



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

Insieme a questo numero delle *Lettere* viene distribuito in settimana il terzo volume della Guida alla Facoltà, riservato alle Scuole di Specializzazione, ai Corsi di Perfezionamento e al Dottorato di Ricerca; è la prima volta che la formazione post-laurea è raccolta in una organica pubblicazione; le notizie raccolte concernono essenzialmente discipline, docenti e piani di studio delle trentun Scuole della nostra Facoltà e rappresentano un primo ordinato quadro, al quale si aggiungeranno, ciascun anno, ulteriori informazioni così da costituire una Guida completa per lo Specializzando e il Dottorando.

Accanto a ciò il Comitato Didattico cura questo mese il completamento dei Forum sulla Storia della Medicina e sulla Qualità in Medicina ed apre la serie dei Forum sull'Economia.

Siamo sempre più convinti che le Scienze umanistiche - Etica e Storia -, l'Economia, l'Informatica, l'attenzione alla Qualità siano componenti essenziali, irrinunciabili della formazione dei nostri Discenti e che ne debbano caratterizzare personalità e professionalità.

In quest'ottica rientrano non solo la realizzazione dei Forum e la pubblicazione essenziale dei loro contenuti su questo Bollettino, ma anche la preparazione di nuove strutture, quali il Laboratorio didattico e l'Atelier Studenti, inaugurati in Facoltà il 14 u.s. e di cui troverete nell'interno alcune immagini.

Ha iniziato inoltre la sua attività, e ne riferiremo più ampiamente nel prossimo numero del Bollettino, il Comitato 3° per la Ricerca, coordinato da Pietro Varaldo che sta esaminando soluzioni comuni per migliorare le condizioni in cui si svolge la ricerca scientifica, per potenziarne quantità e qualità e favorirne la divulgazione.

Questo numero ospita infine due importanti interventi, uno di un "burocrate", l'altro di un brillante e preparato Medico di Medicina Generale: entrambi accendono un dibattito culturale che, alimentato, non potrà che portare positivi contributi all'impegno formativo della Facoltà.

LETTERA DEL PRESIDE	1
OSSERVATORIO	2
NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI IN SANITÀ	9
VITA DELLA FACOLTÀ	11
STORIA DELLA MEDICINA NELLE MARCHE	15
DEONTOLOGIA ED ETICA PROFESSIONALE	16
QUALITÀ IN MEDICINA	19
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	24
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	24
NOVITÀ IN BIBLIOTECA	25
LETTERE	28
CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE	30
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	31



Guardiamoci intorno... quanti sono i colleghi medici nelle strutture sanitarie, quelle universitarie comprese, la cui principale attività lavorativa è indirizzata alla ricerca clinica, ovvero quella fondamentale orientata sul paziente, e che per tale attività sono regolarmente retribuiti e ricevono adeguati finanziamenti per i loro progetti?

Noi pensiamo che il loro numero sia molto basso, comunque insufficiente. Inoltre ci pare che la ricerca clinica si allontani sempre più dalle corsie degli ospedali e dagli ambulatori e venga sempre più proposta e gestita da ricercatori di scienze di base. La nostra osservazione, del tutto soggettiva, si è rafforzata dalla recente lettura di un editoriale su Science (1), basato invece su dati oggettivi, che sottolinea con preoccupazione come negli USA - modello di efficienza scientifica e meta ambita dei ricercatori italiani - ci sia una progressiva riduzione del numero dei cosiddetti "physician-scientists", un timore peraltro già espresso da altri anche in epoche non recenti (2-9). In USA è stato osservato che i finanziamenti di

## Il medico ricercatore clinico: una specie in estinzione?

ricerca nell'area biomedica sono gestiti sempre più da PhD non medici. Il numero di medici che propongono per la prima volta un progetto di

ricerca al National Institute of Health per ottenere finanziamenti è calato del 31% dal 1994 al 1997. Se tale progressione fosse lineare, non ci sarebbero più progetti presentati da medici nel 2003 (1).

Abbiamo approfittato di queste osservazioni provenienti dal mondo anglosassone per proporre alcune riflessioni.

Ci siamo posti anzitutto una domanda: è necessario che la ricerca clinica sia svolta da medici clinici? La nostra risposta è stata un "sì" assoluto, senza riserve, e ne illustreremo le motivazioni più forti.

Dovrebbe essere del tutto ovvio che senza il contributo del ricercatore clinico non ci si può muovere di un passo nella conoscenza biomedica perché mancano dimensioni essenziali proprie del lavoro clinico. Illustriamo questa affermazione con esempi. Se ipotizziamo che l'alterazione di un complesso recettoriale per un neurotrasmettitore sia correlata alla manifestazione di un disturbo mentale, la metodologia con cui affrontiamo questa ipotesi di ricerca necessariamente deve procedere dalla definizione di quel disturbo mentale allo studio istochimico. A monte della validità della tecnica di indagine istochimica, la variabile dello studio da valutare con estre-

ma attenzione è la definizione clinica del disturbo mentale. Quest'ultima, si dirà, appartiene alla comune attività clinica: spesso, però, ciò non è sufficiente alla ricerca. Infatti è necessaria un'attività clinica orientata in senso sperimentale. Ciò significa far aderire l'insieme dei dati che fanno parte della nostra esperienza clinica (il nostro "occhio clinico", spesso peraltro difficilmente definibile ed apparentemente connesso ad una sorta di intuizione) con i criteri che la comunità scientifica ritiene i migliori possibili in quel momento ed eventualmente fornire gli elementi di critica a giustificazione di possibili impostazioni innovative. Ecco che, nella progettazione di una ricerca fisiopatologica, l'elemento condizionante rimane la corretta metodologia clinica di diagnosi. Inoltre, solo il clinico ha la possibilità di cogliere altri elementi della storia e della sintomatologia dei soggetti partecipanti che possono rappresentare fattori importanti per le conclusioni che si traggono dal punto di vista fisiopatologico.

