



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

Riprende lunedì, dopo la pausa per la sessione di esami di febbraio, l'attività didattica con le lezioni formali, la didattica interattiva, i corsi monografici, i seminari ed anche i forum; questi ultimi rappresentano, come spesso abbiamo ricordato, una originale esperienza didattica, nella quale Studenti dei Diplomi, dei Corsi di Laurea e delle Scuole di Specializzazione dibattono insieme ai Docenti temi di comune interesse, ciascuno per la parte di propria competenza, assecondando quindi il principio che ogni operatore della Sanità, nella sua specificità, è attore e parte integrante di un unico processo che è quello che mira a preservare la salute e a farla recuperare, quando perduta.

Per tutti gli allievi sono previsti venerdì 5, la conclusione della serie di Forum dedicati al "Computer in Medicina" e venerdì 12 l'inizio di una nuova serie dedicata alla "Qualità".

E' opinione comune che il miglioramento delle prestazioni passi inevitabilmente attraverso un'adeguata formazione; così in una fase di profonda trasformazione della sanità si sono registrate altrettanto importanti modificazioni della didattica dei Corsi di Laurea e di Diploma, sia nella parte dell'ordinamento didattico relativa al *Core curriculum*, sia nello sviluppo di Corsi elettivi dedicati ad alcuni degli aspetti più innovativi che hanno cambiato la Sanità.

In questo ambito l'odierna realizzazione di una serie di Forum sulla "Qualità" costituisce una prova di sensibilità culturale rivolta al mondo sanitario: in un momento in cui molti operatori già strutturati sono chiamati a frequentare corsi di aggiornamento su questo tema, la Facoltà organizza un primo approccio relativo alla qualità e rivolto agli operatori in formazione.

Nel primo dei cinque incontri di didattica interprofessionale saranno trattati la definizione della qualità, le conseguenze della trasformazione da paziente a cliente, i riferimenti legislativi, le dimensioni della qualità e le caratteristiche della formazione sanitaria rivolte alla qualità stessa; i contenuti di questo Forum si integrano con altre iniziative già in atto fra le quali quelle rivolte alla Medicina basata sull'evidenza e al Management in Medicina; a questa serie di Forum, coordinati da Leandro Provinciali, parteciperanno, quali attesi Relatori, anche personalità provenienti dalla cultura extrauniversitaria, ma che in Facoltà trovano il luogo ideale per una integrazione delle conoscenze.

L'interruzione delle lezioni è servita anche al Comitato Didattico per mettere a punto le norme, pubblicate più avanti, che regolano la partecipazione ai Corsi monografici e la registrazione delle frequenze relative, la dinamica dei seminari, la durata e l'articolazione delle sessioni di esame, la composizione delle relative Commissioni, tutti strumenti predisposti per agevolare la preparazione dei Discenti.

Buon lavoro!

Prof. Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE	1
OSSERVATORIO	2
VITA DELLA FACOLTÀ	6
NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI IN SANITÀ	11
LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE	13
DEONTOLOGIA ED ETICA PROFESSIONALE	15
QUALITÀ IN MEDICINA	21
STORIA DELLA MEDICINA NELLE MARCHE	24
ABBIAMO AFFIDATO ALLE STAMPE	25
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	27
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	28
NOVITÀ IN BIBLIOTECA	29
I GIOVEDÌ DELL'AULA MAGNA	30
CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE	30
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	31

L'impatto del progressivo invecchiamento della popolazione sul bilancio economico rappresenta uno dei problemi più urgenti che i paesi industrializzati devono affrontare. Le proposte per la soluzione di tale problema non possono ignorare un esame attento della complessa relazione tra economia e tecnologie biomediche disponibili attualmente o in un prossimo futuro, intendendo per "tecnologia" qualsiasi intervento che influenzi la salute (quindi non meramente "macchine", ma anche tutte le procedure che modificano il modo con cui affrontare i problemi della tutela della salute)¹.

Secondo una visione convenzionale, si attribuisce ai progressi della ricerca un incremento della spesa sanitaria. In altre parole, la sempre maggiore disponibilità di interventi sanitari determinerebbe un incremento dei costi a fronte della limitatezza delle risorse economiche. All'opposto, esistono prove che lo sviluppo di tecnologie biomediche può in realtà non solo ridurre la spesa sanitaria, ma costituire una fonte di crescita economi-

Ricerca biomedica e invecchiamento della popolazione: una riduzione dei costi assistenziali?

ca. Cerchiamo di descrivere quindi una visione diversa della relazione tra progresso biomedico ed economia, affrontando anzitutto il

peso dell'invecchiamento della popolazione su tale relazione. Alcuni fattori, tra gli altri, ci sembrano più importanti. Il primo è rappresentato dall'attuale elevata prevalenza di disabilità cronica nella popolazione anziana, che comporta spese dirette di tipo terapeutico e riabilitativo ed indirette (es. assistenza da parte di familiari). D'altra parte, i costi sanitari sono da attribuire non all'invecchiamento per se ma alla prevalenza dei portatori di disabilità².

Paradossalmente, i costi si riducono negli ultimi due anni di vita nelle persone che vivono più a lungo³. Così se una persona volesse assicurarsi per spese sanitarie, dovrebbe investire una cifra minore se contasse di vivere fino a 90 anni rispetto ai 75 anni. E' importante sottolineare questo dato perché tende a contraddire l'opinione comune che la fascia di popolazione che vive più a lungo determina un aumento della spesa sanitaria. Un altro fattore riguarda il fatto che l'onere delle spese sanitarie per la disabilità negli anziani ricade sulla fascia di popolazione produttiva. Quest'ultima va peraltro riducendosi in modo assoluto, sia per condizioni socio-culturali (riduzione delle nascite) che economiche

(disoccupazione giovanile), e relativo, in ragione della maggiore aspettativa di vita.

La descrizione di questi fattori ci consente le seguenti considerazioni. Anzitutto, essendo la disabilità cronica dell'anziano una fonte maggiore di spesa sanitaria e assistenziale informale, la sua riduzione deve costituire un obiettivo prioritario della ricerca biomedica. Infatti, gli investimenti in quest'area di ricerca sono ripagati dalla riduzione dei costi conseguente al decremento della disabilità. Ecco che la suddetta visione convenzionale che una maggiore disponibilità di "tecnologia" sia legata necessariamente ad un incremento della spesa sanitaria non è accettabile.

A questo proposito, una riduzione della disabilità negli ultrasessantacinquenni è stata dimostrata negli USA nel periodo 1982-1994, con una positiva ricaduta sulle spese ad essa correlate⁴. Questa riduzione di disabilità viene attribuita ai progressi della ricerca biomedica, per esempio allo sviluppo di farmaci per il trattamento di malattie che costituiscono alcune tra le maggiori fonti di disabilità, quali osteoporosi, malattie cerebro-vascolari, malattia di Parkinson e scompenso cardiaco congestizio⁵. Non solo, ma la riduzione del numero di disabili cronici implica che un numero maggiore di persone in condizione di "pre-disabilità" stia invecchiando (ovvero, perdendo funzioni biologiche con il processo di senescenza) in modo più lento⁴. Tale interpretazione si basa sull'affermazione che la disabilità cronica nella popolazione anziana sia il risultato non solo di un processo morboso (o, ancora più spesso, dell'interazione di più malattie) ma anche della perdita fisiologica delle capacità funzionali dovuta alla senescenza. In questo senso una riduzione della disabilità è un marker del fatto che all'aumento dell'aspettativa di vita corrisponde un aumento del livello medio di funzionamento età correlato, cioè un ridotto tasso di invecchiamento biologico⁶.

Inoltre, la riduzione di una fonte di disabilità può condizionare favorevolmente la futura comparsa di malattia (sia in termini di acuzie che di cronicità) e quindi di ulteriore potenziale disabilità. Per esempio, una ridotta attività fisica nell'anziano può portare ad un'alterazione delle funzioni cardiovascolari e polmonari⁴. Il ridotto costo sanitario di coloro che vivono più a lungo, fattore a cui abbiamo sopra accennato, appare dovuto proprio all'evitamento di fattori coinvolti nella patogenesi di molte malattie croniche⁷. L'impatto della ricerca biomedica sulla disabilità si realizza, pertanto, attraverso un miglioramento della condizione generale di salute della persona che invecchia⁸. Ne risulta che, sotto il profilo strettamente biologico, l'anziano potrebbe essere considerato più a lungo nella fascia "attiva" della popolazione (quella su cui pesa maggiormente la spesa sanitaria). Qui si intravede la complessa problematica legata all'occupazione, nell'ambito



della quale ad una più longeva capacità lavorativa potrebbe corrispondere una maggiore disoccupazione giovanile. E' bene sottolineare, comunque, che tale problematica non è legata alle capacità biologiche ed alla salute dell'anziano, quanto alle scelte di fondo di politica socio-economica. D'altra parte, investimenti nella ricerca biomedica contribuiscono all'occupazione e rappresentano di per sé una fonte di reddito. Nei prossimi anni, le industrie di biotecnologia nell'ambito dell'economia degli USA, ad esempio, potrebbero avere un impatto economico simile a quello che l'industria informatica ha realizzato negli ultimi 20 anni, incrementando il prodotto interno lordo e riducendo, già solo in funzione dell'aumento di quest'ultimo, la percentuale di carico della spesa sanitaria⁵.

Un altro effetto economicamente vantaggioso della riduzione della disabilità è la contrazione della perdita di produttività lavorativa da parte dei familiari che prestano assistenza ai pazienti. Questo è, per esempio, un problema particolarmente importante nella malattia di Alzheimer. Non solo, ma il caregiver è a suo volta potenzialmente esposto a morbilità attribuibile al carico assistenziale ed emotivo sopportato (burn-out)⁹.

Considerando poi che viviamo in una società ad alto livello consumistico, esistono effetti indiretti della riduzione della disabilità sulla domanda del mercato: la capacità di controllare in maniera efficace l'osteoartrite potrebbe aumentare il numero di anziani potenzialmente in grado di "consumare" beni, aumentando per esempio la loro capacità di viaggiare, di raggiungere luoghi di intrattenimento (gli anziani rappresentano un target sempre maggiore per l'industria turistica, vista la loro disponibilità di tempo libero!).

La progettazione e l'esecuzione di protocolli sperimentali, la verifica dei risultati e l'analisi della loro "efficiency" (che valuta non solo l'efficacia di un intervento ma anche il vantaggio in termini di bilancio costi/beneficio sul suo esito finale in uno specifico setting) costituiscono una spesa di investimento notevole. Ma, come già introdotto, i progressi tecnologici frutto di tali investimenti stanno definendo nuovi scenari per l'impatto economico della medicina. A questo riguardo si rimanda il lettore alla descrizione grafica dell'impatto dell'evoluzione della tecnologia medica sulla relazione tra malattie disabilitanti e costi di trattamento recentemente apparsa in un editoriale di Science⁵. Essa illustra come la spesa sanitaria sia in costante crescita fino a quando il livello di tecnologia non divenga elevato, cioè quando si realizzano interventi efficaci: a questo punto si osserva una sua marcata caduta. In considerazione di questo prevedibile andamento e del fatto che si ritiene che ci possa essere in media un intervallo di 15-20 anni prima che un'osservazione scientifica si trasformi in un possibile intervento sanitario, si dovrebbe cercare mediante una

politica di investimento nella ricerca biomedica di ridurre al massimo il tempo di passaggio da un basso livello di tecnologia ad uno elevato.

Senza pretesa di completezza, riportiamo di seguito alcune osservazioni quali esempi dei possibili vantaggi economici delle tecnologie biomediche nei diversi ambiti del vasto panorama esteso dall'area diagnostica a quella della valutazione della "efficiency" di un intervento sanitario.

Anzitutto, la diagnosi precoce di malattia è requisito fondamentale per prevenire la disabilità. In questo senso l'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche permette una sempre crescente possibilità di diagnosi precoce, che si spinge fino alla consulenza genetica.

La crescente conoscenza della biologia umana permette lo sviluppo di terapie o profilassi che hanno come bersaglio le basi molecolari e genetiche delle malattie. Un intervento efficace a questo livello potrebbe evitare o procrastinare lo sviluppo di sintomi e di disabilità delle maggiori fonti di malattia nell'anziano, riducendo drasticamente tutti i costi legati alle terapie tradizionali (farmacologiche, chirurgiche e riabilitative), agli interventi volti a ridurre l'handicap ed all'assistenza informale.

Il progresso della ricerca è economicamente vantaggioso nel campo dell'industria farmaceutica, se si pensa ad esempio alla rivoluzione determinata dalla chimica miniaturizzata e robotica, associata alla genetica ed alla bioinformatica, nello screening di potenziali farmaci⁵. Il denaro risparmiato in queste procedure potrebbe essere reinvestito in nuove tecnologie o usato per abbattere i prezzi dei farmaci in commercio. Per alcuni farmaci già in uso è stato dimostrato un guadagno economico netto attraverso la riduzione della disabilità. L'uso dell'attivatore tissutale del plasminogeno per trattare l'ictus ischemico entro le prime 3 ore è descritto come una recente acquisizione tecnologica che produce risparmio, riducendo la disabilità e migliorando la qualità di vita dei pazienti¹⁰.

Passando ad un altro campo sperimentale, l'epidemiologia ha dimostrato l'importanza di fattori di rischio per lo sviluppo di malattie, proponendo quindi misure del tutto vantaggiose sotto il profilo dei costi sanitari (basti pensare all'abolizione del fumo!). A questo proposito, per il successo delle campagne di riduzione dei fattori di rischio, fondamentale è l'investimento in una corretta informazione scientifica. Un pubblico meglio educato sotto il profilo della tutela della salute è pronto a cogliere tutti quei suggerimenti di migliore igiene di vita e ad attuare modifiche comportamentali tali da determinare un miglioramento delle condizioni di salute ed una senilità più attiva, indipendente e più libera da interventi di tipo sanitario⁸. Non solo, ma è anche più pronto a com-



prendere le scelte di economia sanitaria fondate su prove scientifiche, a ridimensionare le proprie attese e ad essere più responsabilizzato nelle sue richieste.

Gli orizzonti illimitati aperti dalla scienza pretendono infatti richieste di ricaduta immediata sul piano della nostra salute. Spesso, con grave colpa non dei richiedenti ma dell'organizzazione politico-sanitaria e della comunità medica, pretese di assistenza sono consegnate ai mass-media, all'emotività dell'opinione pubblica e di qui alla magistratura al di fuori di ogni validità scientifica (anzi al di fuori anche delle possibilità di comunicazione permesse dalla condivisione dei criteri scientifici!). Questo determina fughe di denaro pubblico al di fuori di ogni razionale controllo ed in forza di un'apparente soddisfacimento dei bisogni del cittadino, in un'ottica per molti versi demagogica (leggi caso Di Bella, a proposito del quale si consiglia la lettura del *British Medical Journal* del 23 gennaio ultimo scorso^{11,12,13}).

Le misure di competizione economica introdotte nei servizi sanitari di molti paesi con l'obiettivo di aumentarne la "produttività" e diminuirne i costi possono paradossalmente provocare l'effetto opposto. Ciò accade nella situazione in cui chi "vende" servizi sanitari non è in grado di distinguere ciò che è efficace da ciò che non lo è e non ha la possibilità di predire gli effetti delle distorsioni e dei costi aggiuntivi del mercato¹⁴. La lezione di Archie Cochrane appare particolarmente attuale: l'attenzione tutta concentrata su una "efficienza manageriale" nei servizi sanitari nazionali risulta mal indirizzata proprio perché generalmente basata su fattori diversi dalle prove scientifiche¹⁵. Al momento attuale il nostro Servizio Sanitario Nazionale dispensa alcuni interventi probabilmente inutili, mentre pazienti attendono per trattamenti forse non urgenti, ma di dimostrata efficacia.

In considerazione di tali problematiche, un ruolo fondamentale è da attribuire alla metodologia di ricerca ed agli strumenti di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi sanitari, anch'essi "tecnologie" a loro volta campo d'indagine sperimentale¹⁶. La spesa sanitaria in Italia fino ad oggi non ha beneficiato in modo ottimale delle potenzialità di tale ricerca, che del resto riceve scarsi investimenti. Al contrario, nel Regno Unito la gestione economico-sanitaria si avvale della consulenza di centri di ricerca che ricevono fondi pubblici e che si avvalgono, ad esempio, della Cochrane Collaboration che permette di trasferire le evidenze della ricerca clinica nella pratica (la cosiddetta *evidence based medicine*¹⁷), attraverso lo strumento dei protocolli di revisione sistematica degli studi effettuati su un determinato intervento, con eventuale suc-

cessiva metanalisi quantitativa dei dati¹⁸. Una crescente attenzione su questo campo sperimentale permetterà di affinare tecniche di valutazione della qualità della ricerca (sia di quella già realizzata che di quella in fase di progetto), dell'appropriatezza degli interventi sanitari, anche in termini di spesa, in modo da implementare linee guida, effettuare un controllo e fornire criteri sull'allocatione delle risorse sia nel finanziamento della ricerca che nell'organizzazione dell'assistenza.

