



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

Lettere dalla Facoltà chiude puntualmente il suo secondo anno di pubblicazione avendo assolto, negli undici numeri di quest'anno, lo scopo per il quale il periodico è stato istituito, completamente per quel che concerne l'informazione, solo parzialmente per quel che riguarda la comunicazione. Quest'ultima, che rappresenta il dialogo tra i protagonisti del percorso formativo, cioè Docenti e Discenti, forse per una nostra scarsa dimestichezza con le "Lettere" ha registrato più spesso voci isolate senza risposta.

L'informazione, invece, è stata puntuale per quel che concerne le attività didattiche. Essa è anche necessaria visto che i dettami della nuova Tabella XVIII e la vocazione della Facoltà hanno portato ad un'offerta didattica che è andata ben al di là del tradizionale calendario di lezioni e di esercitazioni, essendosi estesa ai corsi monografici, ai forum, ai seminari, ai convegni.

In quest'ambito la ripresa dell'attività, a gennaio, registrerà tre importanti eventi, il primo dei quali è l'inizio di un corso di Medicina Basata sulle Evidenze che si svilupperà nell'arco di tre anni. Questa scienza ha raggiunto ormai tale importanza sui processi decisionali dei clinici, di tutti coloro che operano nelle professioni sanitarie e degli stessi amministratori della sanità, che deve necessariamente essere oggetto di un insegnamento specifico, finalizzato a conferire le conoscenze e le abilità per l'utilizzo di tale metodica; un insegnamento che è possibile, per gli studenti del quinto e del sesto anno, seguire completamente nei prossimi mesi.

Attiveremo in gennaio anche il Corso triennale di lingua Inglese per gli studenti del Diploma Infermieri: è un corso sperimentale, basato in parte su lezioni tradizionali, in parte su didattica interattiva al computer, che deve porre il nostro Infermiere in condizioni non solo di poter comprendere l'Inglese scientifico ma anche di utilizzare le grandi risorse editoriali presenti in Internet e che sono quasi sempre in lingua inglese. Se l'esperimento avrà il successo che auspichiamo, il prossimo anno il modello didattico potrà essere proposto anche per altri corsi di insegnamento.

Infine, Fabio Malavasi, biologo, immunologo, genetista, ricercatore tra i più affermati in campo internazionale, sarà protagonista della prossima conversazione con il pubblico dal titolo *Arsenico e vecchi merletti: nuove terapie ed antiche medicine*. Il tema e la personalità del Relatore dovrebbero esercitare una sicura attrazione sul pubblico e permettere quindi il raggiungimento dell'obiettivo, l'incontro Facoltà-Regione, che il ciclo *A Medicina, di sera* si è prefisso.

Ma è giunto il momento ora di interrompere, per il Natale, il nostro colloquio e di concederci una pausa di serenità: ai Colleghi, al Personale, agli Studenti l'augurio di buone feste e di un nuovo anno ricco di soddisfazioni e di realizzazioni.

Prof. Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà

| | |
|---------------------|---|
| LETTERA DEL PRESIDE | 1 |
|---------------------|---|

EDITORIALE

| | |
|---|---|
| La tutela del minore, nella concezione dei codici deontologici del medico e dell'infermiere, circa il diritto ad essere informato e ad esprimere scelte in ambito sanitario | 2 |
|---|---|

VITA DELLA FACOLTÀ

| | |
|--|----|
| - Organizzazione del percorso formativo nelle Scuole di Specializzazione | 8 |
| - La Medicina basata sulle Evidenze (MBe) | 12 |
| - Storia della Medicina | 13 |
| - I lavori del Comitato Didattico | 14 |
| - Corsi Monografici | 16 |
| - A Medicina, di sera | 17 |

LA RICERCA CLINICA

| | |
|--|----|
| Epatite cronica C: studio prospettivo di costo - efficacia della valutazione pre-terapeutica | 18 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE | 20 |
|--|----|

| | |
|-------------------------------|----|
| APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO | 22 |
|-------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------|----|
| AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO | 23 |
|-----------------------------|----|



Premessa

I codici di deontologia del medico e dell'infermiere, nelle recenti versioni, rispettivamente del 1998 e del 1999, contengono innovazioni, per alcuni aspetti simili, tuttavia non del tutto sovrapponibili, per quanto attiene il rapporto dei predetti professionisti con il soggetto "minore" (cioè infradiciotenne), in relazione alle fondamentali questioni dell'informazione-comunicazione nei suoi confronti e delle potestà decisionali (consenso) sulle scelte diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali che lo riguardano.

Queste innovazioni sono in discreta sintonia con alcuni autorevoli documenti internazionali. La "Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia"¹ – ratificata in Italia con legge 27 maggio 1991 n. 176 – contempla, al primo comma dell'art. 12: "Gli Stati parti alla presente Convenzione devono assicurare al bambino/a capace di formarsi una propria opinione, il

La tutela del minore, nella concezione dei codici deontologici del medico e dell'infermiere, circa il diritto ad essere informato e ad esprimere scelte in ambito sanitario

Cattedra di Medicina Legale

Venezia del 1983 – al punto I.11: "Qualora il minore sia di fatto in grado di dare il proprio consenso, questo deve essere ottenuto in aggiunta a quello del tutore legale". La Convenzione adottata a Strasburgo dal Comitato dei Ministri

diritto di esprimere liberamente e in qualsiasi materia, dovendosi dare alle opinioni del bambino/a il giusto peso relativamente alla sua età e maturità". La cosiddetta "dichiarazione di Helsinki"², nella sezione I "Principi di base", prevede – a partire dalla revisione di

del Consiglio d'Europa nel 1996³ contempla, al secondo comma dell'art. 6, che "Il parere del minore è preso in considerazione come fattore maggiormente determinante in rapporto all'età ed al suo grado di maturità".

Anche dal punto di vista dottrinale, in Italia ha ormai attecchito la concezione per cui "i criteri legati in modo rigido all'età sono del tutto arbitrari, in quanto forzano una realtà estremamente mobile e in sviluppo secondo cadenze assolutamente individuali"⁴. In un recente, autorevole, contributo, l'argomento, è così sinteticamente impostato: "se in linea di massima nel caso dei minori il consenso spetta a chi esercita la potestà genitoriale, si dovrebbe nel contempo ammettere che anche un adolescente maggiore di quattordici anni, e, al limite, anche inferiore di qualche anno rispetto a tale età, abbia sufficiente capacità di comprendere quanto gli viene proposto per un trattamento sanitario, anche se invero può nel contempo mancargli la capacità di assumere una decisione adeguata, per carenza di esperienza e sotto l'influenza del timore che, a quell'età, è spesso più rilevante ed irrazionale che non nell'adulto."⁵

L'informazione

Il tema dell'informazione è trattato da entrambi i codici con indicazioni di carattere generale; uno di essi fornisce alcuni ulteriori approfondimenti e specificazioni che riguardano i soggetti minori di età (per le previsioni testuali, cfr. tabella 1). Il codice di deontologia medica affronta il tema, dal punto di vista generale, agli articoli 30 e 31; gli aspetti relativi al minore compaiono nel terzo comma dell'art. 34. L'art. 30 inizia indicando che "il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate"; non è escluso alcun paziente da questo dovere di informazione che incombe al medico, in particolare non sono esclusi i soggetti minori, relativamente ai quali, anzi, interviene il terzo comma dell'art. 34 che specifica che "il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore ... compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione".

Questi due inequivoci disposti si chiariscono a vicenda. L'art.

¹ Organizzazione delle Nazioni Unite, Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, New York 20 novembre 1989.

² XXXV Assemblea medica mondiale, Dichiarazione sulle ricerche biomediche, Venezia, ottobre 1983.

³ Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina, Strasburgo 19 novembre 1996.

⁴ Nespor S., Santosuosso A., Satolli R., Vita, morte e miracoli. Feltrinelli ed., Milano 1992, p. 124.