Altro esempio di campo di ricerca in cui il contributo del ricercatore clinico è irrinunciabile, è quello sull'impatto della malattia sul paziente e sulle sue interazioni nella società. Con ciò vogliamo riferirci ad un largo campo di ricerca delle scienze umane che va dalla psicologia alla sociologia e che ha per tanto come oggetto di studio argomenti che vanno dal vissuto di malattia alla valutazione dell'handicap. Basti pensare quanto il ricercatore clinico sia essenziale per la distinzione tra gli aspetti sociali e psicologici da una parte e quelli francamente psicopatologici dall'altra, essendo in grado di fornire ipotesi sul rapporto casuale diretto o indiretto con la malattia di base.

Molti trial clinici sono effettuati nelle nostre cliniche e divisioni. Ma in quanti casi i clinici che vi partecipano hanno effettivamente portato un contributo diretto nella loro pianificazione, estrazione dei risultati e stesura delle conclusioni? Infatti, ci sembra che troppo spesso la ricerca clinica si identifichi con la valutazione di uno strumento diagnostico o con quella dell'efficacia e tollerabilità di un intervento su commissione di una casa produttrice. D'altra parte nella situazione di carenza di investimenti pubblici di ricerca, la ricerca terapeutica sarebbe inattuabile senza l'ausilio delle aziende farmaceutiche, a parte per ovvie ragioni economiche, proprio per mancanza di risorse umane, dei "physician-scientist", in grado di realizzare un progetto di ricerca in tempi ragionevoli ed in grado di competere per l'ottenimento di finanziamenti di ricerca (10). La presenza di ricercatori clinici con finanziamenti pubblici adeguati permetterebbe di sviluppare con più facilità linee di ricerca su interventi potenzialmente efficaci ma di scarso interesse commerciale. D'altra parte, chi, se non il ricercatore clinico, deve indirizzare e formare i ricercatori che disegnano, dirigono ed interpretano i trial clinici?





Ancora a riguardo del campo della prevenzione/cura, è il ricercatore clinico che meglio può valutare l'efficienza degli interventi e promuovere priorità, nell'ambito dall'inevitabile compromesso tra risorse disponibili e provata efficacia.

Per fare ricerca clinica serve una buona disponibilità del parametro tempo/uomo, forse ancor prima che di strumenti. Da clinici, a differenza dei ricercatori che lavorano nei laboratori su cellule o animali, abbiamo bisogno di molto tempo da dedicare al paziente coinvolto nella ricerca, addirittura nella fase precedente al suo effettivo arruolamento nella sperimentazione. È il problema della relazione medico-paziente (purtroppo resa problematica già a livello di pratica clinica dalla frenesia di "produttività" del nostro servizio sanitario) e del consenso alla partecipazione alle attività sperimentali.

Spingendoci un poco oltre, è il ricercatore clinico che può tentare di realizzare un progresso culturale nell'ambito dell'intera società, promuovendo una maggiore confidenza dell'opinione pubblica con la metodologia di ricerca, lottando contro forme di (dis)informazione (pseudo)scientifica che creano spesso soltanto false speranze e sostenendo la necessità di sottrarre la pratica medica da ciò che è autoreferenziale, soggettivo e non riproducibile, per cercare di ancorarla a prove di efficacia scientificamente più valide. Apprendo una breve parentesi su quest'ultimo punto, il ricercatore clinico dovrebbe avere inoltre la capacità, in virtù anche di una formazione epistemologicamente orientata, di saper mediare questi due aspetti divergenti della prassi medica: ovvero le scelte basate sull'esperienza soggettiva e quelle basate sulle prove di efficacia, conoscendo bene i limiti di entrambe - come Sackett insegna (11) -. Riprendendo il discorso sull'attività di promozione culturale, il medico orientato ai problemi della ricerca dovrebbe incrementare il dibattito sugli aspetti etici della ricerca sia nei confronti dei pazienti che dei colleghi. La comunicazione degli aspetti etici della ricerca ai partecipanti (ad esempio, il consenso, le motivazioni etiche alla partecipazione, le possibili ricadute sul piano morale e religioso di alcuni interventi, etc.) ed in generale la loro discussione nell'ambito dell'opinione pubblica trovano resistenze culturali anche tra noi medici (abbiamo il coraggio di dirlo?), forse retaggio di un modello di interazione con i nostri pazienti di tipo paternalistico, nel senso più deleterio del termine. Questi argomenti ci appaiono sempre sfuggenti, forse imbarazzanti, spesso fonte di perdita di tempo, e magari trattati più per necessità burocratica che non per convinzione. Il ruolo del ricercatore clinico è quindi anche quello di mantenere vivo il dibattito culturale su tali argomenti anche tra i propri colleghi. A questo proposito segnaliamo la recente attività di promozione del dibattito sugli aspetti etici della ricerca, rivolta

sia all'opinione pubblica che alle università, effettuata dal parlamento svedese (12).

La riduzione del numero di medici coinvolti in attività di ricerca corrisponde non tanto all'arresto del progresso scientifico per se, quanto al suo avanzamento in una dimensione diversa da quella clinica, che perde sempre più contatto con le priorità che provengono dalle necessità dei medici e dei loro pazienti e che quindi finisce per avere su questi ultimi ricadute meno significative se non addirittura potenzialmente negative ("serendipity" a parte!).

La riduzione dei "physician-scientist" significa anche rendere difficoltoso il flusso di informazioni che dalla ricerca di base può arrivare all'ambiente clinico, dove può innescare a sua volta quesiti ed ipotesi di lavoro. Nessun'altra figura potrebbe comunicare e collaborare con i ricercatori di base da una parte e con gli operatori sanitari dall'altra. Riprendendo le parole di Rosenberg (1), soltanto il ricercatore clinico può fare da ponte tra i banchi di laboratorio ed i letti di ospedale.

Quali le cause di questa mancanza di medici ricercatori clinici? Riprendendo in parte il già citato editoriale (1), che si adatta bene anche alla realtà italiana, proponiamo alcune risposte.

Negli ultimi decenni gli studenti di medicina, gli specialisti in formazione, gli stessi dottorandi di ricerca si sono sentiti dire dall'opinione pubblica che i medici devono fare attenzione più all'assistenza immediata e meno alla specializzazione in un campo di interesse, devolvere la maggior parte delle loro energie alla cura del paziente, alla disponibilità immediata alla sofferenza dell'altro e meno ai propri interessi scientifici. Questi messaggi, di indiscutibile valore etico e deontologico, non sono stati però bilanciati da altri di cui non si è apprezzato l'uguale importanza (anche proprio sotto il profilo etico): cioè che migliorare l'assistenza, aver cura e rispetto delle persone che soffrono, richiede più ricerca e che, proprio per la loro peculiare posizione, i medici devono essere gli elementi chiave della ricerca biomedica.