Le osservazioni fin qui riportate ci sembrano sufficienti per criticare la visione secondo la quale la crescita della spesa sanitaria (comprendente sia le voci di profilassi/assistenza che di investimento in ricerca biomedica) corrisponda tout-court ad una riduzione delle risorse economiche, proprio in virtù dell'attuale complessità delle dinamiche di produzione e mercato.

Pertanto, una soluzione alla crescita della spesa sanitaria, prospettata in parallelo alla crescita della popolazione anziana, dovrebbe consistere nell'incremento degli investimenti in ricerca. Tale soluzione, infatti, non può essere affrontata con una mera politica di tagli che finirebbe per abbattersi maggiormente sulla ricerca, mentre la spesa di tipo preventivo/assistenziale, in ragione delle giuste pretese dei consumatori, rimarrebbe peraltro priva di strumenti scientifici di controllo e di crescita.

Particolarmente in Italia, scelte economiche basate sulla riduzione degli investimenti a svantaggio degli Enti Pubblici di ricerca, ed in primo luogo delle Università, rischierebbero di demolire irreversibilmente il ruolo di riferimento scientifico-culturale. Questo sarebbe pericoloso, considerando l'inevitabile tendenza in Italia ad attuare modelli provenienti dal mondo anglosassone che non necessariamente si applicano al contesto culturale ed alla realtà organizzativa attuale del nostro paese (un esempio sembrano essere i *Diagnosis Related Groups*, ovvero i famosi DRG) e che, soprattutto, sono realizzati comunque in ritardo (quando sono già criticati e superati dai proponenti originali!) senza un reale ed originale contributo alla crescita scientifico-culturale ed al miglioramento economico-sanitario nel nostro paese.

Infine, sarà apparso chiaro che volutamente non siamo entrati in merito alla sfera etica, polarizzando le nostre osservazioni su un piano meramente di "mercato". Certo, così facendo, abbiamo anche preso in considerazione il lato più brutalmente merceologico della tecnologia biomedica senza discuterlo sotto un profilo bioetico. Ci premeva, infatti, scendere sul piano reale, quotidiano, dove purtroppo esigenze eticamente e scientificamente valide trovano spesso risposte rigidamente "economiche" gravemente miopi.



BIBLIOGRAFIA

- Berger A., *The impact of new technologies in medicine. Call for papers.* Brit Med J, 318:346-346, 1999.
- Manton K.G., *Singer B. Proc. Natl. Acad. Sci. USA* in stampa (citato in Pardes et al., 1999).
- Lubitz J.D., Riley G.F., *Trends in Medicare payments in the last year of life,* N Engl J Med, 328: 1092-1096, 1993.
- Manton K.G. et al., *Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994.* Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 94: 2593-2598, 1997.
- Pardes H. et al., *Effects of medical research on health care and the economy.* Science, 283: 36-37, 1999.
- Kasch F.W. et al., *Effect of exercise on cardiovascular ageing.* Age-Ageing, 22: 5-10, 1993.
- Perls T.T. et al., *Middle-aged mothers live longer.* [letter] Nature, 11, 389: 133, 1997.
- Vita A.J. et al., *Aging, health risks, and cumulative disability.* N Engl J Med, 338: 1035-1041, 1998.
- Baumgarten M, et al., *The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia.* J Clin Epidemiol, 45:61-70, 1992.
- Fagan S.C. et al., *Cost-effectiveness of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke.* NINDS rt-PA Stroke Study Group. Neurology, 50: 883-890, 1998.
- Müllner M., *Di Bella's therapy: the last word?* Brit Med J, 318:208-209, 1999.
- Italian Study Group for the Di Bella Multitherapy Trials. *Evaluation of an unconventional cancer treatment (the Di Bella multitherapy): results of phase II trials in Italy.* Brit Med J, 318:224-228, 1999.
- Raschetti R., *We totally disagree with Müllner's view.* [letter] eBMJ, 8 Feb 1999 [Response to Müllner M., Brit Med J, 318:208-209, 1999].
- Light D.W., *Effectiveness and efficiency under competition: the Cochrane test.* Brit Med J, 303: 1253-1254, 1991.
- Cochrane A., *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services.* London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- Palmer H.R., *La valutazione degli interventi sanitari.* Ricerca & Pratica, 21, 1988.
- Sackett D.L., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't.* Brit Med J, 312: 71-72, 1996.
- Mulrow C.D., Oxman A.D. (Eds.), *Cochrane Collaboration Handbook* (updated September 1997). In: The Cochrane Library (Database on disk and CD-rom). The Cochrane Collaboration. Oxford: Update software; issue 4, 1994.





L'impiego dei personal computer nelle Professioni sanitarie

Si conclude venerdì 5 Marzo, alle ore 12,30 nell'Aula D, il ciclo di incontri dedicato all'Impiego dei Personal computer nelle Professioni sanitarie.

L'ultimo dibattito concerne: *La rete internet nella pratica delle professioni sanitarie: situazioni cliniche esemplificative.*

Relatore ed animatore del dibattito il Dr. Giovanni Pomponio dell'Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Immunologia Clinica.

In questa occasione il relatore presenterà le strategie per la ricerca delle informazioni di interesse medico e per la valutazione della qualità e dell'affidabilità dei siti.

Il Forum è propedeutico alle esercitazioni pratiche dedicate

all'utilizzo dei Personal computer e delle reti telematiche che si svolgeranno nel Laboratorio Didattico di imminente inaugurazione in Facoltà.

Forum di Facoltà

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

La Qualità nella Sanità

Venerdì 12 Marzo nell'Aula D, alle ore 12,30 inizia la serie dei Forum dedicati alla *Qualità nella Sanità*, organizzati dal Prof. Leandro Provinciali.

La prima serie di Forum si svolgerà nei giorni 12-19-26 Marzo, per riprendere poi dopo la pausa pasquale e la sessione di esami nei giorni 30 Aprile e 14 Maggio.

Il programma dettagliato dei Forum è il seguente:

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. 30 Aprile 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

Le finalità e i contenuti dei Forum sono stati illustrati in un precedente articolo del Prof. Leandro Provinciali (Lettere dalla Facoltà 1,21, 1999).

Il Prof. Claudio Cervini, Direttore dell'Istituto di Patologia e Clinica dell'Apparato Locomotore e della Scuola di Specializzazione in Reumatologia è stato eletto, con voto unanime, Presidente del Collegio dei Professori Ordinari di Reumatologia.

Tale organismo svolge un ruolo centrale nella programmazione della disciplina sotto il profilo didattico e scientifico.

Questo prestigioso incarico costituisce un ulteriore, significativo riconoscimento dell'appassionato impegno che il Prof. Cervini ha sempre dedicato allo sviluppo della Reumatologia e che si è più volte concretizzato in significativi risultati.

Per l'anno in corso le sedute del Consiglio di Facoltà si svolgeranno nei giorni: 24 marzo, 28 aprile, 26 maggio, 30 giugno, 21 luglio, 29 settembre, 27 ottobre, 24 novembre, 15 Dicembre, salvo eventi eccezionali ed imprevedibili.

Reumatologia

Le sedute del Consiglio di Facoltà





CORSI MONOGRAFICI

Data	Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
I anno	Biologia, Genetica e Biometria: Biologia e genetica delle malattie mitocondriali e lisosomiali	Prof. G. Principato	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	A
	Medicina Legale: Introduzione alla deontologia medica	Prof. D. Rodriguez	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	E
II anno	Anatomia: Anatomia della placenta	Prof. M. Castellucci	dal 05.03.99 al 19.03.99	08.30 10.30	A
	Medicina Legale: Introduzione alla deontologia medica	Prof. D. Rodriguez	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	E
III anno	Patologia e Fisiopatologia Generale: L'angiogenesi nei tumori e in altri processi patologici	Prof.ssa L. Possati	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	B
	Medicina Legale: Introduzione alla deontologia medica	Prof. D. Rodriguez	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	E
IV anno	Patologia Sistemática III, Mal. App. Cardiovascolare, Mal. App. Respiratorio: Elettrocardiografia clinica	Prof. P. Russo	dal 05.03.99 al 19.03.99	08.30 10.30	D
	Medicina Legale: Introduzione alla deontologia medica	Prof. D. Rodriguez	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	E
V anno	Anatomia Patologica: I tumori dell'età pediatrica	Prof.ssa M. Scarpelli	dal 19.03.99 al 26.03.99	14.00 17.00	Anat. Pat.
	Anatomia Patologica: Patologia del mediastino e del retroperitoneo	Dott. M. De Nicolis	dal 05.03.99 al 12.04.99	14.00 17.00	Anat. Pat.
	Psichiatria: Elementi fondamentali di psicosomatica	Prof. G. Borsetti	dal 05.03.99 al 19.03.99	08.30 10.30	B
	Medicina Legale: Introduzione alla deontologia medica	Prof. D. Rodriguez	dal 05.03.99 al 19.03.99	10.30 12.30	E
VI anno	Emergenze medico-chirurgiche: Anestesia	Dott.ssa E. Adrario	dal 15.01.99 al 30.4.99	08.30 10.30	E





Il Comitato di Coordinamento Didattico nella sua riunione di martedì 26 gennaio ha stabilito un insieme di provvedimenti successivamente sottoposti alla discussione e all'approvazione del Consiglio di Facoltà:

1) Valutazione dell'efficacia didattica della Facoltà

Si svolgerà nei giorni 1-3 febbraio, consisterà nella distribuzione di un questionario preparato da Giulio Magni, agli studenti dei Corsi integrati di Chimica, Fisica, Fisiologia, Microbiologia, Patologia sistematica I-II, Metodologia Clinica, Chirurgia Generale e Gastroenterologia, Malattie del Sistema Nervoso, Diagnostica per immagini, Pediatria, Odontoiatria, Ginecologia ed Oncologia, corsi che hanno concluso la loro fase didattica nel primo semestre dell'anno.

Le schede distribuite dai Coordinatori dei Corsi integrati nel corso dell'ultima lezione, compilate dagli studenti, verranno consegnate alla Segreteria di Presidenza per la elaborazione da

parte del Comitato di Coordinamento Didattico.

I risultati della valutazione verranno resi pubblici nei primi giorni di marzo.

Comitato di Coordinamento Didattico

2) Programmazione Didattica delle Scuole di Specializzazione

Tutti i Direttori delle Scuole hanno ricevuto dal Preside le schede relative alla programmazione didattica 1998-99; tali schede contengono la descrizione delle caratteristiche essenziali del Corso, il piano di studi con la definizione degli insegnamenti attivati, la proposta dei Titolari degli insegnamenti stessi, i programmi didattici, articolati in didattica formale, interattiva e in apprendimento autonomo-guidato; infine il calendario e l'orario didattico.

Il Comitato ha fissato al 18 Febbraio p.v. la data ultima per la consegna del materiale che sarà esaminato dal Comitato di Coordinamento Didattico e successivamente affidato alla Facoltà per l'approvazione finale nella seduta prevista del 24 Febbraio p.v.

Seguirà immediatamente la preparazione e pubblicazione del Piano didattico 1998 delle Scuole, sul terzo volume della Guida alla Facoltà, dedicato alla Formazione post-laurea.

3) Diplomi Universitari

Su proposta del Preside e per consentire un'efficace preparazione da parte degli studenti, sono state soppresse alcune discipline, il cui insegnamento comunque sopravvive nei Corsi integrati di appartenenza.

Le modifiche proposte, che interessano tutti i sei Diplomi atti-

vati, saranno presentate alla discussione ed approvazione del Consiglio di Facoltà il 24 febbraio p.v.

Per tale data quindi è previsto il completamento del Manifesto degli Studi di tutti i Diplomi per l'anno 1999-2000.

Una volta approvato dalla Facoltà il Manifesto degli Studi verrà distribuito a tutti i Consigli dei Diplomi perchè possano procedere alla programmazione didattica.

Nell'affidamento degli insegnamenti i Consigli avranno cura di rispettare un'equa distribuzione delle titolarità tra Personale docente universitario e Dirigenti dell'SSN.

Il Prof. Fabris, quale Coordinatore, seguirà la programmazione didattica dei singoli Diplomi e assicurerà che la stessa sia presentata per l'approvazione al Comitato di Coordinamento Didattico, prima, e alla Facoltà, dopo, nel prossimo mese di marzo.

4) Forum, Corsi Monografici, Seminari

Venerdì 5 Marzo, con la ripresa dell'attività didattica, riprendono anche i Forum di Facoltà che si ripeteranno tutti i venerdì dalle 12.30 alle 14.30 nell'Aula D sino a giugno.

Il 5 Marzo è prevista la chiusura del ciclo di Forum dedicato all'"Impiego dei personal computer nelle professioni sanitarie" (Coordinatori: Prof. Raul Castagnani e Dr. Giovanni Pomponio), mentre il 12 Marzo inizierà la serie dei Forum su "La qualità nella sanità" (Coordinatore: prof. Leandro Provinciali).

Ogni altra forma di attività didattica è sospesa nell'orario dei Forum e questo allo scopo di facilitare la partecipazione agli stessi di tutti i Discendenti della Facoltà, dei Corsi di Diploma, di Laurea e di Specializzazione.

I contenuti dei Forum saranno brevemente riportati su "Lettere dalla Facoltà".

Il 5 Marzo p.v. riprenderanno anche i Corsi monografici ed i Seminari secondo un calendario che verrà mensilmente pubblicato su questa rivista.

Il Comitato ha approvato le norme per la partecipazione e l'attestazione di frequenza a questa attività didattica (All. 1).

5) Progetto nuova edizione di Lettere dalla Facoltà

Giovanni Danieli ha presentato il Progetto per la nuova edizione di Lettere dalla Facoltà; il periodico appare rinnovato nella veste grafica, potenziato nel numero di pagine ed arricchito di nuove rubriche. Uscirà mensilmente, fatta eccezione per il mese di agosto; scompare conseguentemente il suo supplemento, il Bollettino della Facoltà.

La proposta di Giovanni Danieli viene approvata all'unanimità.

6) Calendario degli esami

Con lo scopo di stabilire in via definitiva il calendario d'esame, nel rispetto del nuovo Ordinamento Didattico e delle delibere precedenti di Facoltà, nell'obiettivo di consentire più occasioni





di verifica agli studenti senza peraltro disturbare il regolare svolgimento dell'attività didattica, il CCD ha preparato un nuovo definitivo calendario delle verifiche (All. 2).

7) Commissioni di esame

In armonia con la normativa vigente il Comitato di Coordinamento didattico ha definito la composizione delle Commissioni di esame (All. 3).

Il tempo richiesto dalla discussione di questi punti non ha permesso di affrontare la parte finale dell'ordine del giorno che conteneva il riconoscimento degli esami sostenuti con il vecchio ordinamento, le pratiche studenti, le varie ed eventuali.

La discussione di questi punti è rinviata alla successiva riunione del Comitato di Coordinamento Didattico fissata per le ore 12.00 di giovedì 18 Febbraio.

Il Coordinatore del C.C.D.
Prof. Giovanni Danieli

Corsi Monografici e Seminari

Istruzioni per la partecipazione e l'attestazione di frequenza

Gli studenti iscritti ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia sono ammessi d'ufficio alla frequenza di tutti i corsi monografici e/o seminari attivati, senza presentare alcuna domanda di ammissione a tali corsi e seminari. La frequenza sarà certificata dal docente e controfirmata dal Coordinatore del Corso Integrato e verrà riportata nella carriera dello studente al termine del corso a seguito della verifica della Ripartizione Didattica Polo Torrette della certificazione della frequenza.

Al fine di certificare la frequenza degli studenti che sono presenti ai corsi monografici e/o seminari, ogni docente avrà a disposizione dei moduli contenenti l'elenco degli iscritti dell'anno di corso a cui afferisce il corso integrato. A tale elenco viene aggiunto un foglio contenente righe in bianco per far apporre la firma agli studenti degli altri anni di corso che intendono frequentare il corso monografico e/o seminario.

