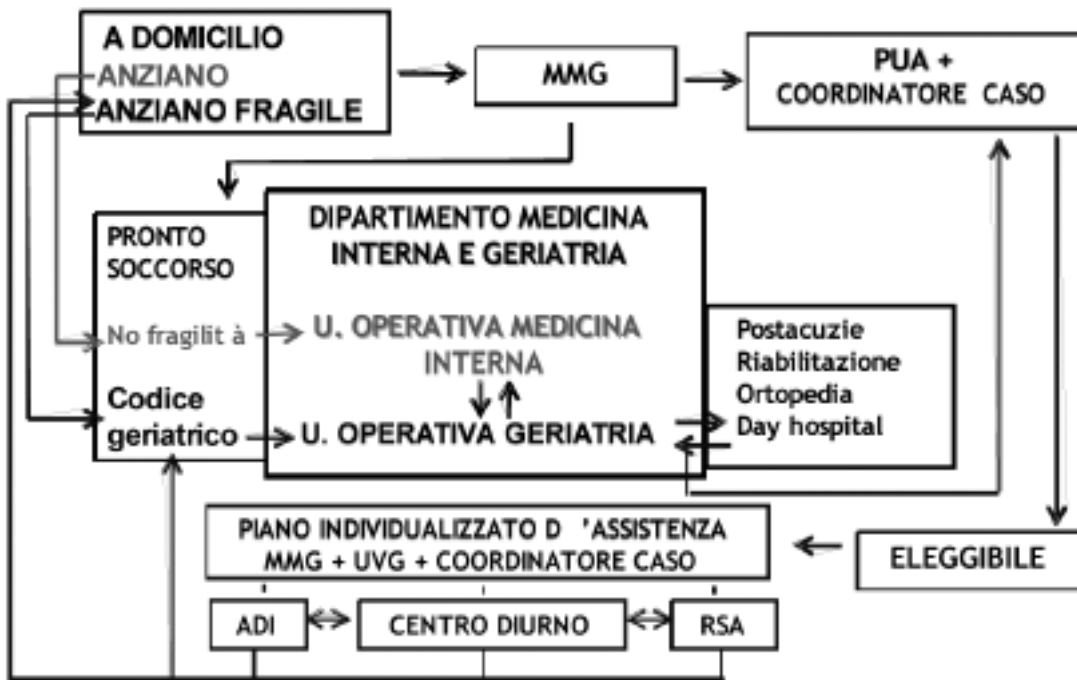


Fig. 2 - Schema operativo centrato sull'Ospedale e sul Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria comprendente le UO di Medicina Interna e di Geriatria.

do programmi formativi precisi ed uniformi, basati sulla pratica clinica geriatrica; i contenuti delle UDE (unità didattiche elementari) non sembrano per ora soddisfare le esigenze sopra ricordate anche perché si attribuisce capacità didattica e formativa in modo indiscriminato. Le discipline afferenti al SSD MED/09 sono veramente tante: difficile pensare che il Docente di medicina dello sport possa addestrare i discenti nella pratica geriatrica.

La prima figura (Fig. 1) fa riferimento ai "movimenti" dei pazienti anziani all'ospedale NOCSAE di Modena (ma il "modello" può essere applicato agli altri ospedali sedi di formazione universitaria) dove è attivo un DEA di II livello (ospedaliero nonostante che la Medicina d'Urgenza sia disciplina del SSD MED/09); questo Dipartimento ha un ruolo crescente anche nella

gestione complessiva dei pazienti anziani di Modena (ma penso anche di altre città). Il *Triage* del paziente anziano fu argomento discusso durante il Congresso SIGG 2007 (il testo è pubblicato sul *Giornale di Gerontologia*): furono evidenziate le debolezze della procedura che consente un approccio solo aspecifico al paziente anziano; questo nel 55% dei casi ritorna a domicilio senza alcuna considerazione per la sua eventuale disabilità fisica o mentale, in quanto il *Triage* non prevede alcuna valutazione in questo senso. Lo schema riportato dà ampio spazio al territorio dove vive la maggioranza dei vecchi e dove opera il medico di medicina generale (MMG), quasi sempre responsabile anche delle attività sanitarie delle strutture per anziani (circa 220.000 letti in Italia) così come della prevenzione delle malattie croniche. Nell'incontro della SIGG

Prof. Giuseppe Realdi (Medicina Interna), un articolato schema operativo centrato sull'Ospedale e sul Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria comprendente le UO di Medicina Interna e di Geriatria; anche qui la parte qualificante dell'attività geriatrica sembra essere il Pronto Soccorso che dovrebbe definire la presenza di fragilità ed attribuire il codice geriatrico. Purtroppo il Pronto Soccorso è sede didattica geriatrica di incerta qualità (si leggano i referti di ricovero). L'attività territoriale quantitativamente prevalente nelle cure geriatriche è ancora distaccata dalle attività ospedaliere, anche se oggetto di crescenti attenzioni di ricerca clinica applicata e di organizzazione sanitaria.

Il Dipartimento (di Medicina Interna e Geriatria) dovrebbe per essere funzionale ed efficiente e coinvolgere anche il cosiddetto territorio, ma nello schema non

del 2007 fu raccomandata l'utilizzazione, in tutti i luoghi di cura, della valutazione multidimensionale geriatrica (VMD), strumento da utilizzare diffusamente perché di pertinenza dei Medici e degli Infermieri.

Nel secondo schema (Fig. 2, dal Bollettino della SIGG) il Prof. Roberto Bernabei (Presidente della SIGG e componente della Giunta del COLMED/09) propone, d'accordo con il

sembra sia previsto.

In alcune sedi si è tentata l'istituzione del Dipartimento di Geriatria (o di Medicina dell'Invecchiamento) che, coinvolgendo anche territorio e competenze riabilitative, consente non solo le necessarie cure continue e coordinate, ma anche la realizzazione appropriata del *curriculum* formativo della scuola di specializzazione in Geriatria; il Dipartimento di Geriatria esiste in molti paesi dove ha punti di contatto operativi e culturali con le cure primarie.

Sarebbe veramente opportuno applicare alla realtà proposta negli schemi la "due diligence" (dovuta diligenza), processo investigativo che analizza valore e condizioni di un'azienda in previsione di investimenti strutturali: i punti di maggior debolezza del sistema descritto nelle figure non sono certamente individuabili nell'ambito ospedaliero, soprattutto per la formazione e la didattica medica universitaria; il ruolo della Medicina territoriale è fondamentale per assicurare l'effettiva continuità delle cure e le misure preventive necessarie per ridurre rispettivamente i ricoveri ospedalieri e la gravità della disabilità. Purtroppo le cure territoriali sono soltanto un'appendice nei curricula dei corsi di laurea sia medici che infermieristici.

La condivisione delle attività

ricordate nelle figure comporta profondi mutamenti nel *curriculum* formativo del corso di laurea di Medicina e Chirurgia; di questo il COLMED/09 e le società scientifiche coinvolte dovrebbero discutere ed intervenire attivamente.