30 qualifica l'informazione come "la più idonea"; l'attributo si presta a varie interpretazioni: l'idoneità può essere intesa con riferimento al contenuto, come cioè corrispondenza fra la realtà (in tutta la sua oggettività) e le parole che la esprimo; l'idoneità può essere considerata rispetto ai bisogni, morali e di salute, del soggetto; l'idoneità può riguardare la corrispondenza fra contenuto e/o forma dell'informazione e capacità del paziente di percepire e/o di accettare. E' evidente che le varie interpretazioni ora proposte non sono fra loro alternative, anzi, essendo tutte ragionevoli, va seriamente considerata la possibilità che, adottando l'espressione "la più idonea", gli estensori del codice pensassero proprio a tutte queste qualità. Ciò precisato, qui intendo soprattutto rilevare che, se intesa nei due sensi ultimi citati, questa *peculiare idoneità* starebbe ad indicare che, di volta in volta, l'informazione non necessariamente ha un contenuto predefinito e cristallizzato, anzi questo va adattato alle condizioni di salute, ai bisogni ed alla psicologia del soggetto. Se così è, allora, con specifico riferimento ai pazienti minori, il contenuto va adattato anche al grado di maturità del minore stesso. Questa

deduzione corrisponde a quello che prescrive il terzo comma dell'art. 34: è doverosa l'informazione ed è doveroso modulare la stessa in relazione alle peculiarità, non tanto dell'età anagrafica, quanto piuttosto del processo di maturazione di quel minore.

Il codice deontologico degli infermieri affronta l'argomento dell'informazione in modo peculiare, in modo così peculiare da indurmi a precisare che sarebbe da parte mia del tutto arbitrario indicare che in questo codice l'informazione nei confronti dell'assistito viene trattata come argomento autonomo: si tratta infatti, nella concezione di tale codice, di uno dei molteplici aspetti del tema del rapporto globale di comunicazione con il paziente. Infatti il comma 2 dell'art. 4 gradua il rapporto dell'infermiere con la persona assistita secondo una progressione ("l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali"), nella quale l'informazione è una "fase"; in particolare è previsto un momento preliminare a quello dell'informazione e che consiste nel porsi in posizione di ascolto nei confronti dell'assistito. Altre indicazioni di carattere generale sull'informazione nei

Tab. 1 - Il tema dell'informazione-comunicazione: i due codici a confronto

| CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA | CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI |
|--|--|
| Disposizioni di carattere generale | |
| <p>Art. 30. Informazione al cittadino. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.</p> | <p>Art. 4. Rapporti con la persona assistita. ... 4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte. 4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura. 4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona. 4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.</p> |
| Disposizioni relative ai minori | |
| <p>Art. 34. Autonomia del cittadino. Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore ... compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione ...</p> | = |



confronti dell'assistito sono contenute nei commi 4 e 5 dell'art. 4. In particolare, il comma 4.5 indica che "l'infermiere ... garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche ...". In base al disposto di questo comma, dunque, anche nel caso del codice deontologico degli infermieri, nessun paziente è escluso dal rapporto di informazione; ed anche in questo caso è previsto un adeguamento della comunicazione alle capacità di comprensione della persona, com'è d'altronde ovvio, visto che, addirittura, è esplicitato, nel comma 4.2, che vi deve essere un coinvolgimento dell'infermiere con la persona stessa. Ne discende che, anche nel suo rapporto con il minore d'età, l'infermiere deve ascoltare, informare e coinvolgere la persona adeguando il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Solo così – ricorrendo cioè all'interpretazione secondo cui le disposizioni ora citate hanno valore nei confronti di tutti gli assistiti – è spiegabile che il codice deontologico degli infermieri abbia preferito tacere sul punto specifico della comunicazione-informazione con il minore. Che sia certo che tale codice dia per scontato che l'argomento specifico (nei confronti del minore) rientri a pieno titolo in quello di carattere generale (nei

confronti di qualsiasi assistito) è dimostrato dal dettato del comma 4.11, il disposto del quale resta privo di senso se non si dà per pacifico che l'infermiere debba aver prima raggiunto con il minore una comunicazione, ed una comunicazione a livelli di eccellenza (ovviamente per quanto sia consentito dalle circostanze). Il comma 4.11, su cui torneremo poco oltre, contempla infatti che "sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità". L'aver un'opinione su un qualche fatto presuppone che vi sia stata una previa adeguata informazione; e proprio quel comma aggiunge che "l'infermiere *si adopera*" affinché questo obiettivo, che cioè sia presa in considerazione l'opinione del minore, sia perseguito. Quest'ultima indicazione significa anche che l'infermiere si deve dar da fare perché il minore venga informato, ovviamente con le modalità opportune. L'interpretazione ora proposta, che cioè l'infermiere debba adoperarsi anche sul piano dell'informazione previa all'espressione della volontà del minore, non vuol dire che sia lui – infermiere – a dover informare l'assistito in tema di storia naturale della malattia, diagnosi ed alternative terapeutiche, sostituendosi al medico ed attribuendosi le sue funzioni; significa invece, qualcosa di più semplice e nel contempo di più complesso: facilitare, appunto, l'opera informativa da parte del medico, collaborando con lui, ma riconoscendo e rispettandone le specificità (cfr. art. 5.1 del codice deontologico degli infermieri).

Il consenso

Procedendo nel confronto fra i due codici deontologici citati, affronto ora il tema del consenso, specificando che adotto questo termine poiché ormai entrato nel linguaggio comune (non solo *medico*), anche se non è usato nel codice deontologico degli infermieri.

Il codice di deontologia medica esprime all'art. 32 i concetti di carattere generale in tema di consenso; in estrema sintesi, secondo le indicazioni del primo comma, "il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente". In relazione ai minori, l'art. 33 ed il terzo comma dell'art. 34 disciplinano, rispettivamente, il consenso del rappresentante legale e postulano l'obbligo di tener conto della volontà del paziente (per le previsioni testuali, cfr. tabella 2).

E' sancito il principio per cui "allorché si tratti di minore, ... il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici ... deve essere espresso dal rappresentante legale" (art. 33 primo comma), nonché quello per cui "il medico ha l'obbligo di ...





tenere conto della volontà del minore, compatibilmente con l'età e la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante" (art. 34 secondo comma). E' da sottolineare la carica innovativa del secondo principio, in base al quale è doveroso tener conto della volontà del minore, anche se in caso di contrasto, questa volontà sembra destinata a soccombere davanti a quella dei

genitori, ai quali soltanto sia l'art. 33 sia il 34 riconoscono la potestà di operare la scelta.

Esattamente nello stesso senso, e con maggiore incisività, va il codice deontologico degli infermieri: la materia è disciplinata, dal punto di vista generale, dai combinati disposti dei commi 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 (per le previsioni testuali, cfr. tabella II) e, con riguardo al minore, dal comma 4.11. Come anticipa-

Tab. 2 - Il tema del consenso (scelte/potestà decisionali): i due codici a confronto

| CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA | CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI |
|---|---|
| Disposizioni di carattere generale | |
| <p>Art. 32. Acquisizione del consenso. Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo art. 34.</p> | <p>Art. 4. Rapporti con la persona assistita. ... 4.2. L'infermiere ... anche al fine di ... consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte. 4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ... 4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona. 4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, ...</p> |
| Disposizioni relative ai minori | |
| <p>Art. 33. Consenso del legale rappresentante. Allorché si tratti di minore, ... il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici ... deve essere espresso dal rappresentante legale.</p> <p>Art. 34. Autonomia del cittadino. Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; ...</p> <p>Art. 29. Assistenza Il medico deve contribuire a proteggere il minore ... in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute ... Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psicofisico ...</p> | <p>Art 4. Rapporti con la persona assistita. ... 4.11. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità. 4.12. L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni. ...</p> |





to, non si cita comunque mai la raccolta del consenso: il codice parla di "scelte" (comma 4.2 e 4.5) e di "indicazioni" (comma 4.3) espresse dall'assistito. Ho già precedentemente detto che il comma 4.11 indica che "l'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità. Prima ho riflettuto su come, in tale disposto, sia sottintesa una doverosa previa opera di informazione nei confronti del minore. Qui si osserva, a proposito delle scelte, che l'"adoperarsi" dell'infermiere va inteso con riferimento tanto al medico quanto ai genitori, nel senso che essi soprattutto dovranno considerare, nella decisione finale, dell'opinione del loro figliolo.