I docenti dei corsi monografici e/o seminari dovranno far firmare gli studenti nelle colonne corrispondenti ad ogni giorno di lezione e dovranno loro stessi apporre la propria firma in fondo alla pagina a verifica e attestazione di quanto sottoscritto dagli studenti presenti.

I seminari vengono svolti presso le strutture proprie del Corso Integrato promotore dell'iniziativa. Le date dei seminari sono concordate, a lezione, direttamente dal docente con gli studenti. La partecipazione ai seminari e l'attestazione di frequenza seguono le norme stabilite per i corsi monografici.

Calendario delle verifiche

Per quel che concerne il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia:

- l'appello di febbraio si svolge dal 1° al 27 del mese, per l'anno in corso;
- l'appello è unico ma realizzato in due differenti sedute, una nella prima, l'altra nella seconda metà del mese;
- l'appello comprende:
 - a) la sessione estiva, con gli esami dei Corsi Integrati del primo semestre dell'anno in corso, ma anche con gli esami dei Corsi integrati del secondo semestre per gli studenti in possesso dell'attestato di frequenza degli anni precedenti o, per il nuovo Ordinamento, convalidato in base alla Tabella di equiparazione approvata dal Consiglio di Facoltà il 1°/7/98;
 - b) la sessione straordinaria di febbraio, limitata ad un massimo di due esami sostenuti, riservata ai Corsi integrati del primo e secondo semestre, seguiti nell'anno 1997-98 e precedenti;
- un prolungamento della sessione straordinaria di febbraio si svolge dal 29 marzo al 10 aprile, con un appello unico per i Corsi Integrati del precedente Ordinamento e dell'Ordinamento in vigore dall'A.A. 98-99, purchè in quest'ultimo caso si sia in possesso dell'attestato di frequenza convalidato in base alla Tabella di equiparazione di cui al punto a) ;
- la sessione estiva di esami si svolge dal 14 giugno al 31 luglio, si articola in due appelli, è riservata ai Corsi Integrati del secondo semestre e al recupero di esami non sostenuti o non superati in tutte le sessioni precedenti;
- la sessione di recupero si svolge dal 30 agosto al 9 ottobre, in due appelli per tutti i Corsi Integrati; gli studenti immatricolati nell'Anno Accademico 1998-99, per essere iscritti regolarmente all'anno successivo, dovranno sostenere entro tale periodo tutti gli esami tranne due;
- un prolungamento della sessione di recupero si svolge, con un'unico appello e per tutti i Corsi Integrati, dal 13 al 18 dicembre.

Nei periodi riservati alla didattica (1-27 marzo; 12 aprile-12 giugno; 11 ottobre-10 dicembre) nessuna prova di esame può essere svolta; eventuali verifiche saranno annullate.





Per quel che concerne i D.U.:

- nei D.U. nei quali la didattica teorica è separata dal tirocinio, l'esame semestrale può prevedere una verifica al termine della didattica teorica (pre-appello) e due alla fine del semestre (primo e secondo appello);
- anche per i D.U. è prevista una sessione di recupero al termine del 2° semestre;
- la sessione straordinaria di febbraio è prolungata al 30 aprile 1999; entro tale data gli studenti devono aver superato tutti gli esami e acquisita una positiva valutazione del tirocinio per essere iscritti all'anno successivo;
- eventuali prolungamenti di appello potranno svolgersi in corso di tirocinio, con recupero obbligato delle ore perdute dello stesso; esami svolti in fase didattica sono annullati

Allegato 2



Commissioni d'Esame

- Le Commissioni giudicatrici degli esami di profitto quale che sia il numero dei docenti afferenti ad un corso integrato, sono costituite da tre docenti dei settori scientifico disciplinari che afferiscono ai corsi integrati oggetto delle prove d'esame; il Coordinatore del Corso integrato è Presidente della Commissione giudicatrice;
- in assenza di docenti di settori scientifico-disciplinari afferenti al corso integrato oggetto delle prove d'esame, è possibile integrare la Commissione con un professore ufficiale di materia affine e cultore di materia;
- è validamente costituita la Commissione giudicatrice composta dai seguenti membri:
 - Coordinatore del Corso integrato in qualità di Presidente della Commissione
 - Professore o Ricercatore della Facoltà
 - Cultore di materia

Sono da ritenersi cultori di materia:

- a) i Professori a contratto, per la disciplina ufficiale della quale svolgono i corsi integrativi, e i Ricercatori;
- b) gli iscritti al Dottorato di Ricerca, nell'ambito della programmazione effettuata dal Collegio dei docenti, d'intesa con la Facoltà;
- c) i Ricercatori a tempo determinato, i titolari di assegno di ricerca e i borsisti post-dottorato (Delibera Senato Accademico del 30/10/98).

E' altresì possibile per il Preside, che provvede ai sensi dell'art. 42 del Regolamento Studenti alla nomina di tali Commissioni di esame, includere di volta in volta, nelle Commissioni stesse, persone che egli ritenga cultori di materia (nota Ministero Pubblica Istruzione n. 4258 del 2/10/1985).

Sono esclusi dalla partecipazione alle commissioni d'esame gli specializzandi e i laureati tecnici a tempo determinato (Delibera del Senato Accademico del 30/10/98).

Allegato 3





CLAUDIO MARIA MAFFEI
FRANCESCO DI STANISLAO

Negli ultimi tempi comincia a diffondersi sempre di più il termine di **profili di assistenza**. I **profili di assistenza** sono stati introdotti come strumenti di innovazione organizzativa e di governo tecnico della salute all'interno del Piano Sanitario Regionale 1998/2000, e sono tra gli obiettivi da perseguire nel prossimo triennio. Di conseguenza, alcune Aziende, tra cui la Azienda Ospedaliera Umberto I° di Ancona, hanno trasferito questo mandato ai responsabili ed ai consigli di Dipartimento che hanno cominciato a chiedersi cosa fossero questi profili di assistenza in pratica.

E' dunque parso opportuno utilizzare questa rubrica per cominciare a dare un significato operativo al termine di **profilo di assistenza** ed è parso pure opportuno coinvolgere il Prof. Francesco Di Stanislao, Direttore Generale della Agenzia Regionale Sanitaria, nella redazione di questa breve nota.

Il filone culturale cui si ispirano la teoria e la pratica dei profili di assistenza è quello della medicina basata sulle evidenze

I profili di assistenza: proviamo a capire cosa sono

e quello delle linee guida, ovvero di quella teoria e pratica della medicina specificamente attente ai problemi della fondatezza scientifica delle decisioni (fare la cosa giusta) ed ai problemi della appropriatezza organizzativa (al livello giusto) e della efficienza (col migliore uso possibile delle risorse disponibili).

Ma al di là di queste espressioni un po' gergali, i problemi alla cui soluzione i profili di cura possono dare un contributo sono decisivi nella pratica clinica quotidiana:

- a) la grande variabilità delle scelte assistenziali, in termini di percorsi diagnostici e terapeutici, di fronte agli stessi problemi, variabilità spia di possibili problemi di qualità tecnica dell'assistenza (*non si può avere ragione in troppi*);
- b) la grande variabilità dei modelli organizzativi dell'assistenza finalizzati al trattamento degli stessi problemi (durata della degenza molto diversa per lo stesso DRG, diverso grado di coinvolgimento delle diverse figure professionali, ecc.).

E' certamente vero che un paziente è diverso dall'altro, ma ciò spiega solo una minima parte delle variabilità di cui stiamo parlando. Le altre possibili spiegazioni stanno proprio nella mancanza di un profilo di assistenza condiviso. Questo, infatti, consiste nel definire per un determinato problema clinico, ad esempio per un particolare DRG, **che cosa fare, come farlo, quando farlo e da chi farlo fare**. In pratica, ogni volta

che si presenta quello specifico problema clinico si utilizza un percorso assistenziale predefinito. Per quanto riguarda il **cosa fare** si fa riferimento a queste categorie:

1. **valutazione del paziente:** comportamenti o azioni che permettono di raccogliere dati (soggettivamente o oggettivamente) sui quali basare gli interventi, comprende segni vitali, bilanci di entrata-uscita, ecc.;
2. **educazione del paziente e/o famiglia:** rientrano in questa categoria tutte le istruzioni di routine date al paziente e/o ai familiari riguardo la cura di sé, la posizione di busto e arti, le precauzioni e le limitazioni nelle attività, gli esercizi, il modo di respirare, l'uso degli strumenti, l'automedicazione, gli insegnamenti preoperatori e sull'evoluzione della malattia, ecc.;
3. **pianificazione della dimissione:** include tutte le consultazioni, le collaborazioni e le azioni necessarie a fornire l'assistenza e a promuovere l'indipendenza del paziente dopo la dimissione, comprende la ricerca di assistenza finanziaria, assistenza domiciliare, supporto alla famiglia, supporto al reinserimento nella comunità, fornitura di apparecchiature mediche, ecc.;
4. **esami:** tutte le procedure diagnostiche che devono essere fatte al paziente di tipo invasivo e non invasivo, compresi esami di laboratorio, strumentali, ecc.;
5. **interventi:** azioni intraprese sulla scorta della valutazione e che influenzano gli outcome, comprendono tutti trattamenti e procedure che potenzialmente soddisfano i bisogni del paziente;
6. **consulenze:** includono tutti i consulti interdisciplinari di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.;
7. **medicinali:** questa sezione ha lo scopo di essere di guida alla somministrazione delle medicine in termini di via e frequenza di somministrazione (ad esempio considerando se i vantaggi di una via endovenosa rispetto ad una orale sono tali da compensare il disagio del paziente), di somministrazione pianificata o al bisogno, di utilizzo di protocolli per la gestione di problemi generici (ad esempio del dolore, della pressione, del respiro, ecc.) o specifici (ad esempio terapie antibiotiche postoperatorie) del paziente, ecc.;
8. **nutrizione:** stato nutrizionale del paziente, presenza di nutrizione parenterale, particolari necessità nutrizionali, ecc.;
9. **attività e sicurezza del paziente:** comprende la pianificazione dell'attività giornaliera del paziente, la mobilitazione attiva e passiva, la progressione del paziente (dal letto, alla poltrona, all'uso del bagno, alla deambulazione





con o senza assistenza) e le misure precauzionali per garantire la sicurezza del paziente (protocolli di prevenzione delle cadute, prevenzione dei suicidi, protocolli antidecubito, ecc.).

Tipo di attività da svolgere	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno
Valutazione del paziente					
Educazione del paziente e/o famiglia					
Pianificazione della dimissione					
Esami					
Interventi					
Consulenze					
Medicinali					
Nutrizione					
Attività e sicurezza del paziente					

Per quanto riguarda invece il **come fare**, si definisce il contenuto delle attività per ciascuna delle categorie sopra citate rilevanti nella gestione del problema clinico in questione, quali ad esempio il tipo di schema terapeutico da utilizzare. Quanto al **chi**, ci si riferisce alle diverse figure professionali che possono essere coinvolte nel processo assistenziale (medico, infermiere, caposala, fisioterapista, consulente, ecc.), mentre il **quando** definisce la sequenza cronologica

delle varie tappe del processo assistenziale. Va sottolineato come il profilo di assistenza possa essere in molti casi condiviso tra servizi ospedalieri e servizi territoriali in modo da riservare a ciascuno di essi il proprio specifico ed appropriato contributo.

In pratica, un profilo di assistenza si avvale di strumenti come lo schema della figura che segue. Se si hanno ricoveri troppo lunghi per un certo tipo di patologia, si può provare a ridurre la degenza con uno schema come questo adeguatamente riempito nelle varie caselle.

Presentato così il profilo di cura appare qualcosa di fin troppo semplice. In effetti, la logica dei profili di assistenza è effettivamente molto semplice.

Complessa è però la loro definizione operativa e la loro realizzazione pratica perchè solo in un sistema maturo sia culturalmente che organizzativamente può essere realizzato un percorso assistenziale condiviso da più Unità Operative, più figure professionali, più livelli organizzativi e magari più Aziende.

Come sempre è l'esperienza che può aiutare a capire quale possa essere l'effettivo contributo dei profili di assistenza ad una gestione più efficace e più efficiente dei problemi di salute. La nostra impressione e la nostra speranza sono che questo contributo possa essere molto rilevante. Questo è del resto ciò che sta avvenendo in altri paesi.

Nella pubblicità di una conferenza sui profili di assistenza integrati che si terrà il prossimo 25 febbraio al Royal College of Physicians di Londra si legge quel che segue che, almeno a noi, fa venire voglia di "comprare".

Usate davvero le linee guida cliniche?
State cercando un modo realistico e pratico di applicarle?

Vi piacerebbe che i vostri processi di verifica della qualità assistenziale comprendessero informazioni ancora più stringenti? E vi aiuterebbe disporre di uno strumento per incorporare con facilità i risultati di questi processi di verifica nei vostri piani di trattamento?

Una volta identificato un percorso assistenziale con solido fondamento scientifico sapete come garantirvi che esso venga effettivamente usato?

State cercando un modo per far sì che un tipo di trattamento venga quotidianamente gestito da tutto un gruppo di operatori multidisciplinari?

La risposta è nei profili di assistenza integrati





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

La decisione terapeutica relativa alla riacutizzazione di COPD

Posta a questo punto la diagnosi di riacutizzazione infettiva in corso di COPD nasce la necessità di decidere la terapia da consigliare alla nostra paziente e conseguentemente scaturiscono dei quesiti terapeutici a cui cercheremo di rispondere per assegnare la migliore terapia disponibile con il massimo vantaggio ed i minori effetti collaterali.

Quesito 1:

In un paziente bronchitico cronico con riacutizzazione infettiva gli antibiotici risultano efficaci nel ridurre la gravità dell'infezione, cioè nel ridurre la sua durata e la sintomatologia conseguente? In caso affermativo qual è l'antibiotico di scelta?

Lezione di Clinica Medica

Seconda parte

Il ruolo dei batteri nel precipitare le riacutizzazioni è abbastanza controverso; in effetti questi possono rivestire un ruolo primario oppure essere responsabili di una superinfezione secondaria su un iniziale processo infettivo virale; in particolare almeno un terzo delle riacutizzazioni sembrerebbero essere cau-

sate da virus.

Ciononostante una meta-analisi di nove studi ha evidenziato un modesto beneficio con l'utilizzo della terapia antibiotica in corso di riacutizzazione di COPD. In particolare il più ampio studio comprendente 173 pazienti mostra che i pazienti trattati con cotrimossazolo, amoxicillina o doxiciclina vanno incontro ad una percentuale di risoluzione dei sintomi e ad un miglioramento del picco di flusso espiratorio modesto ma significativamente più veloce rispetto ai pazienti trattati con placebo ed hanno inoltre una riduzione della durata dei sintomi, modesta ma significativa; inoltre la percentuale di deterioramento delle funzioni respiratorie è circa doppia nel gruppo di pazienti trattati con placebo rispetto a quelli sottoposti a terapia antibiotica; veramente basso è invece il rischio di effetti collaterali.

Tali benefici sono stati maggiormente evidenti nei pazienti con più sintomi (dispnea, aumento del volume dell'escreato, purulenza dell'escreato).

Tali fattori associati al fatto che non può essere comunque escluso un ruolo eziologico dei batteri consigliano la prescrizione di antibiotici in corso di riacutizzazione di COPD, soprattutto nei pazienti con esacerbazioni severe (evidenza di livello I, grado di raccomandazione ++)¹.

Madison JM, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet august, 1998;352:467-73.

Centre Reviews Dissemination: Antibiotics in chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: a meta-analysis. Cochrane Library 1998 issue 4.

Grossman RF: The value of antibiotics and the outcomes of antibiotic therapy in exacerbations of COPD. Chest april 1998; 113(4):2495-2555.

Grossman FR: Guidelines for the treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis. Chest dec 1997;112(6):3105-3135.

Per il trattamento dei pazienti ambulatoriali sono indicati, come già detto, l'amoxicillina, il cotrimoxazolo o la doxiciclina, al contrario per i pazienti in condizioni cliniche severe o in cui si sospettano microrganismi resistenti sono consigliati una cefalosporina di seconda o di terza generazione, un fluorochinolone, un macrolide o una penicillina ad ampio spettro.

Madison JM, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet august, 1998;352:467-73

Grossman RF: The value of antibiotics and the outcomes of antibiotic therapy in exacerbations of COPD. Chest april 1998; 113(4):2495-2555.

Grossman FR: Guidelines for the treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis. Chest dec 1997;112(6):3105-3135.

