



Bollettino della Facoltà di Medicina
e Chirurgia dell'Università di Ancona

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Rinnovato nella grafica e raddoppiato nel numero di pagine, il nostro Bollettino inizia il suo secondo anno di vita mantenendo l'obiettivo di *informare*, per una migliore conoscenza della Facoltà e delle sue attività, ma anche, e più estesamente, dell'Università e dei suoi Organi di governo. Sulla base dell'esperienza vissuta lo scorso anno, il Bollettino si presenta quale *luogo d'incontro* tra le diverse componenti di una Facoltà ormai complessa, articolata com'è in due Corsi di Laurea, sei di Diploma e trentuno Scuole di Specializzazione, ciascun Corso con il proprio corpo docente e la propria coorte di discenti, e quale *strumento di comunicazione* per facilitare il dialogo all'interno della propria struttura, ma anche, con pari intensità, aperto all'esterno soprattutto verso due importanti realtà, l'Istituzione ospedaliera e i Medici di Medicina Generale, con i quali la Facoltà di Medicina deve mantenere un continuo scambio di informazioni e di collaborazione. Esempi di

questo dialogo sono due lettere che pubblichiamo in altra parte del Bollettino e che mirano a stabilire piena collaborazione tra Istituzioni che condividono alcuni obiettivi, delimitando nello stesso tempo i confini delle reciproche competenze. Per raggiungere le finalità che il Bollettino si prefigge, perché gli intenti diventino tangibili, occorre che tutti coloro che con entusiasmo e dedizione vivono la vicenda medica, riconoscano il Bollettino come la sede ideale nella quale portare il proprio contributo di idee, di progetti, di risultati, per costruire insieme il progresso delle Scienze mediche in questa regione d'Europa. Attendiamo di dialogare con Loro.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE	1
OSSERVATORIO	2
IL POLO UNIVERSITARIO OSPEDALIERO	4
VITA DELLA FACOLTÀ	6
NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI IN SANITÀ	8
LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE	9
STORIA DELLA MEDICINA NELLE MARCHE	14
DEONTOLOGIA ED ETICA PROFESSIONALE	16
QUALITÀ IN MEDICINA	21
LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA	22
ABBIAMO AFFIDATO ALLE STAMPE	25
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	26
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	27
DELL'UNIVERSITÀ	
NOVITÀ IN BIBLIOTECA	28
I GIOVEDÌ DELL'AULA MAGNA	
LETTERE	29
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	31

FRANCO ANGELERI
E PAOLO DI BELLA

Nel mondo medico è noto e unanimemente riconosciuto che circa il 30-40% dei pazienti affetti da disturbi quali la depressione, l'ansia, l'ipertensione, l'asma, la tosse, il dolore, ecc. trae beneficio dall'assunzione di un placebo. Questo fenomeno non riguarda dunque solo affezioni di ordine neuropsichiatrico ma malattie più generali e "somatiche". Alla fine degli anni cinquanta ad esempio alcuni ricercatori del Medical Center dell'Università del Kansas osservarono che pazienti con angina pectoris rispondevano ad una chirurgia placebo in cui veniva praticata solo un'incisione al petto senza ulteriore intervento.

La cronaca recente che ha portato con clamore alla attenzione pubblica il dibattito sulla medicina omeopatica, ripropone con forza il problema dell'effetto placebo.

Il travolgente progresso tecnologico che ha caratterizzato l'ultimo secolo ha reso la medicina sempre più "scientifica", cioè verificabile e fondata sull'evidenza. Ciononostante alcuni studi,

Placebo e limiti della Medicina scientifica

come quello dell'US Office of Technology Assessment, ipotizzano che solo il 20% dei moderni trattamenti medici di uso comune, abbia una efficacia scientificamente dimo-

strata. La maggioranza delle altre terapie non sono state sottoposte a studi controllati per validarne l'efficacia, e, quando efficaci, per chiarirne il meccanismo d'azione. Si tratta spesso tuttavia di cure in grado di migliorare effettivamente le condizioni del paziente. Probabilmente in alcuni casi il beneficio è dovuto all'effetto placebo, per il quale la semplice osservazione di un regime terapeutico (farmacologico e non), purché autorevolmente prescritto da un esperto, favorisce il processo di guarigione.

Questo fenomeno si riscontra spesso negli studi clinici condotti in doppio cieco per valutare l'efficacia o meno di un nuovo trattamento. I pazienti inseriti in un accurato controllo longitudinale, pur se trattati solo con placebo, non infrequentemente ne traggono beneficio.

Inoltre anche in società tecnologicamente e scientificamente avanzate il ricorso ai rimedi della cosiddetta medicina alternativa è sempre fiorente. Secondo uno studio pubblicato nel 1993 sul New England Journal of Medicine almeno il 30% degli statunitensi adulti si rivolge alla medicina alternativa per esempio ai massaggi, all'omeopatia, alle cure spirituali e alle megavitamine ed il numero totale delle visite effettuate ogni anno da terapeuti alternativi è maggiore di quelle dei medici di base.

Seppure pazienti e terapeuti alternativi siano convinti della

reale efficacia dei loro trattamenti è probabile che gran parte dei benefici siano ascrivibili all'effetto placebo.

Nonostante quanto già detto documenti la rilevanza pratica del fenomeno placebo, questo termine continua a mantenere, sia nell'ambiente scientifico che tra il pubblico, una connotazione nettamente negativa: di una medicina data più per far piacere ai pazienti che per reale necessità, di una sostanza inerte e priva di attività farmacologica, di un rimedio che se rimuove il sintomo automaticamente ne esclude l'organicità. Sarebbe invece più razionale ed opportuno prendere in considerazione scientificamente il fenomeno placebo, per cercare di capirlo, definirlo ed utilizzarlo correttamente, senza lasciarlo in mano all'empirismo e all'improvvisazione. È tempo cioè di considerare il placebo alla stessa stregua di parecchi farmaci tradizionali, cui viene riconosciuta una sostanziale efficacia ma dei quali non si conosce appieno il meccanismo d'azione. E come per tutti i farmaci una ponderata valutazione del rapporto rischio-beneficio nei confronti di un determinato paziente dovrebbe consentire un utilizzo razionale dell'effetto placebo.

La malattia, oltre ai sintomi specifici che la caratterizzano, comporta un vissuto di sofferenza ed innesca spesso processi psicologici regressivi con comparsa di paura, insicurezza, dipendenza, bisogno e ricerca di protezione ed aiuto. È importante pertanto che il medico tenga conto anche di ciò nel definire il suo rapporto col paziente.

Sarà così più disponibile ad ascoltarne, senza fretta, le lamentele, e prenderne in considerazione le esperienze precedenti di malattia, le paure, i pregiudizi, le aspettative. Non trascurerà di visitarlo, anche quando l'evidenza dei sintomi potrebbe rendere l'esame obiettivo pleonastico, consapevole che il contatto fisico, manuale e strumentale, col corpo del paziente è di per sé rassicurante e benefico. Avrà cura poi di informare il soggetto con chiarezza e pazienza circa la diagnosi, la pro-



gnosi e le eventuali possibilità terapeutiche, accrescendo così il suo senso di sicurezza (la sensazione che tutto è sotto controllo) e la sua collaborazione.

In ogni caso il medico dovrà far sentire al paziente che lui, nella sua condizione più o meno temporanea di malattia e di bisogno di aiuto, non è solo: c'è una persona esperta che accetta di prenderlo in carico e di seguirlo, garantendogli quanto di meglio la medicina attuale mette a disposizione.

Questo atteggiamento terapeutico migliora non solo gli aspetti emozionali e psicologici della persona malata (che già non sarebbe poco!), ma probabilmente influenza talora favorevolmente l'evoluzione della malattia stessa. In affezioni in cui ad esempio lo stato di tensione sostiene ed alimenta i sintomi, si pensi al dolore, all'asma, all'ipertensione, ecc., il beneficio può essere consistente e rapido. Studi condotti sia su animali che sull'uomo confermano che la riduzione dello stress migliora il funzionamento del sistema immunitario.

È probabile che tutto ciò possa avere a che fare, almeno in parte, con l'effetto placebo. Un fenomeno che può rappresentare quindi una componente efficace del processo di guarigione e come tale andrebbe meglio conosciuto e sfruttato.

Bibliografia

Brown A. Walter: *L'effetto placebo*.

Le Scienze, n. 355, marzo 1998.

Frank Jerome D. e Frank Julia B.: *Persuasion and Healing*.
Johns Hopkins University Press, 1991.

Chaput De Saintonge D., Mark e Herxheimer Andrew:
Harnessing Placebo Effects in Health Care.

Lancet, 344, n. 8928, 8 ottobre 1994.

Harrington Anne: *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*. Harvard University Press, 1997.





L'Anatomia Patologica è una disciplina che crea un ponte d'unione fra la medicina clinica e la scienza di base; rappresenta una tappa fondamentale nella diagnostica clinica e nella preparazione del medico. Nell'ultimo decennio ha subito un cambiamento sostanziale come conseguenza della introduzione di nuove metodiche divenute indispensabili non solo per la valutazione diagnostica, ma anche per la formulazione della prognosi in singoli pazienti. Infatti, sempre più si è andato affermando il concetto che il reperto morfologico va integrato con il dato clinico e interpretato su basi funzionali (*patologia clinica integrata*). È ovvio che le nuove tecnologie non hanno sostituito le metodologie classiche, storicamente codificate, che rappresentano sempre e comunque il punto di partenza per ulteriori approfondimenti diagnostici. In passato, il patologo era identificato come colui che effettua le autopsie e quindi guardato con rispetto, ma anche con sospetto, da colleghi e pazienti. In Italia, così come nella maggior parte dei

paesi occidentali, la pratica autoptica è andata progressivamente riducendosi, tuttavia conserva un ruolo insostituibile nella definizione di casi complessi e nel percorso formativo

Anatomia Patologica

degli studenti di medicina. Allo stato attuale, la maggior parte dell'attività dell'anatomo-patologo si esplica in quella che è definita 'surgical pathology'. In pratica la diagnosi è effettuata sui campioni chirurgici inviati dalle diverse sale operatorie. Sempre più spesso si tratta di piccole biopsie effettuate a scopo diagnostico.

Una parte importante dell'attività quotidiana è rappresentata dalla *diagnosi estemporanea*. Con questa metodica, il patologo è in grado di osservare la lesione al microscopio mentre il paziente è ancora al tavolo operatorio e di fornire quindi al chirurgo informazioni sulla natura della malattia e sulla sua estensione. Questo permette di programmare l'intervento in modo accurato e di risparmiare al paziente amputazioni non necessarie.

Numerose branche dell'Anatomia Patologica, come ad esempio la neuropatologia, hanno subito una profonda evoluzione e pertanto hanno richiesto non solo l'utilizzo di routine di metodiche aggiuntive ma anche la formazione di patologi 'dedicati' che, pur lavorando in un ambito comune, siano in grado di rispondere alle problematiche cliniche poste da queste discipline altamente specializzate. In campi più tradiziona-

li come i tumori della prostata, della mammella, del tubo gastroenterico ecc. una definizione diagnostica ed una stadiazione accurata possono essere effettuate solo attraverso l'utilizzo di metodiche aggiuntive all'esame istopatologico tradizionale e da parte di patologi sensibilizzati a specifici problemi. Già da molti anni, l'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Ancona ha sentito questa esigenza di specializzazione; pertanto la maggior parte dei patologi dello staff ha effettuato periodi di soggiorno all'estero al fine di perfezionare la propria conoscenza in campi specifici. L'Istituto rappresenta pertanto un'unità operativa all'interno della quale sono presenti una serie di specializzazioni.

L'Istituto, diretto dallo scrivente, ha la sua sede a Torrette. Effettua attività diagnostica per l'Azienda Ospedaliera di Torrette, per tutti gli Ospedali della Città di Ancona (Salesi, Cardiologico, INRCA) e per gli Ospedali della ASL7. Svolge inoltre attività diagnostica per numerosi Ospedali della provincia di Ancona e delle altre Province della Regione Marche.

Attività assistenziale

L'Istituto di Anatomia Patologica fornisce diagnosi su circa 29000 biopsie l'anno. Sono inoltre effettuati circa 3000 esami estemporanei e circa 150 riscontri autoptici. Per la diagnosi sono utilizzate metodiche tradizionali: ematossilina eosina e diverse colorazioni istochimiche. Sono inoltre applicate metodiche immunoistochimiche, atte a mettere in evidenza caratteristiche specifiche delle cellule in esame (utili in particolare per una definizione dell'istotipo) ed espressione di recettori (ad es. recettori ormonali nel carcinoma della mammella) e di proteine legate alla proliferazione e alla morte cellulare (MIB1, p53). L'Istituto è in grado di fornire una diagnosi accurata su biopsie muscolari e di nervi periferici attraverso l'uso di metodiche specifiche che comprendono studio enzimatico, di fluorescenza e di microscopia elettronica. Sulla maggior parte delle neoplasie inviate viene anche effettuata una valutazione del contenuto di DNA in citometria a flusso. Viene inoltre effettuata di *routine*, su tutte le neoplasie mammarie, una valutazione quantitativa della espressione dei recettori ormonali e degli indici di proliferazione. Questo è possibile con l'utilizzazione di un analizzatore d'immagini in dotazione all'Istituto. La patologia quantitativa trova applicazione diagnostica corrente anche nella valutazione della densità delle





fibre nervose nelle biopsie di nervo periferico. Fra le metodiche a disposizione sono inoltre da ricordare: le macrosezioni, indispensabili per un'accurata stadiazione del carcinoma della prostata, e l'ibridizzazione *in situ* per la valutazione della espressione delle immunoglobuline, dell'EBV e del papilloma virus. Dal 1998 è inoltre funzionante presso l'Istituto un laboratorio di biologia molecolare.

Attività di Ricerca

L'Istituto mantiene contatti con numerose prestigiose Istituzioni sia europee sia americane. La ricerca è soprattutto di tipo clinico ed interessa diversi campi della patologia ed in particolare: patologia mammaria (Prof. Fabris, dr. Santinelli), patologia prostatica (prof. Montironi), patologia gastro-enterologica (prof. Bearzi, dr. Ranaldi), neuropatologia (prof. ssa Scarpelli), patologia odonto-stomatologica (dr. Rubini), patologia ematologica (dr.ssa Goteri), patologia dell'apparato genitale maschile e femminile (dr. De Nictolis). Un importante filone di ricerca è anche costituito dalla patologia quantitativa e dalle sue applicazioni a diversi organi e apparati. Sono stati inoltre sviluppati sistemi computerizzati di supporto diagnostico, in particolare per quanto riguarda le lesioni preneoplastiche della prostata. Questi appaiono utili per calcolare il contributo dell'evidenza di singoli parametri istologici nella valutazione diagnostica e prognostica individuale. Ogni anno i risultati della ricerca vengono pubblicati su riviste internazionali e comunicati a congressi nazionali e internazionali. L'Istituto collabora inoltre attivamente con altri Istituti della Facoltà di Medicina dell'Università di Ancona.

Attività didattica

L'Istituto svolge attività didattica teorica e pratica per gli studenti del IV e V anno del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, per gli studenti del terzo anno di corso di Laurea in Odontoiatria, per gli studenti della scuola di Specializzazione in Anatomia Patologica e per gli studenti del Diploma Universitario in Laboratorio Biomedico. Svolge inoltre attività didattica per gli studenti di numerose altre scuole di specialità. Quest'ultima è organizzata soprattutto sotto forma di seminari e incontri anatomo-clinici.





Didattica interprofessionale aperta agli studenti dei Corsi di Diploma, di Laurea e di Specializzazione

Forum di facoltà

Prof. Raul Castagnani, Dott. Giovanni Pomponio

La comunicazione e la manipolazione delle informazioni sono aspetti fondamentali di tutte le professioni sanitarie. Il trattamento elettronico dei dati è pertanto uno strumento irrinunciabile di lavoro in ogni fase della professione. In un recente sondaggio a campione, quasi la metà degli studenti al sesto anno del corso di laurea in Medicina non aveva mai utilizzato un personal computer. Lo scopo di questo corso, è quello di fornire una panoramica delle enormi potenzialità dello strumento informatico per la pratica medica ed infermieristica e di fornire minime basi teoriche all'utilizzo dei personal computer e delle reti telematiche. La creazione, in corso, di aule attrezzate consentirà di integrare

con esercitazioni pratiche le conoscenze teoriche acquisite.