Da tutte queste considerazioni – dall'integrazione cioè delle indicazioni testuali dei codici con le interpretazioni ora proposte – discende che sembra ampiamente superato, nell'ambito della deontologia codificata del medico e dell'infermiere, il luogo comune che fa, automaticamente e sempre, del minore un incapace. Tuttavia, questo superamento pare ottenuto con una differente consapevolezza, almeno dal punto di vista testuale, nei due codici deontologici in analisi; conviene soffermarsi sul punto, perché il ridotto grado di consapevolezza che può scorgersi nel codice di deontologia medica è tale da porre dubbi sul reale superamento del predetto luogo comune. Il codice degli infermieri appare più incisivo e positivamente esortativo rispetto a quello medico: l'infermiere *si adopera* (art. 4.11), il medico *ha l'obbligo* (art. 34, terzo comma); l'attività dell'infermiere si riconosce rivolta anche ai genitori (secondo l'interpretazione dell'art. 4.11 sopra proposta), la deontologia medica non va oltre "il rispetto dei diritti del legale rappresentante" (art. 34 terzo comma) e, in caso di opposizione da parte di costui al trattamento necessario ed indifferibile, al dovere di "informare l'autorità giudiziaria" (art. 33 secondo comma; quest'ultima eventualità non è menzionata nel codice deontologico dell'infermiere).

Proclamare, come fa il terzo comma dell'art. 34, i diritti – usando oltretutto il plurale – del legale rappresentante, e cioè i diritti dei genitori rispetto ai figli minorenni, è assolutamente ambiguo, perché lascia intendere che la *rappresentanza* sia svolta dai genitori non in nome e per conto dei figli stessi ed esclusivamente nel loro interesse, bensì costituisca il mero esercizio di un diritto proprio dei genitori; c'è il rischio che si perpetui così l'equivoca concezione che il processo decisionale dei genitori sia un atto autonomo e solitario degli stessi, che si concretizza nella proposta di un modello decisionale preconfezionato e non una fase del globale processo educativo, vale a dire della relazione di guida, tutela ed ausilio dei genitori nei confronti dei figli nel processo di maturazione.

In ogni caso, se proprio di *diritto* dei genitori si vuole parlare, anziché di loro *dovere*, occorre considerare che il diritto di direttiva, che è limitato alle prime fasi della crescita in cui manca la capacità di discernimento nel minore, lascia gradualmente il posto al diritto di controllo⁶. Il che ancora una volta significa non certo decidere al posto di un altro con criteri propri, ma condividere con un altro il processo decisionale, considerando e controllando le sue opzioni in relazione al grado di consapevolezza e contribuendo ulteriormente, proprio con questo processo, all'ulteriore progressiva maturazione.

L'altra indicazione sopra citata, tratta dal secondo comma dell'art. 33 del codice di deontologia medica, cioè la prospettiva – che definisco, considerata di per sé stessa, assurda – di informare l'autorità giudiziaria in ipotesi di un trattamento *necessario ed indifferibile* non accettato dai genitori, conferma che è forte la concezione per cui il figlio è comunque soggetto al volere dei genitori e che l'esecuzione da parte del medico di attività difformi rispetto alla volontà di questi ultimi corrisponde al mancato rispetto di un loro diritto. Do comunque per scontato che il medico che informa l'autorità giudiziaria abbia già effettuato il trattamento "necessario ed indifferibile".

In sintesi, può dunque sembrare che l'adoperarsi dell'infermiere – eventualmente, a mio modo di vedere, anche nei confronti dei genitori – affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore è atteggiamento profondamente diverso da quello proposto dalla deontologia codificata per il medico, di attenersi, cioè, al dovere di tener conto della volontà del minore, ma, se difforme, di rispettare la volontà dei genitori, quasi di *adattandosi passivamente* ad essa.

Riflessioni conclusive

Le attuali previsioni dei codici di deontologia dell'infermiere e del medico, si collocano dunque, come indicato in "premessa", nel solco concettuale tracciato da recenti documenti internazionali ed autorevoli fonti dottrinali, anche italiane.

Vi è tuttavia il dubbio che non sia pienamente superato il vetusto preconcetto che il minore sia comunque non pienamente capace di decidere o anche l'altro, differente ma comportante le stesse conseguenze, per cui l'espressione del consenso o del dissenso al trattamento del minore corrisponde all'esercizio di un diritto autonomo proprio dei genitori.

Ma la chiave autentica di lettura dei disposti del codice di

⁶ Fiori A., *Medicina legale della responsabilità medica*, Giuffrè ed., Milano 1999, v. I, p. 135.





deontologia medica, che poco sopra ho criticato in quanto è da essi che nasce il predetto dubbio, sta altrove: sta nell'art. 29, che riguarda il tema generale della protezione dei soggetti socialmente deboli. Il primo comma di quest'articolo prescrive che "il medico deve contribuire a proteggere il minore ... in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute ..."; ed il secondo comma specifica: "il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico ...". Compare, in questo art. 29, un *adoperarsi* del medico – si badi: *in ogni circostanza* – nell'interesse del minore, che rende il ruolo del medico meno passivo rispetto a quanto poteva sinora sembrare in base agli

articoli 33 e 34. Questo adoperarsi significa, in relazione al tema in discussione, che il medico dovrà attivarsi nei confronti dei genitori, nel senso che essi concretamente considerino, nella decisione finale, l'opinione del loro figliolo.

Esattamente nello stesso senso va anche il comma 4.12 del codice deontologico degli infermieri. Tale comma prevede che "l'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni"; è quindi assimilabile alle parti dell'art. 29 del codice di deontologia medica sopra citate e porta alle stesse conclusioni (intervento presso i genitori) alle quali ero pervenuto con l'interpretazione del comma 4.11 del codice deontologico degli infermieri.





La recente emanazione del Decreto Legislativo n. 368 del 17-08-99, introduce alcune nuove fasi nell'organizzazione del percorso formativo delle Scuole di Specializzazione di area medica, nella nostra Facoltà, che integrano i dispositivi delle leggi vigenti. Al fine di facilitare l'identificazione delle azioni correlate all'organizzazione della formazione specialistica, in gran parte demandate ai Consigli della Scuola, è stato preparato uno schema che identifica le diverse attività necessarie a costruire il percorso formativo. Per giustificare i cambiamenti rispetto alle vecchie abitudini sono citati gli articoli di legge che supportano le azioni necessarie a garantire i requisiti della formazione specialistica.

Naturalmente variazioni dallo schema possono derivare sia dalla tipologia della Scuola che da accordi definiti nell'ambito della Commissione Paritetica Università-Regione, ma un filo conduttore comune potrà essere utile a molti componenti dei Consigli delle Scuole.

A) - 502/517 Articolo 7, comma 2

Organizzazione del percorso formativo nelle Scuole di Specializzazione

Università e le Regioni stipulano specifici protocolli d'intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione ...

"... la titolarità dei Corsi di Insegnamento previsti dall'Ordinamento didattico Universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa ..."

"... sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per la istituzione di corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle Unità Sanitarie Locali ..."

B) - Dlgs. 229 Articolo 16 – sexies

1. "... il Ministro della Sanità, su proposta della Regione, indi-

vidua i presidi ospedalieri ... in possesso dei requisiti di idoneità ai quali riconoscere funzioni di insegnamento ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario..."

2. *"... la Regione assegna, in via prevalente od esclusiva, a detti ospedali, distretti e dipartimenti le attività formative di competenza regionale ed attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività delle strutture del SSN che collaborano con l'Università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione..."*

C) - Dlgs. 17 Agosto 1999 n. 368, Articolo 20

1. *"... la formazione che permette di ottenere un diploma di medico chirurgo specialista ... risponde ai seguenti requisiti:*

A) presupporre il conferimento e validità del titolo conseguito a seguito di un ciclo di formazione di cui all'art. 18

B) insegnamento teorico pratico

C) formazione a tempo pieno sotto il controllo delle autorità competenti

D) formazione effettuata in un Ateneo Universitario o in una azienda ospedaliera o in un Istituto accreditato a tal fine dalle autorità competenti

E) partecipazione personale del personale medico chirurgo candidato alla specializzazione, alla attività e responsabilità propria della disciplina".

Articolo 37

1. *"... all'atto dell'iscrizione alle Scuole universitarie di specializzazione in Medicina e Chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione-lavoro"*

3. *"... il contratto è stipulato con l'Università, ove ha sede la scuola di specializzazione, e con la Regione, nel cui territorio hanno sede le aziende sanitarie le cui strutture sono parte prevalente della rete formativa della scuola di specializzazione."*

Articolo 38

1. *" Con la sottoscrizione del contratto, il medico in formazione specialistica si impegna a seguire, con profitto, il programma di formazione svolgendo le attività teoriche e prati-*





che previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici, determinati secondo la normativa vigente in materia in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea. Ogni attività formativa ed assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori, designati annualmente dal Consiglio della scuola, sulla base di requisiti di elevata qualificazione scientifica, di adeguato curriculum professionale, di documentata capacità didattico formativa."