Quesito 2:

Dal punto di vista fisiopatologico sappiamo che l'infezione delle vie respiratorie determina una infiammazione acuta che stimola la ipersecrezione di muco, l'edema delle pareti e la contrazione della muscolatura liscia delle vie respiratorie; quanto detto ci induce a pensare che i corticosteroidi, provvisti di attività anti-infiammatoria ed antiedemigena, possano in qualche modo trovare indicazione in questa situazione. Ma in realtà la somministrazione di corticosteroidi è efficace in corso di riacutizzazione infettiva di COPD, cioè riduce la gravità dell'infezione, la durata della sintomatologia, la gravità dell'ostruzione respiratoria, il numero di giorni di ospedalizzazione?

Dati ricavati dal "systemic corticosteroids in COPD exacerbations trial" sostengono l'utilizzo dei corticosteroidi nei pazienti ricoverati per una riacutizzazione in corso di COPD; in particolare in questo trial i pazienti trattati con corticosteroidi per via sistemica vanno incontro in percentuale minore a deterioramento delle funzioni respiratorie, hanno un miglioramento dei valori spirometrici ed una minore durata del ricovero





ospedaliero. Il razionale dell'utilizzo degli steroidi consiste nel fatto che, sebbene l'efficacia sia modesta, spesso anche un piccolo miglioramento risulta efficace in pazienti con ostruzione severa che non possono tollerare ulteriore deterioramento delle funzioni respiratorie (evidenza di livello I, grado di raccomandazione +++).

Madison JM, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet august, 1998;352:467-73

Erbland MI, Niewoehner D: Results from SCCOP: systemic corticosteroids in COPD exacerbations trial. Presented at the International Conference for American Lung Association/American Thoracic Society, April 24-29, 1998, Chicago Illinois.

Quesito 3:

Nonostante in corso di riacutizzazione infettiva di COPD la broncoostruzione non sia la sola o più importante causa di ostruzione delle vie respiratorie, ha un ruolo l'uso di broncodilatatori? In particolare i beta-agonisti e/o gli anticolinergici e/o i teofillinici migliorano la sintomatologia riducendo la dispnea e la tosse? L'associazione di tali farmaci dà vantaggi rispetto all'utilizzo di uno solo?

L'assunzione di orciprenalina ha mostrato un lieve miglioramento del FEV1 (da 0.69 a 0.93 L in 30-60 minuti); l'effetto dell'ipatropium bromide è simile a quello ottenuto utilizzando un betastimolante, però sembra esserci un rischio minore nella riduzione dell'ossigenazione del sangue; infatti a differenza di quanto avviene per i betastimolanti, l'ipatropium determina un piccolo ma significativo aumento della PO2 entro 30 minuti.

Il limite maggiore dell'ipatropium è l'inizio lento della sua azione broncodilatatrice (effetto picco a 60-90 minuti) (evidenza di livello I, grado di raccomandazione +++)

Studi comprendenti pazienti con COPD stabile supportano una terapia di combinazione, ma studi comprendenti pazienti con esacerbazione in corso di COPD non mostrano alcun beneficio dalla combinazione di questi farmaci. (evidenza di livello I, grado di raccomandazione +).

Trials randomizzati non hanno mostrato vantaggi nell'associare la teofillina alla terapia standard in corso di riacutizzazione infettiva di COPD (evidenza di livello I, grado di raccomandazione ...).

Madison JM, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet august, 1998;352:467-73

Quesito 4

Gli espettoranti ed i mucolitici come ad esempio l'N-Acetilcisteina riducono la gravità della riacutizzazione infettiva, migliorano la sintomatologia riducendo la dispnea e la tosse?

Non ci sono evidenze certe sulla efficacia delle terapie con mucolitici ed espettoranti

Madison JM, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet august, 1998;352:467-73

Eller J, Ede A, Scaberg T: Infective exacerbations of chronic bronchitis. Chest 1998;113:1542-1548

Quesito 5:

La fisioterapia respiratoria riduce la durata della sintomatologia, previene l'insufficienza respiratoria?

Non ci sono evidenze certe sulla fisioterapia respiratoria nelle riacutizzazioni infettive di COPD

Madison JM, RS Irwin: Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet august, 1998;352:467-73

APPLICAZIONE DELLE EVIDENZE ALLA NOSTRA PAZIENTE. DECISIONE CLINICA

Durante il ricovero, nonostante il mancato isolamento di un germe resistente alla terapia di primo livello con amoxicillina o cotrimoxazolo o doxiciclina, viste però le frequenti recidive ed il progressivo peggioramento scegliamo un antibiotico di secondo livello, in particolare una cefalosporina di terza generazione, il ceftriaxone 1g/die endovena, cui associamo metilprednisolone 100 mg per tre volte al giorno per via endovena. Manteniamo inoltre la terapia con salbuterolo che aumentiamo, vista la presenza di una fastidiosa dispnea che condiziona disturbi del sonno e dell'alimentazione, a quattro puff ogni 4 ore.

(continua)

La prima parte dell'articolo è pubblicata su *Lettere dalla Facoltà 2,9-13, 1999*





MARIANO CINGOLANI

L'ultima indicazione contenuta nell'articolo relativo al segreto professionale costituisce importante novità riferendo dell'obbligo morale al rispetto dei precetti deontologici che riguardano il "Segreto professionale" anche dopo eventuale cancellazione dall'albo professionale. L'assunto, basandosi su una visione generale del dovere di segretezza di dimensione autonoma rispetto a quella giuridica, sembra espressione di quella attività di mediazione tra nuovo (citazione del garante, riduzione della autonomia) e vecchio (richiamo al segreto come dovere generale di coscienza) propria della nuova stesura del Codice e di cui si è già detto in precedenza.

Le indicazioni deontologiche relative alla "Documentazione e tutela dei dati" (Art. 10) ed alla "Comunicazione e diffusione di dati" (Art. 11) sono state modificate con l'introduzione nei titoli del concetto di "dato personale" e quindi con la considerazione di quanto introdotto in materia con la legge 675/96. Per quanto concerne le problematiche dei cosiddetti

La revisione del Codice di Deontologia Medica: alcune considerazioni preliminari

Seconda parte

"bollettini medici" si è previsto l'obbligo da parte del medico di acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti prima di diffondere le notizie. E' scomparso, in proposito, il richiamo alla "prudenza e discrezione", rimettendo la sostanza della valutazione specifica alla manifestazione

del consenso da parte della persona interessata. Si tratta di una modificazione che è indice di una nuova maniera di considerare il rapporto con la persona assistita, più maturo e paritario, in cui minime sono le componenti discrezionali lasciate al medico, soprattutto nella concreta gestione di prerogative che non siano specificamente sue ma facciano diretto richiamo a diritti della persona. In tali casi, più che sulla sola "coscienza" del professionista, nella regola di comportamento trova cittadinanza la volontà dell'interlocutore del medico (persona assistita, interessato), con effetto di ridurre gli aspetti che richiamano una visione "paternalistica" del loro rapporto.

Nel Capo IV relativo agli "Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici" la norma concernente la "Prescrizione e trattamento terapeutico" è stata globalmente rivisitata. Si è, in primo luogo, introdotta la indicazione relativa alla necessità che ogni prescrizione di un accertamento o di una terapia

faccia seguito ad una diagnosi circostanziata o comunque ad un fondato sospetto diagnostico¹. E' quindi stata introdotta una specifica menzione concernente il diritto del paziente, anche in condizioni di ricovero ospedaliero, di rifiutare la scelta operata dal medico. Anche tale citazione appare espressione del nuovo rapporto che il Codice di Deontologia sembra voler costruire tra medico ed assistito, più attento anche ai diritti di quest'ultimo. Si è, inoltre, introdotta, come elemento su cui deve poggiare la scelta diagnostico-terapeutica del medico, anche l'"uso appropriato delle risorse", ciò anche in accordo con le più recenti elaborazioni etiche scaturite dalla necessità di operare delle scelte in condizioni in cui le risorse medesime non possono essere considerate illimitate e quindi tali da garantire "tutto" a "tutti".

Di una certa importanza appare anche la cancellazione del riferimento al concetto del rapporto rischio/beneficio quale elemento ispiratore di prescrizioni e trattamento, sostituito dalla più semplice indicazione del dovere di "perseguire il beneficio del paziente". Ciò non perchè una adeguata valutazione del rapporto tra rischio prevedibile e prevedibile vantaggio non debba più essere alla base della scelta (il rispetto delle aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, l'adeguamento delle decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate realizzano già di per se tale condizione), ma proprio per voler meglio qualificare l'elemento fondamentale che deve guidare il comportamento del medico, rappresentato appunto dalla assoluta prevalenza del beneficio per il paziente. Probabilmente è da interpretare nella medesima ottica anche la cancellazione del riferimento al presupposto deontologico essenziale per l'attuazione di trattamenti "placebo". Inoltre la norma prevede ora un divieto non solo all'attuazione di terapie segrete ma anche di "terapie e presidi diagnostici non provati scientificamente", richiamando il dovere di agire, anche in tale particolare situazione, secondo "scienza" e quindi in aderenza con le conoscenze clinico-terapeutiche accreditate.

In relazione alla prescrizione di farmaci per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o comunque non ancora autorizzate, il Codice acuisce il richiamo al senso di responsabilità del medico prescrittore; tale attività è infatti consentita, semprechè la efficacia e tollerabilità degli stessi farmaci sia scientificamente documentata, ma in tale caso il medico deve acquisire il consenso scritto da parte del paziente dopo averlo adeguatamente informato e deve successivamente monitorarne gli effetti. La particolare situazione del rapporto tra autonomia prescrittiva e contenuto dei decreti di registrazione dei farmaci in tema di indicazioni, modi e tempi di somministrazione ha trovato una diretta espressione legislativa in alcune norme contenute nella legge 8 aprile 1998 n. 94. Il





senso generale di tali disposizioni è stato ripreso nelle modifiche appena commentate al Codice di Deontologia Medica (13,14).

Da ultimo viene introdotto un particolare obbligo deontologico di tipo generale che riguarda la segnalazione tempestiva ad autorità competenti (peraltro non meglio specificate) di eventuali reazioni avverse verificatesi durante un trattamento terapeutico.

Le indicazioni relative alle pratiche alternative ed alla denuncia dell'abusivismo (Art. 13) hanno trovato nella nuova stesura collocazione nel Capo IV del Titolo II (Doveri generali), mentre in precedenza erano contenute all'interno del Titolo V (Rapporti con i terzi). Certo che tale riconsiderazione deve in qualche modo aver risentito di vicende recenti e note che hanno riguardato il campo oncologico. In particolare si è introdotto un limite che anche le pratiche non convenzionali debbono rispettare, sancendosi che "qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso"². Viene ribadito, con maggiore forza, l'obbligo della segnalazione all'Ordine dei casi di abusivismo o di favoreggiamento; la previsione è integrata dal correlato dovere di notifica ad "altre autorità", quindi non solo a quella giudiziaria (nei confronti della quale esiste comunque l'obbligo giuridico in base agli art.li 361, 362 e 365 del Codice Penale), ma "anche", eventualmente, a quella amministrativa (azienda sanitaria locale nel caso di operatori dipendenti da questa).

3 - RAPPORTI CON IL CITTADINO

Nel Titolo III trova applicazione diffusa la utilizzazione della nuova accezione di "cittadino" (in luogo della precedente di "paziente"). Per il resto il Capo I (Regole generali di comportamento) non sembra contenere modificazioni apprezzabili delle indicazioni precedenti, con la eccezione della "cartella clinica" (Art. 23) la cui norma è stata completamente rivista. Sono stati introdotti richiami espliciti al dovere di redazione chiara, puntuale e diligente, secondo le regole della buona pratica clinica, nonché all'oggetto di tale annotazione (dati obiettivi relativi alla condizione patologica ed al suo decorso, attività diagnostico-terapeutica praticata). La nuova stesura rappresenta certamente una indicazione utile per identificare una vera e propria dimensione deontologica specifica per la cartella clinica e consente al medico di avere a disposizione riferimenti di comportamento molto puntuali in un ambito che assume particolare rilevanza per la sua pratica e nel quale l'assenza di riferimenti generali univoci di tipo legislativo ha favorito nel passato una scarsissima uniformità e adeguatezza delle condotte.

E' ribadita la "Libera scelta del medico e del luogo di cura"³

quale diritto fondamentale del cittadino. Nel caso dell'avvicendamento di altro medico per incorsa "sfiducia del cittadino", si sottolinea il diritto del subentrante ad ottenere, piuttosto che il dovere del precedente a fornire, informazioni e documentazione clinica, con un nuovo richiamo alla raccolta del consenso scritto dell'interessato.

Assume connotati deontologici anche il divieto ad ogni forma di comparaggio⁴ in conformità con quanto già sancito nel T.U. delle leggi sanitarie.

Una parziale integrazione viene proposta anche relativamente alla "informazione al cittadino"⁵; si introduce il concetto di "eventuali alternative diagnostico-terapeutiche" tra gli oggetti specifici dell'informazione e viene abbandonata la discriminazione del "livello di cultura e di emotività" a favore della "capacità di comprensione" della persona, principio al quale il medico deve fare riferimento nel modulare l'attività informativa. Il medico deve inoltre rispettare la volontà, espressa esplicitamente e documentata, della "persona assistita", di non ricevere le informazioni cliniche e di delegarle ad altri soggetti⁶. In tali casi, per "pazienti ricoverati", il medico deve documentare l'identificazione ("raccolgere gli eventuali nominativi") delle persone a cui il paziente esprime la volontà di far comunicare le informazioni, legislativamente tutelate ("dati sensibili") relative alle proprie condizioni cliniche. L'insieme di tali percorsi di comportamento consente di fornire una risposta univoca e metodologicamente corretta a quei particolari casi in cui sia la persona assistita medesima a rifiutare l'informazione, situazione che in passato aveva dato luogo a condotte molto dissimili e non sempre rispettose della effettiva volontà dell'interessato, in specie nella assistenza ospedaliera. Anche tali regole sono uno specchio del nuovo rapporto che il Codice tende a stabilire tra medico e persona assistita, la cui libera volontà espressa esplicitamente diviene presupposto fondamentale delle scelte del medico anche in tema di informazione.

Anche le norme relative al consenso sono state parzialmente integrate, anche con la introduzione di un nuovo articolo (Art. 34). Relativamente alle modalità di acquisizione del consenso (Art. 32: Acquisizione del consenso) si è inserita la indicazione esplicita della sua espressione in forma scritta nei casi previsti dalla legge (trasfusioni) oltre che in quelli già indicati nella precedente stesura (particolarità delle prestazioni, possibilità di conseguenze sulla integrità fisica, grave rischio per la incolumità della persona). Circa il rifiuto ad attività diagnostiche e/o terapeutiche si indica ora che esso deve essere "documentato" e non più semplicemente "esplicito".

La norma deontologica relativa all'intervento del "rappresentante legale" nella manifestazione del consenso ad attività diagnostiche e terapeutiche è stata integrata con la menzione





del suo ruolo anche in relazione al trattamento dei dati sensibili (legge 675/96). Le condizioni che richiamano l'intervento di tale figura sono meglio precisate rispetto alla precedente stesura, con esplicita indicazione non solo del minore e dell'interdetto, ma anche della persona inabilitata.

L'art. 34 (Autonomia del Cittadino) è di nuova stesura e detta i lineamenti generali del rapporto tra medico e cittadino. Si esprime, inizialmente, la prevalenza della "libera volontà di curarsi" della persona assistita, elemento che deve costituire motivo ispiratore del comportamento medico, limitato solo dal rispetto della dignità, della libertà e della indipendenza di questi. Si indica quindi che, proprio in virtù di quanto appena detto relativamente alla prevalenza della volontà dell'interessato, se il soggetto non è in grado di esprimere la propria volontà e versa in grave pericolo per la vita, il medico non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso. Si tratta, insomma, di una indicazione che consente di considerare operativa una manifestazione di volontà espressa in precedenza al momento in cui si pone in essere la necessità del comportamento medico diagnostico-terapeutico, nel caso in cui in tale particolare momento il soggetto versi in pericolo per la vita e non sia autonomamente in grado di esprimere alcuna volontà. La norma costituisce esplicitazione forte di quanto già più volte indicato riguardo alla dignità che il nuovo Codice di Deontologia vuole assegnare ai diritti della persona assistita ed alle sue libere manifestazioni di volontà, limitando la sfera di autonoma capacità decisionale del medico nei confronti di situazioni "di confine". Non vi è dubbio, però, che essa, applicabile senza particolari rilevanze etico-deontologiche nel caso si tratti di trasferire precedenti manifestazioni di volontà "positive" (scelta del trattamento), in caso inverso (espressioni di contrarietà al trattamento, come nel caso del rifiuto alle pratiche trasfusionali da parte dei testimoni di Geova) lascia aperte una serie di problematiche che appaiono, almeno a prima vista, difficilmente conciliabili (bilanciamento tra dovere di tutelare la vita e dovere di rispettare la pregressa manifestazione di volontà del soggetto, rapporti con il successivo art. 35). Le considerazioni che emergono da tale assunto sono molto complesse, richiamando elementi di riferimento diversificati, sia giuridici, sia deontologici, sia etici, e motiverebbero da sole una disamina approfondita che esula dalla attuale sede di analisi.