Anche l'operatività ospedaliera deve migliorare: ricordo per esempio che la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), così come il referto di ricovero del pronto soccorso non riportano alcun dato sullo stato funzionale del paziente - la compilazione delle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) e delle *Activities of Daily Living* (ADL) è compito dell'infermiere: non si capisce perché non si solleciti nelle sedi opportune la correzione di tale grave omissione

La raccomandazione è che la valutazione multidimensionale geriatrica sia insegnata in tutti i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia ed Infermieristica e poi sia effettivamente utilizzata correttamente in tutti i *setting* di cura geriatrici; tutte le discipline che afferiscono al MED/09 dovrebbero condividere questa esigenza.

Il recente OECD *Health Working paper* No. 30 "Improved Health System Performance Through Better Care Coordination" può aiutare a comprendere meglio le esigenze della sanità a livello europeo: la medicina accademica

non può ignorarle. Si faccia riferimento anche a JAMA 2008; 299: 2611 dove è riportato il *warning* dell'Institute of Medicine (IOM) riguardante i problemi del sistema sanitario causati dall'invecchiamento della popolazione: si raccomanda un numero maggiore di specialisti in geriatria, l'aumento delle competenze di base di tutti coloro che curano gli anziani e cambiamenti nell'organizzazione e nel processo delle cure geriatriche.

Infine voglio ricordare che alcune Facoltà mediche (non italiane) propongono programmi (*senior mentor*) in cui gli studenti interagiscono con i pazienti e gli anziani per constatare positivamente quanti siano i vecchi che si mantengono ancora attivi vivendo con vitalità e con successo: la Geriatria è anche questa e non vuol dire soltanto disabilità e strutture per anziani.

Lecture consigliate

- 1) Documento OECD sulle cure coordinate
- 2) <http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf>
- 3) Documento dell'American Geriatrics Society all'Institute of Medicine (IOM) riguardante i problemi della medicina per gli anziani. http://www.americangeriatrics.org/policy/workforce_study.pdf

9

A proposito dell'esame di
Medicina Interna

Maurizio Ponz de Leon

Al contrario che negli Stati Uniti (ed in alcuni Paesi Europei), nei quali l'esame mediante domande a risposta multipla è estesamente impiegato a tutti i livelli, esso è andato diffondendosi in Italia molto più di recente, sostanzialmente da quando l'adozione del "numero chiuso o programmato" per alcuni Corsi di Laurea ha indotto ad importare nel nostro sistema universitario questa modalità di selezione. Quando però si tratta dell'esame di Medicina Interna, cioè di una verifica della preparazione dello studente al termine del suo percorso formativo, il discorso diventa oggettivamente più delicato. Pur con il massimo rispetto nei confronti dei Colleghi Internisti che preferiscono i quiz o la prova pratica sul malato, personalmente ritengo che il tradizionale "esame frontale" consenta al docente, attraverso il confronto ed il dialogo diretto, di farsi un'idea più precisa della maturità raggiunta dal candidato. Avendo avuto l'occasione di confrontarmi su questo tema con il Prof. Ponz de Leon, l'ho pregato di stilare un breve articolo che riassume vantaggi e svantaggi delle diverse modalità di esame. Come è chiaramente affermato in tale articolo, l'intento è quello di suscitare un dibattito a più voci attraverso le riflessioni e le considerazioni che saremo lieti di ospitare nei prossimi numeri del Bollettino COLMED/09.

Franco Dammacco

Negli ultimi tempi noi internisti ci siamo occupati molto sia del corso di Medicina Interna che della scuola di specializzazione. La discussione ha riguardato soprattutto i contenuti dei corsi e la loro struttura, assai meno la valutazione di studenti e specializzandi. Eppure, ogni corso universitario non può prescindere da una giu-

sta, attenta ed accurata valutazione di quanto lo studente ha imparato. L'esame non è soltanto una verifica di quanto lo studente si è applicato ed è riuscito ad apprendere, ma va anche visto come il mezzo migliore per poter valutare e giudicare chi ha insegnato e cosa è stato insegnato. In altre parole, dall'andamento dell'esame - e da una sua critica valutazione - è possibile cogliere preziosi elementi su come una determinata disciplina è stata insegnata. Infine, giova ricordare che l'esame non deve limitarsi ad una verifica di dati e nozioni, ma dovrebbe poter valutare la maturità raggiunta dallo studente ed il suo grado di autonomia di analisi e giudizio. Questo vale per la Medicina Interna - l'esame che in un certo senso "abilita" alla professione medica - più che per le altre discipline del Corso di Laurea.

Da tempo gli internisti dell'Università di Modena e Reggio Emilia discutono il problema di quale sia il modo più appropriato per valutare gli studenti del Corso di Laurea, senza essere giunti ad alcuna conclusione che sia pienamente accettata e condivisa. Ritengo che possa essere utile coinvolgere in questa discussione anche tutti gli altri internisti che desiderino esprimere la loro opinione, e così dare il loro contributo. E' questo il significato della presente breve nota.

Gli esami possono esser fatti nei modi più svariati, e questo testimonia l'assoluta libertà che ogni docente ha sempre avuto nella scelta dei criteri di valutazione. Cercando di riassumere le modalità d'esame più frequenti, almeno tre "tipologie" sembrano potersi applicare alla Medicina Interna: 1. l'esame (tradizionale) di cultura generale; 2. l'esame pratico sul malato (o con cartelle

cliniche); 3. l'esame a quiz con risposte multiple o mediante tema da svolgere. Tutti e tre i tipi d'esame presentano vantaggi e svantaggi, che verranno brevemente presi in esame.

1. L'esame tradizionale di cultura generale consiste nel porre una domanda allo studente su un argomento solitamente piuttosto ampio, cioè su una patologia frequente, il più delle volte vista dall'esaminando durante l'internato. Da una domanda come "Il Diabete" o "La Cirrosi Epatica", il buon esaminatore riesce facilmente a farsi un'idea del grado di preparazione generale dello studente. L'esame tradizionale ha il vantaggio di una relativa semplicità (per chi esamina e per chi viene esaminato) e di non richiedere alcun materiale preparatorio (non servono cartelle, pazienti o quiz). Il principale svantaggio è di non riuscire a valutare le capacità cliniche dello studente, cioè la sua maturità nell'impostare un procedimento diagnostico e terapeutico partendo da dati clinici ed anamnestici.

2. L'esame pratico sul malato (o sulle cartelle) richiede un minimo di preparazione, in particolare la scelta del paziente adatto. L'esaminatore chiede di solito allo studente di leggere l'anamnesi e di farsi un'idea delle ragioni del ricovero; l'esame quindi procede con l'impostazione diagnostica e le principali scelte terapeutiche. A completamento della valutazione, può esser richiesto allo studente di eseguire un esame obiettivo. Il principale vantaggio dell'esame sul paziente sta proprio nella possibilità di valutare la maturità raggiunta dallo studente "sul campo", cioè la sua capacità di discernimento clinico e critico. Un problema può essere quello della poca obiettività, giacché non tutti i casi

clinici sono uguali, ed alcuni studenti potrebbero considerarsi svantaggiati dal vedersi assegnati casi clinici particolarmente complessi, o pazienti poco collaboranti. Da qui la necessità di un'attenta fase preparatoria.

3. L'esame scritto a quiz è quello più comune nei paesi anglosassoni, e consiste nel sottoporre al candidato una serie di domande scritte con 3 o 4 possibili risposte, una delle quali (di solito) è quella giusta. Per valutare accuratamente un candidato le domande devono essere necessariamente numerose (direi non meno di 50) ed il tempo lasciato a disposizione adeguato (almeno 2 ore per 50 domande). La valutazione a quel punto diventa automatica (chi risponde in modo corretto all'80 o 90% delle domande passa l'esame, gli altri sono invitati a ripresentarsi), e l'interazione fra Docente e Discente ridotta al minimo.