Obiettivi

1. fornire le basi teoriche necessarie per affrontare l'utilizzo dei personal computer nella videoscrittura, nell'ar-

L'impiego dei personal computer nelle professioni sanitarie

- 2. fornire le basi teoriche della navigazione in internet;
- 3. presentare le principali risorse della rete a disposizione delle professioni sanitarie;
- 4. illustrare il funzionamento e le caratteristiche delle principali banche dati e motori di ricerca dedicati alla pratica delle professioni sanitarie

Programma

Il corso si compone di quattro lezioni di due ore ciascuna, secondo il seguente programma:

- 15 gennaio - Il personal computer: generalità, l'ambiente window, la videoscrittura (R. Castagnani)
- 22 gennaio - La rete internet: che cosa è, come funziona, a cosa serve nelle professioni sanitarie (R. Castagnani)
- 29 gennaio - Banche dati per il Medico e l'infermiere: una panoramica (G. Pomponio)
- 5 marzo - La rete internet nella pratica delle professioni sanitarie: situazioni cliniche esemplificative (G. Pomponio)

Coordinatore: Prof. Leandro Provinciali

- 1 12 Marzo 1999: M. Del Pesce - F. Pesaresi - L. Provinciali *Elementi caratterizzanti la Qualità delle Prestazioni Sanitarie*
- 2 19 Marzo 1999: F. Borromei - M. Bozzi - L. Provinciali *La Qualità percepita dai pazienti e dagli operatori sanitari*
- 3 26 Marzo 1999: C.M. Maffei - G. Pomponio - L. Provinciali *La Qualità tecnica in medicina*
- 4 7 Maggio 1999: E. Brizioli - S. Centini - M. Procaccini - L. Provinciali *La Qualità gestionale in medicina*
- 5 14 Maggio 1999: F. Di Stanislao-A. Gardini-L. Provinciali *Modalità di organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria basato sulla qualità*

La qualità nella sanità

Il 26 Novembre 1998 si è svolta a Londra la cerimonia annuale d'ammissione dei nuovi membri al Royal College of Pathology. Il professor Rodolfo Montironi è stato chiamato a far parte della Società come membro onorario per i suoi meriti in campo scientifico. Il professor Montironi è nato a Corinaldo il 21 maggio 1951; si è laureato in Medicina presso l'Ateneo dorico con il massimo dei voti ed ha poi passato lunghi periodi di studio all'estero per perfezionare la sua preparazione. Dal 1992 è professore associato d'Anatomia Patologica presso l'Università di Ancona. Collabora a progetti di ricerca con diverse Università europee ed americane ed è internazionalmente noto come esperto nel campo della patologia prostatica.

Royal College of Pathology

La proroga del 31.12.1998 al 4 gennaio 1999 ha determinato il definitivo termine di scadenza per la richiesta di iscrizione anche se con mora e della richiesta di trasferimento per altre sedi. Sono aperti invece i termini per la presentazione delle domande di laurea con scadenza il 20 gennaio 1999, relativamente alla sessione straordinaria dell'A.A. 1997/98, che si terrà il giorno 24 marzo 1999 per il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e il 25 marzo 1999 per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Scadenario amministrativo





CORSI MONOGRAFICI

Data	Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula	
I anno I semestre	Chimica e Prop. Biochimica: Biomateriali	Prof. R. Muzzarelli	dal 15.01.99 al 29.01.99	9.00-11.00	A	
III anno I semestre	Microbiologia: La beta lattamasi	Prof. E. Varaldo	il 15.01.99 e il 29.01.99	12.30-14.30	E	
	Fisiologia: Regolazione del Metabolismo corporeo	Dott. M. Fabri	il 15.01.99 il 29.01.99	10.00-12.00 8.30-10.00	G	
	Aree corticali somestetiche	Prof. T. Manzoni	il 29.01.99	10.00-12.00	G	
IV anno I semestre	Ginecologia e Ostetricia: Monitoraggio della gravidanza	Dott. A. Tranquilli	dal 14.01.99 al 15.01.99	15.00-17.00	Salesi	
	Pediatria: Uropatie congenite	Prof. G. Amici	il 15.01.99 il 22.01.99 il 29.01.99	12.30-14.30 10.30-12.30	Salesi	
	Pediatria: Malattie metabol.	Prof. G.V. Coppa	il 15.01.99 il 22.01.99 il 29.01.99	10.30-12.30 12.30-14.30	Salesi	
	Patologia Sistemica Urologia: Le turbe della fertilità	Prof. G. Muzzonigro	dal 15.01.99 al 29.01.99	14.30-16.30	B	
	Pat. Sistemicali-Mal. sangue e sist. imm. La terapia mass. nella pat. oncemat. ed autoimmune	Dott. A. Olivieri	dal 15.01.99 al 29.01.99	10.30-12.30	B	
	Metodologia Clinica I metodi della medicina delle prove di efficacia	Prof. F. Carle	dal 15.01.99 al 29.01.99	8.30-10.30	B	
	V anno I semestre	Mal. Sistema Nervoso: Patol. cerebrale vascolare	Prof. F. Alò	il 15.01.99 il 22 e 29.01.99	8.30-10.30 10.30-12.30	F
		Diagnostica per Immag.: Indicazioni cliniche della RM	Dott. A. Giovagnoni	dal 29.01.99 al 5.02.99	8.30-10.30	F
VI anno I semestre	Ginecologia e Ost.: Monitoraggio della gravidanza	Dott. A. Tranquilli	dal 14.01.99 al 15.01.99	15.00-17.00	Salesi	
	Pediatria: Uropatie congenite	Prof. G. Amici	il 15.01.99 il 22.01.99 il 29.01.99	12.30-14.30 10.30-12.30	Salesi	
	Pediatria: Malattie metabol.	Prof. G.V. Coppa	il 15.01.99 il 22.01.99 il 29.01.99	10.30-12.30 12.30-14.30	Salesi	





Quando il Prof. Danieli mi ha col consueto entusiasmo invitato a curare una rubrica sui nuovi modelli organizzativi in sanità non ho potuto che aderire con analogo entusiasmo. Il tema è appassionante e per questo ho cercato di dimenticare la fatica e soprattutto il tempo che mi costerà il nuovo impegno editoriale. In questa prima nota cercherò di inquadrare l'argomento dei nuovi modelli organizzativi in sanità nel più generale contesto dei grandi processi che stanno percorrendo oggi il sistema sanitario. Questi percorsi debbono essere gestiti in modo coerente per evitare che i tanti cambiamenti su cui si sta lavorando finiscano per ostacolarsi tra loro e per peggiorare piuttosto che non migliorare la qualità della assistenza erogata. I tre processi riguardano rispettivamente:

- il modello culturale di tipo tecnico-scientifico su cui basare le scelte assistenziali;
- i meccanismi amministrativi che regolano il sistema sanitario;
- i modelli organizzativi con cui erogare l'assistenza. Per quanto

Nuovi modelli organizzativi in Sanità: il perché di una rubrica

riguarda il **modello tecnico-scientifico**, questo si caratterizza per un'attenzione molto forte alla appropriatezza delle prestazioni. Questo ter-

mine, appropriatezza delle prestazioni, si riferisce alla necessità di identificare percorsi assistenziali che utilizzino procedure preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di provata efficacia e di costo compatibile con le risorse a disposizione. Il processo assistenziale deve tendere a *fare la cosa giusta* e per questo viene fondato sulla analisi dei dati scientifici a disposizione. E' questa la *medicina basata sulle evidenze*, che è la risposta professionalmente più qualificata alla richiesta continua di usare bene le risorse e le conoscenze a disposizione. Un riflesso di questo processo materiale è ad esempio la produzione ormai diffusa di linee guida per la gestione dei problemi assistenziali più significativi.

Per quanto riguarda invece i **meccanismi amministrativi** che influenzano la pratica della medicina, due sono quelli più importanti:

- le strutture sanitarie sono finanziate a prestazione;
- le prestazioni di ricovero hanno tariffe influenzate dalle procedure eseguite, dai criteri di codifica delle malattie e delle procedure e dalla durata del ricovero (il discorso dei DRG). Questi meccanismi hanno due importanti ricadute: aumentano in modo significativo il carico di lavoro "amministrativo" del personale sanitario e stimolano comportamenti "opportu-

nistici" negativi. Questi comportamenti sono causati dalla tentazione di aumentare il numero delle prestazioni e di aumentare il loro valore attraverso una forzatura dei criteri di codifica e un adattamento della durata della degenza al valore più conveniente in base alle tariffe.

Per quanto riguarda i **modelli organizzativi** i punti più importanti riguardano tutti l'applicazione di un unico fondamentale principio: va scelta la modalità organizzativa di erogazione delle prestazioni che a parità di efficacia abbassa i costi e mantiene i pazienti più vicini al proprio ambiente. Questi punti riguardano tra l'altro:

- la tendenza ad erogare le prestazioni al livello organizzativo meno complesso e, quindi, meno costoso spostando quanto più possibile l'erogazione dal ricovero ordinario verso il day hospital e l'ambulatorio;
- la trasformazione dell'ospedale in struttura che riduce il peso delle risorse assegnate (spazi e personale) all'area della degenza e investe in modo crescente in quella destinata alle attività ambulatoriali ed ai singoli servizi;
- l'articolazione delle attività in ciascuna unità operativa ospedaliera su più livelli: ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriali;
- l'utilizzo integrato delle risorse in ambito dipartimentale, sia a livello ospedaliero che extra-ospedaliero;
- lo spostamento del maggior carico assistenziale possibile dall'ospedale al domicilio per tutte quelle problematiche, pure complesse, che a questo livello possono essere gestite se ci si prova e ci si investe (anziani con pluripatologia cronica, ad esempio);
- la creazione di strutture assistenziali alternative all'ospedale tradizionale per quelle situazioni che a domicilio non possono essere gestite, ma che nell'ospedale trovano una soluzione non adatta: *hospice* per cure palliative, *country hospital*, etc (a questi termini corrisponderanno specifiche note in questa rubrica).

La medicina moderna è attraversata oggi da processi ri-organizzativi importanti e questa rubrica nasce per presentarli, discuterli e valutarli. Bisogna però partire da un principio ben saldo che va esplicitato e condiviso: le regole professionali della medicina basata sulla evidenza debbono aiutare la individuazione dei modelli organizzativi più idonei, mentre le regole amministrative debbono favorire l'adozione di tali modelli. Guai se passasse (in realtà è già assolutamente passato) il principio che sono le regole amministrative a dettare le scelte professionali ed i modelli organizzativi da favorire. Questo principio non è logico e non porta lontano. L'importante è che l'altro principio (quello *giusto*) sia compreso e condiviso da chi amministra la sanità. Questa rubrica ambiziosamente punta anche a questo.





GIOVANNI DANIELI, LAURA MORBIDONI,
MARINA FRATINI, MARCO NATALINI
E GIOVANNI POMPONIO

Vista dal Clinico, Medicina Basata sulle Evidenze (MBE) è lo strumento che permette l'applicazione e l'utilizzo immediato nella pratica clinica dei risultati della ricerca scientifica, contenuti nella letteratura internazionale e generati da studi rigorosamente condotti e controllati.

Presupposto all'applicazione pratica della strategia proposta da MBE è il metodo clinico definito *problem solving*, basato su un ragionamento diagnostico di tipo ipotetico-deduttivo.

Questo metodo consta di cinque momenti, il primo dei quali costituito dalla raccolta delle informazioni, ossia di tutti i dati anamnestici ed obiettivi che si possono ricavare dal colloquio e dalla visita del paziente; man mano che si raccolgono queste informazioni emerge il problema attivo che ha portato il paziente a consultare il Medico; nella identificazione del problema (seconda tappa), si rilevano il talento del Medico, la sua sensibilità e cultura, la sua capacità ad enucleare dalla mole di dati l'essenza del problema; dalla correttezza di questa

identificazione derivano la validità, e l'efficienza delle tre tappe successive, costituite dalla formulazione delle ipotesi diagnostiche, dalla verifica delle ipotesi e quindi dalle scelte terapeutiche.

Lezione di Clinica Medica

Prima parte

In questo processo si inserisce MBE, che parte dalla formulazione

di *quesiti clinici* generati dall'individuazione corretta del problema; i quesiti possono essere posti per problemi diagnostici, terapeutici e prognostici; fondamentale è che ciascuno di essi sia quanto più specifico, mirato cioè al tipo di paziente, al tipo di intervento clinico e al risultato che si vuole ottenere; questo per limitare il numero di articoli da esaminare e per ricevere informazioni pertinenti.

La risposta ai quesiti corrisponde alla seconda fase del metodo MBE, rappresentata dalla *ricerca della migliore evidenza* disponibile; ciò comporta la necessità di accedere ai *data base* bibliografici e il possesso di una specifica abilità di consultazione.

Oltre alla ricerca ed acquisizione delle informazioni (evidenze, prove), MBE è anche *apprendimento critico* dei dati ottenuti, educazione cioè a giudicare, in base al possesso o meno di determinati requisiti ordinati in apposite griglie, la validità scientifica di un lavoro e quindi l'opportunità o meno di accettarne i risultati.

L'*apprendimento critico* e l'*applicazione dei dati ottenuti* rappresentano la terza e quarta fase del metodo MBE. Le evidenze raccolte possono essere direttamente utilizzate per prendere la migliore decisione nel paziente in questione oppure possono essere impegnate per la produzione di *linee guida*,

derivate anch'esse, come MBE, dalla rigorosa, completa, critica revisione della letteratura scientifica esistente.

Fasi della metodologia MBE

Identificazione del problema clinico

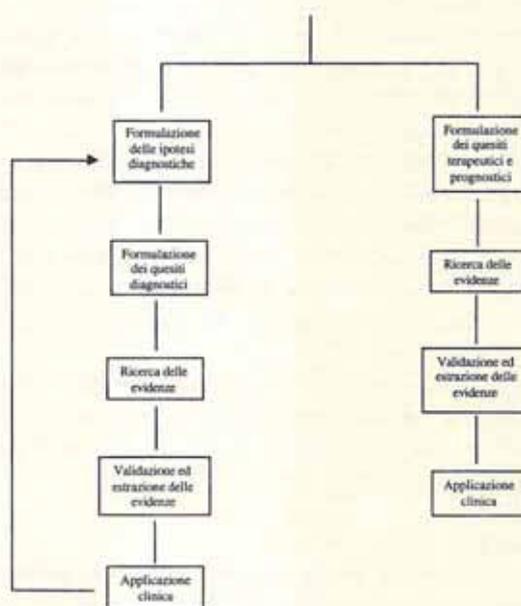


Figura 1: La ricerca delle evidenze relative all'anamnesi e all'esame obiettivo potrebbe portare ad una modifica delle ipotesi diagnostiche iniziali con la cancellazione di alcune o l'inserimento di altre. Il processo quindi ritorna su se stesso, ripartendo dalle ipotesi diagnostiche rivalutate (vedi testo)

MBE quindi, utilizzando pienamente il grande progresso dell'informatica, completa il metodo clinico e fornisce al Medico le basi scientifiche valide e necessarie per la decisione clinica. Nella nostra Facoltà, l'insegnamento di MBE, avviene in Corsi monografici, Forum e Lezioni di Clinica Medica costruiti per permettere al Discente l'apprendimento della nuova metodologia.





Il caso clinico

Questo caso clinico vuole essere un esempio estremamente semplificato della nuova metodologia MbE. Per questioni di spazio e soprattutto per facilitare e snellire la lettura sono state volutamente omesse due fasi del metodo, la ricerca delle evidenze (di cui viene esclusivamente fornito in appendice un esempio relativo alla fase diagnostica) che richiede la conoscenza di precise tecniche di ricerca bibliografica, e la validazione critica di tali evidenze sulla base di un procedimento standardizzato. Viene dato invece ampio spazio alla fase della formulazione dei quesiti clinici che rappresentano il punto di partenza per la ricerca delle evidenze; essi consistono in domande che il medico si pone per risolvere i problemi clinici che incontra in tutte le fasi della gestione del paziente ed hanno lo scopo fondamentale di aiutare il medico nell'individuare le informazioni necessarie per proseguire nel processo decisionale, consentendogli una ricerca quanto più mirata possibile delle evidenze.

Nel caso trattato i quesiti clinici sono direttamente seguiti dalle risposte che derivano da un laborioso processo di ricerca, validazione ed estrazione delle evidenze, fasi, come già detto, volutamente omesse.