Nuova risulta anche la previsione, contenuta al termine dello stesso art. 34, di un obbligo del medico di informare il minore e di tenere conto anche della sua volontà, compatibilmente con la sua età ed il suo grado di comprensione, nel rispetto dei diritti del legale rappresentante. Il precetto appare adeguato ed opportuno, considerando che il trattamento avrà come oggetto proprio il minore e che nella sua riuscita una

parte importante è legata al coinvolgimento nel progetto diagnostico-terapeutico della volontà dello stesso.

Le norme concernenti le situazioni di "Assistenza d'urgenza" (Art. 35) sono, sostanzialmente, rimaste le stesse della precedente stesura. Si è omesso il pleonastico "necessità", considerando solo le condizioni di "urgenza" e di "pericolo per la vita" e si è rimarcata l'importanza della impossibilità della espressione di "volontà contraria" (eliminando l'indeterminativo "una"). Certo è, comunque, che tali disposti debbono essere integrati e quindi valutati unitariamente con quelli contenuti all'art. 34 relativi al dovere di tenere conto di manifestazioni di volontà espresse precedentemente alla situazione di pericolo per la vita.

La norma relativa alla eutanasia (Art. 36: Eutanasia) è stata resa più snella eliminando alcune espressioni e limitando la condotta vietata a quella "diretta a provocare la morte".

In tema di assistenza al malato inguaribile (Art. 37: Assistenza al malato inguaribile) si è imposto il "dovere" di limitare l'opera all'assistenza morale ed alla terapia idonea a risparmiare inutili sofferenze ed a tutelare, per quanto possibile, la qualità della vita. In precedenza tale comportamento era previsto solo come "possibile" e per di più condizionato alla scelta liberamente espressa da parte del paziente. La nuova stesura appare più aderente ai tempi e maggiormente rispettosa della effettiva tutela della qualità della vita (6).

In relazione all'obbligo di proseguire nelle terapie di sostegno vitale nei casi di compromissione dello stato di coscienza, viene indicato che esso dovrà essere mantenuto fino a che non sia stata accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. Trova così esplicita citazione deontologica la definizione di morte contenuta nella legge 29 dicembre 1993 n. 578. Nulla si segnala più riguardo alla possibilità di proseguire il sostegno vitale oltre tale limite per mantenere in attività organi destinati a trapianto. Tale mancata previsione, unitamente all'obbligo precedentemente indicato che identifica un limite cronologico certo (accertamento della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo), può porre dei problemi applicativi di una certa rilevanza in quei casi in cui esistano discrepanze temporali tra i due momenti (termine dell'accertamento, disponibilità di accedere alle procedure di prelievo per trapianto).

Le norme deontologiche inerenti le problematiche della "Sessualità e riproduzione" (Capo VII, Art.li 40, 41, 42) hanno subito modificazioni marginali rispetto alla precedente stesura. Vale la pena di sottolineare che la infrazione deontologica connessa con la partecipazione ad atti diretti alla interruzione della gravidanza al di fuori di casi previsti dalla legge è ora definita "grave" (in luogo di "gravissima").

Nella sezione relativa alla sperimentazione (Capo VIII -





Sperimentazione) si sono raccolte le indicazioni relative ai test genetici in un autonomo articolo (Art. 44: Test genetici predittivi). Si è riaffermato che l'obiettivo esclusivo di essi è di rilevare o predire "malformazioni o malattie ereditarie"; vengono inoltre indicate specifiche modalità di richiesta ("per iscritto") e obblighi specifici di informativa ("informazioni e alla più ampia e oggettiva illustrazione sul loro significato, sul loro risultato, sui rischi della gravidanza, sulle prevedibili conseguenze sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e terapia"). E' fatto inoltre obbligo al medico di rispettare la volontà ("espressa e consapevole manifestazione di volontà") dell'interessata nell'eventuale esecuzione di test genetici predittivi in ambito assicurativo o occupazionale. Le restanti norme relative alla sperimentazione sono, nella sostanza, rimaste immutate, con l'unico rilievo della esplicita citazione in alcune di esse (Art. 46, Art. 48) della necessità del preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

Le norme concernenti i doveri del medico nei confronti di soggetti che sono in condizioni limitative della libertà personale sono state globalmente ridisegnate, elidendo l'espressione di "pazienti reclusi", nella considerazione che più numerose e varie sono le forme di limitazione della libertà personale (fermo di polizia giudiziaria, arresto, arresti domiciliari, soggiorno obbligato ecc.) e che anche costoro sono titolari dei diritti fondamentali di personalità che il medico è chiamato a tutelare e garantire. Nella norma relativa alla tortura (Art. 50: Tortura e trattamenti disumani) tra le condizioni la partecipazione alle quali risulta vietata per il medico si sono aggiunti gli "atti esecutivi di pena di morte", in ottemperanza al principio deontologico assoluto di tutelare la vita.

Il tema degli onorari professionali ha subito una riorganizzazione complessiva con la eliminazione dei riferimenti al codice civile, la riaffermazione dell'obbligo del rispetto del "minimo professionale" così come approvato dall'Ordine, la cui validità si estende a tutte le forme di prestazione e modalità di esercizio professionale (società di professionisti, mutualità volontaria libero professionale intramoenia da parte dei medici dipendenti delle Aziende Ospedaliere e delle ASL) e con la introduzione dell'obbligo del rispetto anche della "tariffa massima", ugualmente stabilita dall'Ordine.

Nell'ambito del tema della "Pubblicità in materia sanitaria e informazione al pubblico" (Capo XI), il nuovo Codice di Deontologia afferma l'assoluto divieto di forme, anche indirette, di pubblicità personale o a vantaggio della struttura e richiama la responsabilità personale del medico relativamente all'uso che si fa "delle sue qualifiche professionali". L'informazione è rimessa a nulla osta rilasciato dal Consiglio dell'Ordine.

4 - RAPPORTI CON I COLLEGHI

Viene rafforzato (Art. 57) il dovere di solidarietà tra medici e di assistenza senza fini di lucro nei confronti dei colleghi ("Il medico deve assistere i colleghi")

L'intervento del medico su una persona in cura presso altri, in situazioni di urgenza o a causa delle specifiche competenze specialistiche, comporta l'obbligo dell'acquisizione del consenso al trattamento dei dati, oltre a quello, già previsto nella precedente stesura, della comunicazione degli elementi clinici, diagnostico-terapeutici, al medico curante della persona stessa o comunque al collega cui la persona intende rivolgersi (Art. 58: Rapporti con il medico curante).

La materia delle consulenze, dei consulti, dei rapporti tra curante e consulente ha subito una riorganizzazione quasi esclusivamente formale, con accorpamento dei precetti in un numero minore di articoli rispetto alla precedente stesura.

Nell'ambito delle funzioni medico-legali (Capo IV - Medicina legale - Art. 64: Compiti e funzioni medico-legali) si richiama esplicitamente il medico ad operare in modo da soddisfare le esigenze giuridiche nel rispetto della verità scientifica, dei diritti della persona e delle norme deontologiche. La nuova definizione appare più cogente, facendo diretta menzione della sostanza dell'intervento medico-legale, teso per definizione a rispondere ad esigenze di legge applicando le conoscenze biologiche (scientifiche) e che deve comunque essere attento al rispetto dei fondamentali diritti della persona e dei doveri deontologici. Nuova, ed opportuna, appare anche la indicazione esplicita del divieto di svolgere funzioni medico-legali di controparte o d'ufficio nei confronti di persone direttamente assistite, condizioni che interferirebbero con il legame fiduciario tra medico e paziente (15). Certo è, comunque, al riguardo che l'applicazione del disposto può far sorgere difficoltà oggettive soprattutto per chi svolga attività medico-legale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, se per "persona assistita" si volesse intendere, in modo estensivo, quella iscritta alla stesso Servizio (e quindi assistita da quella determinata ASL).

5 - RAPPORTI CON I TERZI

Non state apportate modifiche significative alle norme concernenti le modalità e le forme di espletamento dell'attività professionale e i rapporti con le altre professioni sanitarie.

6 - RAPPORTI CON IL S.S.N E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI.

La nuova stesura afferma con più chiarezza la operatività dei precetti contenuti nel Codice anche nei confronti del medico che eserciti la professione in rapporto di dipendenza o di convenzione rispetto a strutture sanitarie pubbliche o private⁷. E' stata inoltre introdotta una norma specifica che concerne il





medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o in quelle private; egli è richiamato nella sua attività, in maniera esplicita, al rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica, a collaborare con l'Ordine professionale nello svolgimento dei compiti di controllo e alla vigilanza sulla correttezza del materiale informativo attinente la organizzazione e le prestazioni erogate dalla struttura che dirige⁸.

L'ordine degli ultimi due Capi del Titolo VI (nella nuova stesura indicati con i titoli di "Medicina dello sport" e "Tutela della salute collettiva") è invertito rispetto al testo precedente quasi a voler accrescere, in conclusione, l'importanza della Tutela della salute collettiva come obiettivo cui deve tendere l'attività del medico. Lievemente modificate risultano le disposizioni in tema di idoneità alla attività sportiva (Capo II - Medicina dello Sport), in cui compare il riferimento ai principi di "obiettività e chiarezza" del giudizio, all'importanza di attenersi alle più aggiornate acquisizioni scientifiche e al dovere di informazione ("adeguata") sui rischi che possono derivare dalla specifica pratica⁹. Il ruolo del medico al riguardo è accresciuto dall'obbligo che gli viene riconosciuto di pretendere che il suo giudizio sia accolto, soprattutto nel caso di pratiche sportive che possano danneggiare l'integrità psicofisica, e nel correlato dovere di denunciare, all'Ordine ed alle autorità competenti (federazioni sportive), il mancato recepimento della sua valutazione. La norma relativa al doping è stata ampiamente modificata, con una migliore definizione degli interventi vietati ("consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare le prestazioni di un atleta")¹⁰ e con la eliminazione di alcune indicazioni relative ad obblighi di segnalazione (al medico curante, all'Ordine professionale) che potevano apparire pleonastici, in quanto rafforzativi di doveri generali già contenuti in altre norme deontologiche (art. 58 per i rapporti con il curante, art. 13 per le pratiche non convenzionali). Nello specifico settore, comunque, tale eliminazione appare forse non completamente motivata, stante anche il clamore che la materia del doping ha recentemente assunto presso la pubblica opinione.

Gli argomenti delle attività di interesse della collettività, del trattamento sanitario obbligatorio e delle denunce non hanno subito modificazioni rispetto al Codice del '95. Si sottolineano, al contrario, modifiche sostanziali, riguardo all'inquadramento della problematica della "dipendenza da sostanze da abuso"¹¹, sia dal punto di vista metodologico che definitorio. L'oggetto dell'intervento medico è ora definito in maniera più corretta "Prevenzione, assistenza e cura" piuttosto che "lotta"¹²; si riferisce inoltre alla "dipendenza da sostanze da abuso", espressione che più compiutamente identifica e con-

sidera la varietà chimico-tossicologica delle sostanze che possono indurre condizioni di dipendenza psichica e fisica, conferendo inquadramento deontologico anche ad una problematica spesso negletta qual'è la dipendenza da alcool. La norma precisa quindi che la finalità dell'intervento medico sono sia il "recupero clinico" che il "reinserimento sociale", considerando quindi il soggetto dipendente da sostanze da abuso quale detentore di diritti fondamentali piuttosto che semplice oggetto di assistenza. Lo scopo finale è delineato nel "superamento della situazione di dipendenza" attraverso un intervento plurisoggettivo e pluridisciplinare (famiglia, strutture pubbliche e private sociali e sanitarie). Tale ultima notazione impone una considerazione particolare del cosiddetto "trattamento metadonico di mantenimento", procedura terapeutica ormai diffusa anche nel nostro paese, le cui valenze concrete dovrebbero essere analizzate proprio alla luce del disposto deontologico appena riferito.

La "Disposizione Finale", aggiunta nella nuova stesura ed assente in precedenza, riporta alcuni doveri degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Essi "sono tenuti" a diffondere i precetti deontologici con l'invio del Codice ai singoli iscritti all'Albo e a promuovere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento. La prestazione del giuramento professionale è, infine, obbligatoria per il medico e l'odontoiatra.

Conclusioni

In conclusione il Codice propone una revisione dei precetti relativi ad alcune tematiche molto importanti nella pratica medica quotidiana: il segreto professionale, gli accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici, l'informazione e il consenso, gli onorari professionali, l'informazione sanitaria, i rapporti con il medico curante e con l'Ordine professionale.

L'attuale versione appare ulteriormente snellita con eliminazione di specificazioni superflue e pleonasmii. La revisione del testo di alcuni articoli concorre ad accentuare il senso di perentorietà dell'obbligo collocando in primo piano, nel periodo, il soggetto ("... il medico ...") ed il verbo ("deve"); questo elemento, come già ravvisato precedentemente, conferisce un carattere ulteriormente pragmatico alle norme che tendono a fornire precisi indirizzi applicativo-pratici di riferimento nell'ambito dell'attività professionale del medico.

Bibliografia

- 1) BENCIOINI P., *Deontologia e codice deontologico*, Boll. Ord. Med. Chir. Odont. Prov. Padova, 23, 7, 1991.
- 2) BONDI C., CAPRIOLI F., CETRULLO N., TROMBETTI M.,





- VALENTINI A. F., VALLANIA G., *Ergonomia, psicologia e deontologia: contrasti e affinità*, Dental Cadmos 59, 46, 1991.
- 3) UMANI RONCHI G.C., *Il codice deontologico*, in: UMANI RONCHI G.C., *Medicina legale in odontostomatologia*, Ed. Lombardo, Roma, 1993.
- 4) GUASTAMACCHIA C., *Come dev'essere il nostro codice*, Dental Cadmos 61, 5, 1993.
- 5) CINGOLANI M., MECOZZI P., TOMBOLINI A., CONTI G., *L'attività ambulatoriale odontoiatrica alla luce del Nuovo Codice Deontologico*, Atti Congresso Nazionale di Odontoiatria e Medicina Legale "L'ambulatorio odontoiatrico: aspetti organizzativi, giuridici e medico-legali", Perugia, 9-11 Novembre 1995, p 205-217.
- 6) CATTORINI P., *Il nuovo codice di deontologia medica: considerazioni etiche*, Riv. It. Med. Leg., 18, 55, 1996.
- 7) IADECOLA G.F., *Il codice deontologico del medico*, Cedam, Padova, 1995.
- 8) INTRONA F., TANTALO M., COLAFIGLI A., *Il Codice di Deontologia medica 1995 - Commentato con leggi e documenti*, Giuffrè, Milano, 1996.
- 9) FINESCHI V., MARZI A., MAZZEO E., DELL'ERBA A., MANNA P., *Il nuovo Codice di Deontologia Medica: commentato articolo per articolo*, Giuffrè, Milano 1997.
- 10) ADORNO F., GREGORY T., VERRA V., *Storia della filosofia*, Editori Laterza, Bari, 1980.
- 11) LEGA C., *Manuale di bioetica e deontologia medica*, Giuffrè, Milano 1991.
- 12) RODRIGUEZ D., *The day after: responsabilità medico-legali*, Min. Anestesiologica, 62, 481, 1996.
- 13) CINGOLANI M., RODRIGUEZ D., *Prescrizione degli anti-infiammatori non steroidei: aspetti medico-legali*, Il Reumatologo, 19, 97, 1998.
- 14) BENCIOLINI P., *I "Decreti Di Bella": riflessioni sugli aspetti deontologici*, Riv. It. Prof. San., 2, 95, 1998.
- 15) PALMIERI V.M., *Medicina Forense*, Morano, Napoli, 1951, p 39.

¹ Art. 12: Prescrizione e trattamento terapeutico.

² Art. 13: Pratiche non convenzionali - Denuncia di abusivismo.

³ Capo II - Doveri del medico e diritti del cittadino -, Art. 24: Libera scelta del medico.

⁴ Art. 28: Comparaggio.