Il principale vantaggio di tale esame è la sua obbiettività: domande uguali per tutti e quindi nessuna

possibilità di arbitrio o discriminazione per qualsivoglia motivo. Lo svantaggio maggiore è la scarsa adeguatezza nel valutare il grado di maturità dello studente, principalmente le sue capacità di affrontare e gestire un caso clinico.

Restando in tema di esame scritto, un'alternativa ai quiz è rappresentata dallo svolgimento di 2-3 temi scelti dal docente ed uguali per tutti gli studenti. Questi dovranno semplicemente svolgere un tema su un determinato argomento, cercando di esser concisi, accurati ed aggiornati. Rispetto ai quiz tale esame ha il vantaggio di poter essere commentato in una fase successiva, in modo tale che lo studente abbia la possibilità di spiegare il perché delle sue affermazioni.

L'esame quindi può prevedere una fase orale di interazione fra docente e studente. Il principale problema con tale esame è di dover essere costretti a leggere elaborati talora lunghi e scritti con calligrafie difficili da interpretare. Se non completato da una parte

orale (che, necessariamente, allunga i tempi) v'è il rischio di non riuscire a valutare in modo appropriato la maturità dello studente.

Naturalmente più tipi di esame possono essere tra loro associati, in modo tale da renderli più completi, e quindi adatti a valutare sempre meglio lo studente, le sue conoscenze ed il suo grado di maturità. Il rischio è però che l'esame diventi una procedura troppo lunga e "stressante", sia per il docente che per lo studente. L'Università italiana è spesso accusata (non so se a torto o a ragione) di essere diventata un "esamificio".

Tale affermazione - frequente sui mass media - dipende soprattutto dalla proliferazione dei corsi di laurea e dall'aumento degli studenti.

Questi però non sono fatti negativi, perché il numero dei laureati italiani resta al di sotto della media europea comunitaria.

In conclusione, aprire una discussione ed un dibattito sull'esame di Medicina Interna mi sembra utile e costruttivo, non solo come esercizio mentale, ma soprattutto per il buon funzionamento delle nostre Università.



Revisione della letteratura internazionale dedicata alla Medicina Interna

di Roberto Manfredini

Anche a livello del tessuto adiposo viscerale l'angiotensina II gioca un ruolo di stimolatore, mentre il peptide natriuretico atriale ha azione inibitoria.

I risultati di questo studio mostrano come la battaglia fra angiotensina II da una parte e peptide natriuretico atriale dall'altro si combatta anche a livello del tessuto adiposo viscerale. Gli effetti stimolatori di Ang II e quelli inibitori di ANP potrebbero avere un ruolo importante nell'ambito delle conseguenze cardiovascolari associate all'obesità viscerale.

Titolo originale

Angiotensin II stimulates and atrial natriuretic peptide inhibits human visceral adipocyte growth.

Sarzani R, Marcucci P, Salvi F, Bordicchia M, Espinosa E, Mucci L, Lorenzetti B, Minardi D, Muzzonigro G, Dessi-Fulgheri P, Rappelli A.

Int J Obes (Lond) 2008; 32: 259-67. Department of Internal Medicine, University of Ancona-'Politecnica delle Marche', Ancona, Italy. r.sarzani@univpm.it

Obiettivi. Peptidi cardiovascolari quali angiotensina II (Ang II) e peptide natriuretico atriale (ANP) posseggono effetti metabolici nei confronti del tessuto adiposo. Questi peptidi potrebbero anche regolare la proliferazione adipocitaria e l'espansione del tessuto adiposo viscerale (VAT). Colture primarie ben differenziate e stabilizzate di adipociti umani viscerali maturi (MA) e preadipociti differenziati in vitro (DPA) sono stati usati come modello di studio della espansione del VAT. **Metodi.** La differenziazione degli adipociti è stata valutata attraverso colorazione Oil Red O e anticorpi antiperilipina. MA e DPA provenienti da depositi intra- e retro-peritoneali veniva trattato con dosi crescenti di Ang II (con o senza valsartan, antagonista AT1 altamente selettivo, competitivo, privo di attività agonista nei confronti del recettore peroxisome proliferator-activated gamma-PPAR γ) o concentrazioni di ANP. Conta cellulare e incorporazione di bromodesossitridina sono stati usati per valutare la prolifera-

zione. L'apoptosi veniva valutata con colorazione Hoechst 33342. Sono stati usati 8-Bromo guanosina monofosfato ciclico (8Br-cGMP) per studiare gli effetti di ANP, e la real-time PCR per valutare Ang II e l'espressione dei recettori per ANP. **Risultati.** La proliferazione cellulare era progressivamente stimolata dall'incremento delle concentrazioni di Ang II (a partire da 10-11 M) e inibita da ANP (già a 10-13 M) sia in MA che DPA. La co-incubazione con concentrazioni crescenti di Ang II e valsartan mostrava come gli effetti dell'Ang fossero AT1-mediati. Infatti i recettori AT2 non erano espressi. Valsartan da solo dava una lieve inibizione della proliferazione basale, indicando un effetto autocrino/paracrina growth factor-like della Ang II endogena, adipocito-derivata. Gli esperimenti con 8Br-cGMP indicavano che gli effetti di ANP erano mediati dal recettore guanilil ciclasasi tipo A.

Conclusioni. Un modello di coltura cellulare per studiare la crescita di VAT ha mostrato stimolazione ad opera di Ang II e inibizione ad opera di ANP a concentrazioni fisiologiche. Dato che è probabile che effetti simili si verifichino in vivo, Ang II e ANP potrebbero essere modulatori importanti della espansione di VAT e delle conseguenze metaboliche e cardiovascolari associate.

La condizione di iperlipidemia familiare si associa ad una condizione infiammatoria indipendentemente dalla condizione di sindrome metabolica.

I risultati di questo studio mostrano come la condizione di iperlipidemia famigliare si associ ad una condizione infiammatoria indipendentemente dalla condizione di sindrome metabolica, ed il tumor necrosis factor-alfa sia il marker predittivo più significativo.

Titolo originale

Tumor necrosis factor-alpha is a marker of familial combined hyperlipidemia, independently of metabolic syndrome.

Pauciullo P, Gentile M, Marotta G,

Baiano A, Ubaldi S, Jossa F, Iannuzzo G, Faccenda F, Panico S, Rubba P.

Metabolism 2008; 57: 563-8.

Department of Clinical and Experimental Medicine, University "Federico II" Medical School, 80131 Naples, Italy.