I dati clinici

La signora M.M. di 49 anni giunge alla nostra osservazione per un problema caratterizzato da una recidiva di tosse produttiva associata ad aumento di volume dell'escreato, incremento della dispnea a riposo, astenia e febricola; la paziente ha, dal 1993, una diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva. Dall'anamnesi emergono, dal '93 ad oggi, una media di quattro episodi l'anno caratterizzati da un quadro clinico simile a quello attuale; episodi sempre interpretati, sulla base della clinica, come riacutizzazioni infettive e risolti in alcune settimane con terapia antibiotica.

La signora, che in passato è stata fumatrice di circa 15 sigarette al giorno per 20 anni, si astiene da tale abitudine da circa 10 anni ma, lavorando in un locale pubblico, è esposta giornalmente a fumo passivo.

All'esame obiettivo la paziente presenta:

all'ispezione, utilizzo dei muscoli accessori della respirazione, allargamento degli spazi intercostali, torace iperespanso;

alla palpazione, ipoespansibilità toracica, ipomobilità delle basi;

alla percussione, iperfonesi plessica;

all'ascultazione, riduzione del murmure vescicolare su tutto l'ambito e crepitii alla base polmonare destra.

Nessun'altra modificazione significativa all'esame fisico.

L'identificazione del problema clinico

Il problema clinico consiste dunque nel definire la natura degli episodi ricorrenti di tosse produttiva, dispnea, febricola in una paziente in cui è stata posta la diagnosi di COPD.

Il medico definisce gli obiettivi della propria azione:

1. stabilizzare la paziente, correggere l'eventuale ipossia
2. decidere se ricoverare la paziente oppure gestirla ambulatorialmente
3. ricercare, attraverso la formulazione e la valutazione delle ipotesi diagnostiche, l'esistenza di patologie intercorrenti che complicano la malattia di base, responsabili dell'attuale deterioramento delle funzioni respiratorie, ed eventualmente correggerle
4. identificare, attraverso la formulazione e la valutazione delle ipotesi diagnostiche, eventuali cause di secondarietà della COPD, considerate le frequenti riacutizzazioni e soprattutto l'insorgenza della COPD in giovane età

Obiettivo 1

Il medico, nell'obiettivo di stabilizzare la paziente, presta le prime cure ricorrendo a broncodilatatori e fluidificanti e si pone come quesito se praticare o meno l'ossigenoterapia.

Quesito terapeutico: In un paziente in cui si sospetta una riacutizzazione di COPD qual è il livello di ipossiemia che richiede correzione?

La risposta a questo quesito, come a tutti gli altri, deriva dalla conoscenza delle migliori evidenze disponibili in letteratura, per la ricerca delle quali è necessario conoscere delle precise tecniche di ricerca bibliografica, di cui viene fornito un esempio in appendice. In questo caso la ricerca delle evidenze ha fornito al medico le indicazioni all'ossigenoterapia:

PaO₂ minore o uguale a 55 mmHg o

PaO₂ compresa tra 56 e 59 mmHg se sono presenti segni di cuore polmonare

(Celli BR: Standard for the optimal management of COPD. A summary. Chest 1998; 113:2835-2875)

Applicazione delle evidenze alla paziente. Decisione clinica

La paziente è stabile dal punto di vista clinico, in particolare all'esame obiettivo sono assenti segni di cuore polmonare, ha un valore di PO₂ pari a 74 mmHg, non presenta pertanto indicazioni all'ossigenoterapia.

Obiettivo 2

Il medico si trova a questo punto di fronte ad un ulteriore quesito da risolvere, cioè decidere se ricoverare la paziente o continuare a gestirla ambulatorialmente.

Quesito clinico: In un paziente in cui si sospetta una riacutizzazione di COPD quali sono i criteri per decidere il ricovero in ambiente ospedaliero?





Criteri che devono essere soddisfatti per decidere il ricovero ospedaliero in pazienti con sospetta esacerbazione di COPD:

paziente con aumento della dispnea, della tosse e dell'espettorato e con una o più delle seguenti caratteristiche:

- *sintomi che non rispondono adeguatamente nonostante congrua terapia domiciliare*
- *incapacità da parte di un paziente, precedentemente abile, a muoversi da una stanza all'altra*
- *incapacità di mangiare o dormire determinata dalla dispnea*
- *incapacità da parte del paziente, valutata da un medico e/o dalla famiglia, di gestire la terapia domiciliare*
- *presenza di patologie associate ad alto rischio, polmonari (ad esempio polmonite) o non polmonari*
- *sintomi che durano già da tempo, progressivi*
- *aggravamento dell'ipossiemia, aggravamento o nuova insorgenza di ipercapnia, insorgenza o peggioramento di sintomi suggestivi per cuore polmonare*

(Celli BR: Standard for the optimal management of COPD. A summary. Chest 1998; 113:2835-2875)

Applicazione delle evidenze alla paziente. Decisione clinica

La paziente riferisce disturbi del sonno e presenza di anoressia, con conseguente calo ponderale e difficoltà a muoversi all'interno della propria abitazione, determinati dalla dispnea; la presenza all'esame obiettivo toracico di crepitii alla base polmonare fanno sospettare una possibile patologia polmonare associata, che deve essere indagata ed eventualmente corretta.

Non sono evidenti all'esame obiettivo segni di cuore polmonare cronico, in particolare sono assenti edemi declivi, turgore delle giugulari, aumento dell'intensità del secondo tono sul focolaio della polmonare; non c'è aggravamento dell'ipossia e dell'ipercapnia rispetto al precedente controllo e l'esame emogasanalitico eseguito durante la visita ambulatoriale mostra PO₂ 74 mmHg, PCO₂ 30 mmHg.

La nostra paziente soddisfa comunque due criteri per il ricovero, in particolare riferisce incapacità ad alimentarsi e dormire e difficoltà a muoversi da una stanza all'altra all'interno della propria abitazione, per cui il medico decide per il ricovero in ambiente ospedaliero.

Obiettivi 3 e 4

Al momento dell'ingresso in reparto, osservata la paziente, decidiamo di mantenere la terapia domiciliare con beta-agonista (salbutamolo 2puff, tre volte al dì) e ci riserviamo di modificare o rafforzare la terapia non appena definita la diagnosi. Sulla base del quadro clinico formuliamo le ipotesi diagnostiche.

Ipotesi diagnostiche iniziali

1. Riacutizzazione infettiva di COPD legata ad esposizione a fumo di sigaretta
2. COPD complicata da :
bronchiectasie
micobatteriosi
patologia neoproliferativa
polmonite
3. Riacutizzazione infettiva in COPD secondaria a:
immunodeficienza comune variabile
deficit selettivo di IgA
deficit di alfa1-antitripsina

In una paziente esposta a fumo passivo ed ex-fumatrice l'evidenza di incremento della produzione di espettorato ed il carattere purulento dello stesso, associati a sintomatologia sistemica fanno pensare come prima ipotesi ad una riacutizzazione infettiva in corso di broncopneumopatia cronica ostruttiva causata dal fumo di sigaretta.

D'altra parte però la presenza di sintomi sistemici quali la febbre e l'astenia ci obbligano a considerare anche la possibile complicazione della broncopneumopatia con altre patologie come ad esempio la polmonite, non compresa nella definizione di riacutizzazione infettiva in corso di COPD, l'infezione tubercolare, la patologia bronchiectasica o infine una patologia neoproliferativa polmonare, primitiva o secondaria.

Quello che sin dall'inizio ci lascia perplessi è l'esordio precoce, in età relativamente giovane della broncopneumopatia ostruttiva e le frequenti recidive per cui ci sentiamo motivati a riconsiderare la eziologia della COPD, in particolare la sua eventuale secondarietà a immunodeficienza comune variabile, deficit selettivo di IgA o a deficit di alfa1-antitripsina.

La probabilità pre-test delle ipotesi formulate

Una volta formulate le prime ipotesi diagnostiche valutiamo per ognuna di esse la probabilità pre-test, cioè la probabilità che la nostra paziente ha di essere affetta dall'una o dall'altra patologia solo sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo; la valutazione della probabilità pre-test ci permetterà di riformulare le ipotesi diagnostiche appena viste, escludendo quelle meno probabili, evitando di fare esami inutili e guidandoci invece nella scelta degli esami effettivamente necessari.

Per valutare la probabilità pretest delle ipotesi diagnostiche inizialmente formulate occorre pertanto eseguire una anamnesi ed un esame obiettivo quanto più mirati possibile, per fare questo ovviamente è necessario sapere cosa chiedere e cosa cercare, ossia quali sono i sintomi ed i segni maggiormente predittivi per la valutazione di ciascuna ipotesi.





I quesiti clinici relativi alla ipotesi diagnostica 1

In una paziente con COPD quali sono i sintomi ed i segni suggestivi per riacutizzazione infettiva?

- si definisce esacerbazione infettiva in corso di COPD un quadro clinico caratterizzato da tosse, cambiamento nel volume, nella tenacità e purulenza dell'escreato e incremento della dispnea, non correlati a cause associate come sinusite e/o reflusso gastro-esofageo.

- se si associa una severa ostruzione delle vie respiratorie la tosse può essere scarsamente produttiva anche in presenza di una riacutizzazione infettiva, in questi casi è necessario escludere altre cause di deterioramento delle funzioni respiratorie, in particolare va valutata attentamente l'anamnesi farmacologica e soprattutto esclusa l'assunzione di sedativi o di antagonisti beta-adrenergici. J M Madison, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet, August 1998;352:467-473

I quesiti clinici relativi alla ipotesi diagnostica 2

La ricerca scaturita dai quesiti clinici relativi alle bronchiectasie, alla micobatteriosi e alla patologia neoproliferativa polmonare, riguardanti l'individuazione di peculiarità anamnestiche ed obiettive da valutare per stabilire nel miglior modo possibile la probabilità pretest, non ci ha fornito informazioni adeguate, ci troviamo cioè in quella che viene definita area grigia o *grey zone*, che è quella zona della pratica clinica all'interno della quale le conoscenze basate sulle evidenze sono assenti, o incomplete o comunque non conclusive. È risultata invece disponibile la risposta relativa al quesito clinico sulla polmonite.

Quali sono i sintomi ed i segni obiettivi suggestivi per polmonite (complicanza più frequente) in un paziente affetto da COPD, in particolare: la presenza di tosse produttiva, l'aggravamento della dispnea a riposo, la febbre, l'evidenza di crepitii alla base polmonare destra rendono probabile la diagnosi di polmonite?

- I medici spesso non concordano sulla presenza o assenza di determinati reperti all'esame obiettivo toracico di pazienti con malattie respiratorie, cioè l'esame obiettivo toracico può essere considerato un test diagnostico scarsamente riproducibile

- Sintomi o segni individuali hanno caratteristiche inadeguate per confermare o escludere di per sé la diagnosi di polmonite

- Per una diagnosi di certezza in un paziente con sospetta polmonite è consigliabile eseguire una radiografia toracica

JP Metlay, WN Kapoor, MJ Fine: Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. JAMA, November 1997; 278:1440-1445.

I quesiti clinici relativi alla ipotesi diagnostica 3

In una paziente con COPD soggetta a frequenti riacutizzazioni infettive l'assenza di splenomegalia e di linfadenomegalie superficiali esclude la diagnosi di immunodeficienza comune variabile?

Dalla ricerca relativa all'ultimo quesito clinico sulla diagnosi di immunodeficienza comune variabile non otteniamo nessun articolo; probabilmente non esistono studi che si sono occupati di stabilire qual è il ruolo di anamnesi ed esame obiettivo nella diagnosi di immunodeficienza comune variabile in corso di COPD, ci troviamo cioè in quella che abbiamo definito zona grigia, *grey zone*.

Applicazione delle evidenze alla nostra paziente. Decisione clinica
Sulla base di quanto ricavato dalle nostre ricerche bibliografiche possiamo concludere che:

- la risposta al primo quesito clinico è affermativa, cioè la comparsa nella nostra paziente di tosse produttiva, di aggravamento della dispnea a riposo, rendono probabile la diagnosi di riacutizzazione infettiva, a patto che siano escluse altre frequenti patologie tra cui la sinusite ed il reflusso gastro-esofageo (due ipotesi aggiuntive che vanno aggiunte a quelle formulate inizialmente) anche se la presenza nella nostra paziente di un sintomo aggiuntivo, rappresentato dalla febbre, difficilmente si concilia con tali malattie.

- la risposta al secondo quesito clinico, cioè se la presenza di tosse produttiva, l'aggravamento della dispnea a riposo, la febbre, l'evidenza di crepitii alla base polmonare destra rendono probabile la diagnosi di polmonite, è negativa, nel senso che non è possibile in base ad anamnesi ed esame obiettivo quantificare la probabilità che il nostro paziente ha di essere affetto da polmonite; siamo autorizzati quindi ad approfondire il nostro studio con un Rx del torace.

- per quanto riguarda il terzo quesito clinico relativo alla immunodeficienza comune variabile non siamo purtroppo riusciti a trovare documentazione adeguata, ci troviamo quindi nella *grey zone*; non esistendo evidenze certe, agiamo in base alle nostre esperienze e al nostro buon senso e decidiamo di approfondire tale aspetto dosando le immunoglobuline sieriche con una immunodiffusione radiale.

Il metodo prevede a questo punto di ritornare, alla luce di quanto acquisito, alle ipotesi diagnostiche iniziali inserendone delle nuove o escludendone altre sulla sola base delle indagini anamnestiche e dell'esame fisico.

Nel nostro caso nessuna esclusione è stata possibile in quanto le evidenze disponibili confermano l'opportunità di procedere con ulteriori indagini strumentali, mentre quelle non disponibili (zona grigia) non autorizzano alcun abbandono. Al contrario le evidenze trovate ci inducono a dover aggiungere altre due ipotesi diagnostiche a quelle inizialmente considerate.

La rivalutazione delle ipotesi diagnostiche

1. Riacutizzazione infettiva di COPD legata ad esposizione a fumo di sigaretta

2. COPD complicata da :

bronchiectasie
micobatteriosi
patologia neoproliferativa
polmonite
sinusite
reflusso gastro-esofageo





3. Riacutizzazione infettiva in COPD secondaria a:
immunodeficienza comune variabile
deficit selettivo di IgA
deficit di alfa1-antitripsina

La probabilità post-test delle ipotesi diagnostiche

Il nostro obiettivo a questo punto è quello di verificare le ipotesi diagnostiche formulate eseguendo test laboratoristici e strumentali mirati, allo scopo di aumentare o ridurre la probabilità (probabilità post-test) dell'una o dell'altra e di giungere alla diagnosi definitiva.

Rivisitazione di anamnesi ed esame obiettivo ed esecuzione dei primi esami laboratoristici e strumentali

Allo scopo di valutare le due nuove ipotesi scaturite durante il percorso poniamo la nostra attenzione sui seguenti aspetti:

l'anamnesi patologica prossima è negativa per

- piroso retrosternale
- senso di ingombro nasale, secrezioni purulente nasali, dolore in sede frontale e/o mascellare

l'esame obiettivo è negativo per

- dolorabilità alla palpazione in epigastrio
- dolorabilità alla palpazione in sede frontale e mascellare

La nostra paziente esegue inoltre un prelievo per il dosaggio delle immunoglobuline sieriche (immunodiffusione radiale) e un esame radiologico del torace.

L'immunodiffusione radiale risulta perfettamente nella norma e non vi è deficit di alcuna classe immunoglobulinica; l'alfa1-antitripsina è nel *range* di normalità; l'Rx del torace mostra solo segni di inveterata COPD e non evidenzia addensamenti parenchimali indicativi di polmonite.

Tali risultati ci permettono di escludere la diagnosi di COPD complicata da polmonite e di COPD secondaria a immunodeficienza comune variabile, a deficit di Ig A e a deficit di alfa1-antitripsina.

Ulteriori quesiti clinici

L'assenza nella nostra paziente di piroso retrosternale esclude di per sé la presenza di reflusso gastro-esofageo? In altre parole la mancanza del sintomo autorizza a non eseguire altri accertamenti? Così come è avvenuto per il quesito relativo all'immunodeficienza comune variabile non siamo purtroppo riusciti a trovare documentazione adeguata, ci troviamo ancora una volta in area grigia; mancando la clinica suggestiva, decidiamo di soprassedere dall'esecuzione di altri esami.

L'assenza di ingombro nasale, di secrezione purulenta, di dolore a carico della regione frontale o mascellare, di dolorabilità nei punti elettivi esclude la presenza di sinusite?