⁵ Capo IV - Informazione e consenso -, Art. 30: Informazione al cittadino.

⁶ Art. 31: Informazione a terzi.

⁷ Titolo VI - Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e con Enti Pubblici e Privati -, Capo I - Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato -, Art. 69: Medico dipendente o convenzionato.

⁸ Art. 70: Direzione sanitaria.

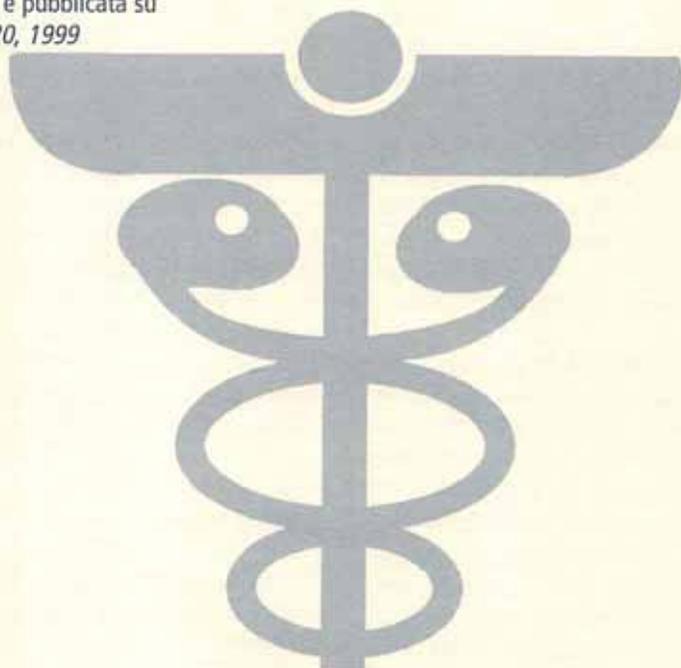
⁹ Ex Art. 90: Accertamenti di idoneità fisica: "..... assoluta obiettività e massima chiarezza,"

¹⁰ Art. 76: Doping.

¹¹ Art. 79: Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza da sostanze da abuso.

¹² Ex Art. 89: Lotta contro le tossicodipendenze

La prima parte dell'articolo è pubblicata su
Lettere dalla Facoltà 2,17-20, 1999





LEANDRO PROVINCIALI
MARIA DEL PESCE
FRANCO PESARESI

Definizione della Qualità

L'interpretazione del concetto di Qualità nelle prestazioni non è univoca.

Secondo Crosby, la qualità di un prodotto è espressa dalla conformità ai requisiti richiesti, mentre Juran sottolinea l'affidabilità che un prodotto od un servizio deve avere per gli utenti, insieme alla loro adeguatezza ai bisogni del cliente; infine Deming esalta la riduzione della variabilità delle prestazioni quale base di un miglioramento continuo.

Gli elementi sopra citati illustrano come la definizione di qualità non sia univoca e nell'ambito della sanità può essere intesa come "il raggiungimento delle necessità e delle aspettative di chi viene servito" e richiede comunque un consenso fra gli operatori e gli utenti. Nell'ambito delle sue applicazioni, lo sviluppo della qualità può avere precise indicazioni che arricchiscono il principio sopra esposto, facendo riferimento alla

Elementi caratterizzanti la qualità delle prestazioni sanitarie

missione degli operatori e delle strutture, agli standard dell'intervento professionale ed alla soddisfazione dei clienti. Tali indicazioni rendono necessaria la esplicitazione dei doveri professionali degli operatori coinvolti nel processo assi-

stenziale e delle esigenze degli utenti.

Dal codice di deontologia medica si evince che "dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo ed il sollievo delle sofferenze nel rispetto delle libertà e delle dignità della persona umana, senza discriminazioni quali siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera". Il mandato professionale dell'infermiere, secondo Henderson è invece rappresentato dalla "assistenza dell'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o le conoscenze necessarie, in modo tale da raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile". A questi si possono aggiungere quello del terapeuta della riabilitazione, definito come il professionista a cui è richiesto il maggior impegno diretto al recupero delle abilità funzionali dell'individuo ed il mantenimento delle prestazioni nel tempo; infine le peculiarità dell'utente dei servizi sanitari caratterizzate dalle pluralità dei bisogni che si associano alla condizione di malattia.

La qualità dell'assistenza sanitaria è espressa dalla qualità dei

processi, poiché se gli operatori più validi sono intrappolati in processi scadenti, essi non potranno mai svolgere un lavoro di qualità. Secondo Ontreit (92) la qualità di un sistema sanitario pubblico può essere definita come "la risposta completa ai bisogni di coloro che hanno maggiori necessità di assistenza, al prezzo più basso per l'organizzazione, nei limiti stabiliti al livello gerarchico più alto da parte degli acquirenti.

Trasformazione Paziente - Cliente

L'applicazione di concetti comuni al mondo industriale ed imprenditoriale induce a considerare i diversi operatori nell'ambito di un Team che caratterizza l'attività di una struttura a cui si rivolge una specifica utenza. Secondo tale approccio, laddove l'attività assistenziale è espletata all'interno di una struttura sanitaria che aggrega diversi operatori, si prevede l'identificazione del tipo di utenti a cui si rivolge la struttura e l'adattamento alle necessità espresse da chi chiede una risposta ai propri bisogni. A tali necessità si rivolge l'operatività di tutto il personale sanitario che integra le proprie competenze per un obiettivo comune. Una simile accezione rende comprensibile la trasformazione del termine abituale di "paziente" in "cliente", sia per evitare il concetto di passività legato al nome, che per esaltare il ruolo di fruitore dei servizi erogati da una struttura o da un operatore al fine di mantenere la salute, curare la malattia o recuperare il miglior benessere compatibile con l'evento morboso. Naturalmente, se l'operatore sanitario agisce da solo piuttosto che nell'ambito di un gruppo, possono cambiare le caratteristiche del mandato rispetto a quelle di una struttura sanitaria, ma non si modificano i criteri generali che regolano il rapporto professionale con chi ha richiesto l'assistenza sanitaria.

Le premesse esposte consentono di utilizzare abitualmente, il termine cliente inteso come individuo che sia legato ad un prodotto, servizio o processo dell'Azienda sanitaria, in sostituzione del termine paziente, inteso come persona sofferente che richiede l'intervento di un operatore sanitario (Juran). Il cambiamento di denominazione, da paziente a cliente, allarga lo spettro di coloro che fruiscono delle prestazioni sanitarie, poiché include nell'utenza, in maniera più palese che in passato, i membri delle famiglie dei pazienti, i visitatori, gli enti pagatori, i volontari, i sanitari che hanno un rapporto personale con il paziente, la comunità da cui egli proviene. Il miglioramento della qualità in medicina è basato sulla priorità del Servizio per il cliente. Le caratteristiche particolari dell'utenza dei servizi sanitari, realizzati sia da strutture che da singoli professionisti, inducono a considerare la sovrapposizione di aspetti tecnici e di elementi umanitari come un aspetto del tutto particolare, che condiziona fortemente gli obietti-





vi dell'assistenza. Infatti, laddove non sussistano strumenti tecnici per vincere la battaglia per mantenere o recuperare la salute, così come avviene nelle malattie incurabili, è comunque essenziale perseguire il sollievo della sofferenza e favorire l'approccio che il paziente e quanti gli sono vicino, hanno nei confronti della malattia.

Proprio raffigurando come una battaglia legale il contrasto che si realizza fra l'uomo e la malattia, si può meglio identificare il rapporto fra il cliente ed il personale sanitario, quest'ultimo inteso come "avvocato", che mette a disposizione le proprie competenze al fine di ottenere il miglior risultato possibile.

Un simile esempio consente di identificare correttamente i principali domini della qualità nella sanità: quella tecnica che consiste nell'utilizzo degli strumenti più accreditati, quella percepita che consente di far riconoscere da tutti i beneficiari dell'impegno assistenziale le caratteristiche del lavoro eseguito e quella gestionale che si basa sul buon impiego delle risorse disponibili.

L'accezione di cliente implica ulteriori elementi:

- l'esigenza costante di identificare le necessità dei clienti;
- la necessità di verificare il grado di soddisfazione dei prodotti offerti;
- il bisogno costante di creare un rapporto di reciproca fiducia.

Oltre a ciò una ricaduta cruciale è rappresentata dal fatto che chi riceve le cure è protagonista attivo del proprio processo di tutela della salute come è logico che avvenga per un cliente che utilizza i servizi acquisiti per raggiungere l'obiettivo di prevenzione e cura della malattia.

Qualità e Dispositivi di Legge

Numerosi documenti legislativi ed il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, danno ampio risalto alle qualità dell'assistenza sanitaria in Italia. Fin dal 1992 con la legge 502 di riforma sanitaria si è posto l'accento sulla qualità delle prestazioni sanitarie rese nell'ambito del S.S.N.. In particolare, veniva più volte citato il metodo di verifica e revisione delle finalità e della quantità delle prestazioni e veniva previsto l'impiego di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, relativamente alla personalizzazione ed alla umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere ed alla prevenzione della malattia. In particolare alle Regioni è attribuito il compito di valutare la qualità delle prestazioni rese nel territorio regionale. Nel 1995, con la costruzione della Carta dei Servizi si codifica l'impegno delle Aziende Sanitarie nei confronti del cittadino - utente. I riferimenti sopra citati di fatto portano ad

un radicale cambiamento dei punti di riferimento della sanità: dal controllo interno, esercitato prevalentemente dagli operatori sanitari si è spostata la valutazione sulla base della soddisfazione del cliente.

Nel '97 la definizione dei requisiti minimi richiesti alle strutture sanitarie per essere autorizzate ad operare incrementa il rilievo degli approcci alla qualità nell'assistenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 sviluppa ulteriormente i concetti di qualità delle strutture sanitarie come elementi fondamentali della riforma sanitaria, definendo un programma nazionale per la sanità articolato in obiettivi specifici finalizzati a rendere costante il meccanismo di revisione della qualità nella valutazione dei processi assistenziali ad arricchire gli elementi di valutazione attraverso programmi di ricerca. Anche il Piano Sanitario della Regione Marche 1998-2000, si orienta elettivamente verso finalità rappresentate dall'incremento della qualità testimoniata anche dal cambiamento degli scopi degli operatori: dall'attività rivolta verso la struttura ministeriale all'attività orientata verso l'utente. A testimonianza di tale cambiamento possono essere citati alcuni obiettivi regionali, quali l'adozione di efficaci strumenti gestionali come stimolo all'incremento della qualità tecnica e la valorizzazione delle risorse umane come elemento che prende in considerazione anche la qualità percepita dagli operatori.

Dimensioni della Qualità in Sanità

Secondo Bucci ('96) possono essere identificate le seguenti dimensioni della qualità in sanità.

La qualità *tecnica* rappresentata dalla causa delle malattie secondo criteri di efficacia e di efficienza delle prestazioni fornite;

la qualità *selezionale* espressa dal supporto con gli operatori sanitari;

la qualità *organizzativa* che si traduce nella facilitazione dell'accesso alle prestazioni;

la qualità *ambientale* rappresentata dal comfort alberghiero del cliente che accede alle strutture;

la qualità *economica* espressa dall'ottenimento del miglior risultato assistenziale col minor impiego di risorse;

la qualità *d'immagine* che si traduce in prestigio e fama della struttura che eroga la prestazione;

Le diverse dimensioni delle qualità portano anche a sottolineare che la valutazione dell'assistenza sanitaria è differente a seconda delle caratteristiche dell'osservatore. Ad esempio gli operatori sono interessati all'efficacia degli interventi ed alle loro condizioni di lavoro; gli utenti valutano il grado di soddisfacimento dei propri bisogni espliciti, implici-



ti e latenti; i cittadini all'equità nella distribuzione delle risorse.

Nelle eccezioni comuni e in molti dispositivi di legge le dimensioni delle qualità vengono sintetizzate con buona approssimazione in tre soli domini identificati come qualità tecnica che racchiude tutti gli elementi legati alle culture professionali, la qualità percepita che sintetizza gli aspetti relativi all'ambiente, all'immagine ed alle relazioni e la qualità gestionale che riassume gli aspetti organizzativo ed economico.

Qualità e Formazione in Sanità

La formazione in sanità si è sensibilmente arricchita in seguito a trasformazioni correlate alla revisione della pedagogia medica in atto da almeno un decennio, contemporaneamente alle prime applicazioni dei criteri di qualità della sanità.

Fra gli elementi di maggior rilievo sono da citare le caratteristiche formative che vanno oltre gli aspetti conoscitivi del "sapere" e si estendono al "saper fare" e al "saper essere". Oltre a ciò, la formazione in sanità aggiunge all'espressione della professionalità individuale, anche l'organizzazione assistenziale "in team", individuando le sinergie fra le diverse attività professionali, i criteri operativi per il raggiungimento di specifici obiettivi e riconoscendo le dinamiche di leadership e di collaborazione. E' opportuno sottolineare che l'apprendi-

mento del "saper essere" comporta la assunzione di un preciso ruolo nell'esercizio dell'attività assistenziale, ed identifica inoltre le caratteristiche dei rapporti con gli altri operatori che perseguono lo stesso obiettivo.

Nell'ambito di alcune discipline, quali l'Igiene e la Sanità Pubblica, è inoltre abituale lo studio dei criteri che incentivano la qualità in sanità anche per meglio organizzare le competenze sanitarie in ambito gestionale.

Le attività formative destinate ad un'audience variegata, come i forum della Facoltà Medica, che aggregano i diversi livelli di formazione in sanità, sembrano rispondere con un esempio pratico al concetto gestionale di incremento della qualità nelle strutture aziendali. Esse infatti, consentono di recepire tutti insieme i principi ed i metodi della qualità in medicina, sottolineando gli obiettivi comuni e distinguendo i ruoli dei diversi operatori affinché la "squadra" raggiunga i risultati più brillanti con il consenso degli operatori e la soddisfazione degli utenti.

Inizia quest'anno presso la Facoltà di Medicina un percorso nuovo nella formazione in sanità che cerca di coniugare la preparazione tecnica con la migliore efficienza delle strutture. Tale impulso è abitualmente realizzato come aggiornamento di operatori già integrati ma probabilmente può fornire magari una più consistente partecipazione da parte degli studenti se si affianca alla "tradizionale" formazione sanitaria.





FRANCESCO ORLANDI

La rivista è il "Bollettino della Società Eustachiana", primo fascicolo del 1927, XXV anno di stampa, Camerino. A pagina 26 compare un articolo di Fedele Fedeli, Direttore Incaricato dell'Istituto di Patologia e Clinica Chirurgica dell'Università di Camerino.

Fedeli aveva iniettato bile endovena a conigli e cavie in sei serie di esperimenti differenziati, e ne aveva studiato con scrupolo gli effetti sulla istologia di vari organi: danno surrenalico ed ulcere gastriche in primo piano. Nel commento, egli suggerisce un possibile nesso patogenetico tra i due tipi di lesione, ma con grande prudenza ed equilibrio.