Non è chiaro se esista una associazione fra iperlipidemia familiare combinata (FCHL) e markers infiammatori, indipendentemente da età, sesso, peso corporeo, insulino-resistenza e sindrome metabolica. Le concentrazioni seriche di soluble vascular cell adhesion molecule-1 (sVCAM-1), monocyte chemoattractant protein 1, interleuchina 6, tumor necrosis factor-alpha (TNF-alfa), e pCR ad alta sensibilità sono stati determinati in 135 probandi con FCHL e in 146 soggetti sani normolipidemic, normotesi, normoglicemici. L'insulino-resistenza è stata valutata con l'uso dell'homeostasis model assessment (HOMA). Tutti i parametri infiammatori, con l'eccezione di interleuchina 6, sono risultati significativamente più elevati in FCHL rispetto alle mediane o al confronto fra medie. Dopo aggiustamento per età, sesso, BMI e HOMA, solo il TNF-alfa si manteneva come fattore indipendente dello status di FCHL con regressione logistica binaria (odds ratio [OR], 1.19; 95% CI, 1.07-1.31; P = .001). In particolare, elevati livelli di TNF-alfa (sopra il 90° e 95° percentile del valore osservato nel gruppo di controllo, 9.6 e 9.8 pg/mL, rispettivamente) erano predittori indipendenti dello status di FCHL: per TNF-alfa sopra il 90° percentile, OR era 7.91 (95% CI, 3.27-19.13; P < .001), e per TNF-alfa sopra il 95° percentile, OR era 13.08 (95% CI, 4.60-37.15; P < .0001). Il ruolo indipendente di TNF-alfa come predittore di status di FCHL veniva confermato dopo aggiustamento per i componenti della sindrome metabolica (P = .007 e P = .003, per valori di TNF-alfa sopra il 90° e 95° percentile, rispettivamente).

In conclusione, tra i markers infiammatori più comunemente misurati, solo il TNF-alfa è risultato essere

associato con FCHL indipendentemente da età, sesso, BMI, e HOMA. L'associazione di TNF-alfa con FCHL era anche indipendente dalla sindrome metabolica.

L'attività neoangiogenetica dei macrofagi midollari rappresenta un fattore importante nella progressione del mieloma multiplo.

I risultati di questo studio mostrano come i macrofagi midollari siano in grado di contribuire alla progressione del mieloma multiplo grazie ad una attività neoangiogenetica a tipo mimetismo vasculogenetico.

Potenzialmente, quindi, tali macrofagi potrebbero rappresentare un bersaglio per una terapia antiangiogenetica.

Titolo originale

Vasculogenic mimicry by bone marrow macrophages in patients with multiple myeloma.

Scavelli C, Nico B, Cirulli T, Ria R, Di Pietro G, Mangieri D, Bagicalupo A, Mangialardi G, Coluccia AM, Caravita T, Molica S, Ribatti D, Dammacco F, Vacca A.

Oncogene 2008; 27: 663-74.

Department of Internal Medicine and Clinical Oncology, University of Bari Medical School, Bari, Italy.

I macrofagi di provenienza dal midollo osseo di pazienti con mieloma multiplo (MM) sia attivo che inattivo, gammopatia monoclonale di significato incerto (MGUS) e anemia benigna (come controlli) sono stati stimolati per 7 giorni con vascular endothelial growth factor (VEGF) e basic fibroblast growth factor (bFGF), e quindi analizzati per l'espressione di marcatori per cellule endoteliali (EC) per mezzo di reverse transcription (RT)-PCR, real-time RT-PCR, western blot e immunofluorescenza. La loro capacità vasculogenica è stata studiata in vitro in un campione Matrigel e in vivo su biopsie midollari con doppia immunofluorescenza e microscopia confocale laser. I macrofagi di MM attivo esposti a VEGF e bFGF acquisivano marcatori EC e formavano strutture simil-capillari simili

alle ECs midollari (multiple myeloma patient-derived endothelial cells, MMECs), con una risposta maggiore dei macrofagi di MM inattivo, MGUS o controlli. Le biopsie midollari di MM attivo mostravano vasi 'a mosaico' formati da MMECs, macrofagi EC-simili e macrofagi stessi. Queste figure risultavano essere rare nel MM inattivo e assenti nella MGUS o nei controlli. Questi dati indicano che, nel MM attivo, i macrofagi contribuiscono a costruire neovasi attraverso un mimetismo vasculogenetico, e questa capacità procede parallelamente alla progressione del tumore plasmacellulare. I macrofagi potrebbero quindi essere un bersaglio per il trattamento antivascolare del MM.

La caffeina è in grado di interferire con la sintesi endogena di NO.

Il noto miglioramento della performance fisica dopo caffeina potrebbe essere dovuto alla capacità della caffeina stessa di interferire con la sintesi endogena miocardica di NO.

Titolo originale

Effects of acute caffeine administration on NOS and Bax/Bcl2 expression in the myocardium of rat.

Corsetti G, Pasini E, Assanelli D, Bianchi R.

Pharmacol Res 2008; 57: 19-25.

Division of Human Anatomy, Department of Biomedical Sciences and Biotechnology, University of Brescia, Viale Europa 11, 25124 Brescia, Italy.

La caffeina rappresenta il farmaco neuroattivo più frequentemente ingerito al mondo ed è largamente usato per ritardare la fatica e migliorare l'attività fisica. La caffeina può modulare la sintesi di NO nelle cellule e può influenzare la funzione muscolare attraverso la modificazione del ciclo cellulare vita-morte. Vi sono pochi dati relativamente alla relazione fra caffeina a livello cardiaco, espressione di NOS e apoptosi, e nessuno riguardo l'effetto acuto di alte dosi di caffeina nel miocardio vivo. Abbiamo allora studiato l'espressione emodinamica di NOS

e Bax/Bcl2 nel miocardio di ratto dopo somministrazione singola di caffeina. 32 maschi sono stati suddivisi in 6 gruppi: il primo veniva sottoposto ad iniezione iv di caffeina (16mg/kg), il secondo con caffeina+l-NAME (30mg/kg), il terzo con caffeina+l-arg (0.5g/kg), il quarto con caffeina+l-NAME+l-arg, e il quinto con soluzione salina. La pressione arteriosa media (MAP) è stata monitorata per 30min, e gli animali sono stati quindi sacrificati. Il sesto gruppo veniva iniettato con caffeina e sacrificato dopo 2h. I cuori venivano isolati e sottoposti a trattamento di immunistochemical. Abbiamo trovato che la caffeina aumentava transitoriamente la MAP mentre caffeina+l-NAME la aumentava per un periodo più lungo. Nel miocardio di controllo, venivano espresse tutte le isoforme di NOS. L'isoforma Bcl2 era fortemente espressa all'interno del citoplasma perinucleare mentre Bax era assai debolmente rintracciabile nel citoplasma periferico. Negli animali trattati con caffeina e caffeina+l-NAME, l'espressione di NOS scompariva. L'espressione di Bax e Bcl2 non si modificava. La somministrazione di l-arg capovolgeva questi effetti di caffeina e l-NAME sulla espressione di NOS. Due ore dopo la somministrazione di caffeina, l'espressione di NOS aumentava e quella di Bax e Bcl2 non si modificava, anche se Bcl2 veniva maggiormente espresso nel citoplasma periferico. Possiamo concludere che la migliorata performance fisica caffeina-indotta potrebbe anche essere ricondotta alla capacità della caffeina di interferire con la sintesi endogena miocardica di NO. Inoltre, è possibile che la cellula miocardica possa giocare un efficace ruolo anti-apoptotico contro la somministrazione acuta di caffeina.

Le complicanze cardiovascolari dell'iperaldosteronismo primario vanno al di là della semplice esposizione ai valori pressori.

La condizione di iperaldosteronismo primario, dopo trattamento sia chirurgico che medico, presenta un tasso

13

di complicanze cardiovascolari che va al di là della sola responsabilità dei valori di pressione arteriosa.