1. Non esistono sintomi e/o segni clinici isolati predittivi per sinusite acuta (evidenza di I livello)¹

2. Tre sintomi (dolore all'arcata dentaria mascellare, scarsa risposta ai decongestionanti, storia di rinorrea purulenta) e due segni (evidenza di secrezioni purulente nella cavità nasale, anomalie alla transilluminazione) risultano essere maggiormente predittivi per sinusite acuta (evidenza di livello I)

3. La presenza di meno di due di tali criteri esclude la diagnosi di sinusite (evidenza di livello I)

4. La presenza di due o tre di tali criteri rende la diagnosi dubbia; in tale situazione trova giustificazione l'esecuzione di una radiografia del cranio per seni paranasali allo scopo di aumentare la probabilità posttest (evidenza di livello III)²

5. La presenza di quattro o più dei criteri suddetti rende la diagnosi di sinusite molto probabile (evidenza di livello I)

Donald E. Low, MD; Martin Desrosiers, MD; James McSherry, MB, ChB; et al.: A practical guide for the diagnosis and treatment of acute sinusitis Can Med Assoc J 1997;156(6 suppl):S1-S14.

Applicazione delle evidenze alla nostra paziente.

Decisione clinica

Come abbiamo già visto la nostra paziente non riferisce dolore all'arcata dentaria, nè storia di secrezione purulenta.

Alla laringoscopia non si evidenziano secrezioni nella cavità nasale e la transilluminazione risulta normale.

L'assenza di sintomi e segni maggiormente predittivi per sinusite permette di escludere con alta probabilità la diagnosi di sinusite.

(1. Continua)

Note

¹ Evidenza derivata da meta-analisi o studi clinici randomizzati controllati

² Evidenza derivata da opinioni di esperti, comitati di esperti, casi clinici





FRANCESCO ORLANDI

Lucrezia d'Este, duchessa di Urbino e santa donna, ebbe in regalo dal marito la sifilide. Si era nell'anno 1575, e la malattia si associò a sterilità, dolori epigastrici, stitichezza, manifestazioni emorragiche. Con l'aggravarsi dei disturbi si moltiplicarono i consulti medici più prestigiosi. Per consulti di tale impegno politico era richiesta una relazione dettagliata, una sorta di cartella clinica ante litteram, con esame obiettivo, ipotesi patogenetiche ispirate ad Ippocrate o Galeno e relativa terapia, avendo spesso l'expertise implicazioni medico-legali, dinastiche e diplomatiche. Basti pensare ad Henriette d'Anglettere, morta improvvisamente a Parigi in odore di avvelenamento. Le grandi famiglie inglesi avevano già posto mano alla spada, e chiesero l'autopsia arbitrata. Fortuna volle che vi fosse chiara e dettagliata evidenza di ulcera gastrica perforata, in una relazione che resta un referto anatomopatologico esemplare. A Lucrezia venne indicato per i dolori epigastrici vino medicato con salvia, gramigna, agrimonia ed altre erbe. Contro

Storie parallele

la stitichezza brodi di volatili nei quali andavano cotte cicoria, lattuga, mandorle, ancora gramigna, ed altro. Lucrezia resistette tuttavia per più di dieci anni alla malattia e alle cure. Questa storia ci giunge da Gabriella Berretta, Direttore dell'Archivio di Stato di Pesaro.

Studenti universitari e associazioni studentesche. Lo Statuto Comunale di Camerino, 1424, garantisce agli studenti dello Studio Generale una esenzione dall'istituto della "rappresaglia": se lo studente non onorava i debiti, il creditore non poteva rivalersi su un concittadino del debitore applicando una procedura prevista nelle disposizioni legislative correnti. Il privilegio viene fatto risalire nello statuto ad una concessione speciale del Barbarossa verso lo studente universitario, ripristinata per l'occasione.

A Macerata gli studenti erano associati in due gruppi, i maceratesi e quelli di fuori. Più variegato il prestigioso Studio di Fermo, con associazioni dei croati, dei montenegrini, dei serbi, degli studenti dei paesi nordici, forse anche dei soliti greci. L'esame finale di Medicina si svolgeva in Cattedrale. Ventiquattro ore prima venivano sorteggiati dai testi di Aristotele e Galeno gli argomenti da discutere, un rituale che richiama la "libera docenza" degli anni '50 ed i concorsi per Professore Associato. Queste cose ci racconta Pier Luigi Falaschi, Ordinario di Diritto Romano a Camerino.

Le Marche sono una miniera incredibile di storie associate alle arti mediche, con un fiorire di istituzioni e di cultura sanitaria separate per valle, più facili gli scambi con l'Italia e l'Europa

MEMORIE DEGLI UOMINI ILLUSTRI, E CHIARI IN MEDICINA DEL PICENO, O SIA DELLA MARCA D' ANCONA TOMO SECONDO.

DEL DOTTOR
GIOVANNI PANELLI
D'ACQUAVIVA
UNO DE' PRIMI MEDICI DELLA NOBILISSIMA
CITTA' D' ASCOLI.

AL NOBILISSIM' UOMO CONTE
PARIS PALLOTTA.



IN ASCOLI, MDCCCLVIII

Per Niccolò Ricci Stamp. Com. e Pub. e dell' Illmo. Chiof. e
X. Con Permesso de' Superiori. X

Copertina dell'opera di Giovanni Panelli D'Acquaviva, primario medico in Ascoli, sulla vita di illustri medici marchigiani (1758, cortesia del dr. O. Galeazzi, Marina di Montemarcano)

che tra centri distanti pochi chilometri. Storie che fanno talora sgranare gli occhi: la "terapia del bagno animale" fu un'innovazione del Merolli di Sassoferrato: bastava introdurre il paziente nella carcassa di una bestia. Mancano dettagli, ma Merolli arrivò a curare papa Clemente VIII, con altre tecnologie. Ce lo riferisce Gilberto Piccinini, Presidente dell'Istituto di Storia del Risorgimento Italiano in Ancona.

Se siete interessati, venite agli incontri "Medicina nelle Marche: storie parallele", a partire da venerdì 16 aprile, 12.30, Nuovo Complesso Universitario di Torrette, Ancona.





Forum: Medicina nelle Marche, storie parallele

Si è conclusa alla Facoltà di Medicina di Ancona, venerdì 4 Dicembre, la prima parte del Forum "Medicina nelle Marche: Storie Parallele". E' un nuovo tipo di didattica formativa che abbraccia studenti universitari di varie professioni (futuri infermieri, medici, medici specializzati) inaugurata quest'anno a Torrette di Ancona, sotto l'impulso del Preside Prof T. Manzoni e del Coordinatore Didattico Prof G. Danieli. Il Corso è diretto dal Prof F. Orlandi. In una società che cambia con ritmo crescente è sempre più necessario ai giovani conoscere le radici e le mutazioni nel tempo della propria professione sanitaria, e ciò specificatamente, per la propria regione: le Marche.

Una volta tanto, gli studenti non prendono appunti durante la lezione, non vivono il timore dell'"esame" finale. Essi ascoltano divertiti e interessati storie ed aneddoti sulla medicina nelle loro cittadine cento o più anni fa: come mai Ancona è stata una delle prime città in Europa ad istituire il "medico rionale dei poveri", segnale di una solidarietà sociale allora poco diffusa? E perché in città esistevano medici che potevano curare soltanto gli ebrei, mai i cristiani, come il famoso Lusitano? Qual'è la reale storia sanitaria della Mole Vanvitelliana? Lo Studio Medico di Fermo ha avuto per secoli un prestigio accademico molto vasto. Per lunghi periodi di tempo il medico Archiatra di Roma ed il Medico Pontificio sono usciti da Fermo. Chi erano questi luminari? Accanto a ciò, sono emerse negli incontri piccole cronache che incuriosiscono, come la querelle di Montemarciano tra il "Signor Conte" grande cacciatore che si era fatto uno stagno tutto suo per attirare le anatre al passo, ed il medico preoccupato per i miasmi. Medico e comune l'ebbero vinta: lo stagno fu chiuso d'autorità. Queste ed altre storie hanno raccontato con efficacia i Professori G. Piccinini, A. Serrani, O. Galeazzi. Altre storie sulla medicina in Camerino, Urbino e Pesaro saranno raccontate in Aprile, seconda parte del Corso. Colpisce come questi racconti marchigiani siano "storie parallele" non comunicanti tra loro: scarsissimi sono stati infatti gli scambi e le interazioni non solo tra vallate ma perfino nella stessa vallata. La Facoltà di Medicina inserisce così nel messaggio formativo agli studenti un elemento di coscienza della Regione. Nelle Marche infatti ancor oggi l'impronta municipale è insieme elemento positivo di forte vitalità locale e fattore di debolezza in una competizione divenuta senza confini.



DANIELE RODRIGUEZ

L'obiettivo di questa sezione della *Rivista* è di stimolare la riflessione *almeno* sulla tematica dei doveri legati all'esercizio delle professioni sanitarie, tanto che essi derivino da norme scritte (sia di carattere penale, che civile, che amministrativo), tanto che tali doveri derivino dai principi etici condivisi dei membri di una data professione sanitaria o siano espressione della coscienza del singolo. Poco sopra si è scritto *almeno*, perché, oltre a presentare la logica del *dovere*, in questa sezione della *Rivista* si vuole promuovere la cultura delle *scelte consapevoli*, che sono tali non soltanto in quanto imposte da norme, ma soprattutto perché ispirate a principi meditati.

Un tale obiettivo non è solo consono ad uno stile di approccio ai problemi professionali di ogni giorno che si ispiri ad un *agire in modo responsabile* - rispondente cioè al bisogno di salute della persona -, ma è proprio necessario in rapporto allo scenario che si prospetta per tutti quanti esercitino una professione sanitaria: essi, infatti, si trovano di fronte a citta-

Presentazione

dini sempre più consapevoli della loro dignità ed autonomia ed a biotecnologie sempre più perfezionate ed intrusive, ma devono riferirsi a leggi che mai sono al passo con i tempi e che si rivelano, in genere, ben poco adeguate (e non solo perché vetuste) a risolvere i casi complessi o conflittuali. Ciò rende indispensabile che ogni professionista abbia la *capacità* di colmare le lacune normative con quei principi meditati che gli consentono di operare scelte adeguate.

Questa sezione della *Rivista* costituisce dunque un'occasione perché gli autori possano offrire alla riflessione dei lettori contenuti ed esperienze, nella prospettiva non certo di fornir loro consigli o suggerimenti, ma di promuovere un dibattito che si proponga come strumento utilizzabile da parte di ciascun professionista al fine di un'autonoma e responsabile valutazione preliminare della propria condotta professionale.





MARIANO CINGOLANI

Introduzione A soli tre anni dalla promulgazione del Codice di Deontologia Medica (24-25 giugno 1995) il Consiglio Nazionale della FNOMCeO è intervenuto con una nuova stesura con l'intento di adeguare le indicazioni in esso contenute con le problematiche deontologiche che, nel frattempo, si sono sviluppate relativamente ai vari aspetti della attività del medico. Così la proposta ospita numerose modifiche, sia strutturali che di contenuto, pur dovendo essere considerata espressione della evoluzione non solo del Codice del 1995, ma anche del suo predecessore del 1989 e rappresentando una mediazione tra le esigenze di discontinuità dettate dai tempi e quelle di continuità relative al rispetto dei principi fondamentali. Il "Codice di Deontologia Medica" deve infatti essere considerato una raccolta di regole che ha avuto, ha ed avrà, necessariamente, una sua evoluzione fisiologica, non potendo essere definito, nella sostanza, nè vecchio nè nuovo, ma semplicemente adeguato alla evoluzione delle acquisizioni scien-

La revisione del Codice di Deontologia Medica: alcune considerazioni preliminari

Prima parte

zioni finali), da salutare come certamente significativa, dell'obbligo di prestare il giuramento professionale e dal dovere dell'Ordine di diffondere il Codice Deontologico e di tenere periodici sessioni di aggiornamento e di approfondimento al riguardo. Il giuramento professionale torna quindi come obbligo nell'ambito dell'ordinamento deontologico ed assume la veste di una vera e propria "investitura professionale" di cui si era persa negli ultimi anni abitudine in non poche realtà locali. L'analisi che si proporrà di seguito è volta a cogliere quelli che, almeno preliminarmente, sono gli elementi maggiormente innovativi dal punto di vista concreto, per la pratica medica ed odontoiatrica, delle nuove disposizioni contenute nel Codice di Deontologia Medica. Il Codice di Deontologia Medica nella stesura del 1989 e del 1995 aveva già dato luogo ad approfonditi contributi interpretativi medico-legali ai quali si rimanda per gli aspetti di carattere generale che non hanno subito modifiche nella attuale versione (1-9).

tifiche, giuridiche nonché alla realtà professionale e sociale in cui va a trovare applicazione in un determinato tempo.

Una espressione di tale mediazione tra continuità dei principi (vecchio) e applicazione degli stessi alla realtà determinata dai tempi (nuovo) è costituita dalla ripresa (prevista nelle disposi-

Analisi generale

La struttura del Codice di Deontologia Medica ricalca quella delle precedenti versioni nella suddivisione in Titoli, in Capi ed Articoli, con alcune variazioni quantitative assolute (Tabella 1) e relative alla distribuzione degli articoli all'interno dei Capi e di questi nei Titoli (Tabella 2.1 e 2.2).

	Titoli	Capi	Articoli
Codice '89	6	31	107
Codice '95	6	27	92
Codice '98	6	25	79

Tabella 1 Confronto della distribuzione dei Titoli, dei Capi e degli Articoli nei Codici di Deontologia Medica dell'89, del '95 e del '98.

	Titolo I		Titolo II		Titolo III	
	Capi	Art.li	Capi	Art.li	Capi	Art.li
Codice '89	1	4 (1-4)	6	20 (5-24)	12	42 (25-66)
Codice '95	0	2 (1, 2)	5	14 (3-16)	11	41 (17-57)
Codice '98	0	2 (1, 2)	5	14 (3-16)	11	40 (17-56)

Tabella 2.1 Confronto della distribuzione dei Capi e degli Articoli all'interno di Titoli I, II e III dei Codici di Deontologia Medica dell'89, del '95 e del '98.

	Titolo IV		Titolo V		Titolo VI	
	Capi	Art.li	Capi	Art.li	Capi	Art.li
Codice '89	5	21 (67-87)	2	4 (88-91)	5	16 (92-107)
Codice '95	5	21 (58-78)	2	4 (79-82)	3	10 (83-92)
Codice '98	5	10 (57-66)	1	2 (67, 68)	3	11 (69-79)

Tabella 2.2 Confronto della distribuzione dei Capi e degli Articoli all'interno di Titoli IV, V e VI dei Codici di Deontologia Medica dell'89, del '95 e del '98.

Prima dell'articolato e ancora prima del *Giuramento* sono state inserite due novità assolute: una citazione ed un prologo. La citazione¹, del filosofo utilitarista inglese Jeremy Bentham (10), vissuto tra il XVIII e XIX secolo, suggerisce una riflessione storico-filosofica sul significato del termine "Deontologia" che deriva dai greci *déontos* (genitivo di *déon* = dovere) e *-logos* (discorso) e, in particolare, sui rapporti tra etica e deontologia. Quest'ultima è infatti da considerare figlia della prima e sua definizione "maggiormente espressiva", in quanto raccolta in una norma scritta. Nel prologo della nuova stesura del Codice di Deontologia Medica compare inoltre una serie di note definitorie preliminari: "Il Codice di





Deontologia Medica è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale". Tale preambolo introduttivo ha una importanza rilevante in quanto sembra racchiudere in se tutte le valenze che sono riconosciute proprie della deontologia. Si afferma infatti che il "Codice" è un "corpus di regole", quindi di precetti scritti, che costituiscono espressione esplicita dei doveri e dei diritti riconosciuti come specifici della professione medica e che quindi scaturiscono dal suo piano etico (11). L'indicazione appare ulteriormente qualificativa della citazione filosofica già analizzata. Tali norme, inoltre, sono riconosciute come frutto della elaborazione (predeterminate) autonoma (autodisciplina) della organizzazione professionale ed originano, quindi, dalla attività di considerazione che la stessa ha fatto dei principi e della loro applicazione nella concretezza del testo. I precetti che ne risultano (le regole) sono "vincolanti" per gli iscritti all'Ordine che hanno quindi l'obbligo di rispettarle. Come corollario a tali indicazioni, da ultimo ma non certo meno importante, si esplicita che a tali regole gli iscritti devono adeguare la loro condotta. In tal modo le previsioni contenute nel codice acquistano un valore che non è meramente quello di obblighi da rispettare ovvero di divieti da non violare, ma quello di veri e propri modelli di comportamento (doveri) cui adeguarsi, in una visione "attiva" del rapporto tra quanto previsto e attività concreta del medico. Tale esplicitazione appare particolarmente importante proprio perché ispirata alla più ampia concezione della responsabilità del medico intesa nel senso dell'"agire" responsabile. Nella definizione di tale ultimo concetto il richiamo alle indicazioni del Codice di Deontologia Medica aveva già trovato, nel recente passato, opportuna menzione da parte della dottrina medico-legale, ma quanto ora indicato nel prologo al Codice apporta nuova linfa a tale percorso interpretativo ed applicativo (1,12).