Parallelamente a tale atteggiamento culturale, si è realizzato un progressivo disincentivo economico che ha allontanato i giovani medici dalla ricerca. I dottorandi di ricerca ricevono borse irrisorie a fronte di strette limitazioni di reddito per poterne beneficiare. Gli stessi stipendi dei ricercatori e docenti universitari appaiono in estrema disparità rispetto a quelli dei colleghi che effettuano la pratica clinica, e spesso la scelta della convenzione per l'attività di pratica clinica significa rinunciare a gran parte delle energie da investire nella ricerca. Ne consegue una perdita delle prerogative che tali figure professionali dovrebbero avere (e questo problema investe anche la didattica).

La ricerca clinica è lasciata sempre più in mano a ricercatori





non clinici. Così nell'immaginario di uno studente è verosimile pensare che le sue aspirazioni di diventare uno "scienziato" vengano sempre più in urto con l'attività clinica e si indirizzino verso la ricerca di laboratorio.

Nell'ambito della stessa comunità scientifica, la ricerca clinica subisce una sempre maggiore emarginazione (10,13,14). In un'epoca dove la ricerca di base ha fornito effettivamente straordinari contributi alla conoscenza della fisiologia e della fisiopatologia umana (si pensi all'esplosione della genetica e dell'immunologia negli ultimi decenni) si osserva, in misura crescente, la sua supremazia sulla ricerca clinica. Anche in quelle che possono essere considerate effettivamente ricerche cliniche, si osserva sempre più che il progetto parte da un quesito di laboratorio, più che da un quesito che proviene dalla relazione medico-paziente. La mancanza di un equilibrio tra laboratorio e pratica clinica crea difficoltà importanti per il miglioramento della salute nella popolazione. Un investimento massiccio sulla ricerca di base è necessario per la realizzazione di modelli di malattia e, ad esempio, l'individuazione di molecole potenzialmente terapeutiche. Altrettanti investimenti devono essere fatti però in trial clinici e studi osservazionali per verificare l'efficacia, la tollerabilità e l'efficienza dei farmaci proposti e per il confronto tra le novità terapeutiche e gli interventi precedentemente in atto. Inoltre, la ricerca clinica deve fornire risposte sulla durata degli interventi, sul loro effetto a lungo termine, sul bilancio tra benefici ed effetti sfavorevoli, sui criteri di cessazione etc., fino al limite di dover decidere sulla definizione di morte. "Perché prescrivere un farmaco e non un altro che ha la stessa indicazione?", "quando devo interrompere la terapia?", "se il farmaco altera la qualità di vita del mio paziente, se non addirittura lo espone ad effetti collaterali, quanto devo insistere sulla sua prescrizione?", "che vantaggio avrà il mio paziente da questo test genetico?": sono queste e migliaia di altre, le domande che il medico si trova ad affrontare con il proprio paziente e alle quali la ricerca clinica deve rispondere. Sono le risposte a queste domande che nell'immediato determinano un miglioramento dello stato di salute della popolazione. Ecco perché è necessario un equilibrio tra ricerca di base e ricerca clinica: si rischia di correre troppo avanti e di non riuscire ad avere ricadute nella prassi clinica quotidiana proporzionali alle acquisizioni della ricerca di base.

I finanziamenti di ricerca appaiono sempre più a vantaggio di singole discipline (15). La ricerca clinica è possibile se ha un respiro multi- ed interdisciplinare. Ciò a patto che venga dato alla clinica almeno lo stesso peso delle altre discipline partecipanti alla ricerca, questo a garanzia peraltro dell'effettivo orientamento della ricerca al benessere del paziente. Ci pare non fuori tema accennare al problema della ricerca interdisci-

plinare proprio in virtù del ruolo centrale che il ricercatore clinico ha, a nostro avviso, come coordinatore di proposte sperimentali basate sul contributo di più discipline. Infatti, egli non solo può essere propositivo (il quesito "clanicamente" rilevante) ma costituire anche l'interprete finale su quanto i risultati della ricerca di base siano "clanicamente" significativi. Il ricercatore clinico, proprio in virtù della sua relazione con i pazienti, è più consapevole delle variabili, biologiche e non, che possono costituire dei bias metodologici. Non solo, ma rappresenta anche la figura più competente per monitorare e valutare le eventuali ricadute in campo bioetico e di politica socio-sanitaria delle ricerche in atto.

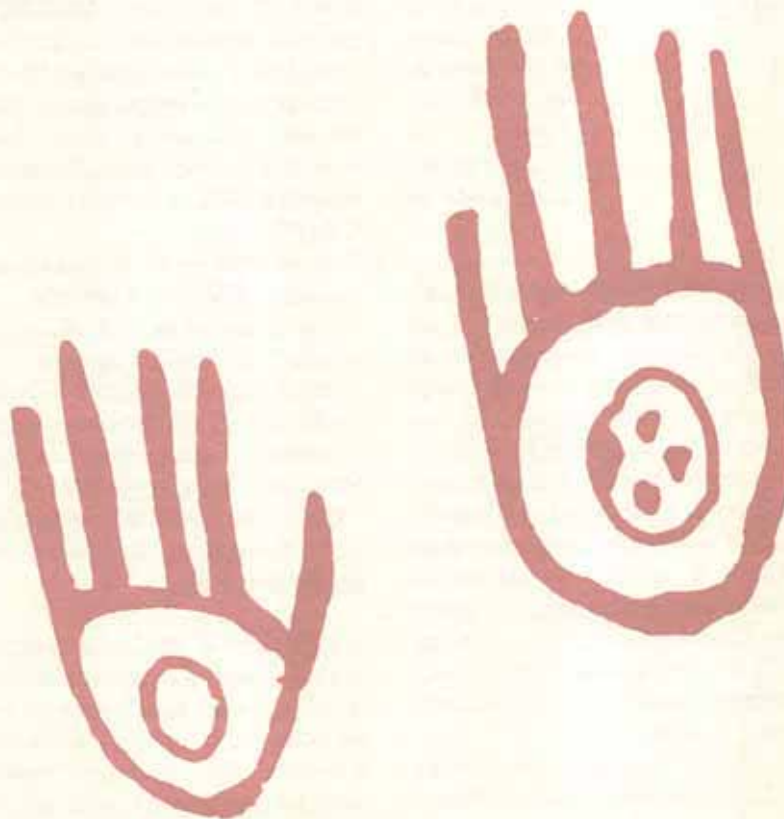
Apriamo anche una brevissima parentesi per ricordare come lo specialismo da una parte sia elemento indispensabile per il progresso scientifico e dall'altro costituisca un grave rischio di chiusura mentale: questo è oggetto di discussione epistemologica della massima importanza e, citando Geymonat, di interesse non solo per la scienza e per la filosofia, ma più in generale per le sorti della cultura e della civiltà (16).