Titolo originale

Cardiovascular outcomes in patients with primary aldosteronism after treatment.

Catena C, Colussi G, Nadalini E, Chiuch A, Baroselli S, Lapenna R, Sechi LA.

Arch Intern Med 2008; 168: 80-5.

Hypertension and Cardiovascular Unit, Division of Internal Medicine, Department of Experimental and Clinical Pathology and Medicine, University of Udine, Udine, Italy.

Background. Studi sperimentali su uomo hanno dimostrato che la lunga esposizione a livelli elevati di aldosterone esitano in danno cardiaco e vascolare.

Metodi. Abbiamo studiato gli outcomes cardiovascolari a lungo termine in pazienti con iperaldosteronismo primario dopo trattamento medico o chirurgico. 54 pazienti con o senza evidenza di adenoma surrenalico sono stati seguiti prospettivamente per un periodo medio di 7.4 anni dopo trattamento con surrenectomia o spironolattone. I pazienti con iperaldosteronismo primario sono stati confrontati con quelli con ipertensione essenziale e sono stati trattati fino a raggiungere livelli di pressione arteriosa di < 140/90 mm Hg. La principale misura di outcome è stato un endpoint cardiovascolare combinato comprendente infarto miocardico, stroke, tipo di procedura di rivascularizzazione sostenuta, e aritmia sostenuta.

Risultati. Alla baseline, la prevalenza di eventi cardiovascolari è risultata più elevata nell'iperaldosteronismo primario (35%) che nella ipertensione essenziale (11%) (odds ratio, 4.61; 95% CI, 2.38-8.95; $P < .001$), con odds ratios di 4.93, 4.36, e 2.80 rispettivamente per le aritmie sostenute, gli eventi cerebrovascolari, e la malattia coronarica. La pressione arteriosa nel corso del follow-up è risultata confrontabile nei gruppi con iperaldosteronismo primario e

ipertensione essenziale. 10 pazienti nel gruppo iperaldosteronismo primario e 19 in quello ipertensione essenziale hanno raggiunto l'end point primario ($P = .85$). La Cox analysis mostrava che età avanzata e più lunga durata dell'ipertensione erano fattori indipendenti associati all'endpoint cardiovascolare. L'outcome cardiovascolare era confrontabile nei pazienti con aldosteronismo trattato con surrenectomia vs antagonisti dell'aldosterone ($P = .71$).

Conclusioni. L'aldosteronismo primario è associato con un tasso di complicanze cardiovascolari sproporzionato rispetto ai livelli di pressione arteriosa che traggono beneficio sostanziale da trattamento chirurgico o medico nella lunga durata.

La possibile associazione fra aterosclerosi e tromboembolismo venoso sembra essere confermata da una associazione fra i vari fattori di rischio.

I principali fattori di rischio cardiovascolari (obesità, diabete mellito, ipertensione arteriosa, fumo, ipercolesterolemia), in questo studio di meta-analisi, sono risultati essere maggiormente associati anche nel tromboembolismo venoso, rafforzando così il recente concetto che tromboembolismo venoso e aterosclerosi non siano due entità completamente a se stanti.

Titolo originale

Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism: a meta-analysis.

Agno W, Becattini C, Brighton T, Selby R, Kamphuisen PW.

Circulation 2008; 117: 93-102.

Department of Clinical Medicine, University of Insubria, Varese, Italy. agewal@yahoo.com

Background. Il concetto che il tromboembolismo venoso (VTE) e l'aterosclerosi siano due entità del tutto distinte si è recentemente modificato visto che i pazienti con VTE presentano un maggior coinvolgimento aterosclerotico asintomatico e più eventi cardiovascolari rispetto ai

controlli. Abbiamo effettuato uno studio di meta-analisi per determinare l'associazione fra fattori di rischio cardiovascolare e VTE.

Metodi e Risultati. Sono state utilizzate le banche dati Medline e EMBASE per una ricerca mirata a identificare gli studi che avevano valutato la prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare nei pazienti con VTE e nei controlli. Gli studi sono stati selezionati utilizzando criteri definiti a priori, e ciascun studio veniva revisionato da 2 autori che riassumevano le caratteristiche dello studio, la qualità, e i risultati. Gli odds ratios o le medie ponderate e i limiti confidenziali al 95% (CIs) venivano quindi calcolati e considerati nell'insieme utilizzando un modello random-effects. La eterogeneità statistica veniva valutata grazie all'uso della statistica χ^2 e I^2 . Ventuno studi caso-controllo o di coorte con un totale di 63552 pazienti rispettavano i criteri di inclusione. Rispetto ai controlli, il rischio di VTE era 2.33 per l'obesità (95% CI, 1.68 - 3.24), 1.51 per l'ipertensione (95% CI, 1.23 - 1.85), 1.42 per il diabete mellito (95% CI, 1.12 - 1.77), 1.18 per il fumo (95% CI, 0.95 - 1.46), e 1.16 per l'ipercolesterolemia (95% CI, 0.67 - 2.02). La media ponderata dei livelli di colesterolo LDL era significativamente ridotta nei pazienti con VTE, mentre non si osservavano differenze per quanto riguarda il colesterolo totale e HDL. Era presente una significativa eterogeneità fra gli studi in tutti i sottogruppi con l'eccezione del sottogruppo diabete. Gli studi di qualità maggiore presentavano una maggiore omogeneità, e le associazioni significative rimanevano immodificate.

Conclusioni. I fattori di rischio cardiovascolare sono associati a VTE. Questa associazione è clinicamente rilevante rispetto alla modificazione individuale dei fattori di rischio e alla prevenzione primaria e secondaria di VTE. Studi prospettici dovrebbero ulteriormente approfondire i meccanismi sottostanti questa relazione.

Verbali degli Organi del Collegio

14

Giunta esecutiva del 16 aprile 2008

Il giorno 16 aprile 2008, alle ore 11.30, si è riunita a Roma, presso la sede della Società Italiana di Medicina Interna, Viale dell'Università n. 25, la Giunta del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna.

Sono presenti: Dott. P. Amodio, Prof. R. Bernabei, Prof. R. Corrocher, Prof. F. Dammacco (Presidente), Prof. A. Mezzetti, Prof. R. Pini, Prof. G.L. Rapaccini (Segretario), Prof. G. Realdi, Prof. G.B. Rini, Prof. F. Trevisani. Sono assenti giustificati il Prof. F. Patrone ed il Dott. F. C. Sasso.

Ordine del Giorno

1. Comunicazioni del Presidente
2. Approvazione del verbale relativo alla riunione di Giunta del 4 marzo 2008
3. Quarto Congresso Nazionale del Collegio (Roma, 6 giugno 2008): programma definitivo
4. Ordine del Giorno dell'Assemblea del Collegio (Roma, pomeriggio del 6 giugno 2008)
5. Discussione del documento elaborato dal Gruppo di Lavoro del Collegio, relativo al modello attuativo di tronco comune
6. Prime indicazioni sul documento: "Il percorso formativo in Medicina Interna" e ipotesi di modifiche dell'ordinamento attuale
7. Il Codice Etico di ColMed/09
8. Varie ed eventuali

1. Comunicazioni del Presidente

Il Presidente apre la seduta ricordando che la giustificazione delle assenze va inviata direttamente all'attenzione della Signora Pescetelli presso la segreteria della SIMI. Fa presente che il Prof. Patrone si è giustificato perché ha assunto la funzione di Prorettore a Genova ed ha comunicato che da ora in poi la sua presenza potrebbe essere meno assidua. Altro assente giustificato è il Dott. Sasso.