Con il senno del poi, la prudenza, la chiarezza di esposizione e la invidiabile conoscenza dell'italiano nell'articolo, evidenti appaiono segni premonitori della successiva bril-

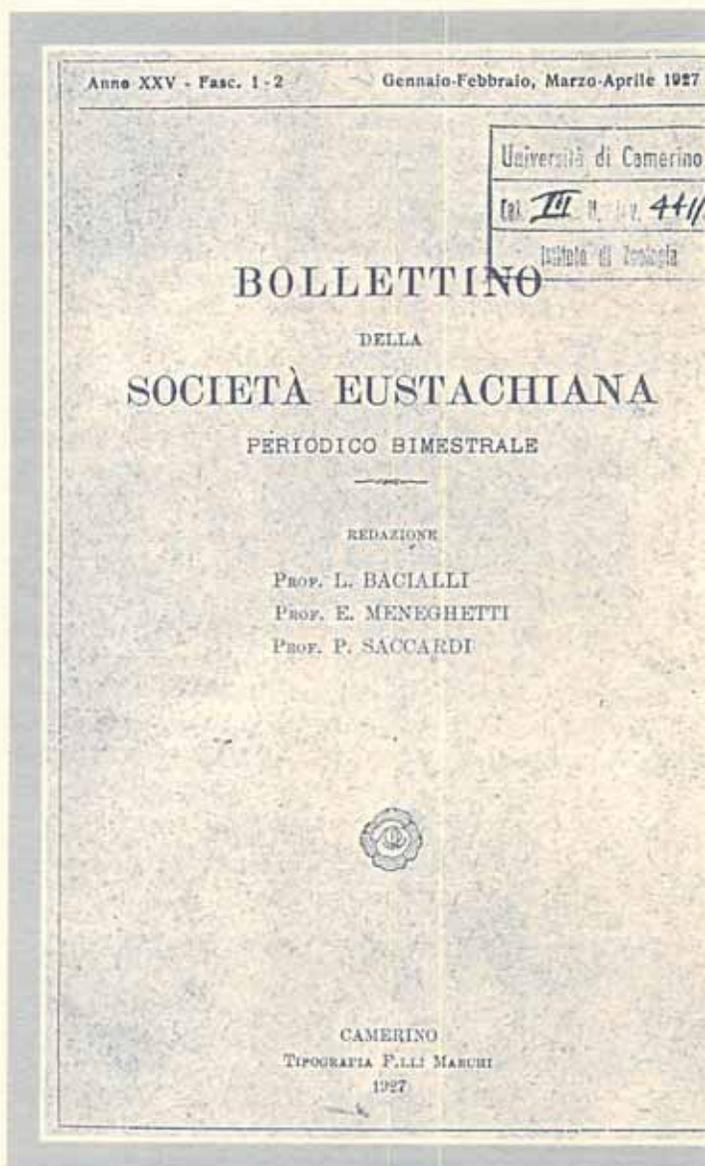
lante carriera del professor Fedeli. Con la chiusura della Facoltà Medica di Camerino (un vero "scippo"

Lunga vita alla scuola di Fedeli

per le Marche), Fedeli migrò con tutti gli altri docenti alla neonata Facoltà di Perugia. La Scuola si spostò poi a Firenze, e l'allievo Bracci divenne a Roma l'urologo più autorevole in Italia. Di Bracci si diceva che tenesse sotto controllo la prostata di tutti i ministri, interi governi quindi senza eccezioni. Bracci inviò alla nuova Università di Ancona l'allievo Mario Polito, che ha fondato e dato prestigio alla Clinica di Urologia di Piazza Cappelli.

E' curioso osservare quanto a lungo possa persistere l'imprinting culturale di una Scuola universitaria attraverso le generazioni: Mario Polito ha sempre dimostrato come tratti dominanti, prudenza ed equilibrio, chiarezza ed eleganza di linguaggio simili a quelli che caratterizzarono Fedeli, e se prestate attenzione ritrovate ciò anche nel giovane Giovanni Muzzonigro. E' lo stesso tipo di imprinting evidente nei nipoti della Scuola del grande Frugoni, per intenderci.

Questo piccolo medaglione è occasione di un affettuoso augurio a Mario, direttore uscente dalla Clinica di Urologia, e a Giovanni, direttore appena entrante della Clinica di Urologia. Che la Scuola viva per altri 100 anni.



Copertina





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

Scienze di base

- Giunchedi P., Genta I., Conti B., Muzzarelli R.A.A., Conte U.: Preparation and characterization of ampicillin loaded methylpyrrolidinone chitosan and chitosan microspheres. *Biomaterials* 19, 157-161 (1998)
- Mocchegiani E., Ciavattini A., Santarelli L., Tibaldi A., Muzzioli M., Bonazzi P., Giacconi R., Fabris N., Garzetti G.G.: Role of zinc and (2) macroglobulin on thymic endocrine activity and on peripheral immune efficiency (natural killer activity and interleukin 2) in cervical carcinoma. *Brit J Cancer* 79(2), 244-250 (1999)
- Muzzarelli R.A.A.: Colorimetric Determination of Chitosan. *Analytical Biochemistry* 260, 255-257 (1998)
- Muzzarelli R.A.A., Ramos V., Stanic V., Dubini B., Mattioli-Belmonte, M., Tosi G., Giardino R.: Osteogenesis promoted by calcium phosphate N, N-dicarboxymethyl chitosan. *Carbohydrate Polymers* 36, 267-276 (1998)
- Tarsi R., Corbin B., Pruzzo C., Muzzarelli R.A.A.: Effect of low-molecular-weight chitosans on the adhesive properties of oral streptococci. *Oral Microbiol Immunol* 13, 217-224 (1998)

Scienze cliniche

Biochimica

- Linnertz H., Miksik I., Kvasnicka P., Bertoli E., Mazzanti L., Schoner W., Amler E.: Binding of pyrene isothiocyanate to the E1ATP site makes the H4-H5 cytoplasmic loop of Na⁺/K⁺-ATPase rigid. *Europ J Bioch* 251(1-2), 522-527 (1998)
- Salvolini E., Lucarini G., Cester N., Arduini D., Mazzanti L.: Growth retardation and discordant twin pregnancy. An immunomorphological and biochemical characterisation of the human umbilical cord. *Biochemistry and Molecular Biology International* 46(4), 795-805 (1998)

Diabetologia

- Rabini RA., Fumelli P., Zolese G., Amler E., Salvolini E., Staffolani R., Cester N., Mazzanti L.: Modifications induced by plasma from insulin-dependent diabetic patients and by lysophosphatidylcholine on human Na⁺,K⁽⁺⁾-adenosine triphosphatase. *J Clin Endocr Metab* 83(7), 2405-2410 (1998)
- Rabini RA., Staffolani R., Fumelli P., Mutus B., Curatola G., Mazzanti L.: Decreased nitric oxide synthase activity in platelets from IDDM and NIDDM patients. *Diabetologia* 41(1), 101-104 (1998)

Ginecologia

- Cester N., Salvolini E., Rabini RA., Tranquilli AL., Zolese G., Mazzanti L.: Gestational hypertension plasma and human umbilical vein endothelial cells: an in vitro study. *European J Clin Invest* 28(12), 989-993 (1998)
- Salvolini E., Di Giorgio R., Curatola G., Mazzanti L., Fratto G.: Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. *Brit J Obst Gynaecol* 105(6), 656-660 (1998)

Infettivologia

- Barchiesi F., Falconi Di Francesco L., Compagnucci P., Arzeni D., Giacometti A., Scalise G.: In vitro interaction of terbinafine with amphotericin B, fluconazole and itraconazole against clinical isolates of *Candida albicans*. *The J Antimicrob Chemother* 41, 59-65 (1998)
- Barchiesi F., Arzeni D., Del Prete M.S., Sinicco A., Falconi Di Francesco L., Pasticci M.B., Lamura L., Nuzzo M.M., Burzacchini F., Coppola S., Chiodo F., Scalise G.: Fluconazole susceptibility and strain variation of *Candida albicans* isolates from HIV-infected patients with oropharyngeal candidosis. *The J Antimicrob Chemother* 41, 541-548 (1998)
- Barchiesi F., Arzeni D., Compagnucci P., Falconi Di Francesco L., Giacometti A., Scalise G.: In vitro activity of five antifungal agents against clinical isolates of *Saccharomyces cerevisiae*. *Med Mycol* 36, 437-440 (1998)
- Cirioni O., Giacometti A., Barchiesi F., Scalise G.: In vitro activity of lytic peptides, inhibitors of ion transport systems and ionophoric antibiotics against *Pneumocystis carinii*. *J Antimicrob Chemother* 42, 141-145 (1998)
- Cirioni O., Giacometti A., Barchiesi F., Scalise G.: In vitro activity of lytic peptides alone and in combination with macrolides and inhibitors of dihydrofolate reductase against *Pneumocystis carinii*. *J Antimicrob Chemother* 42, 445-451 (1998)
- Espinell-Ingroff A., Barchiesi F., Hazen K.C., Martinez-Suarez J.V., Scalise G.: Standardization of antifungal susceptibility testing and clinical relevance. *Med Mycol* 36 (Supplement), 68-78 (1998)
- Giacometti A., Cirioni O., Greganti G., Quarta M., Scalise G.: In vitro activity of membrane-active peptides against Gram-positive and Gram-negative aerobic bacteria. *Antimicrob Agents & Chemother* 42, 3320-3324 (1998)
- Tortorano A.M., Viviani M.A., Barchiesi F., Arzeni D., Rigoni A.L., Cogliati M., Compagnucci P., Scalise G.: Comparison of three methods for testing azole susceptibilities of *Candida albicans* strains isolated sequentially from oral cavities of AIDS patients. *J Clin Microbiol* 36, 1578-1583 (1998)

Neurologia

- Angeleri F., Angeleri V.A., Foschi N., Giaquinto S., Nolf G., Saginario A., Signorino M.: Depression after stroke: an investigation through catamnesis. *J Clin Psychiat* 58: 9, 261-265, 1997.
- Angeleri F., Paladini D., et al.: A randomized trial comparing ticlopidine hydrochloride with indobufen for the prevention of stroke in high-risk patients. Partecipazione al Ticlopidine Indobufen Stroke Study group (TISS Study). *Funct Neurol* (12)1: 33-43, 1997.
- Di Bella P., Logullo F., Lagalla G., Sirolla C., Provinciali L.: Reproducibility of normal facial motor nerve conduction studies and their relevance in the electrophysiological assessment of peripheral facial paralysis. *Neurophysiol Clin* 27, 300-8, 1997.
- Signorino M., D'Acunto S., Cercaci S., Pietropaoli P., Angeleri F.: The P300 in traumatic coma: conditioning of the odd-ball paradigm. *J Psychophysiol* 11: 59-70, 1997.
- Pucci E., Belardinelli N., Regnicolo L., Nolf G., Signorino M., Salvolini U., Angeleri F.: Hippocampus and Parahippocampal Gyrus MR-Based Linear Measurements Based on Magnetic Resonance in Alzheimer's Disease. *Europ Neurol*, 39: 16-25, 1998.
- Pucci E., Cacchiù G., Angeloni R., Belardinelli N., Nolf G., Signorino M., Angeleri F.: EEG spectral analysis in Alzheimer's disease and different degenerative dementias. *Arch Geront Geriatric*, 26: 287-297, 1998.



Tullio Manzoni - The cerebral ventricles, the animal spirits and the dawn of brain localization and function

Arch It Biol 136:103-152, 1998

Questo lavoro ripercorre la storia della localizzazione delle funzioni cerebrali. Vengono analizzate le dottrine professate nei tempi antichi da filosofi e medici i quali ritenevano che le funzioni cerebrali si esplicassero nei ventricoli cerebrali ad opera del 'pneuma psichico' o spirito animale, una sorta di sostanza speciale e leggera la quale aveva il potere di svolgere attività sensitive, motorie e mentali. Questa teoria, concepita nell'età classica e chiamata 'dottrina ventricolare-pneumatica' trovò la sua evoluzione, nel IV e V secolo dopo Cristo, nella 'teoria delle tre celle' secondo la quale ogni ventricolo cerebrale era sede di una funzione specifica e conteneva un unico tipo di spirito con il potere di esercitare quella funzione. La teoria delle tre celle rappresenta il primo tentativo di localizzare funzioni mentali differenti in sedi separate del cervello e fu accettata da studiosi bizantini, arabi e del mondo latino-occidentale ben oltre il Rinascimento.

Il lavoro è suddiviso in una Introduzione e in otto sezioni. Le prime due riassumono brevemente le dottrine mediche e filosofiche che vedevano il 'pneuma' come mediatore di tutte le funzioni vitali; la dottrina ventricolare-pneumatica elaborata da Galeno di Pergamo e la sua teoria della fisiologia del nervo. Questa era basata sull'assunzione che il pneuma, attivato da movimenti attivi del cervello, scorreva all'interno dei nervi cavi e poteva così trasferire le sensazioni dagli organi di senso ai ventricoli anteriori e i comandi per il movimento dal ventricolo posteriore ai muscoli. Le sezioni tre e quattro illustrano come queste dottrine furono trasmesse ai medici bizantini e quindi agli arabi e infine al mondo latino occidentale. Qui, per tutto il Medioevo esse non solo formarono la base della filosofia medica e naturale, ma influenzarono anche i teologi cristiani.

La quinta sezione è dedicata alla localizzazione ventricolare delle facoltà mentali, chiamate sensi interni, da studiosi arabi a latini occidentali. La maggior parte degli autori riconosceva tre sensi interni fondamentali: immaginazione, pensiero e memoria. In generale, l'immaginazione veniva localizzata nel ventricolo anteriore, il pensiero in quello medio e la memoria in quello posteriore. Altri studiosi adottarono elenchi complessi che includevano più di sette facoltà, ognuna in rapporto con uno specifico tipo di spirito animale e localizzate, o sub-localizzate, in differenti sedi ventricolari secondo complessi tipi topografici. In questa sezione sono riportati più di sessanta tipi di localizzazione ventricolare (riassunti in una tavola) secondo diversi autori; le basi razionali della localizzazione ventricolare complessa e la interpretazione semplice dei medici medievali e dei chirurghi sulla alterazione dei sensi interni causate dalle malattie cerebrali e dai traumi. La sesta sezione si occupa del declino della teoria delle tre celle la quale fu messa in dubbio, per la prima volta, all'inizio del sedicesimo secolo e poi drasticamente rivista da molti ricercatori sperimentali, anatomici e filosofi del Rinascimento e post-Rinascimento. Nonostante questo, alcuni residui della neurofisiologia pneumatica di Galeno sopravvissero in medicina fino al diciottesimo secolo. La penultima sezione analizza dati bibliografici sulle localizzazioni cerebrali più antiche e mostra che, indipendentemente dalla priorità cronologica, Nemesio ed Emesa fu la fonte del tipo di localizzazione ventricolare adottato più tardi dai bizantini e dagli arabi e, in seguito, trasmesso agli studiosi del mondo latino occidentale. L'ultima sezione discute l'eredità lasciata dalla teoria delle tre celle all'ultima generazione di neurofisiologi.





A CURA DI MAURIZIO BATTINO

Il Senato Accademico

Prof. Marco Pacetti, Dr. Sandro Ferri, Prof. Mario Governa, Prof. Edoardo Biondi, Prof. Giovanni Latini, Prof. Paolo Ercolani, Prof. Ettore Olmo, Prof. Tullio Manzoni, Sig. Giorgio Barchiesi, Dr. Maurizio Battino, Prof. Saverio Cinti, Prof. Gabriele Fava, Prof. Eduardo Landi, Prof. Emanuele Natalicchio, Prof. Massimo Paci, Sig. Andrea Piermattei, Prof. Alessandro Stazi

Nella seduta del 26 gennaio u.s., sono stati affrontati molti temi di notevole interesse.

1) Corso di Laurea in Lingue slave

Il Senato ha espresso forti dubbi e perplessità sulla proposta che il Prof. Trifogli ha avanzato recentemente (e raccolto dagli organi di comunicazione) di istituire ad Ancona un non meglio identificato Corso di Laurea in Lingue Slave. Al momento attuale non si vedono adeguati e

sufficienti sbocchi professionali tali da giustificare un tale corso di laurea; inoltre tale facoltà di impianto prettamente umanistico comporterebbe un impegno di risorse enorme poiché nessuna delle altre facoltà dell'ateneo dorico è in grado di sostenere in alcun modo con i propri docenti le attività del nuovo corso (così come è avvenuto nel recente passato con le nuove facoltà). Infine nella nostra regione esistono addirittura già due altri atenei con interessi e storia consolidata nel medesimo settore. Il bacino di utenza non è così elevato da giustificare una terza offerta, ammesso e non concesso che gli altri due atenei approvino (così come vuole la legge) l'istituzione di un siffatto corso di Laurea. Da tenere presente che vari altri atenei in Italia stanno convertendo vari D.U. in Lauree molto simili.

Con l'occasione vari Presidi hanno comunicato che nel breve periodo sono previste o sono allo studio sviluppi ulteriori dell'Ateneo nell'ambito delle facoltà già esistenti (cosa che ovviamente comporterà l'impegno di nuove risorse); per es., dovrebbero o potrebbero essere inaugurati i corsi di laurea in Ingegneria e Architettura, Ingegneria Gestionale e Ingegneria Informatica e l'eventualità di ampliamenti ulteriori dei D.U. della Facoltà di Medicina nonché l'istituzione di una Laurea in Scienze Sanitarie potrebbero essere di notevole interesse per la nostra università.

2) Criteri di ripartizione fondi di funzionamento

(a) Il nuovo statuto prevede che siano stabiliti dal Senato (e non più dal C.d.A.). Il C.d.A. ha deliberato la somma totale con la quale finanziare il funzionamento dell'ateneo (poco più di 8 miliardi) e ha deliberato già un acconto alle strutture per aprire il bilancio '99. Considerato che lo studio per nuovi criteri di ripartizione comporterebbe l'impossibilità di una decisione rapida (fatto richiesto dalle strutture per la loro "sopravvivenza") si decide che per il solo anno 1999 ogni struttura (Istituto, Dipartimento, etc.) riceverà una quota storica cioè come nel 1998. Nel frattempo è stata nominata una commissione composta dai Prof. Olmo, Ercolani, Cinti, Stazi e Natalicchio incaricata di stabilire i nuovi criteri che verranno applicati a partire dal prossimo anno 2000. Tali criteri saranno resi noti prima dell'estate.