Il problema della ricerca interdisciplinare non è da tralasciare anche per un altro motivo. La supremazia di una disciplina sulle altre crea uno squilibrio nella definizione stessa di ciò che ha maggiore interesse scientifico. Infatti, si vengono a creare una serie di situazioni, strettamente connesse in circuiti a feedback (positivo per le discipline dominanti, negativo per quelle emarginate) che comprendono: (i) maggiore attribuzione di rilevanza scientifica; (ii) maggiore reclutamento di risorse economiche e umane; (iii) più pronto e disponibile accesso sulle riviste scientifiche di maggiore prestigio; (iv) possibilità di carriera accademica o di ingresso in editorial board di riviste per i ricercatori dell'area di maggiore interesse, con sempre maggiore peso degli esperti di tale disciplina nelle decisioni che hanno a che fare con il finanziamento, la programmazione, la valutazione e pubblicazione dei risultati delle attività di ricerca. L'analisi dell'interazione di tali fattori porta al risultato che il concetto di "rilevanza scientifica", di per sé difficile da oggettivare e definire, non è sempre a monte dagli altri fattori, ma può essere in qualche modo indotto da "politiche" di gestione della ricerca. Naturalmente, questo è un processo in qualche modo inevitabile e che fornisce buoni frutti se si tiene conto però dei suoi limiti e si attuano programmi di partecipazione multidisciplinare alle decisioni (15). Infatti, ritorniamo a dire, il limite maggiore è proprio quello di tendere ad emarginare alcune discipline, e tra queste proprio la ricerca clinica. Ne deriva il rischio che nell'ambito della programmazione di ricerca, in particolare di quella pubblica, si perdano importanti indirizzi di studio che hanno come finalità la difesa della salute, indirizzi che nessuna altra disciplina meglio della medicina clinica può individuare e promuovere.



## Bibliografia

- 1) Rosenberg LE, Physician-Scientists - Endangered and essential. *Science*, 283: 331-333, 1999.
- 2) Wyngaarden J.B.: The clinical investigators as an endangered species. *N. Engl. J. med.*, 301, 1254-1259, 1979.
- 3) DiBona G.F.: Where comes tomorrow's clinical investigators. *Clin. Res.*, 27, 253-256, 1979.
- 4) Their S.O., Chandler D.R., Chaloner J., et al.: Proposal addressing the decline in the training of physician-investigators: report of the ad hoc committee of the AAMC. *Clin. Res.* 28, 85-93, 1980.
- 5) Kelly W.N.: Personnel needed for clinical research: role of the clinical investigator. *Clin. Res.* 33, 100-104, 1985.
- 6) Goldstein J.L.: On the origin and prevention of PAIDS (Paralyzed Academic Investigator's Disease Syndrome). *J. Clin. Invest.*, 78, 848-854, 1986.
- 7) Culliton B.J.: Clinical investigation: an endangered science. *Nature Med.*, 1, 281, 1995.
- 8) Goldstein J.L., Brown M.S.: The clinical investigator: bewitched, bothered, and bewildered—but still beloved. *J. Clin. Invest.*, 99, 2803-12, 1997.
- 9) Glickman R.M.: The future of the physician-scientist. *J. Clin. Invest.*, 76: 1293-1296, 1985.
- 10) Shine K.I.: Some Imperatives for Clinical Research. *JAMA*, 278, 245-246, 1997.
- 11) Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Hayes R.B., Richardson W.S.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72, 1996.
- 12) Rose J, Nilsson A., Sweden Considers More Oversight of Research. *Science*, 283, 1829, 1999.
- 13) Thompson J.N., Moskowitz, J.: Preventing the extinction of the clinical research ecosystem. *JAMA*, 278, 241-244, 1997.
- 14) Williams G.H., Wara D.W., Carbone P.: Funding for patient-oriented research. Critical strain on a fundamental linchpin. *JAMA*, 278, 227-231, 1997.
- 15) Metzger N., Zare R.N.: Interdisciplinary research: from belief to reality. *Science*, 283, 642-643, 1999.
- 16) Geymonat L., Il problema della specializzazione. In: *Lineamenti di filosofia della scienza*. Biblioteca della EST, Mondadori, pp.55-61, 1985.
- 17) Nathan D.G.: Clinical research: perceptions, reality, and proposed solutions. National Institutes of Health Director's Panel on Clinical Research. *JAMA*, 280, 1427-31, 1998.
- 18) Schechter A.N.: The crisis in clinical research: endangering the half-century National Institutes of Health Consensus. *JAMA*, 280:1440-1442, 1998.





Nei mesi scorsi, in questo Bollettino, è stato affrontato il problema relativo ai rapporti tra Servizio Sanitario e Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'argomento, peraltro, è oggetto di revisione legislativa essendo inserito tra le materie che il Governo, su delega del Parlamento, deve disciplinare all'interno della revisione della riforma sanitaria.

Ritengo positivo quindi che lo stesso non sia affrontato solo negli ambienti ministeriali ma sia oggetto di un approfondimento da parte delle Istituzioni interessate e degli operatori universitari e sanitari come la materia richiede investendo, la stessa, la formazione degli operatori sanitari: infermieri, tecnici, medici e specialisti.

E' infatti auspicabile che l'attività legislativa rappresenti, per argomenti di tale rilevanza, la sintesi di un dibattito nel Paese.