Il Presidente comunica inoltre che il Prof. Ponz de Leon, il quale gli ha anticipato la propria candidatura a Rettore dell'Ateneo di Modena, ha chiesto come venga svolto l'esame di Medicina Interna nel corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia nelle sedi universitarie italiane. Il quesito nasce dal fatto che a Modena è sorta una discussione circa la modalità più opportuna per svolgere tale esame: il Prof. Carulli sarebbe favorevole all'esame a quiz, mentre il Prof. Ponz de Leon preferirebbe l'esame frontale. Il Presidente informa che non sono note le modalità di svolgimento dell'esame di Medicina Interna presso gli atenei italiani, ma pensa che la modalità prevalente sia quella dell'esame frontale. Il Presidente comunica di aver invitato il Prof. Ponz de Leon a scrivere un articolo per il Bollettino sulle modalità di espletamento dell'esame di Medicina Interna. Ritiene che si debba chiarire se l'esame a quiz sia sola-

mente un pre-esame che fornisce crediti per l'espletamento dell'esame finale, o costituisca l'esame in toto.

Chiede ed ottiene la parola il Prof. Realdi, che dichiara di condividere l'intervento del Presidente circa le modalità di espletamento dell'esame di Medicina Interna e fa presente che il problema della valutazione fa parte della più ampia problematica del percorso formativo in Medicina Interna.

Interviene il Prof. Rapaccini, suggerendo l'opportunità che si crei un forum Internet per dibattere sulle modalità di effettuazione dello stesso esame. Il Presidente fa presente in proposito che il costo di un sito è minimo: il problema è quello della sua gestione. A tale riguardo ricorda al Prof. Rapaccini che egli stesso si era offerto di gestire un sito, anche se questo progetto non è stato finora realizzato.

Il Presidente dà poi lettura di una e-mail del Prof. Trevisani in merito alla riforma della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport. Il Prof. Trevisani, nella sua e-mail, faceva presente che fra gli insegnamenti del terzo anno di corso non ne sono stati inseriti di facenti parte del settore MED/09.

Il Prof. Trevisani interviene nuovamente, informando che si è sviluppata una polemica fra le Medicine dello Sport di Padova, Firenze e Brescia da un lato e la Federazione Medico-Sportiva Italiana (FMSI) dall'altro. Le prime vorrebbero creare una società scientifica, ma la FMSI, che aveva inizialmente concesso il patrocinio all'iniziativa, lo ha poi ritirato. Il Prof. Trevisani auspica che il COLMED/09 possa cercare di ricucire i rapporti fra le Medicine dello Sport universitarie e la FMSI, poiché quest'ultima è molto influente. Inoltre vi sono accademici, come il Prof. Pagani, che hanno un ottimo rapporto con la FMSI. Il Prof. Trevisani auspica anche che il Collegio si adoperi perché vi siano più borse di formazione specialistica per la Medicina dello Sport.

Interviene il Presidente, chiarendo che il Collegio di Medicina Interna può agire solamente su richiesta delle parti, ma non può interferire tra di esse. Suggerisce, inoltre, che i Direttori delle Scuole di Specializzazione in Medicina dello Sport mandino una lettera al Direttore Generale del MUR per fare in modo che a questa Scuola sia assegnato un maggior numero di borse di studio. Una richiesta diretta da parte del COLMED/09 potrebbe comportare una riduzione delle borse per la Medicina Interna.

2. Approvazione del verbale relativo alla riunione di Giunta del 4 marzo 2008.

Il Presidente chiede se ci sono variazioni del verbale della precedente seduta del Collegio. Il verbale viene approvato all'unanimità.

3. Quarto Congresso Nazionale del Collegio (Roma, 6 giugno 2008): programma definitivo.

4. Ordine del Giorno dell'Assemblea del Collegio (Roma, pomeriggio del 6 giugno 2008).

5. Discussione del documento elaborato dal Gruppo di Lavoro del Collegio, relativo al modello attuativo di tronco comune.

6. Prime indicazioni sul documento: "Il percorso formativo in Medicina Interna" e ipotesi di modifiche dell'ordinamento attuale.

Con riferimento al problema dei DAI misti, il Presidente chiede se qualcuno sappia in quanti Policlinici misti i DAI siano stati attivati e siano compiutamente operativi. Intervengono vari Consiglieri, informando che da circa 4 anni ve ne sono di attivi a Firenze e da poco a Bologna, mentre a Verona non ve ne è nessuno, a Padova ve ne sono due sperimentali ed a Messina nessuno.

Il Prof. Pini ritiene che il funzionamento dei DAI è condizionato dalla figura del Direttore del Dipartimento, dalla sua capacità operativa e dalla sua competenza. Ci possono essere vantaggi ad avere una struttura amministrativa decentrata e ritiene che, globalmente, l'esperienza a Firenze sia positiva.

Il Prof. Corrocher specifica che i DAI sono stati attivati specialmente nell'Italia centrale, prima delle ultime disposizioni normative. Pertanto, l'esperienza di tali DAI potrebbe non essere del tutto esportabile ai DAI di nuova istituzione.

Interviene nuovamente il Prof. Pini, esprimendo l'opinione che il rapporto fra il peso culturale e assistenziale delle componenti Universitaria e Ospedaliera gioca un ruolo rilevante sulla modalità di funzionamento dei DAI.

Il Presidente chiede chi sia disposto a censire presso le diverse Facoltà di Medicina italiane la situazione relativa ai DAI attivati. Il Prof. Realdi suggerisce di mettere in contatto il Presidente con il Prof. Terranova di Padova, che ha acquisito ampia competenza sul problema dei DAI.

Il Presidente passa ad esaminare le tematiche del Congresso. Chiede ai Proff. Realdi e Bernabei di concordare gli interventi che svolgeranno in sede congressuale. Fa inoltre presente che il primo documento sul tronco comune era insufficiente, perché mancava di un modello esemplificativo per una Università di media dimensione. Informa che il Collegio dei referenti delle Scuole di Specializzazione dell'area medica, nella persona del suo Presidente Prof. Valesini, ha proposto un suo documento che verrà illustrato durante il Congresso dallo stesso Prof. Valesini.

Interviene il Prof. Realdi, affermando che sono state e saranno necessarie diverse riunioni per chiarire il concetto di tronco comune, poiché vi sono molti punti ambigui. Sono previste tre aree: medica, chirurgica e dei servizi. In ciascuna di esse vi sarebbero più classi. Riconosciuto che il 70% dell'attività formativa deve essere professionalizzan-

te, gli aspetti cruciali da stabilire sono: 1) se il tronco comune riguardi tutta l'area medica; 2) quali siano gli obiettivi formativi. Su 81 crediti del tronco comune, 16 sono per l'attività frontale. In tale ambito auspica venga ribadita l'importanza del metodo clinico. L'attività professionalizzante nel secondo semestre del primo anno dovrebbe ammontare a 30 crediti, mentre nel secondo, terzo, quarto e quinto anno dovrebbe essere di 56 crediti per anno. Egli auspica un'attività prevalentemente ambulatoriale, strumentale e orientata alla fisiopatologia e alla diagnostica. Fa presente che l'impostazione data dal Prof. Valesini sembra essere diversa.