Il prologo è seguito dal *Giuramento Professionale* che elenca i principi fondamentali, successivamente sviluppati nei vari articoli; le modifiche al testo del giuramento sono marginali e riguardano la centralità della figura "Uomo" (adesso con la lettera maiuscola) e l'utilizzazione della espressione di "categoria" in luogo di "professione", quasi a voler meglio indicare il complesso degli individui che esercitano la professione medica. Rispetto al testo precedente, inoltre, si sono invertite le due voci finali (segreto e accanimento diagnostico-terapeutico), con ciò conferendosi risalto terminale al segreto professionale. D'altra parte la materia del segreto professionale è quella che sembra aver avuto le maggiori modificazioni testuali nella nuova stesura, anche sotto l'influenza di quanto sancito dalla legge 31 dicembre 1996 n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati perso-

nali), per cui la modificazione rappresenta una sorta di "segnale" per il lettore al riguardo.

Un quadro schematico esemplificativo del tipo di modifiche apportate nella nuova stesura è riportata nella tabella 3.

Sostituzione di singoli sostantivi, verbi o espressioni	32 %
Eliminazione di periodo o parte di esso	17,2 %
Aggiunta di periodo o parte di esso	23,2 %
Eliminazione di articolo	1 %
Aggiunta o riorganizzazione completa di articoli	3,2 %
Piccole modifiche (spostamenti di sequenze, di soggetti, maiuscole/minuscole, singolare/plurale, aggettivi, avverbi, virgole, articoli)	23,4 %

Tabella 3 Tipo e incidenza percentuale delle modifiche apportate rispetto al Codice dell'89

Il termine "paziente" non è completamente scomparso dal Codice; attualmente viene ripetuto soltanto 11 volte piuttosto che 55 come avveniva nel Codice del '95, per lo più sostituito da altri termini (malato/ammalato, persona, cittadino oppure persona assistita) a seconda del contesto generale dell'articolo in maniera più corretta e rispondente al processo evolutivo di approccio globale dell'individuo con cui il medico entra in relazione. Qualche problema di applicazione potrà essere offerto dai sostantivi "cittadino" e "persona", in quanto entrambi hanno una connotazione giuridica ben fondata (il primo costituzionale, il secondo civilistica) che, se trasferita senza interpretazioni nel testo del Codice di Deontologia Medica, potrà favorire alcuni equivoci (cittadino solo italiano? persona solo come soggetto dotato di capacità giuridica?). Trattandosi comunque di norme di tipo "aperto", tali da stimolare un comportamento attivo e non di regole cui passivamente adeguare la propria condotta, nell'interpretare tali termini dal punto di vista deontologico sembra più opportuno richiamare il significato "comune" che essi hanno, piuttosto che riferirsi al senso che assumono in altri contesti, che siano ispirati a presupposti del tutto diversi (quali, ad esempio, la "tipicità" propria della nostra legislazione). Un tale atteggiamento consente quindi di comprendere all'interno del termine "cittadino" anche i soggetti di nazionalità non italiana e all'interno del termine di "persona" anche soggetto nei confronti del quale il riconoscimento della capacità giuridica non appaia così pacifico (si pensi, esemplificativamente, al prodotto del concepimento non ancora nato cui il Codice di Deontologia Medica assegna attenzione particolare).

Si passeranno ora in rassegna, in maniera sintetica, i vari Titoli, sottolineando per ciascuno di essi le modifiche apportate e proponendo per parte di esse alcune considerazioni.





1- OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Nelle disposizioni che definiscono l'ambito applicativo, si esplicita il riferimento diretto al "Codice" inteso come atto formale che raccoglie "principi" e "regole" e non più la generica indicazione al concetto di "deontologia". Ciò volere ancora una volta sottolineare il carattere "attivo" del contenuto costituito da precetti cui adeguare il comportamento concreto e non da assolute ed astratte indicazioni inerenti la disciplina generale definita "deontologia". Il Codice è l'espressione concreta della deontologia, così come in un determinato periodo essa si realizza nella costituzione di una regola di comportamento. L'iscrizione all'albo professionale concretizza a priori l'obbligo del rispetto dei precetti sanciti, a prescindere dalla modalità e tipologia giuridico-professionale di svolgimento della propria attività (pubblica, privata, convenzionata ecc.).

Riguardo alle sanzioni disciplinari se ne specifica la gradualità rispetto alla gravità degli atti². Questa è una indicazione nuova ed originale che in qualche modo contribuisce a definire, almeno dal punto di vista del metodo, l'applicazione della sanzione. Questa, infatti, sarà commisurata alla "gravità" della violazione verificatasi, in senso proporzionale. La nuova previsione appare assai opportuna nel tracciare i contorni del potere disciplinare che, in precedenza, era del tutto discrezionale e poteva quindi portare a decisioni non uniformi.

2 - DOVERI GENERALI DEL MEDICO

Una novità semantica sulla quale vale la pena di porre attenzione riguarda il concetto della "tutela della vita"³ (non più "difesa e rispetto") che è da intendersi "nell'accezione più ampia del termine" e quindi non soltanto come "accezione biologica" (Codice '95), ciò in sintonia anche con le acquisizioni etiche più aggiornate (11). Anche il richiamo alla "tutela" della salute, intesa come benessere psico-fisico della persona, in un periodo come l'attuale volto alle ultraspecializzazioni ed alla parcellizzazione dell'intervento medico, appare doveroso monito a non perdere di vista l'obiettivo unitario e comune della tutela della persona nel suo generale complesso. L'abuso del proprio "status professionale"⁴ è deontologicamente vietato in ogni caso, ma attualmente si omette di sancire esplicitamente (come invece lo era nel Codice del '95) il divieto da parte del medico che rivesta cariche pubbliche di avvantaggiarsene personalmente; ci⁵ probabilmente perché comunque contrario ad un'etica umana prima che professionale, e comunque punito penalmente.

Relativamente all'obbligo di intervento, con ancora maggiore vigore, si ribadisce che il medico "non pu" mai rifiutarsi di intervenire nel soccorso e nelle cure d'urgenza di persone che ne necessitano e deve tempestivamente adoperarsi affinché il

soggetto possa ricevere un'assistenza "più specifica e adeguata" alle sue peculiari condizioni⁵.

Già in precedenza è stato anticipato che la materia del segreto professionale è quella che nella nuova stesura ha ospitato le più rilevanti modifiche. Dopo aver ribadito l'obbligo di "mantenere" il segreto anche relativamente alle prestazioni professionali (effettuate o programmate), si fa diretta menzione al rispetto dei principi che garantiscono la riservatezza dei dati personali. La violazione dell'obbligo generale è definita "di particolare gravità", qualora sia derivato da essa profitto, per il medico o per altri, ovvero danno alla persona assistita o ad altri. La nuova previsione appare, in realtà, almeno nella sua interpretazione letterale, di pregnanza minore rispetto a quella precedente, in quanto richiede l'effettivo derivare del profitto o del danno, e non, semplicemente, che essi siano lo scopo della rivelazione (come era indicato nella norma del Codice del '95). Del tutto nuova è la organizzazione generale delle situazioni che consentono la rivelazione del segreto. Si inserisce in maniera esplicita il riferimento alle "giuste cause" di rivelazione (trasferendo un concetto contenuto all'art. 622 del codice penale che regola la materia del segreto professionale dal punto di vista penale), indicando che esse sono quelle relative al rispetto di specifiche norme di legge (referti, denunce, certificazioni obbligatorie e "notifiche"). L'aggiunta dell'ultimo termine citato (notifiche) sembra risentire, almeno dal punto di vista lessicale, degli assunti contenuti nella legge 675/96 sul trattamento dei dati personali. Le altre condizioni che sono citate come "giuste cause" di rivelazione del segreto professionale deontologicamente rilevanti sono: la richiesta (o la autorizzazione) della persona assistita (o del suo legale rappresentante), condizionata alla informazione da darsi circa le conseguenze e l'opportunità di essa (espressione sostanzialmente sovrapponibile a quella contenuta al punto b) della precedente stesura); l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi nel caso in cui l'interessato non sia in grado di prestare il consenso (espressione nuova che sembra basarsi su un bilanciamento tra dovere di operare per la vita e la salute della persona assistita e dovere di riservatezza, valutazione che in caso di incapacità del titolare dei beni in giuoco è rimessa al medico); l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche in caso di diniego dell'interessato, ma con autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali. Tale ultima previsione accoglie l'indicazione della figura del Garante, prevista ed istituita dalla legge 675/96, e costituisce qualificazione ed esplicitazione di una problematica già trattata nella norma del Codice del '95, che però lasciava alla coscienza del medico la valutazione circa l'opportunità della rivelazione in tali casi. Nel complesso le indicazioni sul segre-





to professionale contenute della nuova stesura, soprattutto per la omissione di qualsiasi richiamo ad ogni valutazione di coscienza da parte del medico, sembrano voler imporre un percorso di comportamento maggiormente certo e rigoroso, anche se, così operando, in parte portano ad una riduzione della autonoma dimensione deontologica di tale dovere fondamentale nei confronti delle norme di legge che regolano la medesima materia. (1. Continua)

Note

¹ "L'etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia".

² Art. 2: Potestà disciplinare - Sanzioni.

³ Titolo II - Doveri generali del medico -

Capo I - Indipendenza e dignità della professione -

art. 3: Doveri del medico.

⁴ Art. 6: Limiti dell'attività professionale.

⁵ Capo II - Prestazioni d'urgenza - Art. 7: Obbligo di intervento





LEANDRO PROVINCIALI

Negli ultimi anni particolare attenzione è stata rivolta allo sviluppo di attività tesa a migliorare la qualità nell'assistenza sanitaria con rilevanti ripercussioni nell'ambito dell'attività degli operatori sanitari. Sebbene tale esperienza sia stata mutuata da processi analoghi sviluppati nell'industria, il mondo della sanità ha cercato con successo di promuovere un processo di crescita della qualità correlata all'assistenza, sviluppando anche collaborazioni con discipline storicamente più portate alla verifica ed all'arricchimento del processo produttivo nel senso della promozione della *qualità totale*. La Facoltà di Medicina ha accolto questa tendenza costruttiva diffusamente recepita negli ambienti medici, sviluppando, con l'attuazione del nuovo ordinamento didattico, un forum riservato alla didattica interprofessionale e dedicato alla qualità nella Sanità. Il corso è destinato agli studenti del corso di laurea in Medicina, agli specializzandi e agli studenti dei diplomi universitari, i quali si troveranno allineati nel recepire informazioni destinate ad influenzare

L'insegnamento della qualità nella formazione sanitaria

re l'attività assistenziale svolta nella pratica professionale. I temi trattati nell'ambito del corso riguarderanno tutti i domini della qualità e, specificamente, quella tecnica, quella gestionale e quella percepita. In ambito generale saranno discusse le variabili che influenzano le prestazioni sanitarie e le caratteristiche operative del processo assistenziale. Particolare rilievo sarà dato alla scelta degli indicatori necessari alla valutazione del processo assistenziale. Nell'ambito della qualità percepita dai pazienti e dagli operatori sanitari saranno esaminati i fondamenti delle richieste degli utenti del sistema sanitario, i concetti generali di umanizzazione della medicina finalizzati a stabilire un'alleanza terapeutica fra operatori ed utenti del sistema sanitario. Oltre a ciò, saranno esaminate le aspettative degli operatori della sanità ed i sistemi di gratificazione ed incentivazione che consentono una partecipazione più proficua alla produzione dei servizi sanitari. Tale aspetto riguarderà anche le organizzazioni del lavoro nell'ambito di gruppi, la distribuzione territoriale delle risorse ed il ruolo che le possibili gerarchie possono esercitare sull'attività

dei singoli professionisti. La qualità tecnica in medicina avrà un ruolo privilegiato nell'ambito del corso, poiché rappresenta l'elemento di maggior rilievo nella qualificazione professionale. Verranno esaminati i criteri di identificazione degli obiettivi dell'assistenza ed i criteri di scelta del comportamento assistenziale. Questi ultimi verranno orientati sulla base dei requisiti di efficacia, di efficienza, di comodità o di percezione dei risultati. Un punto nodale del corso è rappresentato dalla esposizione dei riferimenti assistenziali della medicina basata sulle prove di efficacia. Questo aspetto sarà trattato illustrando il significato della *Evidence-based health care*, quali ambiti decisionali può interessare, quali sono gli elementi fondamentali, quali significati hanno le linee guida, sia per il singolo operatore sanitario che per il programmatore della sanità. Tali concetti si ripercuotono nella scelta degli elementi necessari ad un corretto impiego dei protocolli e delle linee guida.

La qualità gestionale in medicina riguarderà la verifica delle esigenze di salute e delle richieste di assistenza nella popolazione, gli indicatori di qualità dell'organizzazione sanitaria, i sistemi di accreditamento e di certificazione, i metodi di valutazione delle risorse necessarie all'assistenza ed i criteri di scelta nel loro utilizzo. In ambito pratico tali criteri saranno semplificati nell'ambito del mantenimento della salute orale finalizzata con l'esposizione di modelli operativi dedicati alla prevenzione ed alla assistenza in campo odontostomatologico.

Le lezioni finali del corso riguarderanno le modalità di organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria basato sulla qualità. Tale tema sarà affrontato illustrando i criteri generali di verifica dell'efficienza delle strutture assistenziali, le linee di indirizzo generali utili nell'organizzazione del sistema dell'emergenza, i principi di accreditamento della struttura operativa e le modalità di utilizzo degli indicatori per la verifica di qualità. La Facoltà di Medicina inizia con il 1999 un'attività dedicata a completare la formazione del personale sanitario utilizzando i sistemi di verifica del processo assistenziale e le informazioni derivate dall'aggregazione interdisciplinare mirata ad esaltare la qualità dell'assistenza. I docenti e i discenti troveranno particolari stimoli nell'affiancare agli approcci dedicati all'incremento delle conoscenze tecniche e a quello rivolto all'apprendimento pratico, un percorso formativo destinato a valorizzare le qualità professionali attraverso un corretto utilizzo delle risorse ed una percezione più gratificante del compito assistenziale.





Vorrei iniziare la rubrica *Le nuove frontiere della Medicina* trattando una serie di argomenti derivati da ricadute in medicina pratica di ricerche condotte in laboratorio e che sono solo apparentemente slegate da ogni contatto con i pazienti. Nella realtà, proprio negli ultimi anni i laboratori di ricerca hanno dato vita a prodotti, iniziative e strategie che sono entrate nell'armamentario terapeutico del medico, anche se in un contesto sperimentale per alcuni casi.

Uno dei primi prodotti a trovare applicazioni in medicina diagnostica e terapeutica è costituito dagli anticorpi monoclonali, non certo una novità nel campo della ricerca di base, essendo stati messi a punto circa 25 anni fa. Vengono tuttavia qui ripresi in quanto stanno attraversando una nuova giovinezza, avendo raggiunto una maturità sufficiente per impieghi clinici. Gli anticorpi monoclonali sono passati da valutazioni assolutamente negative (questa tecnologia è stata messa a punto all'MRC di Cambridge, l'analogo del nostro Consiglio Nazionale delle Ricerche: richiesto di un parere sull'applicabilità di tali anticorpi, l'MRC rispose che non ne vedeva alcuna) ad altre cariche di attese eccessive (la

Anticorpi monoclonali

definizione degli anticorpi come *magic bullet* costituì una sorgente di delusioni per molti dei primi utenti *in vivo*).

Tuttavia gli anticorpi monoclonali si sono rivelati la scoperta della biologia cellulare che ha avuto la più importante ricaduta in termini di medicina diagnostica e terapeutica e in farmacologia. Vediamo ora una rassegna sui più recenti sviluppi di questa tecnologia cellulare e sulle sue più innovative applicazioni.

Gli anticorpi monoclonali possono essere suddivisi in tre grandi categorie, a seconda delle modalità di preparazione, sulla loro natura e struttura.