Ecco perché, approfittando di questo Bollettino, mi per-

## I rapporti tra Servizio Sanitario ed Università visti da un burocrate

metto di esprimere sull'argomento il mio pensiero partendo da una analisi normativa a me più familiare essendo io un funzionario che segue, presso l'Università di

Ancona, tali rapporti.

1. La Corte Costituzionale, nel 1981 (sentenza n. 126), richiamando anche una precedente sentenza (n. 103 del 1977), ha riconosciuto che l'attività assistenziale che viene svolta dai docenti universitari nelle cliniche e negli istituti di ricovero e cura è strettamente collegata con quella della didattica e ricerca "... le cliniche forniscono i mezzi necessari per lo svolgimento delle lezioni e delle esercitazioni universitarie nonché per le indagini scientifiche alle quali è tenuto il personale insegnante delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, sicché loro caratteristica è la preminenza del fine didattico-scientifico su quello meramente assistenziale. Da ciò discende che le cliniche costituiscono organi delle Università e che l'attività assistenziale dei docenti predetti si inquadra senz'altro nella attività propria dei docenti universitari."

La Corte Costituzionale ha quindi sancito il principio della inscindibilità tra l'attività assistenziale e la didattica e

ricerca nonché la strumentalità della prima nei confronti delle altre due.

Si impone perciò un rapporto stretto tra l'Università ed il Sistema Sanitario, rapporto che il legislatore ha disciplinato, almeno negli ultimi venti anni, ogni volta che ha messo mano al riassetto della Sanità.

Ciò è avvenuto nel 1978 (L. 23 dicembre 1978 n. 833) quando fu istituito il Servizio Sanitario Nazionale, si è ripetuto nel 1992 (D. Leg.vo 30 dicembre 1992 n. 502) quando si è riordinata la disciplina della materia sanitaria, accadrà anche oggi con i prossimi decreti legislativi di revisione della riforma sanitaria, come stabilito nella legge di delega 4-9-1998.

Pur con sfumature diverse, si è stabilito che:

- 1) le Facoltà di Medicina e Chirurgia devono collaborare con le Regioni nella elaborazione del Piano Sanitario;
- 2) le medesime Facoltà, attraverso le proprie strutture, partecipano alla attività assistenziale ed alla realizzazione degli obiettivi posti dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) le Regioni devono mettere a disposizione delle Facoltà mediche idonee strutture per le esigenze di ricerca e di insegnamento.

Il decreto legislativo n. 502/1992 stabilisce che "la programmazione sanitaria, ai fini della individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie" (art. 6.1 D. Leg.vo 30 dicembre 1992, n. 502);

- 4) le strutture del Servizio Sanitario devono contribuire ai compiti didattici e di ricerca propri dell'Università (art. 39 L. 833/1978).

Tale rapporto ha avuto una evoluzione normativa con il decreto n. 502/92 che prevede:

- \* che le Scuole di Specializzazione si avvalgono delle strutture del Servizio Sanitario;
- \* che la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario sia affidata anche al personale dirigente medico del Servizio Sanitario ove la formazione avviene (art. 6.2);
- \* che la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avvenga in ambito ospedaliero (art. 6.3).

2. In passato, il legislatore aveva disegnato due possibili modelli strutturali assistenziali strumentali alla didattica ed alla ricerca: il policlinico e le strutture ospedaliere convenzionate, a direzione universitaria.

Il primo modello comporta, come noto, la gestione diretta di un ospedale da parte dell'Università; nel secondo





caso invece sono affidate alla direzione universitaria alcune strutture (oggi le chiameremo Unità Operative) del Servizio Sanitario che continua in ogni caso ad avere la responsabilità della loro gestione.

Oggi anche per tale profilo, con il decreto legislativo n. 502/92, si ha una evoluzione della normativa introducendo una terza tipologia strutturale: la c.d. "Azienda mista" (art. 4.4).

Tale norma consente alle Regioni di costituire in "Azienda" il presidio ospedaliero in cui insiste la prevalenza del triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia, differenziandola, dalle altre Aziende ospedaliere, per la sua specificità.

Gli elementi caratterizzanti tali strutture sanitarie sono almeno tre (art. 4.6):

a) la gestione dell'Azienda deve essere informata, oltre che a criteri di economicità e di efficacia, anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali (didattica e ricerca) delle strutture universitarie che vi operano;

b) per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie, in tutti quei casi definiti di comune accordo tra l'Università e l'Azienda, è necessario acquisire il parere della Facoltà di Medicina e Chirurgia;

c) il Direttore Generale, di conseguenza, è nominato d'intesa tra la Regione ed il Rettore dell'Università.

L'Azienda così costituita si configura come strumento necessario della Facoltà di Medicina e Chirurgia per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali, pertanto essa si caratterizza rispetto altre realtà del Servizio Sanitario perché diviene la sede privilegiata per la formazione e la ricerca clinica.

Ciò comporta altresì parametri gestionali specifici e modelli organizzativi, anche sperimentali, tali da favorire la piena collaborazione tra la componente universitaria e quella ospedaliera che interagiscono nella medesima Azienda.

È presumibile poi che tale collaborazione costituisca anche il presupposto di una alta qualificazione assistenziale nei confronti dei pazienti.

Il decreto legislativo n. 502/92 quindi, per questo aspetto, anticipa il concetto delle "Aziende speciali miste a partecipazione diretta Università-Regione" di cui si fa cenno sulla legge delega di riordino e il concetto "dell'ospedale di insegnamento" che è oggetto di almeno due disegni di legge di iniziativa parlamentare.

La normativa sopra richiamata quindi sviluppa coerentemente il principio secondo il quale la formazione per la professione medica, come per le altre professioni, è affidata all'Università la quale però deve avvalersi dell'ap-

porto delle strutture e del personale del Servizio Sanitario per garantire un percorso formativo che per quantità e qualità sia tale da offrire una adeguata preparazione a tutela della salute dei cittadini.

3. Non altrettanta coerenza trovo invece nella materia del personale docente clinico.

Ho la sensazione infatti che si intenda svincolare la docenza clinica da quella universitaria inserendola sempre più nel Sistema Sanitario e ciò, se fosse vero, rischierebbe di mettere seriamente in crisi tutta la costruzione sopra descritta perché potrebbe portare alla uscita della Facoltà Medica dall'Università.