2. "... le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, ivi compresa la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e le tipologie degli interventi pratici che essi devono aver personalmente eseguito per essere ammessi a sostenere la prova finale annuale, sono preventivamente determinati dal Consiglio della Scuola in conformità degli ordinamenti e regolamenti didattici."

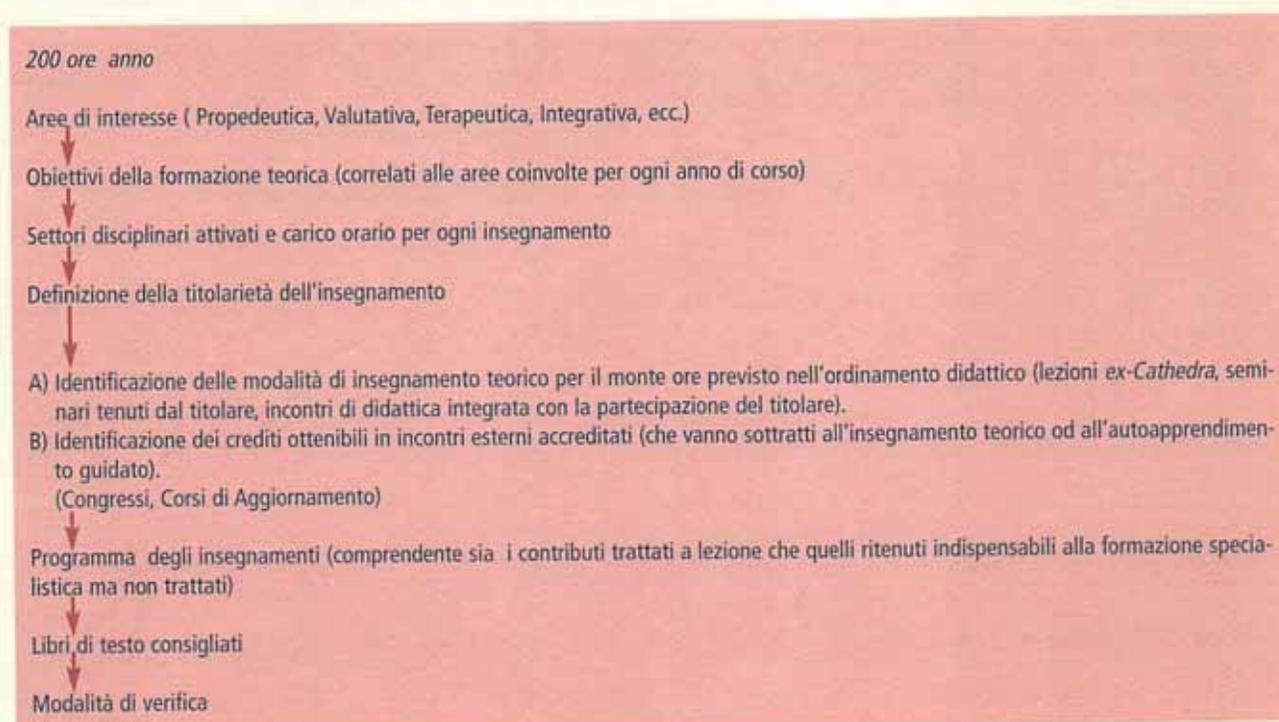
3. "... la formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità dell'attività medica della unità operativa presso la quale egli è assegnato dal Consiglio della Scuola, nonché la graduale assunzione di compiti assistenzia-

li e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal tutore, di intesa con la Direzione sanitaria e con dirigenti responsabili delle strutture dell'azienda sanitaria presso cui si svolge la formazione. In nessun caso l'attività del medico in formazione specialista è sostitutiva del personale di ruolo."

4. "... i tempi e le modalità di svolgimento dei compiti assistenziali ... sono concordati dal Consiglio della Scuola con la Direzione Sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture dell'Azienda Sanitaria presso le quali si svolge la formazione sulla base del programma formativo personale ... Le attività e gli interventi sono illustrati e certificati, controfirmati dal medico in formazione specialistica, su un apposito libretto personale di formazione, a cura del dirigente responsabile dell'unità operativa presso la quale il medico in formazione specialistica volta per volta espleta le attività assistenziali previste dal programma formativo.."

5. "... l'attività tutoriale costituisce specifico titolo da valutare per il conferimento di incarichi comportanti direzione di strutture."

Tab. 1 - Organizzazione del Percorso Formativo: Formazione conoscitiva





Tab. 2 - Organizzazione del Percorso Formativo: Formazione professionalizzante

38 ore settimanali (comprendenti delle 200 ore annuali di formazione teorica, pari alle 4 ore settimanali di aggiornamento previste per i dirigenti ospedalieri)

Obiettivi della formazione pratica identificati per ogni anno di corso (parte degli obiettivi globali citati nella Tabella B)

Sedi di formazione

frequenza senza compiti identificati (il medico in formazione specialistica frequenta il reparto senza dover certificare compiti inerenti la propria specialità oppure deve eseguire attività ritenute di base rispetto alla propria specialità)

Frequenza con compiti predeterminati

Clinica di riferimento delle specialità

Azienda Umberto I

Strutture regionali

(non previste per le specialità di fascia C ad eccezione della Ematologia a Pesaro e della Reumatologia a Jesi)

Dipartimenti nei quali sono ricomprese le attività previste dall'ordinamento didattico

Dipartimenti nei quali sono ricomprese le attività previste dall'ordinamento didattico

Utilizzazione delle sedi che costituiscono la rete di formazione professionale, identificate, nelle more dell'articolo 43 del protocollo d'intesa e tenendo conto anche della presenza di tutori selezionati sulla base della elevata qualificazione scientifica, di un adeguato curriculum professionale e di una documentata capacità didattico-formativa

Definizione dei crediti formativi ottenibili in sede extra-regionale (Stage all'estero, Corsi di formazione pratica, frequenza di istituti di rilevante significato professionale)

Indicazione degli obiettivi da raggiungere presso ogni sede di formazione (Con garanzia del raggiungimento della soglia richiesta per l'ammissione all'esame annuale finale)

Intesa con la Direzione Sanitaria e con i Dirigenti responsabili delle strutture dipartimentali sull'impegno dei tutori, sui tempi e le modalità di svolgimento dei compiti assistenziali, nonché sulla tipologia degli interventi programmati per la formazione specialistica

Verifica del raggiungimento degli obiettivi della formazione pratica, illustrati e certificati dal dirigente responsabile dell'Unità Operativa, presso la quale viene svolta l'attività assistenziale, e controfirmati dal medico in formazione specialistica sul log-book personale

Proposta alla Commissione paritetica di rimodellamento della rete formativa e di adeguamento del numero degli iscritti in funzione del percorso



Articolo 43

Ai fini della determinazione dei requisiti di idoneità della rete formativa si tiene conto:

- a) dell'adeguatezza delle strutture e delle attrezzature per la didattica, la ricerca e lo studio dei medici in formazione specialistica, ivi compresi i mezzi di accesso alla letteratura professionale nazionale ed internazionale;*
- b) di un numero e di una varietà di procedure pratiche sufficienti per un addestramento completo alla professione;*
- c) della presenza di servizi generali e diagnostici collegati alla struttura dove si svolge la formazione;*
- d) delle coesistenze di specialità affini e di servizi che permettono un approccio formativo multidisciplinare;*
- e) della sussistenza di un sistema di controllo di qualità delle prestazioni professionali ;*
- f) del rispetto del rapporto numerico tra tutori e medici in formazione specialistica di cui all'articolo 38, comma 1.*

Articolo 44

1. *... presso le regioni nelle quali sono istituite le scuole di specializzazione di cui alla presente legge, è istituito l'osservatorio regionale per la formazione medico specialistica, composto, in forma paritetica, da docenti universitari e dirigenti sanitari delle strutture presso le quali si svolge la formazione, nonché da tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica." (presieduto da un preside e con rappresentanza dei direttori delle scuole)*

"... l'osservatorio definisce i criteri per la rotazione e verifica lo standard di attività assistenziale dei medici in formazione specialistica nel rispetto dell'ordinamento didattico della scuola di specializzazione, del piano formativo individuale dello specializzando e dell'organizzazione delle aziende e strutture sanitarie, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea."