Anticorpi monoclonali convenzionali. Questi rappresentano la più ampia e diffusa collezione di reagenti biologici messi a disposizione della comunità scientifica, medica e dell'industria farmaceutica. Nella pratica, ogni determinante che sia immunogenico in sistema murino può essere impiegato per la produzione di anticorpi. Uno dei punti di forza di questa tecnologia è costituito dal suo bassissimo costo iniziale e dalla sua adattabilità a procedure standardizzate.

I limiti intrinseci al sistema di immunizzazione sono stati facilmente superati impiegando metodiche di iniezione *in vivo* direttamente nella milza, che consente di aumentare gradatamente l'efficienza di sensibilizzazione e di ridurre la quantità di antigene a pochi nanogrammi, un punto determinante quando l'antigene è molto prezioso o disponibile in bassissi-

me quantità. Una delle applicazioni più diffuse in medicina diagnostica è stata la caratterizzazione delle popolazioni cellulari presenti nel sangue. All'inizio è stata impiegata una strategia di ricerca mai usata in precedenza, basata sull'impiego di anticorpi monoclonali ignoti che reagivano con molecole ignote sulla superficie dei leucociti. In sostanza, è stata fatta una sorta di carta geografica della superficie delle cellule, senza tuttavia disporre di punti cardinali di riferimento. Per questo è stata messa in piedi una iniziativa internazionale che ha brutalmente copiato la strategia che negli anni '60 era stata impiegata con successo nella definizione degli antigeni di istocompatibilità (HLA). È stato creato un comitato internazionale che si occupava di valutare la reattività di tutti gli anticorpi prodotti nel mondo contro antigeni di superficie e di controllare se e quanti di questi producessero le stesse reazioni o riconoscessero le stesse cellule o identiche popolazioni cellulari. Quando tre o più anticorpi prodotti da Laboratori indipendenti dimostrano la stessa reattività, questi formavano un *cluster* di reazioni. Questo punto è la base del Cluster Designation (abbreviato in CD), una iniziativa che ha dato il via ad una totale rilettura e rivisitazione delle nostre conoscenze sulle popolazioni del sangue e sui metodi di loro valutazione qualitativa e quantitativa. Le molecole inizialmente qualificate come un CD sono state successivamente studiate dal punto di vista della struttura, del ruolo biologico esercitato *in vivo* e sono stati infine clonati i geni che ne controllano sintesi ed espressione. Tale iniziativa ha avuto un enorme successo in campo pratico, in quanto ha consentito a tutti i Laboratori e gli Ospedali nel mondo di lavorare e valutare i risultati disponendo di anticorpi sostanzialmente identici e standardizzati.

Il successo dell'iniziativa è stato confermato dal ruolo avuto da tali reagenti non solo per rivoluzionare le nostre conoscenze nel campo della emopoiesi, ma anche negli studi di patogenesi di malattie.

L'esplosione dell'epidemia di HIV è studiata nei suoi momenti patogenetici più fini grazie agli anticorpi monoclonali, che hanno permesso di identificare i recettori virali e di definirne il funzionamento.

Accanto a questa eccitante serie di successi, vi sono invece i risultati negativi ottenuti dall'applicazione diretta del *magic bullet* per il trattamento di masse tumorali solide oppure di tipo leucemico. Il limite degli anticorpi monoclonali è legato alla struttura stessa della molecola, una molecola ingombrante, dotata di capacità di essere legata da recettori specifici e in grado di evocare a sua volta una risposta anticorpale, in quanto di specie diversa dall'uomo (Fig. 1). Queste limitazioni sono state superate da una serie di miglioramenti tecnologici successivi e descritti qui di seguito.



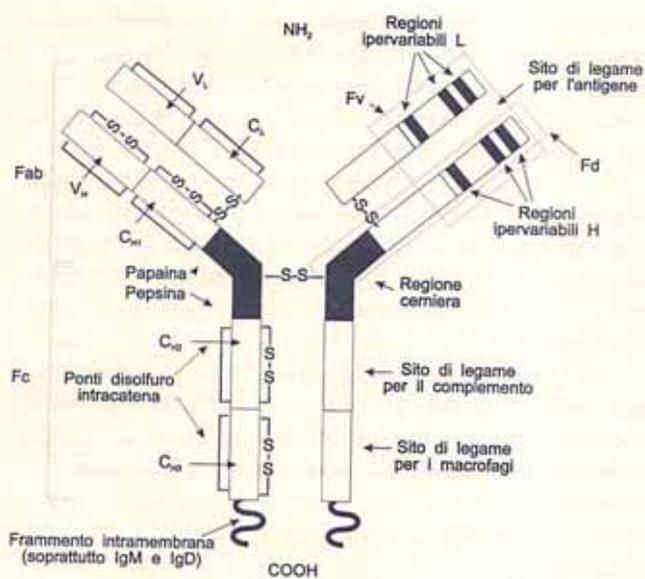


Figura 1

Anticorpi bispecifici. La seconda generazione di anticorpi è costituita da reagenti bispecifici, vale a dire con due bracci differenti in grado di riconoscere simultaneamente due distinti determinanti. Tali reagenti non esistono in natura e sono stati resi possibili inizialmente da tecniche biochimiche, impiegando colle biologiche per saldare tra loro due molecole anticorpali o due emi-molecole. Tali reagenti, per altro ottimi per applicazioni *in vitro*, dimostrarono una bassa emivita una volta usati *in vivo*. Sono state quindi messe a punto delle tecniche miste di biologia cellulare e molecolare per far sì che fosse possibile ottenere tali reagenti per ibridazione somatica tra due linee cellulari produttrici convenzionali anticorpi monoclonali murini. Il problema della selezione degli ibridomi ibridi è stato superato andando a prendere a prestito le tecniche usate dagli esperti di terapie geniche per trasferire mediante vettori retrovirali dei geni conferenti tratti dominanti di resistenza farmacologica nelle linee degli ibridomi di partenza (Fig. 2). Con queste tecniche di trasferimento genico mediante infezione è stata costruita una vasta batteria di anticorpi monoclonali bispecifici, tra cui quelli impiegati per terapia anti-tumorale (Fig. 3). Questi hanno la caratteristica di avere uno dei bracci che lega un recettore attivatorio sulle popolazioni efferenti, mentre il secondo lega un marcatore tumorale, conferente quindi specificità alla attività citotossica. Tali reagenti hanno trovato numerose applicazioni in prove *in vivo*, dove hanno dimostrato una elevata efficacia in sistemi chiusi (cervello, peritoneo) ed in altri chiudibili (ad esempio, vescica).

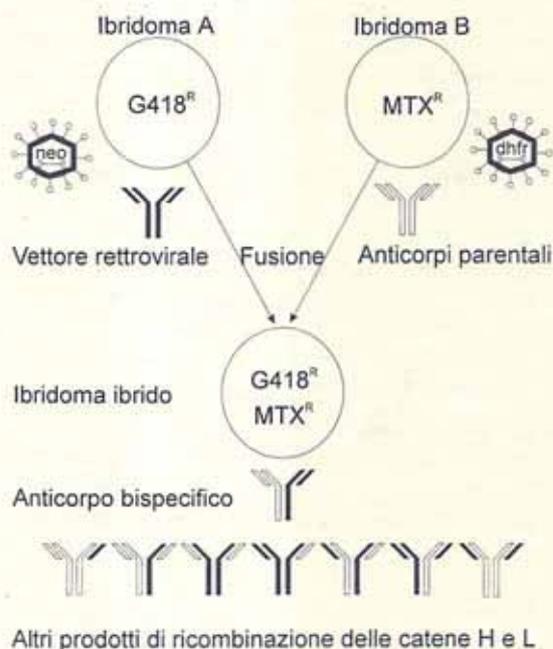


Figura 2

Anticorpi "umanizzati". Come detto, una delle maggiori limitazioni degli anticorpi murini una volta usati *in vivo* è la risposta che viene avviata nei confronti della proteina eterologa.

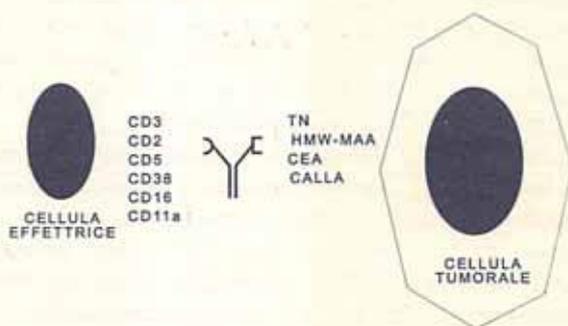


Figura 3

Una nuova risposta sarebbe stata quella di poter disporre di anticorpi monoclonali umani, ma purtroppo il semplice ed economico sistema murino non ha trovato finora un valido trasferimento in un modello simile totalmente umana. Si è pensato allora di costruire una molecola ibrida uomo + topo, che della parte murina conservasse solamente le sequenze codificate delle regioni variabili, che conferiscono la specificità alle immunoglobuline (Ig). Delle regioni costanti, quelle depu-



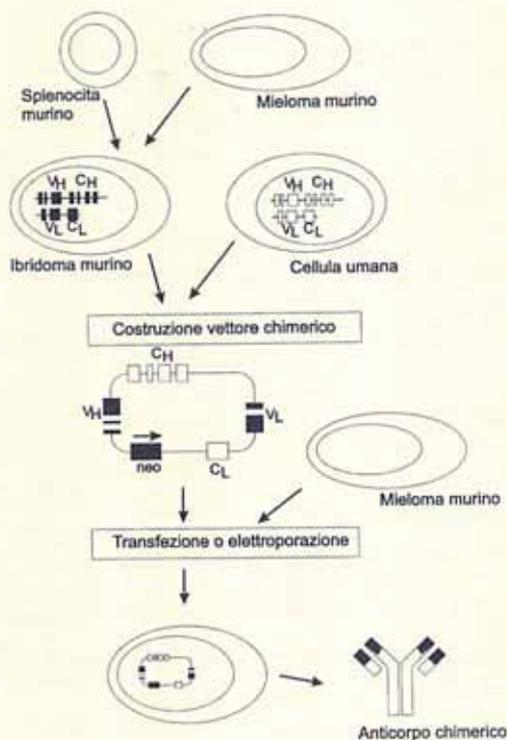


Figura 4

tate a funzioni monomorfe (capacità di legare il complemento e recettori specifici) è stata usata quella di una IgG umana, evitando quindi tutti i problemi legati alla risposta anticorpale. Tali anticorpi si definiscono *umanizzati* e sono quelli che al momento hanno trovato la più vasta applicazioni in vivo. Tra questi vi sono CAMPATH-1, un anti-CD20 e recentemente anticorpi anti erb-2 (vedi dettagli nella tabella 1 e Fig. 4)

Le prove *in vivo* con anticorpi umanizzati sono state rese possibili dal fatto che il campo ha destato l'interesse delle grandi compagnie biotecnologiche, le quali hanno investito i capitali necessari affinché un reagente di laboratorio possa diventare un immunofarmaco. Per dare un'idea, i costi delle sole prove necessarie per ottenere le iniziali validazioni sono superiori al milione di dollari negli USA ed ancora di più in Europa, ove esistono regolamentazioni più restrittive.

Tali reagenti sono impiegati a scopi diagnostici (prevalentemente associati a tecniche di medicina nucleare) ed a applicazioni terapeutiche (usati da sole o in associazione con farmaci citotossici o sostanze radioattive).

Anticorpi e proteine leganti di ultima generazione. Lo studio della genetica dell'immunoglobuline, che è stato il motivo di partenza scientifica dell'iniziativa che ha portato agli anticorpi monoclonali, è andata avanti in maniera esponenziale, portando al clonaggio dei numerosi geni coinvolti nel processo.

Una volta disponibili i geni delle Ig intere, con semplici modifiche è stato possibile ottenere proteine simil-anticorpali non esistenti in natura. Si è visto che, ad esempio, poteva essere disturbante avere una ingombrante Ig di cui in realtà si usava solo la piccola quota rappresentata dalle sequenze di legame. Si è assistito quindi alla generazione di Ig sempre più piccole, eliminando la regione Fc e giungendo a mantenere solo le sequenze coinvolte nel legame con l'antigene. Questo processo è andato di pari passo con sistemi di produzione non più in cellule di mammiferi ma in batteri o lieviti, che assicurano produzioni massive, costi accettabili ed elevata standardizzazione di processo. Si è giunti infine a produzioni in fagi, l'ultimo grido dei vari modelli di anticorpi monoclonali. Non meno importante è il fatto che come sorgente di DNA in questo caso si possono usare delle parti di genoma non andate incontro a riarrangiamento. Il risultato è la sintesi di anticorpi o proteine leganti che non appariranno mai *in vivo*.

Conclusioni.

Si vede quindi che un progetto scientifico, quale lo studio del controllo genetico della sintesi delle immunoglobuline e che rappresentò incidentalmente una delle prime sfide tra Stati Uniti e Europa, ha dato come ricaduta pratica una delle più importanti scoperte nella medicina applicata. Questa è uno degli argomenti più convincenti che si possono presentare a coloro che muovono critiche agli investimenti nella ricerca biologica invece che nella medicina applicata. Numerosi degli aspetti più innovativi nella medicina di oggi sono legati in maniera indissolubile ad osservazioni, tecnologie e strategie derivate dalla ricerca biologica di base

Prodotto	Descrizione	Indicazioni
OKT3	mAb anti-CD3	Rigetto acuto di trapianti
REOPRO	chimerico anti-gpIIb/IIIa	Prevenzione trombotosi e altro
PANOREX	mAb anti-17-1A	Prevenzione ricorrenza Ca colon-retto
RITUXAN	chimerico anti-CD20	Linfomi non-Hodgkin
ZENAPAX	umanizzato anti-IL-2R (Tac)	Prevenzione di rigetto di trapianti renali
SIMULECT	chimerico anti-IL-2R	idem
SYNAGIS	umanizzato anti-IL-2R	Profilassi da virus respiratorio sinciziale
AVAKINE	chimerico anti-TNF	Morbo di Crohn, Artrite reumatoide
HERCEPTIN	umanizzato anti-HER2	Ca mammario metastatico

Tabella 1 Anticorpi monoclonali entrati in terapia



Vengono riportate in questa rubrica alcune pubblicazioni di Docenti della Facoltà, apparse sulla stampa scientifica mondiale. Gli interessati agli argomenti presentati possono prenderne completa visione presso la Biblioteca di Facoltà o richiedendo l'estratto direttamente gli Autori.