(b) La suddivisione dei fondi è stata operata per struttura considerando tutti i facenti parte in tale struttura. Quindi, come ha sottolineato il Magnifico Rettore, *tutte le persone sono state contate anche se provenienti da diverse Facoltà*. Sarà all'interno della struttura dove si deciderà come gestire tali fondi e anche un'eventuale ripartizione. *Ogni persona ha uguali diritti di partecipare ai servizi dell'Istituto o Dipartimento*.

(c) I circa 800 milioni denominati *Fondi per la didattica* sono stati così ripartiti (sempre in base ai criteri storici): 340 milioni Ingegneria; 200 milioni Medicina; 120 milioni Economia; 83 milioni Scienze; 64 milioni Agraria. Tali fondi dovranno essere spesi per la didattica e *attenzione*: con obbligo di relazione a fine anno sui motivi dell'utilizzo.

3) Assegni di ricerca biennale

L'Ateneo aveva a disposizione 30 pacchetti di assegni di ricerca biennale che sono stati così suddivisi:

12 Ingegneria; 5,5 Medicina; 5,5 Economia; 4 Agraria; 3 Scienze

4) Protocollo d'intesa con Assindustria

E' stato autorizzato un protocollo d'intesa con l'Assindustria di Ancona per promuovere scambio di informazioni, visite reciproche, incontri e seminari.

Protocolli d'intesa autorizzati anche con 3 Università

Appunti dal Senato Accademico





Argentine (eventuali informazioni presso l'Ufficio Relazioni Internazionali).

5) Iscrizione dei ricorrenti

Situazione iscritti ai corsi di laurea di Medicina e Chirurgia: il TAR Marche non ha dato più sospensive, il TAR Lazio sulla base della sentenza della Corte Costituzionale ha dato 2 sospensive e ha respinto altre due richieste. Ricordo che la situazione è sanata per legge fino all'A.A. 96/97 e che il Senato di Ancona ha esteso tale sanatoria anche all'A.A. 97/98. Per l'attuale A.A. gli studenti ricorrenti possono iscriversi eccezionalmente ad altri corsi di Laurea del nostro Ateneo fino al 31 gennaio (ieri è stata approvato uno slittamento di tale data a metà febbraio).

6) Dottorandi correlatori

I dottorandi, dopo aver acconsentito per iscritto a svolgere attività didattica, possono essere correlatori di Tesi di Laurea.

Consiglio di Amministrazione

Prof. Marco Pacetti, Dr. Sandro Ferri, Prof. Mario Governa, Prof. Francesco Greco, Prof. Tullio Rozzi, Prof.ssa Maria Grazia Messia, Prof. Ugo Salvolini, Dr.ssa Patricia Carloni, Dr.ssa Mariangela Paradisi, Ing. Raul Castagnani, Rag. Paolo Sgolacchia

Il Consiglio di Amministrazione ha approvato il Bilancio di previsione per l'anno 1999.

Il Magnifico Rettore prof. Marco Pacetti nell'illustrare il Bilancio, ha ricordato come nel 1998 siano stati spesi 124 miliardi (su una previsione di 124,8) in rapporto ad una assegnazione di 116: il risultato è positivo, frutto di una oculata amministrazione.

Sono stati centrati gli obiettivi, in particolare di non superare il tetto del fabbisogno, e di utilizzare tutto il previsto fabbisogno. Questo consente di programmare con fiducia il 1999, in quanto il finanziamento è basato sul bilancio del 1998.

Per quanto riguarda la ripartizione dei fondi per il 1998, il Senato Accademico ha deciso

Le delibere del Consiglio di Amministrazione

alcuni punti fondamentali:

1. viene formata una commissione che dia regole entro giugno '99 per il 2000;
2. vengono messi a disposizione delle Facoltà fondi per il funzionamento (come per lo scorso anno) e fondi per la didattica da distribuire per progetti speciali (da rendicontare). È confermato lo stanziamento per la Ricerca.

In totale alla Facoltà di Medicina vengono assegnati 990.000.000, ai quali vanno aggiunti i fondi integrativi messi a disposizione dalla Facoltà di Scienze per Biochimica, Biologia e Genetica, Microbiologia. Alle Biblioteche sono stati assegnati gli stessi fondi degli anni precedenti.

Il Rettore ha quindi riferito sui futuri concorsi (prossimi?), che non potranno iniziare il loro iter prima dell'annunciato riequilibrio dei fondi da parte del MURST.

Le votazioni per la scelta dei Commissari verranno effettuate per via telematica in due "tornate" annuali: la struttura telematica è affidata al CINECA; ogni Università sarà dotata di terminali acquisiti dal MURST, e le procedure saranno gestite da un tecnico informatico assunto *ad hoc*.

È stata anche ricordata la legge 4/98, in particolare per quanto riguarda la "mini-sanatoria" per le iscrizioni ai Corsi di Laurea fino all'anno 1997-98; è stata ricordata la norma in essa contenuta che consente ai Consigli di Amministrazione della Università per 5 anni di individuare i posti di Ricercatore da ricoprire con Concorso riservato ai Laureati Tecnici in possesso di determinati requisiti.





A CURA DI GIOVANNA ROSSOLINI

La recensione dei Professori Kjell Morten Varum e Olav Smidsrod, apparsa in *Carbohydrates in Europe* del Febbraio 1997, è ampiamente esplicativa in merito al libro "CHITIN ENZIMOLOGY Vol. 2" edito dal Prof. Muzzarelli di recente donato alla Biblioteca. I Professori Varum e Smidsrod del Dipartimento di Biotecnologia dell'Università Norvegese di Scienza e Tecnologia commentano il libro che contiene 61 documenti forniti dal Secondo Simposio Internazionale "Chitin Enzymology" tenutosi a Senigallia nel Maggio 1996. Il testo rappresenta una istantanea delle reali tendenze nella ricerca interdisciplinare sugli enzimi riguardanti la chitina. "Il Prof. Muzzarelli è degno di congratulazioni per questo rapido e professionale lavoro insieme con l'Attec Edizioni di Grottamare". Il libro si divide in otto sezioni: Human Chitinases - Food Digestion - Chitinases Genes - Chitinases - Plant Pathology - Chitin Deacetylase - Biosynthesis - Immobilized Enzymes and Chemistry. Il testo di 600 pagine è bene indicizzato secondo l'autore, il soggetto e l'organismo. La qualità dei documenti è varia e rispetta la comunità scientifica

Novità in Biblioteca

eterogenea, interessata alla enzimologia della chitina, che comprende biologi, medici, chimici e fisici insieme con produttori industriali.

Viene poi fatta una esposizione delle più interessanti scoperte contenute.



Autore	Titolo	Anno
MUZZARELLI Riccardo	Chitin Handbook	1998
MUZZARELLI Riccardo	Chitin Enzymology	1996





A CURA DI MARTA SABBATINI

A CURA DELLA REDAZIONE

Programma n. 7

Giovedì 4 marzo

Direttore: Carlo Tenan
Solisti: d.d.

Programma:
C.M.v. Weber "Preciosa" - Ouverture op. 78
G. Aquilanti Concerto per violoncello e orchestra (1^a
esecuzione assoluta)
L.v. Beethoven Sinfonia n. 1 in do magg. op. 21

Programma n. 8

Giovedì 18 marzo

Direttore: Siegmund Weinmaister
Solisti: Maxence Larrieu (flauto), Susanna Mildonian (arpa)

Programma:
B. Britten Simple Symphony per archi
W.A. Mozart Doppio concerto in do magg. per flauto,
arpa e orch. K. 299
L.v. Beethoven Sinfonia n. 2 in re magg. op. 36

Programma n. 9

Mercoledì 14 aprile

Direttore: Chikara Iwamura
Solisti: Francesco Di Rosa (oboe), Fabrizio Meloni (clarinetto)

Programma:
J.N. Hummer Introduzione, tema e variazioni per oboe,
clarinetto e orchestra op. 102
W.A. Mozart Concerto in la magg. per clarinetto e
orchestra K. 622
G. Rossini Variazioni in do magg. per oboe, clarinet-
to e archi
W.A. Mozart Sinfonia n. 31 in re magg. "Parigi" K. 297

Programma n. 10

Mercoledì 21 aprile

Direttore: Jean Pierre Faber

Programma:
O. Respighi "Gli Uccelli" Suite per piccola orchestra
Trittico Botticelliano
F. Mendelssohn Sinfonia n. 4 in la magg. op. 90

4th Congresso European Society of Gynecologic
and Obstetric Investigation

Screening nelle neoplasie ginecologiche Immunologia ed endometriosi: ruolo delle citochine

Organizzato dal Prof. G. G. Garzetti e Dott. A. Ciavattini-
Clinica Ostetrica e Ginecologica

18 e 19 marzo 1999
Madonna di Campiglio(TN)

Per informazioni: Segreteria Organizzativa tel. 050-502138
oppure 050-501934

IV Corso di Ecografia muscolo-scheletrica

Organizzato dal Prof. W. Grassi - Clinica Reumatologica

26 e 27 marzo 1999
Aula didattica Reumatologia
Ospedale Jesi

Il parto a rischio

Organizzato dal Prof. G. G. Garzetti - Clinica Ostetrica e
Ginecologica

27 marzo 1999
ore 9.00
Hotel "La Fonte"
Portonovo di Ancona



AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO



FEBBRAIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
26-feb	14.00/16.00	Cattedra di Igiene Polo didattico-scientifico Torrette	Profilassi post-esposizione	Prof. M. M. D'Errico	DS: I; L; M; O; Q; R
26-feb	16.15/17.00	Facoltà di Medicina e Chirurgia - Torrette Aula F	Neoplasie dell'apparato gastroenterico: Chemioterapia adiuvante dei tumori dello stomaco	Dott. R. Labianca	DS: H; R; D
26-feb	17.00	Facoltà di Medicina e Chirurgia - Torrette Aula F	Neoplasie dell'apparato gastroenterico: Discussione studi clinici	Dott. S. Cascinu	DS: H; R

MARZO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
1-mar	14.00	Cattedra di Igiene - Polo didattico	Prevenzione primaria, secondaria, terziaria	Prof. M. M. D'Errico	DS: I; L; M; O; Q; R
1-mar	16.30	Neuroradiologia	Seminario in videoconferenza con Toulouse (Fr) e Bruxelles (Be)	Prof. U. Salvolini	DS: P; O; EE
2-mar	15.30	Polo didattico Torrette Aula A	Retinopatia diabetica	Prof. A. Giovannini	DS: Q; T; CC; DD; GG
3-mar	15.00	Polo didattico Torrette Aula N	Menopausa precoce	Prof. F. Mantero, Dott. G. Giacchetti	DS: I; DD; CC
3-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: CC
4-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
4-mar	9.00/11.00	Polo didattico Torrette Aula Cattedra Igiene	Metodologia epidemiologica e igiene/Epidemiologia (Concetti introduttivi, indicatori, tassi)	Prof. I. Annino	DS: L; U; GG
5-mar	14.00/16.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O; S; FF
5-mar	15.00/16.30	*Aula Direzione Clinica Psych., Osp. "Umberto I"	L'aspetto terapeutico in un caso clinico di psicosi	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari	DS: I; L; O; P; T; U; DD; GG
8-mar	14.00	Cattedra di Igiene Polo didattico	Precauzioni di isolamento	Prof. M. M. D'Errico	DS: I; L; M; O; Q; R
8-mar	15.00/17.00	Polo didattico Torrette - Aula L	Morfologia funzionale della placenta	Prof. M. Castellucci	DS: A; I; D; V
10-mar	14.30/16.00	*Aula Direzione Clinica Psych., Osp. "Umberto I"	Comorbidity disturbi asse1/asse2	Prof. G. Borsetti, Dott. G. Mircoli	DS: I; L; O; P; T; U; DD; GG
11-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
11-mar	9.00/11.00	Polo didattico Torrette - Aula Cattedra Igiene	Metodologia epidemiologica e igiene/Epidemiologia (Epidemiologia descrittiva)	Prof. I. Annino	DS: L; U; GG
12-mar	14.00/16.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O; S; FF
15-mar	14.00	Cattedra di Igiene Polo didattico	La prevenzione delle infezioni del sito operatorio	Prof. M. M. D'Errico	DS: I; L; Q

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 dei 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

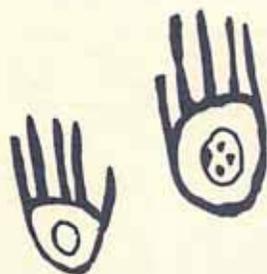




AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

MARZO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
15-mar	15.00/17.00	Polo didattico Torrette - Aula F	Organo adiposo: il tessuto adiposo bianco	Prof. S. Cinti	DS: tutte
17-mar	15.00	Polo didattico Torrette - Aula N	Thyroid Club	Prof. F. Mantero, Dott. A. Taccaliti	DS: DD; CC
17-mar	15.00/17.00	*Aula Direzione Clinica Psich., Osp. "Umberto I"	Pericolosità sociale	Prof. D. Rodriguez, Prof. G. Borsetti	DS: I; L; O; P; T; U; DD; GG
17-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: CC
18-mar	15.00/17.00	Polo didattico Torrette - Aula L	Anatomia della pelvi femminile	Prof. M. Castellucci	DS: A; I; D; V
18-mar	15.30	Polo didattico Torrette - Aula D	"I disordini del piano pelvico; fisiopatologia"	Proff. Polito, Muzzonigro, Cinti, De Nigris, Caraceni	DS: A; B; D; R; U; V; CC; DD; EE; II
18-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
18-mar	9.00/11.00	Polo didattico Torrette - Aula Cattedra Igiene	Metodologia epidemiologica e igiene/Epidemiologia (Epidemiologia analitica; studi trasversali)	Prof. I. Annino	DS: L; U; GG
19-mar	15.00/17.00	*Aula Direzione Clinica Psich., Osp. "Umberto I"	Trama narrativa nei disturbi depressivi	Prof. G. Borsetti, Dott. B. Nardi	DS: I; L; O; P; T; U; DD; GG
22-mar	15.00/17.00	Polo didattico Torrette - Aula F	Organo adiposo: il tessuto adiposo bruno	Prof. S. Cinti	DS: tutte
24-mar	15.00	Polo didattico Torrette - Aula N	Aspetti metabolici delle PCO	Dott. P. Moghetti	DS: I; DD; CC
24-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Casi clinici	Prof. F. Mantero	
25-mar	15.00 /17.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. C. Cervini	DS: O; S; FF
25-mar	18.00	*Aula didattica Az. Osped. "G. Salesi"	Nefropatie e gravidanza: protocolli clinico assistenziali	Prof. G. G. Garzetti, Dott. A. Ciavattini	DL-DS: T; DD; I
25-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
25-mar	9.00/11.00	Polo didattico Torrette - Aula Cattedra Igiene	Metodologia epidemiologica e igiene/Epidemiologia (Epidemiologia analitica; studi casocontrollo)	Prof. I. Annino	DS: L; U; GG
26-mar	15.30/17.00	Polo didattico Torrette - Aula I	La valutazione della funzione cardiorespiratoria in preparazione all'anestesia	Dott.ssa E. Adrario	DS: AA; F; S; V
27-mar	9.30	Polo didattico Torrette - Aula D	La chirurgia pelvica e lombo-aortica. Quali problematiche andrologiche	Prof. M. Polito, Prof. G. Muzzonigro et al.	DS: A; B; D; R; U; V; CC; DD; EE; II
29-mar	15.00/17.00	Polo didattico Torrette - Aula I	La scelta della tecnica anestesologica in funzione dell'intervento e delle condizioni del paziente	Dott.ssa E. Adrario	DS: AA; F; S; V
31-mar	17.00/19.00	*Aula Direzione Clinica Psich., Osp. "Umberto I"	Gli aspetti socio-assistenziali della malattia mentale	Prof. G. Borsetti, Dott. C. Piccinini	DS: I; L; O; P; T; U; DD; GG
31-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Casi clinici	Prof. F. Mantero	



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 FACOLTA'
Bollettino mensile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona
Anno II - n. 2 - Febbraio 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 Danielli

Comitato di Redazione
Lucia Giacchetti, Daniela Pianosi, Anna Maria Provinciali, Giovanna Rossolini, Marta Sabbadini, 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