Il Presidente afferma che non vi è un tronco comune limitato alle discipline afferenti al Med/09. Ritiene importante che gli specializzandi in Medicina Interna possano accedere alle varie strutture specialistiche, mentre non è preoccupato del fatto che specializzandi di altre discipline frequentino la Medicina Interna.

Il Prof. Pini fa presente che il fatto che nella legge vi sia un tronco comune per classe, fa pensare che non vi sia un tronco comune unico valido per più classi.

Il Prof. Corrocher esprime riserve sul tronco comune ritenendo che esso comporti problemi organizzativi. A suo avviso, sarebbe più importante che siano dichiarati gli obiettivi didattici nello statuto di ogni Scuola di specializzazione. La cosa più semplice sarebbe fare due anni di Medicina Interna per tutte le specialità.

Il Prof. Realdi informa che la presenza di tabelle indicanti le attività professionalizzanti possono raggiungere l'obiettivo di evitare un'eccessiva frammentazione.

Il Prof. Dammacco rimarca che si debba evitare il rischio di un'opposizione aprioristica al tronco comune, perché un sistema, ancorché imperfetto, è meglio del nulla.

Il Presidente chiede quindi se vi siano proposte di variazione o di integrazione all'Ordine del Giorno dell'Assemblea, già inviato per email a tutti i componenti della Giunta.

Il Prof. Realdi ricorda che l'ordinamento didattico attuale ripropone la successione di elementi non ben articolati, propria dell'ordinamento precedente. Sono previsti corsi di laurea di 80 studenti. Sta emergendo la necessità che l'insegnamento di Medicina Interna sia articolato in Fisiologia e Fisiopatologia Medica, Metodologia Clinica e Medicina Interna. Ritiene importante che in ogni Ateneo venga ribadita la missione dell'università, che è quella di sviluppare la ricerca e di impartire la didattica. Le Facoltà hanno una missione didattica e da essa deriva la giustificazione dell'attività clinica. In questa, poi, bisogna tener conto dell'aumento delle malattie degenerative e dell'invecchiamento della popolazione. Ricorda che su Lancet (febbraio 2008) è stata considerata la ricaduta della valutazione multifunzionale dell'anziano. Riferisce che il 20% dei malati che si presenta al Pronto Soccorso viene ricoverato: per 2/3 si tratta di soggetti anziani. Se vi è una valutazione multifunzio-

nale, si riesce a ridurre il numero dei ricoveri. È necessario che venga acquisita competenza sulla stabilizzazione del paziente, che viene riconsegnato al territorio non guarito, ma stabilizzato. È importante conoscere la Fisiopatologia Medica, la Medicina sistematica, la Metodologia Clinica nell'approccio al paziente per problemi.

Il Prof. Rapacini si domanda se esista ancora la semeiotica medica. Risponde il Prof. Realdi, affermando che i contenuti formativi della Semeiotica medica sono attualmente inseriti nel Corso Integrato di Metodologia clinica, ma che si deve tener ben distinti da un lato gli obiettivi formativi della Semeiotica medica, la cui acquisizione è da considerare pur sempre indispensabile per apprendere la capacità di fare il medico, dall'altro i contenuti della Metodologia vera e propria, che riguardano l'acquisizione della capacità logica che sottende il ragionamento clinico e l'analisi decisionale. Inoltre, rimarca come nella programmazione della didattica della Medicina Interna si debba tener conto anche della Medicina del Territorio, o Cure primarie o Medicina Generale, come di quel settore della Medicina che affronta prevalentemente l'aspetto biopsicosociale dei pazienti, inseriti nel loro contesto familiare e sociale e quindi fuori dall'Ospedale, ma con rilevanti ripercussioni in riferimento alla cronicità, alla multimorbilità e alla disabilità.

Nel suo intervento, il Prof. Pini ricorda quanto sia importante stabilire il percorso per dimettere i pazienti. A titolo di esempio, cita il fatto che l'ospedale di Firenze ha affidato a un medico di medicina generale un'UO per il reinserimento del paziente nel territorio. Il Presidente ricorda tuttavia che la Medicina Generale non è una realtà omogenea e, se esistono lodevoli esempi di eccellenza, ne esistono anche di inefficienza e incuria. Esprime un giudizio positivo sulle osservazioni del Prof. Realdi, che potrebbero servire da elemento introduttivo alla relazione che lo stesso Realdi sta elaborando.

7. Il Codice Etico di COLMED/09.

Infine, il Prof. Dammacco pone in discussione il problema del codice etico. Dopo ampia e articolata discussione, la Giunta delibera, con il voto contrario del Prof. Trevisani, di approvare la realizzazione di un codice etico, purché molto succinto e fondato su pochi principi chiari ispirati allo Statuto del Collegio, evitando qualsiasi ridondanza. Viene stabilita la costituzione di una Commissione che prepari la bozza del Codice Etico, composta dai Proff. Ponz de Leon, Pini e Corrocher.

9. Varie ed eventuali

Non avendo null'altro da discutere, la seduta si chiude alle ore 15.30.

Assemblea del 6 giugno 2008

Il giorno 6 giugno 2008, presso l'Aula "Giuseppe Giunchi" della Clinica Medica III del Policlinico Umberto I, in Roma, si è tenuta l'Assemblea del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna. Dopo la verifica sul numero dei presenti e sulla loro regolarità nel pagamento della quota associativa, l'Assemblea viene considerata legittimamente costituita ai sensi dell'art. 14 dello Statuto.

Alle ore 14.30 il Prof. Dammacco apre i lavori rinnovando ai presenti il più cordiale benvenuto. Illustra quindi il bilancio preventivo del Collegio per il 2008, che prevede un attivo di € 956, e lo pone in votazione. Il bilancio viene approvato all'unanimità.

I moderatori Prof.ssa Cappellini e Prof. Rengo danno la parola al Prof. Lechi, che svolge la sua relazione su di un modello attuativo del Tronco Comune (TC), elaborato dal Gruppo di lavoro di ColMed/09 del quale fanno parte, oltre allo stesso Prof. Lechi, i Proff. Carulli, Danieli, Delsignore e Realdi. Il relatore ricorda che il documento messo a punto dallo stesso gruppo di lavoro è disponibile sul n. 1/08 del Bollettino MED/09 e chiarisce anzitutto che il rapporto tra specializzandi di Medicina Interna (MI) e specializzandi settoriali è di circa 1/2,6; rapporto dal quale non si può prescindere quando si intenda pianificare la realizzazione del TC. Egli fa inoltre presente che per il buon funzionamento del TC è importante un'ampia collaborazione fra il Direttore della Scuola di Specializzazione in MI e i Direttori delle Scuole di Specializzazione settoriali. Gli spostamenti degli specializzandi settoriali dovrebbero avvenire possibilmente nel secondo semestre del 1° anno o nel primo semestre del 2° anno, mentre la distribuzione degli specializzandi di MI nelle Scuole Settoriali dovrebbe essere distribuita nei 5 anni. Il Prof. Lechi insiste anche sulla necessità che sia indicato chiaramente il curriculum formativo di ogni singolo specializzando, per poterlo poi valorizzare nel momento dell'inserimento nel mondo del lavoro.