Il metodo clinico è quel complesso di regole che guida il pensiero ed il comportamento del Medico nel momento in cui egli è chiamato a compiere scelte che riguardano la diagnosi, la terapia, la prognosi della persona che è affidata alle sue cure. Negli ultimi anni si va affermando l'idea che un più stretto ed organico rapporto tra ricerca clinica e pratica della medicina possa rinnovare il metodo clinico tradizionale, fondato su di un ragionamento di tipo prevalentemente fisiopatologico, migliorando così l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari.

I punti nodali del cambiamento proposto dalla Medicina basata sulle Evidenze (dall'inglese *Evidence-based Medicine*, dove Evidence=prova) sono:

1. ogni decisione clinica deve essere fondata sulla migliore prova di efficacia e di tollerabilità degli interventi medici pubblicata nella letteratura internazionale;

La Medicina basata sulle Evidenze (MbE), un corso triennale

2. il ragionamento clinico deve seguire le regole probabilistiche del metodo bayesiano;

3. l'esperienza del singolo e le conoscenze di tipo fisiopatologico non sono suffi-

cienti a dettare direttamente le decisioni, ma devono essere integrate con i risultati realmente ottenuti da studi clinici validi secondo le regole dell'epidemiologia clinica.

Queste novità stanno progressivamente interessando tutte le professioni sanitarie, per il potenziale impatto che possono avere sui processi decisionali dei clinici, degli infer-

mieri e degli amministratori della sanità. La pratica della MbE richiede però abilità e conoscenze ulteriori rispetto a quelle tradizionalmente fornite dai nostri corsi universitari. Per questa ragione la Facoltà ha deciso di istituire un corso monografico triennale che si propone di:

1. promuovere la consapevolezza della nascita e dell'affermarsi di una nuova metodologia clinica capace di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento medico;
2. fornire le basi culturali per la comprensione e l'impiego pratico dei nuovi strumenti metodologici ed editoriali;
3. sviluppare le abilità pratiche necessarie per l'attuazione della metodologia nelle sue diverse fasi (ricerca delle evidenze, estrazione delle evidenze, valutazione e validazione degli studi clinici, applicazione clinica delle evidenze).

Il corso si svilupperà attraverso seminari ed esercitazioni a piccoli gruppi.

I *Seminari del quarto anno* si pongono come obiettivo di descrivere ed analizzare gli strumenti necessari al Medico per acquisire dalla ricerca scientifica le migliori informazioni utili per la cura dei suoi pazienti.

I *Seminari del quinto anno* approfondiranno i metodi di valutazione critica delle evidenze con particolare attenzione alle revisioni sistematiche della letteratura accessibili attualmente al Medico.

I *Seminari del sesto anno* focalizzeranno i meccanismi fondamentali che sono alla base di decisioni cliniche realmente basate sulle evidenze e che sono comuni alle diverse professioni sanitarie; pertanto essi saranno svolti nell'ambito della didattica interprofessionale (Forum), che riunisce Studenti dei Diplomi e dei due Corsi di Laurea.

I Seminari inizieranno il 14 gennaio con il programma riportato nella tabella.

Programma dei Seminari di gennaio

| Anno | Docenti | Data | Argomento |
|------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| 4° | Giovanni Danieli, Flavia Carle | 14 gennaio (ore 14.30) Aula B | Il metodo clinico: dal <i>problem solving</i> alla MbE |
| | Flavia Carle, Rosaria Gesuita | 21 gennaio (ore 14.30) Aula B | Gli strumenti per la ricerca delle evidenze, I: la valutazione critica degli articoli scientifici |
| | Flavia Carle | 28 gennaio (ore 14.30) Aula B | Gli strumenti per la ricerca delle evidenze, II: The Delphic approach (<i>working team reports, consensus conference, revisioni della letteratura</i>) |





STORIA DELLA MEDICINA

Venerdì ore 12,45 - Aula D

Coordinatori:

Prof. Tullio Manzoni, Prof. Italo D'Angelo

14 gennaio 2000

La Medicina monastica
La Scuola Salernitana e quella di Montpellier
Le Università

21 gennaio 2000

Il secolo d'oro delle Scienze Mediche: il 1600
Nascita della medicina moderna:
la medicina scientifica

28 gennaio 2000

La Medicina nel '700, '800 e '900,
fino alla medicina molecolare dei nostri giorni





1. Comitato Didattico

Il Comitato Didattico è rinnovato per l'uscita del Prof. Francesco Orlandi per pensionamento e della Dr.ssa M. Grazia Ponzi Bossi per sua richiesta; subentrano i Ricercatori Dottori Maurizio Battino, Roberto Di Giorgio, Riccardo Sarzani.

Viene confermata la rappresentanza degli Studenti nelle persone dei Signori Fabio Mascella e Gianluca D'Ercole.

2. La didattica interattiva del 2° triennio

E' stata sottolineata l'opportunità di migliorare i program-

I lavori del Comitato di Coordinamento Didattico

6 Dicembre 1999

mi e la realizzazione della didattica interattiva. Allo scopo il Comitato istituisce una specifica sottocommissione, affidandole i seguenti obiettivi:

- condurre un breve censimento per meglio conoscere le opinioni degli studenti e il loro fabbisogno formativo;
- definire gli obiettivi della didattica interattiva nell'ambito dell'attività teorico-pratica;
- distribuire gli obiettivi nei diversi Corsi integrati, armonizzandoli per aree formative.

La Sottocommissione, coordinata da Saverio Cinti, è composta da Armando Gabrielli (Medicina Generale), Francesco Feliciotti (Chirurgia Generale), Franco Mantero (Medicina Specialistica), Giovanni Muzzonigro (Chirurgia Specialistica).

3. Inglese Scientifico

Il Comitato approva il programma del Corso triennale di Inglese Scientifico presentato da Giovanni Danieli; il Corso viene considerato sperimentale e, se coronato da successo, potrà essere esteso anche ai Corsi di Laurea, come richiesto dagli Studenti.

4. Programma ERASMUS

Il riconoscimento degli esami sostenuti nei paesi coinvolti nel Programma Erasmus viene concordato con lo studente che ne fa domanda, prima della partenza. Saranno conval-

idate le frequenze relative a tutti gli insegnamenti previsti per quel semestre dal Piano degli Studi della Facoltà. Le frequenze effettuate per insegnamenti diversi da quelli previsti per quel semestre e per le quali non sia stato sostenuto il relativo esame non saranno convalidate.

5. Date esami di Laurea

Le date degli esami di laurea per l'anno 2000 sono fissate, per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nei giorni giovedì 23 Marzo (sessione straordinaria A.A. 1998/99), giovedì 20 Luglio (sessione estiva A.A. 1999/2000), giovedì 19 Ottobre (sessione autunnale A.A. 1999/2000) e per il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria nei giorni mercoledì 22 Marzo, mercoledì 19 Luglio e mercoledì 18 Ottobre.

Le date degli appelli degli esami di profitto utili ai laureandi dovranno essere fissate almeno 15 giorni prima delle date indicate per le sessioni di Laurea.

6. Anticipazioni

Per il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria non si ritiene si debbano concedere anticipazioni di insegnamenti di altri anni di corso.

Per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, stabilito che non possono essere concesse anticipazioni laddove si riscontri una sovrapposizione degli orari didattici, la richiesta di anticipazione di corsi integrati di anni successivi sarà valutata di volta in volta, tenendo conto principalmente delle propedeuticità tra esami.

7. Propedeuticità Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Il Comitato Didattico circa l'opportunità o meno di richiedere agli Studenti il rispetto della propedeuticità di Farmacologia per gli esami di Medicina Interna e Geriatria e di Chirurgia Generale e Gastroenterologia, ribadisce che l'esenzione rimane concessa solo agli studenti che per l'A.A. 1998/99 sono stati iscritti al 5° anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia del Nuovissimo Ordinamento.

8. Propedeuticità Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Rimangono invariate rispetto all'A.A. precedente come di seguito riportato:





COMITATO DI COORDINAMENTO DIDATTICO

| C.D.L. ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA | |
|---|--|
| Non si può sostenere l'esame di: | se non si è superato l'esame di: |
| Fisiologia Umana Patologia Generale | Anatomia Umana Chimica e propedeutica biochimica Biologia Generale Fisica Medica |
| Medicina Interna | Fisiologia Umana Patologia Generale |
| Chirurgia Generale | Fisiologia Umana Patologia Generale |
| Odontostomatologia | Medicina Interna Chirurgia Generale Anatomia Umana Patologia Speciale Chirurgia Speciale |

9. Valutazione dell'efficacia didattica del 1° semestre

Considerato il successo ottenuto con il censimento dell'opinione degli Studenti lo scorso anno, il Comitato delibera di:

- preparare una nuova scheda integrandola con quella proposta dal Nucleo di valutazione dell'Ateneo;
- curare la diffusione delle schede e la loro raccolta entro la metà di gennaio; la distribuzione e la raccolta saranno effettuate personalmente dal Coordinatore del CCD.