Scienze di base

- Cinti S., Frederich R.C., Zingaretti M.C., De Matteis R., Flier J.S., Lowell B.B. Immunohistochemical localization of leptin and uncoupling protein in white and brown adipose tissue *Endocrinology* 138, n. 2 797-804 (1997)
- De Matteis R., Dashtipour K., Ognibene A., Cinti S. Localization of leptin receptor splice variants in mouse peripheral tissues by immunohistochemistry *Proceedings of the nutrition society* 57, 441-448 (1998)
- Pierleoni C., Verdenelli F., Castellucci M., Cinti S. Fibronectins and basal lamina molecules expression in human subcutaneous white adipose tissue *Eur. J. Histochem.* 42, 183-188 (1998)
- Fulgenzi G., Graciotti L., Collis M.G., Hudlickà O. The effect of Alpha₁ Adrenoceptor Antagonist Prazosin on Capillary Supply, Blood Flow and Performance in a Rat Model of Chronic Muscle Ischaemia *Eur J Vasc Endovasc Surg* 16, 71-77 (1998)
- Granata A.L., Vecchi C., Graciotti L., Fulgenzi G., Maggi S., Corsi A. Gamma irradiation can reduce muscle damage in mdx dystrophic mice *Acta Neuropathol* (1998) 96:564-568
- Conti F., Melone M., De Biasi S., Minelli M., Brecha N.C., Ducati A. Neuronal and Glial Localization of GAT-1 a High-Affinity γ -Aminobutyric Acid Plasma Membrane Transporter, in a Human Cerebral Cortex: what a Note on its Distribution in Monkey Cortex *J. Comp. Neur.* 1998, 396:51-63
- Conti F., DeBiasi S., Minelli A., Rothstein J.D., Melone M. EAAC1, a High-affinity Glutamate Transporter, is Localized to Astrocytes and GABAergic Neurons besides Pyramidal Cells in the Rat Cerebral Cortex *Cerebral Cortex Mar.* 1998, 8:108-116
- Re L., Valli A., Barocci S., Giammarchi V., Serresi M., Faini T., Ricci M., Morales M.A., León Fernández O.S. Effects of low ozone-oxygen concentrations on the acetylcholine release at the mouse neuromuscular junction *General Pharmacology* (1999)
- Re L., Barocci S., Capitani C., Vivani C., Ricci M., Rinaldi L., Paolucci G., Scarpantonio A., León Fernández O.S., Morales M.A. Effects of some natural extracts on the acetylcholine release at the mouse neuromuscular junction *Pharmacological Research, Vol. 00, No. 00, 1998 Article Number: fr980433*

Scienze cliniche

Ginecologia

- Garzetti G.G., Ciavattini A., Provinciali M., Amati M., Muzzioli M., Governa M. Decrease in peripheral blood polymorphonuclear leukocyte chemotactic index in endometriosis: role of prostaglandin E₂ release *Obstetrics & Gynecology* 91, n. 1 25-29 (1998)
- Garzetti G.G., Ciavattini A., Tiriduzzi M. Combined ultrasonographically guided drainage and laparoscopic excision of large endometriomas *Gynecologic and Obstetric Investigation* 45, 266-268 (1998)

Ematologia

- Olivieri A., Corvatta L., Montanari M., Brunori M., Offidani M., Ferretti G.F., Centanni M., Leoni P. Paroxysmal atrial fibrillation after high-dose melphalan in five patients autotransplanted with blood progenitor cells *Bone Marrow Transplantation* 21,1049-1053 (1998)
- Scortechini A.R., Rupoli S., Piccinini G., Luchetti M.M., Cantori I., Gabrielli A., Leoni P. Expression of C-MYB and B-MYB oncogenes on myelofibrotic marrow fibroblasts *Leukemia and Lymphoma*,1-10 (1998)
- Olivieri A., Offidani M., Montanari M., Ciniero L., Cantori I., Ombrosi L., Masia C.M., Centurioni R., Mancini S., Brunori M., Leoni P. Factors affecting hemopoietic recovery after high-dose therapy and autologous peripheral blood progenitor cell transplantation: a single center experience *Haematologica* 83, 329-337 (1998)

Immunoreumatologia

- Danieli M.G., Fraticelli P., Salvi A., Gabrielli A., Danieli G. Undifferentiated connective tissue disease: natural history and evolution into definite CTD assessed in 84 patients initially diagnosed as early UCTD *Clinical Rheumatology* 17, 195-201 (1998)
- Danieli M.G., Fratini M., Rossetti L., Giovagnoni A., Amici F., Danieli G. Terapia dell'artrite reumatoide refrattaria. Associazione ciclosporina e metotrexate *Recenti progressi in medicina* 89, n.1 (1998)
- Candela M., Pansoni A., Tartari De Carolis S., Pomponio G., Corvatta A., Gabrielli A., Danieli G. La capillaroscopia periungueale in pazienti con sindrome da immunità anti fosfolipidica *Recenti progressi in medicina* 89, n.9 (1998)
- Piccinini G., Golay J., Flora A., Gabrielli A., Introna M. C-myb, but not B-myb, upregulates $\alpha 1(I)$ and $\alpha 2(I)$ collagen genes expression in fibroblasts. *J. Invest. Dermatol.* 112,78 (1999)
- Amoroso A., Berrino M., Canale L., Cornaglia M., Guarrera S., Mazzola G., Savoldi S., Scolari F., Sallberg M., Clementi M., Gabrielli A. Are HLA classe II and immunoglobulin constant region genes involved in the pathogenesis of mixed cryoglobulinemia type II after hepatitis C virus infection ? *J. Hepatol.* 29, 36 (1998)
- Sambo P., Iannino L., Donini M., Candela M., Salvi A., Dusi S., Gabrielli A. Monocytes of patients with systemic sclerosis (scleroderma) spontaneously release in vitro increased amounts of superoxide anion. *J. Invest. Dermatol.* 112,54 (1999)

Oncologia

- Garzetti G.G., Ciavattini A., Lucarini G., Goteri G., Menso S., De Nictolis M., Romanini C., Biagini G. The role of human papillomavirus DNAs in cervical carcinoma and risk of lymph node metastasis *Cancer* 82, n.5 886-892 (marzo 1998)
- Garzetti G.G., Ciavattini A., Lucarini G., Goteri G., De Nictolis M., Romanini C., Biagini G. Ras p21 immunostaining in early stage squamous cervical carcinoma: relationship with lymph nodal involvement and 72 kDa-metalloproteinase index *Anticancer research* 18,609-614 (1998)





A CURA DI SAVERIO CINTI
E MAURIZIO BATTINO

Ammissione ai corsi ad accesso limitato

Corso di laurea in Medicina e Chirurgia; Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria; Corsi di diploma annessi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Si rende noto che il **Senato Accademico**, nella seduta del 21.12.1998,

- a seguito della sentenza n.383 del 23.11.1998 con la quale la Corte Costituzionale ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9, comma 4, della legge 19 novembre 1990, n. 341, come modificato dall'art. 17, comma 116, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e conseguentemente del regolamento ministeriale in materia di accessi all'istruzione universitaria approvato con D.M. 21 luglio 1997, n. 245, nonché tenuto conto della nota ministeriale Prot. n. ACG/ I/1487/98 in data 4.12.1998;

- tenuto inoltre conto che è in corso di pubblicazione sulla G.U.R.I. il testo del disegno di legge AS 2287 bis - AC 4206 (approvato definitivamente dalla VII Commissione del Senato, in sede deliberante il 18.12.1998) il quale in particolare all'art. 1, punto 13, dispone la regolare iscrizione

Appunti dal Senato Accademico

ai corsi universitari per il rilascio dei titoli di cui all'art.1, comma 1, lett. a e b, della legge 19.11.1990, n. 341, degli studenti che in data anteriore (e cioè al 13.8.1997) all'entrata in vigore del regolamento n. 245 del 21.7.1997, abbiano ottenuto a proprio favore ordinanza di sospensione dell'efficacia di atti preclusivi dell'iscrizione ai predetti corsi, ovvero i quali abbiano prima di tale 13.8.1997 prodotto ricorso straordinario al Presidente della Repubblica; pertanto tale normativa verrà a sanare tutte le immatricolazioni di tale specie intervenute nell'a.a. 1996/97;

ha deliberato quanto segue:

1) in applicazione del punto 2 della nota ministeriale Prot. n. ACG/ I/1487/98 in data 4.12.1998, che prescrive: ... "Ciascuna Università, nell'ambito dei propri poteri e correlate discrezionalità amministrative, debba valutare la necessità di pervenire alla regolarizzazione formale e definitiva delle iscrizioni ed immatricolazioni con riserva, a suo tempo disposte, a seguito di atti assunti anteriormente al 13.8.1997...", *di dar luogo alla regolarizzazione dell'iscrizione di coloro che nell'a.a. 1997/98 abbiano ottenuto l'iscrizione sotto condizione ai corsi di cui in premesse a seguito di ordinanza di sospensione dell'efficacia di atti preclusivi dell'iscrizione ai corsi di*

cui trattasi, ovvero a seguito di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

2) di dare attuazione a quanto suggerito dal Ministro in ordine alle immatricolazioni per l'a.a. 1998/99, nel senso che di disporre, a favore degli studenti che hanno partecipato alla selezione per i corsi di studio ad accesso limitato e non siano risultati vincitori, una congrua proroga dei termini, senza oneri di mora, per eventuali immatricolazioni ad altri corsi di laurea o diploma in essere presso questa sede universitaria; tale proroga avrà durata sino a tutto il 31.1.1999.

Ancona, 8 gennaio 1998.





A CURA DI UGO SALVOLINI

Il 2 Dicembre 1998 si è insediato il Consiglio di Amministrazione dell'Università di Ancona, nella sua nuova composizione così come voluta dallo Statuto di recente approvato. I componenti sono:

Edoardo Biondi, Patricia Carloni, Raul Castagnani, Paolo Ercolani, Gioacchino Fonti, Mario Governa, Francesco Greco, Giovanni Latini, Valentina Luciani, Tullio Manzoni, Corrado Mariotti, Maria Grazia Messia, Ettore Olmo, Alessio Padovani, Mariangela Paradisi, Tullio Rozzi, Ugo Salvolini, Paolo Sgolacchia, Pasquale Stracquadanio

Nella seduta del 21 Dicembre è stato approvato il bilancio preventivo 1999 ed il Piano Edilizio Triennale: riportiamo alcune parti fra le più significative della Relazione del Magnifico Rettore al Bilancio preventivo E.F. 1999.

Le delibere del Consiglio di Amministrazione dell'Università

Il Consiglio di Amministrazione. Infatti con l'entrata in vigore del nuovo Statuto dell'Ateneo sono stati percorsi itinerari nuovi nel dibattito preparatorio essendo molto più rilevante che in passato il ruolo del Senato Accademico all'interno del quale sono ora rappresentate non solo le istanze della didattica (Facoltà) ma anche quelle della ricerca (Dipartimenti e Istituti) nonché alcune altre categorie di operatori universitari.

• La novità più rilevante nella definizione del bilancio è costituita dall'iter stesso che porta alla sua approvazione da parte del Con-

• Il titolo 7 recepisce in sostanza le indicazioni del piano edilizio. Nel *Polo di Monte D'Ago* saranno realizzati il 2° edificio per la Facoltà di Scienze, i laboratori pesanti e le serre per la Facoltà di Ingegneria ed Agraria, l'ampliamento delle aule della Facoltà di Agraria ed alcuni interventi di straordinaria manutenzione. Per il *Polo di Torrette* si avvieranno le procedure per la realizzazione del 2° edificio che permetterà di concentrare tutte le attività della facoltà di Medicina e Chirurgia e che prevederanno nell'arco di un triennio l'alienazione dell'edificio di Villa Maria. Le risorse finanziarie da esso ricavabili sono infatti indispensabili per realizzare un accordo di programma che preveda un co-finanziamento del 50% a carico MURST per il nuovo edificio di Torrette. Per il *Polo di Villarey* proseguiranno le opere di completamento esterno ed interno e la ristrutturazione dei locali della ex-infermeria quadrupedi.

• Come indicato nel bilancio triennale 1998-2000 per quanto riguarda Dipartimenti ed Istituti le risorse per il loro funzionamento sono aumentate del doppio del tasso di inflazione programmato. I criteri di ripartizione tra Istituti, Dipartimenti, Facoltà ed altri Centri dovranno tuttavia essere definiti dal Senato Accademico secondo quanto previsto dallo Statuto.

• Aumenta ancora del 10% la spesa per finanziare la ricerca locale (ex 60%) costituendo questa una scelta strategica chiara all'Ateneo

Va infine sottolineato il notevole impegno finanziario profuso dall'Ateneo per la tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori (ivi compresi gli studenti).

• Si configura così un complesso di interventi coordinati e miranti a garantire la massima vivibilità in condizioni di sicurezza negli ambienti di studio e di ricerca dell'Ateneo.





La considerazione e il rispetto della memoria collettiva significano recupero dell'identità culturale, indispensabile per la crescita della civiltà. Questo compito così impegnativo da sempre è stato svolto anche dalle Biblioteche, istituzioni pubbliche o private che hanno tutelato, conservato, restaurato e trasmesso il materiale librario nel tempo. Le prime raccolte di libri furono private e soprattutto legate ad attività religiose. E' in Grecia che nacque la prima Biblioteca pubblica nel 330 a. C seguita da Roma nel 40 a. C. Di notevole pregio furono, nel periodo ellenistico, le Biblioteche di Alessandria e di Pergamo, testimonianze fondamentali della letteratura greca. Nell'Impero romano d'Oriente rivestirono particolare importanza le Biblioteche di Bisanzio. Dopo il suo crollo la Chiesa di Roma assorbì tutte le attività letterarie. Durante il Medioevo, in piena espansione monastica nel X e nel XI secolo, le Biblioteche più prestigiose si svilupparono all'interno di Abbazie, che ebbero il grande pregio di salvare dalle incursio-

ni barbariche il patrimonio culturale delle antiche civiltà.

Le prime Biblioteche universitarie sorsero verso il 600, dapprima in stretta collaborazione con le istituzioni religiose, in seguito par-

Novità in biblioteca

zialmente autonome e laiche. Nel Rinascimento le Biblioteche avevano raccolte di carattere prettamente letterario mentre quelle a carattere scientifico nacquero a Roma e a Padova con l'aumentare dell'interesse per la scienza. Con la Rivoluzione Francese parecchi libri privati furono fatti confluire nel patrimonio pubblico.

Molti personaggi storici, di grande spessore culturale, intensificarono la loro passione per il libro fino a svolgere l'attività di "bibliofili" ed è grazie a questi ultimi che nel 1860 lo stato unitario eredita "dalla storia" materiale eterogeneo per natura, ma di immenso valore. In questo spirito, la Biblioteca Scientifica della Facoltà di Medicina si arricchisce da quest'anno di opere dedicate alla Storia, all'Arte, alla Letteratura. Vi presentiamo questo mese i primi acquisti, voluti dal Preside, in una più ampia visione culturale della Biblioteca della Facoltà.

- Luciano Sterpellone, *La Medicina etrusca. Demoiatria di un'antica civiltà*, CIBA-GEIGY Edizioni, 1990, collocazione WZ.6.
- Huldrych M. Koelbing, *Storia della terapia medica. Momenti fondamentali*, CIBA-GEIGY Edizioni, 1989, collocazione WZ.7.
- Loris Premuda, *Storia dell'iconografia anatomica*, CIBA Edizioni, 1993, collocazione WZ.8.

- Giuseppe Penso, *La Medicina medioevale*, CIBA-GEIGY Edizioni, collocazione WZ.9.
- *Storia della Medicina greca*, CIBA-GEIGY Edizioni, collocazione WZ.10.
- Luciano Sterpellone-Elsheikh Mahmoud Salem, *L'arte medica nei califfati d'Oriente e d'Occidente*, CIBA-GEIGY Edizioni, collocazione WZ.11.



I GIOVEDÌ DELL'AULA MAGNA

Orchestra Filarmonica Marchigiana Stagione Sinfonica 1998/99

CONCERTO N° 4 - GIOVEDÌ 28 GENNAIO

Direttore : Daniele Agiman

Programma

W.A. Mozart "Cosi fan tutte" Overture K.588

F.J. Haydn Sinfonia n. 88 in sol magg.

W.A. Mozart Sinfonia n. 39 in mi bem. Magg. K. 543

CONCERTO N° 5 - GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO

Direttore : Jean Pierre Faber

Programma

J.S. Bach "Cantata del Caffè" per soli e orchestra BWV 211

D. Cimarosa "Il Maestro di Cappella"

CONCERTO N° 6 - GIOVEDÌ 25 FEBBRAIO

Direttore : Georgy Dimitrov

Programma:

F. Schubert Sinfonia n. 6 "La Piccola" in do magg. D. 589

B. Britten *Soirées musicales, suite di cinque movimenti da Rossini op. 9*

G. Rossini Sinfonia da "L'Italiana in Algeri"

Sinfonia da "La scala di seta"

Sinfonia da "Cenerentola"





Le lettere pubblicate sulla rivista esprimono esclusivamente il pensiero di chi le firma e pertanto non impegnano la responsabilità della redazione.

Caro Preside,

ho letto con interesse sul Bollettino della Facoltà del dicembre 1998 l'articolo di Franco Angeleri, Franco Greco, Gianmario Raggetti, e Daniele Rodriguez sul ruolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona nel contesto sanitario regionale, nazionale e internazionale.

Mi complimento con gli autori per la approfondita articolazione logica del documento che ho valutato con attenzione specie con la finalità di trovarvi linee strategiche non sufficientemente espresse nell'attuale Piano Strategico dell'Azienda Ospedaliera Umberto I°.

Nello spirito di una dialettica positiva consentimi, però, di esprimere alcune perplessità, alcuni commenti e alcune proposte. La prima perplessità riguarda la premessa al capitolo sui compiti istituzionali che definisce l'Università come sede

Lettere

primaria della creazione e trasmissione di conoscenza.