Segue la relazione del Prof. Valesini, che espone la posizione del Collegio dei Referenti Nazionali per le Scuole di Specializzazione dell'area medica. Il TC deve essere considerato una sorta di complementarietà fra competenze. Ogni Scuola dovrebbe "distillare" quelle che sono le competenze da condividere con altre Scuole. Bisogna considerare che ci sono competenze nelle Scuole di MI che possono supplire alle carenze delle Specialistiche. Il libretto che documenta le attività svolte dallo specializzando può servire a caratterizzare una singola sede ed un singolo specializzando. Vanno considerate le dimensioni delle strutture formative, che potrebbero rendere difficile la realizzazione del processo formativo senza la convenzione con strutture esterne. È altresì importante distinguere fra attività in reparto e in ambulatorio.

Il Prof. Lechi interviene sostenendo che il tempo parziale può andar bene per la frequenza negli ambulatori, mentre la frequenza nei reparti non può che essere intensiva.

Il Prof. Valesini fa notare come vi sia il rischio di superare l'orario di lavoro nel periodo di frequenza dei reparti.

Secondo la Prof.ssa Cappellini, sarebbe meglio che tutti gli specializzandi in MI facesero un TC di due anni iniziali, anziché un TC di un semestre distribuito su tutti gli anni. Gli specializzandi delle specialità "settoriali" devono invece fare un semestre di "full immersion" in MI. Stigmatizza inoltre che non vi sia spazio per l'attività di ricerca, mentre sarebbe importante che i giovani medici svolgessero attività di ricerca clinica durante il periodo formativo specialistico.

Seguono diversi interventi, nel corso dei quali viene espresso apprezzamento per lo sforzo dei Proff. Lechi e Valesini. La *governance* è difficile: ad esempio non è chiaro chi decida l'utilizzo degli spazi ed a chi competeva il dovere di organizzare il TC e di verificarne la corretta attuazione, specialmente nelle sedi in cui tale progetto sia scarsamente praticabile. Per le indubbie differenze presenti nel nostro Paese, non è facile riuscire ad imporre un modello formativo unico. Viene inoltre fatto notare che la Nutrizione Clinica non è sufficientemente considerata nella formazione dell'Internista. Ancora, la Medicina dello Sport è strutturalmente diversa dalle altre discipline perché si rivolge essenzialmente al sano, o al malato che vuol fare attività fisica. Nella medicina moderna sono importanti gli stili di vita e la Medicina dello Sport ha un ruolo in tale ambito. Viene altresì sottolineato come non sia stato considerato il ruolo della Medicina Termale.

Il Prof. Corrocher interviene sottolineando che per la Scuola di Specializzazione in MI è previsto che gli Specializzandi facciano anche i turni di guardia (circa 50 all'anno). Sorge quindi un problema assistenziale ed uno organizzativo. Gli specializzandi delle discipline settoriali hanno difficoltà ad essere inseriti in turni di guardia per carenza formativa specifica. La normativa europea preve-

de che lo specializzando assuma progressivamente le competenze del medico ospedaliero, fino ad essere in grado di svolgere da solo l'attività di guardia.

Nella sua replica, il Prof. Lechi riconosce che la Medicina dello Sport è un tema importante, su cui si potrà riflettere. Per le guardie, se è necessaria una formazione in MI di due anni prima di poterle fare, si dovranno modificare i percorsi formativi qualora venisse imposto che gli specializzandi delle Specialità settoriali debbano raggiungere questo requisito e fare le guardie in reparti di MI. La frequenza distribuita su 5 anni mantiene la "piena immersione" dello specializzando, anche nell'ottica delle guardie. Il progetto è stato elaborato per i discenti: se qualcuno pensa che i docenti delle specialistiche lo vogliano far fallire, non è un motivo per non attuare una progettazione valida e costruttiva.

Secondo la Prof.ssa Cappellini, è vero che la legge prevede la distribuzione del TC su 5 anni, ma ciò non toglie che si possa essere critici nei confronti della stessa, sottolineandone i limiti e formulando ipotesi alternative, pur applicandole fino a quando sarà in vigore.

Il Prof. Valesini ricorda che la legge prevede la revisione del Decreto Ministeriale dopo tre anni dalla sua approvazione. Il responsabile dell'attuazione del TC è un docente del Settore MED/09. Bisogna inserire le funzioni del *resident*, *senior resident*, *tutor*, ecc. La necessità di individuare obiettivi per realizzare il TC può essere il metodo per superare la frammentazione delle discipline. Riconosce infine che vi è stata l'omissione della Medicina Termale.

Il Prof. Carulli sottolinea che la ricerca non è prevista nel percorso specialistico. Se uno specializzando vuol farla, anche grazie all'attrattiva di un docente che lo coinvolge, ben venga; ma ciò non può essere obbligatorio.

La Prof.ssa Cappellini replica ribadendo che il coinvolgimento nella ricerca, ancorché clinica, ha un valore formativo anche sulla professionalità dello specializzando.

Nella conclusione, il Prof. Dammacco fa presente che ha fortemente voluto che il Collegio di Medicina Interna si occupasse del TC, istituendo un gruppo di lavoro *ad hoc*. Afferma di aver apprezzato molto le relazioni dei Colleghi Lechi e Valesini. Stigmatizza il fatto che, nonostante il riordino delle Scuole di Specializzazione sia stato pubblicato nel novembre del 2005, ad oggi non è stato fatto nulla per il TC. Vengono addotte difficoltà, talora condivisibili, ma non tali da giustificare la non attuazione del TC, che potrà poi essere modificato, secondo quanto previsto dalla legge. Rimarca come la responsabilità della sua attuazione appartenga a un docente MED/09. Fa notare che non è un problema se una Specialità Settoriale non collabora omettendo di mandare i suoi discenti a frequentare i Reparti di MI: il danno non è per gli Internisti, ma per i discenti di quella disciplina che perdono un'opportunità formativa. Il documento della Commissione è previsto per un'Università di medie dimensioni: ovviamente, dovranno essere apportate modifiche per le Università piccole o molto grandi. Ribadisce l'importanza di iniziare l'attuazione del TC. Auspica che vengano presentati suggerimenti alla Commissione o direttamente al Presidente del Collegio in merito alla realizzazione del TC. Esprime la sua soddisfazione per la relazione della Commissione e per le posizioni illustrate dal Prof. Valesini. Propone di: a) giungere ad un documento condiviso, che si impegna a far pervenire a tutti i 1.150 componenti del Settore MED/09; b) dare due mesi di tempo entro i quali ciascuno potrà presentare le proprie osservazioni; c) convocare un'Assemblea Straordinaria del Collegio per varare un documento che sarà poi trasmesso al CUN ed al Consiglio Superiore di Sanità. Ovviamente, ciò non impedirà che in futuro possano essere attuate modifiche.

Esprime infine la propria soddisfazione per lo svolgimento del 4° Congresso Nazionale: sia la discussione sui DAL, sia le relazioni sul binomio Medicina Interna-Geriatria, sia l'intervento del Presidente del CUN sono stati seguiti con grande interesse. Auspica che ciascuno, nelle proprie sedi, sostenga la partecipazione di tutti i docenti del settore MED/09 alle attività del Collegio. L'Assemblea si conclude alle ore 15.45.

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