10. Percorso formativo parallelo

Il Comitato approva la formazione di una Sottocommissione dedicata a cooperare con il Prof. Fabio Malavasi

(Coordinatore) e con il Prof. Armando Gabrielli per la definizione di un percorso formativo parallelo.

Faranno parte di questa Commissione i Professori Antonio Benedetti, Fiorenzo Conti, Laura Mazzanti, Rodolfo Montironi, Riccardo Sarzani, Pietro Emanuele Varaldo e, in rappresentanza degli Studenti, il Signor Gianluca D'Ercole.

11. Appelli d'esame

E' pervenuta una lettera del Prof. Varaldo con una interessante proposta relativa alle sessioni straordinarie di recupero coincidenti con le vacanze natalizie e pasquali.

La proposta è stata ritenuta meritevole di attenzione e di ulteriore meditazione; verrà pertanto discussa nella prossima riunione del Comitato.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DIDATTICA

Coerentemente con quanto stabilito dal nuovo Ordinamento didattico e nel rispetto delle indicazioni fornite dal Nucleo di Valutazione dell'Ateneo, verranno raccolte a metà gennaio, su un'apposita scheda, le opinioni degli studenti sulla didattica realizzata nel primo semestre dell'anno.

Perchè questo censimento possa risultare utile per migliorare l'insegnamento, si richiedono agli Studenti partecipazione al sondaggio e valutazione ponderata.





| | Corso | Docente | Periodo | Ora | Aula |
|----------|---|-------------------------|---------------|-----------|------|
| I anno | CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA: 3. L'equilibrio acido-base: aspetti chimico-fisiologici | Prof. G. P. Littarru | 14-21-28 Gen. | ore 14,30 | E |
| II anno | ANATOMIA: 10. Anatomia dell'organo endocrino adiposo | Prof. S. Cinti | 14-21-28 Gen. | ore 10,30 | A |
| | BIOCHIMICA 12. Biochimica del sangue | Prof.ssa L. Mazzanti | 14-21-28 Gen. | ore 8,30 | A |
| III anno | MICROBIOLOGIA: 20. Le B - Lattamasi | Prof. P.E. Varaldo | 14-21-28 Gen. | ore 14,30 | A |
| | PATOLOGIA E FISIOPATOLOGIA GENERALE: 21. Fisiopatologia della matrice extracellulare | Prof.ssa A. M. Jezequel | 14-21-28 Gen. | ore 16,30 | A |
| IV anno | METODOLOGIA CLINICA: 28. Fisiopatologia e semeiotica della incontinenza fecale | Prof. V. Saba | 14-21-28 Gen. | ore 8,30 | B |
| | 29. La Medicina basata sulle Evidenze: 1 - I metodi | Prof.ssa F. Carle | 14-21-28 Gen. | ore 14,30 | B |
| | PATOLOGIA SISTEMATICA I: 32. Obesità | Dott.ssa E. Faloia | 14-21-28 Gen. | ore 10,30 | B |
| V anno | MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: 42. Emorragie subaracnoidee | Prof. A. Ducati | 14-21-28 Gen. | ore 8,30 | F |
| | MALATTIE INFETTIVE: 47. Le infezioni da miceti | Dott. F. Barchiesi | 14-21-28 Gen. | ore 10,30 | F |
| VI anno | CLINICA MEDICA: 65. Linee guida nella diagnosi e nella terapia delle malattie immunomediate | Dott.ssa M.G. Danieli | 14-21-28 Gen. | ore 8,30 | E |
| | ONCOLOGIA CLINICA: 39. La qualità della vita nel paziente neoplastico | Prof. A. Piga | 14-21-28 Gen. | ore 10,30 | E |





A MEDICINA, DI SERA

a Medicina, di sera

Conversazioni con il Pubblico nella sede della Facoltà



Università degli Studi di Ancona
Facoltà di
Medicina e Chirurgia
Polo Didattico Scientifico
Aula D - Via Tronto
Torrette di Ancona

Rembrandt Harmensz Van Rijn (1606-1669) - *Lezione di Anatomia del Dottor Tulp* - Mauritshuis, Den Haag

26 Gennaio 2000

ore 18,00 - 19,30

*Le nuove frontiere
della Medicina*

**Arsenico e
vecchi merletti:
nuove terapie e
antiche medicine**

Prof. Fabio Malavasi





L'epatite cronica C è problema sanitario di prima grandezza: le stime indicano cinque milioni di portatori nella sola Europa Occidentale. La malattia origina il 40% delle cirrosi, il 60% dei carcinomi epatocellulari, ed il 30% dei trapianti epatici.

Vi è ancora incertezza sul miglior rapporto costo-efficacia nell'assistenza perché l'affezione ha una progressione lenta ed asintomatica, la terapia è molto costosa, la probabilità di risposta è bassa. Le procedure iniziali acquistano pertanto grande importanza nella cascata degli interventi, in ordine sia all'identificazione di sottogruppi con diversa probabilità di risposta che al costo degli esami che sono da applicare a tutti i candidati alla diagnosi e alla terapia antivirale. La biopsia epatica è un test ritenuto importante per valutare alla presentazione del malato sia la severità che la progressione della malattia⁽¹⁾, ma un'analisi retrospettiva ha suggerito che essa potrebbe elevare i costi senza migliorare i risultati⁽²⁾.

Epatite cronica C: studio prospettivo di costo-efficacia della valutazione pre-terapeutica

GIANLUCA SVEGLIATI-BARONI,
MAXEMILIANO GIARDINI, GIAMPIERO MACARRI,
EUGENIO BRUNELLI, ANTONIO DI SARIO,
ANTONIO BENEDETTI, ANNE-MARIE JÉZÉQUEL,
FRANCESCO ORLANDI

Clinica di Gastroenterologia

Scopo dello studio è di valutare prospettivamente il costo e l'efficacia di una puntura-biopsia epatica nella valutazione iniziale di tutti i pazienti candidati alla diagnosi e alla terapia antivirale, allo scopo di

determinare la migliore pratica medica ed il più appropriato uso delle risorse in una determinata unità specialistica di riferimento regionale. Costo ed efficacia vengono valutati intenzionalmente per il decorso dei 12 mesi iniziali, un tempo limitato rispetto alla storia naturale della malattia ma con indici di rischio uniformi rispetto a fasi successive⁽³⁾. Costi ed eventi osservati con la strategia basata sulla selezione bioptica vengono comparati con costi ed eventi attesi adottando una strategia alternativa di terapia empirica di tutti i pazienti, senza accertamento bioptico.

Sono stati reclutati nello studio 161 pazienti consecutivi riferiti alla Clinica di Gastroenterologia, Università ed Azienda "Umberto I" di Ancona, dal 1 gennaio 1996 al 30 settembre

1998, con evidenza di ipertransaminasemia persistente da almeno 6 mesi e viremia C accertata con test RNA HCV sierico⁽⁴⁾. La fase di reclutamento è terminata.

Per rendere lo studio aderente alla pratica corrente sono state applicate le procedure di accertamento bioptico e di laboratorio usualmente seguite nella Clinica. Il regime di ricovero o di day-hospital è stato adottato seguendo le raccomandazioni internazionali. I criteri di terapia hanno parimenti seguito le linee-guida internazionali. In breve, i malati con evidenza di epatite moderata o severa sono stati ammessi alla terapia antivirale, mentre l'evidenza di cirrosi o di danno minimo ha fatto scartare la terapia. Il trattamento include la somministrazione di 6MU di α -2b interferone ricombinante al giorno per 14 di, seguita da tre somministrazioni settimanali fino alla XII settimana. L'evidenza di una "risposta iniziale" (definita come normalizzazione delle transaminasi o clearance dell'HCV RNA sierico) in XII settimana comporta il proseguimento della terapia fino al XII mese, l'assenza di tale risposta iniziale comporta l'interruzione della cura. Un grammo di ribavirina è somministrato in combinazione con l'interferone ai pazienti che non hanno avuto beneficio da un ciclo di monoterapia interferonica. Viene definita "risposta consolidata" la normalizzazione delle transaminasi associata alla clearance dell'HCV RNA sierico confermata a 6 mesi dal termine della cura. La risposta iniziale e la risposta consolidata sono assunte come "eventi surrogati" di efficacia intermedia nella storia naturale dell'epatite.