È ben vero che fin dal 1971, con la c.d. "Legge De Maria" (L. 25 maggio 1971 n. 213), al personale docente clinico è garantita una indennità tale da equiparare il proprio trattamento economico a quello del personale medico del Servizio Sanitario di pari funzioni.

Del resto già in precedenza, in considerazione dei maggiori oneri derivanti dalla attività assistenziale, erano previsti compensi aggiuntivi alla retribuzione universitaria per i professori clinici (R.D. 13-11-1859 n. 3725, R.D. 6-4-1924 n. 674, R.D. 30-9-1938 n. 1631).

Lo stesso principio equiparativo è stato recentemente ribadito anche con il D.P.R. n.761/79 (art. 31 D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761) e ancora con il D.P.R. n. 382/1980 (art. 102 D.P.R. 11 luglio 1980).

Tale equiparazione aveva però solo un significato economico tanto che la Corte Costituzionale, nella sentenza n. 126/1981 sopra richiamata, precisava "che per i docenti universitari dei quali si tratta non è possibile parlare di un duplice rapporto di impiego né di un lavoro supplementare o aggiuntivo che sia da considerarsi al di fuori dei doveri inerenti allo status di professore universitario".

Tale concetto del resto lo si deduce anche dall'art. 102 del D.P.R. n. 382/80 (riordinamento della docenza universitaria) quando stabilisce che dell'adempimento dei doveri inerenti alle funzioni assistenziali il personale universitario "risponde alle autorità accademiche competenti".

Ciò conferma, in modo inequivocabile, la unicità del rapporto di impiego dei professori universitari.

Ho richiamato quanto sopra perché, a mio avviso, la prima incrinatura di tale principio la si trova nella legge finanziaria del 1992 (L. 30 dicembre 1991, n. 412) quando, all'art. 4 comma 7, si estendono al personale universitario medico le incompatibilità previste per il personale del Servizio Sanitario. Tale materia, seppure collegabi-



le con aspetti economici ha rilevanza sullo stato giuridico.

Più ancora ha fatto la recentissima legge finanziaria per il 1999 (L. 23 dicembre 1998, n. 448, art. 72) che, sempre in merito alle incompatibilità, afferma che non può assumere funzioni di direzione di strutture il personale che opta per l'attività libero professionale extra-moenia ed estende tale principio anche al personale docente clinico.

Non entro nel merito della opportunità di tale scelta per il personale sanitario; sono però convinto che trasferirla al personale universitario significa trasformare il rapporto convenzionale tra Università e Sanità da istituzionale a personale, con grave danno per il disegno complessivo dei rapporti tra le due istituzioni, così come prima delineato.

Infatti non vi è dubbio che con l'applicazione di tale principio la direzione di una clinica non dipende più dal proprio "status" di docente universitario ma dalla opzione che lo stesso docente esercita e che, peraltro, indubbiamente viene ad influire sulla sua funzione formativa.

Se tutto ciò deriva da una estensione del concetto di equiparazione economica, dato il rapporto sempre più stretto tra gli aspetti economici e quelli normativi, personalmente non avrei dubbi sulla necessità della sua rinuncia per mantenere integro ed esclusivo il rapporto tra docenti universitari ed Università.

Dobbiamo infatti ricordare che nel prosieguo le differenze tra il rapporto di lavoro del personale del Servizio Sanitario e quello della docenza universitaria sono destinate a crescere, considerato che, a seguito del decreto legislativo n. 29/1991, il rapporto di impiego del primo è stato "privatizzato" e "contrattualizzato", quello dei professori universitari è invece rimasto "riserva di legge".

Non è fuori di luogo peraltro chiedersi se anche giuridicamente possa essere ancora applicabile il principio della equiparazione economica tra le due categorie di personale quando tale trattamento deriva dalla contrattazione tra la Parte Pubblica ed una sola componente - quella ospedaliera. Il personale clinico sarebbe l'unico ad avere applicato un contratto, seppure per estensione, senza aver potuto partecipare alla sua definizione.

Ritengo peraltro che se dovesse rimanere il principio dell'equiparazione economica, meriterebbe una particolare attenzione la remunerazione della attività di docenza del personale ospedaliero che partecipa alla attività formativa degli specializzandi e dei diplomandi, remunerazione oggi non certamente stimolante per un coinvolgimento di tale componente. E' per questo motivo che l'argomento,

a pieno titolo, rientra nei rapporti tra Servizio Sanitario e Università.

Certamente non è facile far convivere due realtà, quella ospedaliera e quella universitaria, che hanno finalità entrambe importanti, ma diverse seppure complementari; non può esistere buona assistenza senza una buona formazione del medico e del personale sanitario in genere, così come non può assicurarsi una buona formazione sanitaria senza una pratica clinica adeguata per qualità e quantità che solo dalla collaborazione tra Sanità e Università può derivare.

Tale collaborazione è quindi indispensabile e potrà avvenire, a mio parere, solo con il rispetto reciproco delle regole da parte di entrambe le componenti, senza fughe in avanti da parte di ciascuna componente.







CLAUDIO MARIA MAFFEI

Tra le nuove modalità organizzative di erogazione delle assistenze ospedaliere, ha un ruolo importante la cosiddetta day surgery, ovvero l'effettuazione di interventi chirurgici con un ricovero che dura da alcune ore (con dimissione entro la giornata) ad un giorno al massimo (con dimissione la mattina del giorno successivo a quello di ammissione). Questo regime di ricovero breve o brevissimo potrebbe essere utilizzato per un numero elevato di interventi, fino ad oltre la metà degli interventi chirurgici di solito effettuati in regime di ricovero ordinario.