A questo proposito penso che non si possa negare che a causa della proliferazione di enti, istituzioni, imprese pubbliche e private, a causa della diffusione del metodo scientifico e a causa del progresso multimediale, le sorgenti di creazione e di trasmissione della conoscenza siano in realtà diventate tanto numerose e potenti da mettere in crisi la concezione tradizionale di monopolio universitario della produzione e della certificazione della conoscenza. Piuttosto, credo che l'università moderna debba svolgere un alto ruolo di coordinamento nella Babele della creazione e trasmissione della conoscenza accettando il confronto con la realtà circostante e accettando la collaborazione selezionata e il contributo delle persone che interpretano realtà operative accreditabili. Molti sono gli stimoli che derivano dalle considerazioni relative alla ricerca, all'insegnamento-apprendimento e all'assistenza medica. Per quanto riguarda la ricerca applicativa nel campo della Medicina, la Facoltà Medica non può trascurare che, alla luce dell'attuale convenzione, la Regione, prevalentemente attraverso l'Azienda Ospedaliera Umberto I°, ha messo e mette a disposizione un gran numero di strutture, tecnologie, personale e setting operativi che hanno consentito e consentono una produzione scientifica di tutto valore. Certo molto c'è da fare per adeguare il complesso ospedaliero-universitario al potenziamento di questa finalità, compresa la soluzione dei cosiddetti dipartimenti clinici con inclusione delle discipline biologiche, a patto che si condivida la necessità di una scientifica sperimentazione del modello. Infatti, pur accettando il concetto teorico che la integrazione dipartimentale tra discipline di base e discipline cliniche porti sia una valida produzione di ricerca sia una migliore assistenza, credo che, proprio nel rispetto del metodo scientifico, sia indispensabile averne la prova sul campo con impiego di parametri adeguati e obiettivi al fine di evita-

re l'autoreferenzialità. Credo anche che il modello del cosiddetto Dipartimento Clinico abbia bisogno di una sperimentazione gestionale per verificare se è possibile conciliare in un'unica struttura funzionale le esigenze organizzative e amministrative dell'assistenza con quelle organizzative e amministrative della didattica e della ricerca. Il percorso mi sembra abbastanza tortuoso, ma forse possibile. Per quanto concerne l'insegnamento-apprendimento condivido l'impostazione relativa ai compiti di docenza anche se non trovo nel documento alcun cenno sulla valutazione dei docenti nel loro esercizio di trasmissione della conoscenza. Infatti, è ormai metodologia corrente non limitarsi ad una valutazione istituzionale, ma far riferimento ad una valutazione sul campo, dove comportamenti e condotte dei docenti sono valutati dai discenti, così come la qualità dell'assistenza è valutata anche dagli assistiti. A proposito delle docenze nelle Scuole di Specializzazione e nei DU, trovo restrittivo il coinvolgimento delle strutture sanitarie non a direzione univernitaria limitato all'acquisizione da parte degli studenti di esperienza pratica. Penso che alcuni professionisti, pur non inseriti nei ruoli universitari, che praticano discipline specifiche con strumenti operativi adeguati e che hanno consuetudine alla ricerca basata sul metodo e sul ragionamento scientifico, abbiano gli attributi adeguati anche per l'insegnamento teorico sotto forma di lezioni, tutorship e seminari. Naturalmente un monitoraggio valutativo completo sarebbe necessario anche per loro a garanzia dei risultati didattici raggiunti. Molto interessante e critico è il punto riguardante l'assistenza medica.

E' suggestiva e convincente l'affermazione che nelle strutture in cui si pratica la ricerca e l'insegnamento-apprendimento si pratica un'assistenza migliore di quella delle strutture in cui ricerca e didattica istituzionalmente non si praticano. Ma anche questo assunto, credo, debba essere oggetto di verifica mediante una valutazione comparativa severa, basata sulla relazione tra i risultati raggiunti in termini di salute nelle diverse categorie di pazienti e i costi sostenuti per ottenere quei risultati. Per quanto concerne il concetto della selezione della patologia (cioè, selezione di persone malate) strumentale all'insegnamento-apprendimento e alla ricerca, penso che ciò sia eticamente accettabile solo se passa attraverso l'informazione e il consenso del cittadino che ha libera scelta, se il docente attrae pazienti per l'alta qualità assistenziale della unità operativa da lui diretta, se sono presenti nel territorio strutture alternative valide per l'assistenza e, soprattutto, se il docente e i discenti (inseriti in un complesso ospedaliero universitario che offra l'ampia gamma dei regimi assistenziali ritagliati sulle esigenze del paziente) siano disponibili ad organizzare e praticare percorsi didattici flessibili e non limitati alla dimensione dell'Unità Operativa, ma piuttosto estesi alla dimensione del Dipartimento e, addirittura, all'intero complesso ospedaliero. È certo che per avere un mix di casistica adeguato allo scopo didattico, il nostro complesso ospedaliero universitario deve praticare anche un'attività assistenziale ospedaliera di base, naturalmente gestita con garan-





zia di appropriatezza. La impostazione basata sulla funzionalità didattica dell'intero complesso porterebbe a superare la rigidità e la frammentazione create dal rapporto docente-pazienti letto-patologia selezionata e garantirebbe al paziente il regime assistenziale più adeguato. Se così fosse, il complesso ospedaliero universitario deve comprendere nella sua missione l'essere un ospedale di ricerca scientifica e di formazione con il conseguente modellamento organizzativo e professionale delle unità operative comprese quelle a direzione ospedaliera. Per tutte queste considerazioni, condivido in grandi linee lo spirito espresso nel capitolo "la FM nell'Azienda Ospedaliera Mista" anche se sono consapevole degli equivoci e degli intrecci che possono nascere dall'ambiguità della definizione e dall'incertezza della regolamentazione. Un'unica nota sulla distribuzione delle alte specialità e della tecnologia: certo l'unicità dell'Azienda Ospedaliera Umberto I° si fonda sulla presenza delle discipline cliniche, ma non può prescindere da una ragionevole concentrazione delle tecnologie avanzate e da una leadership sull'emergenza per ragioni di efficienza e di qualità nell'ambito del territorio regionale. Detto tutto ciò, quali linee strategiche dovrebbero integrare quelle già esistenti nel Piano Strategico aziendale dell'AO Umberto I° per valorizzare il ruolo universitario? A me sembra che si potrebbe includere la sperimentazione del modello organizzativo del cosiddetto dipartimento clinico scegliendo tra i dipartimenti misti già istituiti il più completo, integrandolo con alcune discipline di base e, soprattutto, impiegando una metodologia condivisa di valutazione dei risultati gestionali e clinici. Ritengo necessario includere anche una verifica e una valutazione del reale miglioramento dell'assistenza dovuta alla coesistenza delle attività di didattica e di ricerca. Un altro punto importante è quello della qualità, sicurezza e trasparenza del servizio assistenziale erogato in un ambiente come il nostro in cui si esercita didattica e ricerca e in cui si deve conciliare l'efficienza e l'efficacia della cura con l'acquisizione di esperienza degli studenti e con la curiosità scientifica dei ricercatori. Altri obiettivi strategici li potremo individuare e discutere nell'ambito della Commissione paritetica Ospedale-Università, quale contributo preliminare alla dialettica della Commissione Paritetica Regione -Università che, spero, concluda in tempi ragionevolmente brevi i suoi lavori per poter realizzare con rafforzata confidenza e con la coerenza delle azioni delle due componenti il cosiddetto Ospedale di Insegnamento al servizio della Regione.

Alfeo Montesi
Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Umberto I Ancona

Al Preside di Facoltà Prof Tullio Manzoni e al Coordinatore del Comitato Didattico, Prof Giovanni Danieli

Illustrissimi Prof Tullio Manzoni e Prof Giovanni Danieli ricevo e leggo con piacere ed interesse il Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Di Ancona LETTERE DALLA FACOLTA'. Ho trovato questo bollettino ricco di notizie e di articoli interessanti. Nel Bollettino n. 2 dello scorso Settembre 98 nella lettera del Preside Prof Tullio Manzoni tra le varie comunicazioni, notavo come tra le iniziative culturali di quest'anno venissero promossi i FORUM di FACOLTA' cercando di coinvolgere tutti gli studenti di Medicina e Odontoiatria e delle Scuole di Specializzazione e dei sei Diplomi intorno a delle tematiche che dovrebbero costituire un patrimonio culturale comune per quei professionisti che opereranno e operano nella Sanità. Ho trovato questa iniziativa singolare ed interessante e condivisibili gli obiettivi, come curare uno spirito di squadra basato sulla collaborazione, sulla integrazione condividendo l'obiettivo di fondo che non può che essere quello di curare la persona malata, ma anche come momento di formazione comune e di dialogo tra le varie esperienze professionali già consolidate o in fieri.

Inoltre leggendo l'articolo ho constatato che oltre a questo modello di didattica interprofessionale, vi è l'intenzione di costituire piccoli gruppi formati da diverse figure professionali che discuteranno UN PROBLEMA Di SALUTE partendo dalla propria competenza professionale e dal proprio ruolo nel cercare una soluzione al problema esposto e sempre in questo articolo si dice che la partecipazione del Medico di Medicina Generale potrebbe costituire una concreta integrazione didattica di tale iniziativa. In questi anni la SIMG si è adoperata con impegno nella formazione dei MIVIG promuovendo corsi master e incontri di studio, dove per formazione si intende una particolare qualificazione inserita in un processo educativo con specifiche caratteristiche di finalità e metodologia, in questa il lavoro a piccoli gruppi e la peerreview cioè revisione tra pari di otto dieci colleghi su argomenti clinici scelti sulla base di una rilevazione dei bisogni sono stati cardini metodologici. In qualità di responsabile regionale della SIMG Marche, ho ritenuto giusto inviarvi questo articolo per esprimere il mio pensiero.

Ritengo proficuo un incontro tra le varie componenti sanitarie, sia per conoscere meglio le peculiarità di ogni componente, il cammino percorso, scambiandosi le reciproche esperienze, ma anche perché si possono meglio mettere a fuoco gli obiettivi e le progettualità che ogni categoria professionale ha in mente di realizzare, per cui credo che alla Medicina Generale non possa che far piacere di collaborare ad esperienze formative portando il suo contributo culturale peculiare che origina dal proprio ruolo, dall'ambito di applicazioni delle proprie conoscenze e cioè dal territorio e da quella visione olistica del paziente che da sempre la contraddistingue. Un cordiale saluto

Dr Fulvio Borromei
Presidente Regionale SIMG Marche




GENNAIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
18 Gennaio	15.30	Polo Didattico Torrette	Discussione di casi clinici	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: D, I, P, V, EE, II
19 Gennaio	16.00	Polo Didattico Torrette	L'emodinamica nella pratica clinica	Prof. P. Pelai Dott.ssa R. Coltrinari	DS: AA, B
20 Gennaio	15.00	Aula N - Polo Didattico Torrette	Metabolismo minerale nella sindrome di Turner	Prof. F. Mantero Dott.ssa T. Mancini	DS: CC, DD, T
21 Gennaio	8.30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A, P, EE
21 Gennaio	16.00	Istituto di Semeiotica chirurgica - INRCA	Aterosclerosi e complicanze vascolari	Prof. V. Saba Dott. Giunta	DS: B, D
21 Gennaio	16.00	Polo Didattico Torrette	Meccanica ventilatoria	Prof. P. Pelai Dott. T. Principi	DS: AA
22 Gennaio	14.00	Aula Didattica Reumatologia - Ospedale di Jesi	Discussione di casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
25 Gennaio	15.30	Polo Didattico Torrette	La vescica neurogena non neurogena	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: D, I, O, P, U, V, EE
26 Gennaio	15.30	Polo Didattico Torrette	Discussione di casi clinici	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: D, I, P, V, EE, II
26 Gennaio	16.00	Polo Didattico Torrette	L'emodinamica nella pratica clinica	Prof. P. Pelai Dott.ssa R. Coltrinari	DS: AA, B
27 Gennaio	14.00	Aula Didattica- Direzione Sanitaria Umberto I 3° piano	Fattori prognostici preoperatori nel carcinoma della prostata	G. Muzzonigro	DS: A, D, R, V, CCD, D, EE, II
27 Gennaio	15.00	Aula N - Polo Didattico Torrette	Risultati dello studio UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study)	Prof. F. Mantero Dott.ssa E. Faloia	DS: CC, DD
28 Gennaio	8.30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A, P, EE
28 Gennaio	16.00	Istituto di Semeiotica chirurgica - INRCA	Melanoma e linfonodo sentinella	Prof. V. Saba Dott. Gaggiotti	DS: D
28 Gennaio	16.00	Polo Didattico Torrette	Meccanica ventilatoria	Prof. P. Pelai Dott. T. Principi	DS: AA
29 Gennaio	14.30	Aula D - Polo Didattico Torrette	Incontinenza urinaria e pavimento pelvico, un grande problema, un'ampia integrazione multidisciplinare	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro et al.	DS: A, B, C, D, E, I, L, O, P, R, S, T, V, A, A, CC, DD, EE, II, LL

DS: Diploma di specializzazione

A: Anatomia Patologica, B: Chirurgia Vascolare, C: Cardiologia, D: Chirurgia Generale, E: Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, F: Chirurgia Toracica, G: Ematologia, H: Gastroenterologia, I: Ginecologia ed Ostetricia, L: Igiene e Medicina Preventiva, M: Malattie Infettive, N: Medicina del Lavoro, O: Medicina Fisica e Riabilitazione, P: Neurologia, Q: (DU: Diploma Universitario R: Oncologia, S: Ortopedia e Traumatologia, T: Pediatria, U: Psichiatria, V: Urologia, AA: Anestesia e Rianimazione, BB: Dermatologia e Venerologia, CC: Endocrinologia e Malattie del ricambio, DD: Medicina Interna, EE: Radiodiagnostica, FF: Reumatologia, GG: Scienza dell'alimentazione, HH: Allergologia e Immunologia, II: Geriatria, LL: Medicina Legale, MM: Microbiologia e Virologia

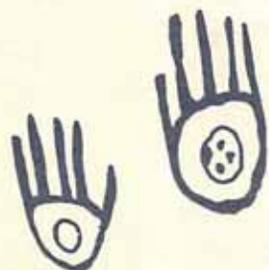




AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

FEBBRAIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
3 Febbraio	15.00	Aula N - Polo Didattico Torrette	Aspetti metabolici delle PCO	Prof. V. Toscano, E. Mantero	DS: CC, DD, I
4 Febbraio	8.30-10.30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A, P, EE
4 Febbraio	15.00	Aula Didattica Reumatologia - Ospedale di Jesi	Discussione di casi clinici	Prof. C. Cervini	DS: O, S, FF
8 Febbraio	15.30	Aula M - Polo Didattico Torrette	Le neoplasie del pene	Prof. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, D, E, R, V, AA, BB, DD, EE, II
9 Febbraio	15.30	Aula M - Polo Didattico Torrette	Discussione di casi clinici	Prof. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: D, V, I, P, EE, II
10 Febbraio	15.00	Aula N - Polo Didattico Torrette	Trattamento del morbo di Basedow	Prof. F. Mantero Dott.ssa Riccialdelli	DS: CC, DD
11 Febbraio	8.30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A, P, EE
12 Febbraio	14.00	Aula Didattica Reumatologia - Ospedale di Jesi	Discussione di casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
13 Febbraio	10.30	Aula D - Polo Didattico Torrette	Efficacia del sildenafil (viagra) nella disfunzione erettile	Prof. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, B, C, D, E, I, M, R, S, U, V, AA, CC, DD, EE, II
17 Febbraio	15.00	Aula N - Polo Didattico Torrette	Ruolo della glicosilazione dell'angiotensinogeno umano	Prof. F. Mantero Dott. G. Lucarelli	DS: CC, D
18 Febbraio	8.30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A, P, EE
19 Febbraio	14.00	Aula Didattica Reumatologia - Ospedale di Jesi	Discussione di casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
22 Febbraio	15.30	Aula M - Polo Didattico Torrette	Tecniche di resezione endoscopica in urologia e sindrome da riassorbimento	Prof. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, C, D, P, R, V, AA, II
23 Febbraio	15.30	Aula M - Polo Didattico Torrette	Discussione di casi clinici	Prof. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: D, V, I, P, AA, II
24 Febbraio	15.00	Aula N - Polo Didattico Torrette	Acromegalia e patologie neoplastiche	Prof. F. Mantero	DS: CC, DD, R
25 Febbraio	8.30-10.30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A, P, EE
26 Febbraio	14.00-16.00	Aula Didattica Reumatologia - Ospedale di Jesi	Discussione di casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF



In copertina:

particolare di un graffito preistorico dove l'immagine della mano compare non più come impronta ma come disegno vero e proprio, definendo una nuova fase della scrittura e quindi della comunicazione

(da I. Schwarz-Winkhofer, H. Biedermann "Le livre de signes et des symboles." Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona Anno II - n. 1 Gennaio 1999
Aut. del Tribunale di Ancona n.17/1998
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Comitato di Redazione
Daniela Pianosi, Anna Maria Provinciali, Giovanna Rossolini, Maria Grazia Sabbadini, Marina Scarpelli, Daniela Venturini
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Progetto Grafico
Impaginazione
Stampa
Lirici Greci
Pequod
Errebi srl Falconara