L'affidabilità dei giudizi di danno "minimo", di danno "moderato o severo", e di "cirrosi" è stata stimata all'inizio dello studio usando un sistema di *scoring* proposto da un gruppo internazionale di riferimento⁽⁵⁾, modificato come appropriato allo scopo specifico dell'indagine. I valori del K per tali quadri hanno variato tra 0.70 e 0.91, con stime significativamente migliori di quelle ottenibili seguendo i criteri di *scoring* di Knodell.

Il costo medio della biopsia epatica viene stimato come la spesa reale della Azienda "Umberto I" di Ancona per assistere un nuovo paziente di questo tipo, includendo lo 0,3% di rischio di complicanze ed escludendo i costi indiretti. E' risultato un costo medio della procedura di 757 ECU.

Il costo della terapia è stimato sulla base del prezzo medio dell'interferone, addizionato da un 20% per gli effetti collaterali e la sorveglianza. Il costo del ciclo iniziale di dodici settimane è stato 1534 ECU, quello di un ciclo di un anno 7889 ECU. Il costo della ribavirina, non in commercio in Italia nel momento dello studio, viene valutato in 526 ECU mensili.



In questa analisi, le risposte iniziali e le risposte consolidate osservate nelle epatiti moderate o severe costituiscono gli eventi ottenuti con la strategia basata sulla selezione bioptica dei pazienti da ammettere alla terapia. Queste stime vanno comparate a quelle attese con la somministrazione dei farmaci a tutti i pazienti senza accertamento bioptico. Le stime intermedie indicano un costo medio per paziente nei 12 mesi considerati di 4157 ECU con la strategia di selezione bioptica contro 4446 ECU della strategia empirica. Tali costi salgono rispettivamente a 6755 e 10402 ECU nei trattamenti combinati con ribavirina. A parità di eventi, il costo delle due strategie sembra più ravvicinato. La rilevanza clinica di un determinato evento è tuttavia diversa da un sottogruppo all'altro di pazienti. Dati ed analisi sono ancora incompleti.

Bibliografia

1. European Association for the Study of the Liver. International Consensus Conference on Hepatitis C. *J Hepatol* 1999; 30: 956-61.
2. Wong JB, Bennett WG, Koff RS, Pauker SG. Pretreatment evaluation of chronic hepatitis C. *JAMA* 1998; 280: 2088-93.
3. Orlandi F, Christensen E. A Consensus Conference on Prognostic Studies in Hepatology, Meeting Report. *J Hepatol* 1999; 30: 171-2.
4. Svegliati-Baroni G, Pastorelli A, Manzin A, Benedetti A, Marucci L, Solfrosi L, Di Sario A, Brunelli E, Orlandi F, Clementi M, Macarri G. *Liver* 1999; 19: 212-19.
5. Ishak K, Baptista A, Bianchi L, Callea F, De Groote J, Gudat F, Denk H, Desmet V, Korb G, Mac Sween RNM, Phillips MJ, Portmann L, Poulsen H, Scheuer PJ, Schmid M, Thaler H. Histological grading and scoring of chronic hepatitis. *J Hepatol* 1995; 22: 696-9.





CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 18/11/1999

Notizie sulle principali decisioni

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- Il Murst ha assegnato all'Università di Ancona la somma di L. 5.635.000.000 per l'edilizia generale e dipartimentale.
- Dati immatricolazioni ai corsi di Laurea e di diploma al 5/11: Facoltà di Agraria: 80 e 22 (DU) ; Facoltà di Economia: 437 e 141 (DU); Facoltà di Ingegneria: 803 e 151(DU), Facoltà di Scienze FFMM.NN.: 241. Si conferma il trend in crescita, in particolare per quanto riguarda la Facoltà di Economia ed i Diplomi in generale: questo dato è ancora più interessante considerando il calo generale della popolazione giovanile
- Ha avuto luogo il corso sulla sicurezza per gli studenti del 1° anno dei Diplomi Universitari di Medicina, primo in Italia; accolto favorevolmente.
- La legge 370 recentemente approvata, conferma l'obbligo di valutazione della didattica: per ogni struttura (Facoltà) vi

Le delibere del Consiglio di Amministrazione

sarà una commissione paritetica valutativa della didattica e dei crediti
- Sono stati rifinanziati dal MURST i

co-finanziamenti per assegni di ricerca

- E' stato approvato il programma di utilizzo dei fondi stanziati sul cap.7109 del bilancio dello Stato ed assegnati all'Università degli Studi di Ancona per l'Edilizia generale e dipartimentale per L. 5.635 milioni.
- E' stato autorizzato l'atto di compravendita dell'area di proprietà della sig.ra Adalgisa Neri per l'ampliamento della attuale sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia in località Torrette di Ancona.
- E' stata autorizzata la permuta con il Comune di Ancona avente ad oggetto alcune aree distinte al Nuovo Catasto Terreni per un valore di L. 63.360.000.
- E' stato affidato al C.S.G.E. il progetto per l'ampliamento della Facoltà di Medicina a Torrette e sono stati autorizzati gli incarichi di collaborazione con gli Istituti di Edilizia, Scienza e Tecnica delle Costruzioni ed il Dipartimento di Scienze dei Materiali e della Terra e con professionisti esteri. L'ammontare del finanziamento per il 1° lotto (pari a 5000 mq) è di 13 miliardi. Gli strumenti per appaltare i lavori dovranno essere pronti per la primavera del 2000.
- E' stata fatta una ricognizione inventariale degli immobili che insistono sull'area di Posatora che fu interessata alla frana verificatasi il 13 Dicembre 1982.
- E' stata autorizzata la spesa di L. 40.000.000 per "I Concerti dell'Aula Magna".

- E' stata autorizzata l'integrazione di fondi per l'acquisto di medie attrezzature Istituto di Medicina Clinica.
- Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:
 - Convenzione tra l'Ist.to di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica e la Ditta GLAXO.
 - Convenzione tra l'Ist.to di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica e la Società Schwarz.
 - Convenzione tra il Centro EBI e l'Azienda USL n. 7 di Ancona.
 - Convenzione tra l'Ist.to di Anatomia e Istologia Patologica e l'Azienda USL n. 4 di Senigallia.
 - Contratto d'opera di lavoro autonomo - Dott.ssa Marida Cappelli.
 - Convenzione tra l'Università di Ancona e l'IK per la realizzazione dei corsi di lingua inglese per gli Studenti del Corso di Laurea in Scienze Biologiche.
 - Studio clinico di farmaco ditta IPSEN - Istituto di Malattie del Sistema Nervoso.
 - Studio clinico di farmaco ditta Smith Kline Beecham - Istituto di Malattie del Sistema Nervoso.
- Sono state autorizzate tra le altre le seguenti prestazioni occasionali:
 - Ist.to di Biologia e Genetica - Dott.ssa Laura McLean.
 - Ist.to Apparato Locomotore - Dott.ssa Silvia Modena.
 - E' stato espresso parere favorevole alla modifica del regolamento elezione Studenti Scuole di Specializzazione per adeguarlo allo Statuto.
- E' stato modificato l'organico del personale tecnico amministrativo.
- E' stato espresso un parere favorevole sul piano annuale delle attività dell'Ateneo, dettagliato per le diverse Facoltà.
- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
 - Accettazione contributo di L. 25.000.000 Società Takeda Italia farmaceutici S.p.A.,
 - E' stato espresso parere favorevole al conferimento di assegni di ricerca all'Istituto di Scienze Biomediche ed all'Istituto di Patologia dell'Apparato Urinario.
 - E' stato autorizzato il conferimento funzione di responsabilità di 2° livello al Prof. Adriano Tagliabracci.
 - E' stato espresso parere favorevole all'attivazione del corso di perfezionamento in "Chirurgia endo-laparoscopica e mini invasiva di base ed avanzata".
 - E' stato autorizzato lo scarico inventariale di materiale bibliografico ed attrezzature scientifiche dell'Istituto di Patologia Sperimentale.
 - E' stata ridotta a L. 10.000 la sanzione per il divieto di fumo con pressante invito ad applicare la sanzione.
 - E' stata integrata la Commissione per il controllo dei servizi dei bar.





CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 9/12/1999

- ◆ Il Presidente ha comunicato che è ritornata approvata la Convenzione stipulata con il Ministero della Difesa per l'impiego di Obiettori di coscienza (servizio civile) da parte dell'Università di Ancona.
- ◆ E' stato autorizzato l'affidamento al Dipartimento di Energetica dell'incarico di eseguire rilievi, prove e misurazioni acustiche presso le sedi delle Facoltà di economia e di Medicina e Chirurgia, per valutare la situazione ambientale delle aule.
- ◆ Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:
 - convenzione tra il Centro di Management Sanitario e l'Azienda Universitaria Policlinico Università di Palermo;
 - convenzione tra il Centro di Management Sanitario e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria;
 - presa d'atto aggiudicazione gara relativa alla realizzazione del sistema di comunicazione integrato, fonìa, dati, immagini per l'interconnessione delle sedi dell'Università di Ancona;
 - proroga termine ultimazione contratto per la fornitura in opera di un sistema per l'automazione dei servizi amministrativi ed informativi delle Segreterie Studenti.
- ◆ Sono state autorizzate le seguenti prestazioni occasionali:
 - Istituto di Malattie del Sistema Nervoso – Dott.ssa Rosanna Daniele.
- ◆ E' stata accertata la copertura finanziaria per la procedura di valutazione comparativa per un posto di ricercatore settore scientifico DO4C "Oceanografia e fisica dell'atmosfera".
- ◆ E' stato espresso parere favorevole alla costituzione dei seguenti centri di Ateneo (art. 40 Statuto):
 - Centro Servizi Multimediali ed Informatici
 - Centro di documentazione
- ◆ E' stato approvato il bando per l'anno accademico 1999/2000. Scadenza 31 gennaio 2000.
- ◆ Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
 - avvio procedure recupero crediti bar Medicina
 - approvazione programma di utilizzo fondi per edilizia sportiva
 - trasformazione centro di spesa Facoltà di Medicina in centro di gestione.

Per ulteriori dettagli, consultare il sito www.unian.it





SENATO ACCADEMICO DEL 30/11/99

Comunicazioni del Presidente

Il prossimo SA sarà il 16 dicembre.

Vi sono chiari segni che indicano che il ministro Zecchino è deciso ad accelerare la riforma in atto.

Il nucleo di valutazione, rispetto alla legge 370, suggerisce di utilizzare subito lo schema proposto dall'osservatorio.

Sono stati inaugurati, con grande successo di partecipazione, i 2 master previsti, finanziati dalla fondazione CariVerona.

Regolamenti

Sono stati approvati i seguenti regolamenti:

Appunti dal Senato Accademico

- regolamento corsi di perfezionamento e master;
- regolamento elezione Studenti Scuole di Specializzazione (vi saranno tre rappresentanti degli Studenti nei Consigli delle Scuole di Specializzazione);

- regolamento per il personale tecnico amministrativo.

Criteri per ripartizione fondi attrezzature scientifiche

Anche quest'anno c'è stato uno stanziamento di 3.000.000.000 da parte dell'Ateneo per l'acquisto di medie attrezzature (ognuna di 100 milioni circa). Ogni professore e ricercatore riceverà tra breve le norme che ricalcano quelle dello scorso anno. La scadenza per la presentazione delle domande sarà il 14 gennaio. Il fondo è stato così ripartito:

Ingegneria 1.600 milioni

Medicina 320 milioni

Scienze 400 milioni

Agraria 400 milioni

Economia 280 milioni (in questo caso particolare poichè la Facoltà non abbisogna di attrezzature scientifiche di particolare complessità il fondo sarà utilizzato per programmi/progetti di sviluppo e ricerca).

Piano annuale attività

Il consiglio studentesco ha dato parere favorevole chiedendo però vari chiarimenti e miglioramenti. Tutte le istanze hanno avuto una soddisfacente risposta da parte dei Presidi delle cinque Facoltà.

Centri di Ateneo

Sorgeranno tra breve (utilizzando le risorse già presenti) un Centro Servizi Informatici d'Ateneo ed un Centro di Documentazione. I dettagli saranno discussi in una delle prossime sedute.

Convenzioni Interuniversitarie Internazionali

Per quanto riguarda l'area delle scienze mediche, è stato approvato dal MURST il rinnovo di una convenzione e ne sono state approvate altre tre:

Università di Siviglia (Spagna)

lire 7.000.000 rinnovo (resp. Dott. M. Battino).

Università di Colonia (Germania)

lire 6.000.000 nuova convenzione (resp. Prof. A. Gabrielli).

Università di Windsor (Canada)

lire 9.000.000 nuova convenzione (resp. Prof.ssa L. Mazzanti).

Università dell'Avana (Cuba)

lire 10.500.000 nuova convenzione (resp. Dott. L. Re).




GENNAIO

| Data | Ora | Sede | Argomento | Docente | Scuola |
|--------|-------------|---|---|--|-------------------------------|
| 11-gen | 16.00/17.00 | Polo Didattico Torrette | Meeting di Laboratorio: Tecnica del Northern blot | Dott.ri P. Stepetti, L. Trozzi | DS: H |
| 12-gen | 14.00/16.00 | Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi | Discussione casi clinici | Dott.ssa R. De Angelis | DS: O, S, FF |
| 12-gen | 15.00/17.00 | Polo Didattico Torrette | Le ipo e le iperpotassiemie | Dott.ssa P. Pantanetti, Prof. F. Mantero | DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG |
| 12-gen | 8.30/9.30 | Clinica Endocrinologia Ospedale Torrette | Discussione casi clinici | Prof. F. Mantero | DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG |
| 13-gen | 8.30/10.30 | Neuroradiologia- Torrette | Casistica clinica neuroradiologica | Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali | DS: A; P; EE |
| 14-gen | 14.00/15.00 | Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi | Il fenomeno di Raynaud | Prof. W. Grassi, Dott. G. Di Giacinto | DS: O, S, FF |
| 19-gen | 14.00/15.30 | Polo Didattico Torrette | La prognosi in Reumatologia | Proff. C. Cervini, W. Grassi | DS: O, S, FF |
| 19-gen | 15.00/17.00 | Polo Didattico Torrette | Thyroid Club: Report Congresso Giornate Italiane della Tiroide | Dott. A. Taccaliti | DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG |
| 19-gen | 8.30/9.30 | Clinica Endocrinologia Ospedale Torrette | Discussione casi clinici | Prof. F. Mantero | DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG |
| 20-gen | 16.00 | Polo Didattico Torrette | Epidemiologia del diabete di tipo 1: l'esperienza delle Marche e della Sardegna-Incontro di aggiornamento | Proff. F. Carle, F. Mantero, G. Coppa | DS: C, L, P, Q, T, CC, DD, GG |



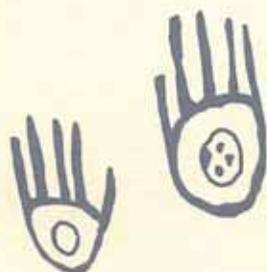


AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

GENNAIO

| Data | Ora | Sede | Argomento | Docente | Scuola |
|--------|-------------|--|--|---|----------------------------------|
| 20-gen | 8.30/10.30 | Neuroradiologia-Torrette | Casistica clinica neuroradiologica | Prof. U. Salvolini, A. Ducati M. Scarpelli, L. Provinciali | DS: A; P; EE |
| 25-gen | 16.00/17.00 | Polo Didattico Torrette | Meeting di Laboratorio: Inibitori della via RAS-MAPK e fibrosi | Dott.ri G. Svegliati-Baroni, F. Ridolfi | DS: H |
| 26-gen | 15.00/17.00 | Polo Didattico Torrette | Menopausa | Dott.ssa B. Kola Dott.ssa E.Faloia | DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG |
| 26-gen | 8.30/9.30 | Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette | Discussione casi clinici | Prof. F. Mantero | DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG |
| 27-gen | 8.30/10.30 | Neuroradiologia Torrette | Casistica clinica neuroradiologica | Prof. U. Salvolini, A. Ducati M. Scarpelli, L. Provinciali | DS: A, P, EE |

DL: Diploma di Laurea; **DU:** Diploma Universitario **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:** Oftalmologia; **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.



All'interno:
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. 12, Dicembre 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 Responsabile
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

Progetto Grafico Lirici Greci
Impaginazione Antonio Lepore
Stampa Errebi srl Falconara