Prima di passare in rapida rassegna le caratteristiche organizzative della attività di day surgery, vale la pena di ragionare sul perché di tanto accanimento nella riduzione della durata dei ricoveri al punto da arrivare a immaginare buona parte della attività chirurgica fatta senza far addirittura pernottare il paziente in ospedale. La spiegazione è semplice. Gli ospedali

## Day Surgery

hanno l'esigenza di ridurre i costi per motivi tanto evidenti da renderne inutile la descrizione. Tra i costi più significativi che in linea teorica ammettono una maggiore possibilità di contenimento vi sono quelli relativi alla gestione di posti letto occupati inutilmente in area chirurgica. La sequenza degli avvenimenti dovrebbe essere la seguente: riduzione della durata della degenza con dimissione quando possibile in giornata, riduzione dei posti letto, riduzione conseguente dei costi di personale e di quelli relativi all'assistenza alberghiera (pasti, ecc.). Se poi si arriva ad avere non tanti piccoli (a quel punto) reparti chirurgici, ma grosse aree di ricovero a diverso livello di intensità assistenziale con una organizzazione infermieristica comune a più discipline chirurgiche si recupererebbero spazi e personale in notevoli quantità. Spazi e personale che verrebbero utilizzati per attività che oggi si sono molto sviluppate o si debbono comunque ulteriormente sviluppare, come quelle ambulatoriali e di sala operatoria (comprendente quest'ultime della centrale di sterilizzazione oggi servizio di grandissima importanza).

Le premesse tecniche per lo spostamento di molte attività chirurgiche in regime di day surgery ci sono tutte: molti interventi vengono eseguiti con procedure oggi meno invasive (laparoscopiche, artroscopiche, utilizzo di stent, ecc.) che rendono possibile la dimissione precoce del paziente. Rimangono da affrontare i problemi organizzativi per rendere possibile l'intervento entro poche ore dal ricovero e per effettuare i controlli eventualmente necessari i giorni successivi all'intervento.

Per avere la possibilità di eseguire l'intervento il giorno stesso del ricovero occorre che:

- la valutazione pre-operatoria sia effettuata prima del ricovero o (ma va già peggio) venga effettuata al momento stesso dell'accettazione;
- la programmazione della seduta sia fatta in modo da consentire l'effettuazione di tutti gli interventi previsti (sembra cosa semplice, ma non va considerata scontata).

La valutazione pre-operatoria va effettuata in stretta collaborazione con la équipe degli anestesisti al fine (tra l'altro) di selezionare i pochi esami effettivamente utili. Ciò richiede la attivazione di un ambulatorio ad hoc o comunque di identificare una soluzione organizzativa che eviti al paziente di doversi recare più volte in ospedale al punto da fargli rimpiangere quel giorno o paio di giorni di ricovero in più che di solito prevede l'effettuazione dell'intervento. Quanto ai controlli successivi alla dimissione, basta anche in questo caso organizzarsi offrendo al paziente un percorso semplice e chiaro. Dunque portare l'attività chirurgica in regime di day surgery vuol dire soprattutto lavorare in termini di razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro (che è tradizionalmente cosa difficile nei nostri ospedali).

Adesso un paio di questioni importanti: la day surgery è un nuovo reparto chirurgico interdisciplinare o un modello operativo che ogni reparto può attivare? La sala operatoria è aperta o è nel Blocco Operatorio dell'ospedale? In entrambi i casi la risposta è: meglio la prima opzione, ma la seconda va comunque accettata come punto di partenza. Un reparto di day surgery multispecialistico può essere una buona occasione per sperimentare la possibilità di avere aree di degenza in cui pazienti della stessa gravità (non della stessa disciplina) vengono assistiti da una unica équipe infermieristica e da un pool di chirurghi delle diverse specialità che "affittano" i posti letto per i pazienti per i quali effettuano l'intervento. Nulla vieta però di sperimentare l'attività di day surgery in un reparto chirurgico che a questa attività riserva uno specifico spazio. E' questa una soluzione simile a quella della attività di day hospital oncologico affiancata alla attività in regime di ricovero ordinario. Nel caso di reparti chirurgici la soluzione è un po' meno efficiente in quanto risulta conveniente concentrare l'attività di day surgery in precise giornate. I posti letto riservati a questa attività o comunque le aree del reparto ad essa riservate (si potrebbero avere poltrone al posto dei letti ad esempio) rischierebbero così di essere insufficienti nei giorni di day surgery ed essere sottoutilizzate negli altri giorni.

La sala operatoria o le sale operatorie dedicate alla day sur-





gery hanno un elevato turn over dei pazienti data la brevità di molti degli interventi effettuati. Meglio dunque avere una o più sale operatorie dedicate in modo da tenere quanto più possibile separati i flussi dei pazienti che debbono subire interventi "leggeri" da quelli che debbono subire interventi "pesanti". Anche in questo caso la soluzione alternativa, e cioè l'utilizzo del blocco centrale (magari unico) di sala operatoria, è comunque accettabile specie se si adottano modelli organizzativi comunque capaci di tenere i due citati flussi in qualche misura distinti (ad esempio attraverso l'utilizzo di particolari sale in particolari giorni).

E ora gli aspetti amministrativi. C'è convenienza ad offrire gli interventi chirurgici in regime di day surgery per le Aziende Ospedaliere che "vivono" dei loro ricavi? E quindi: le tariffe sono adeguate o conviene ancora far trascorrere le solite due notti in ospedale per arrivare alla tariffa piena del DRG? La risposta è: conviene! Se ancora le tariffe sono in molti casi favorevoli ad un ricovero breve (due notti) piuttosto che non ad un regime di day surgery (una notte o dimissione in giornata), si arriverà presto a ritoccare le tariffe ed a renderle ancora più favorevoli per questo regime. Ed allora tanto vale

spingere sin d'ora verso un modello organizzativo che è senza alcun dubbio il modello del futuro (che è il presente di altri paesi, fra l'altro).

Da ultimo, dove si può fare attività di day surgery? Sicuramente solo negli ospedali, capaci di garantire il passaggio da un regime di ricovero diurno al pernottamento nei casi in cui questo si rende opportuno. E, in particolare, negli ospedali già dotati di Unità Operative chirurgiche, meglio ancora se della stessa specialità in cui si vuole sviluppare l'attività di day surgery. E' parere di chi scrive che sia auspicabile in futuro una concentrazione delle attività chirurgiche in un ridotto o comunque minor numero di sedi, in modo da garantire un utilizzo ottimale delle strutture disponibili, la disponibilità di servizi di supporto adeguati (in primis la centrale di sterilizzazione) e l'effettuazione di volumi significativi di attività capaci di garantire standard professionali elevati. Le altre sedi ospedaliere potrebbero essere utilizzate per lo sviluppo della lungodegenza e delle attività di riabilitazione che trovano con difficoltà spazi nelle strutture ospedaliere per acuti. Ma qui siamo in un altro capitolo, che svilupperemo a suo tempo.





A CURA DI MARINA SCARPELLI



Momenti dell'inaugurazione  
del Laboratorio didattico e  
dell'Atelier Studenti, dotati di  
28 computer, alla presenza del  
Magnifico Rettore





## **Forum di Facoltà**

### **Didattica Interprofessionale**

Aprile-Giugno 1999 - ore 12.30-14.30 - Aula D

#### **Medicina nelle Marche**

Coordinatore:  
Prof. Francesco Orlandi

16 APRILE 1999

*Diacinto Cestoni* (Montegiorgio, AP, 1637 - Livorno 1712):  
*Negazione della teoria umorali delle malattie e negazione della teoria della generazione spontanea*  
I. D'Angelo

7 MAGGIO 1999

*Medici e Facoltà di Medicina nell'area di Camerino*  
P.L. Falaschi

---

#### **La Qualità nella Sanità**

Coordinatore:  
Prof. Leandro Provinciali

23 APRILE 1999

*La Qualità gestionale in Medicina*  
E. Brizioli, S. Centini, M. Procaccini, L. Provinciali

14 MAGGIO 1999

*Modalità di organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria basato sulla qualità*  
F. Di Stanislao, A. Gardini, L. Provinciali

---

#### **La gestione economica in Sanità. Il Processo decisionale e le informazioni**

Coordinatore:  
Prof. Gian Mario Raggetti

21 MAGGIO 1999

*Il Management in Sanità*  
G.M. Raggetti, F. Greco, V. Carignani

4 GIUGNO 1999

*La responsabilità gestionale del Medico*  
G. Ros, E. Roversi, R. Labanti





## ***Seminario di Primavera***

Mercoledì 26 maggio

Auditorium di Portonovo

ore 8,30 - 17,00

### **La programmazione didattica 1999-2000**

Riflessioni della Facoltà su obiettivi, programmi e strumenti didattici relativi a Diplomi,  
Corsi di Laurea e Scuole di Specializzazione per il prossimo Anno Accademico

(riservato ai Componenti del Consiglio di Facoltà)

\* \* \* \* \*

ore 17,00 - 20,00

### **Incontro con gli Studenti**

Presentazione e discussione del  
Manifesto degli Studi 1999-2000

(in tre aule separate per Corsi di Diploma, Corsi di Laurea e Scuole di Specializzazione)





Data	Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
I anno II semestre	<b>BIOLOGIA, GENETICA E BIOMETRIA:</b> Biologia e genetica delle malattie mitocondriali e lisomiali	Prof. G. Principato	dal 07/05/99 al 21/05/99	10:30 12:30	D
	<b>ISTOLOGIA:</b> Applicazione e validazione di tecniche morfologiche innovative per lo studio dei tessuti	Prof. D. Rodriguez	dal 28/05/99 al 11/06/99	10:30 12:30	D
II anno II semestre	<b>BIOCHIMICA:</b> Comunicazione cellulare: aspetti molecolari della traduzione dei segnali	Prof.ssa G. Curatola	dal 07/05/99 al 21/05/99	10:30 12:30	A
	<b>PATOLOGIA E FISIOPATOLOGIA GENERALE:</b> Meccanismi di patogenicità dei parassiti	Prof. C. Vecchi	dal 07/05/99 al 21/05/99	8:30 10:30	A
IV anno II semestre	<b>CHIRURGIA GENERALE E GASTROENTEROLOGIA:</b> Fisiopatologia digestiva alcol	Prof. F. Orlandi	dal 07/05/99 al 21/05/99	10:30 12:30	G
	<b>CHIRURGIA GENERALE E GASTROENTEROLOGIA:</b> Chirurgia laparoscopica	Dott. E. Lezoche	dal 28/05/99 al 11/06/99	10:30 12:30	G
IV anno II semestre	<b>ANATOMIA PATOLOGICA:</b> La patologia quantitativa nella diagnosi e nella prognosi delle neoplasie	Prof. R. Montironi	dal 28/05/99 al 11/06/99	10:30 12:30	Aula n. 2 I piano
	<b>MALCUTANEE E VENEREE E CHIRURGIA PLASTICA:</b> Patologia pigmentaria cutanea	Prof. G. Bossi	dal 07/05/99 al 21/05/99	10:30 12:30	Aula n. 2 I piano
	<b>OFTALMOLOGIA:</b> Malattie degli annessi oculari	Dott. G. Frongia	dal 07/05/99 al 21/05/99	8:30 10:30	D
	<b>ANATOMIA PATOLOGICA:</b> La biologia molecolare in Anatomia Patologica	Prof. E. Fabris	dal 28/05/99 al 11/06/99	8:30 10:30	D
VI anno II semestre	<b>IGIENE E SANITA' PUBBLICA:</b> Rischi igienico-sanitari in ospedale: aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M.M. D'Errico	dal 07/05/99 al 11/06/99	8:30 10:30	E
	<b>MEDICINA DEL LAVORO:</b> Il rumore industriale: effetti sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	dal 28/05/99 al 11/06/99	10:30 12:30	E
	Materiali sostitutivi dell'amianto	Prof. M. Governa	data da definire		
	<b>EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE:</b> Coma metabolici	Prof. A. Benedetti Dott. I. Testa	dal 28/05/99 al 11/06/99	8:30 10:30	Aula n. 2 I piano
	<b>EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE:</b> Intossicazioni acute esogene	Prof. P. Pelaia	dal 07/05/99 al 21/05/99	10:30 12:30	E



FRANCESCO ORLANDI

La rivista *Archives Italiennes de Biologie* pubblica a pagina 317 un articolo sulla struttura sfinterica dell'apertura del coledoco in duodeno ("D'une disposition à sphincter spéciale de l'ouverture du canal cholédoque"). La ricerca è stata condotta nel Laboratorio di Fisiologia della Libera Università di Perugia, "seguendo i consigli" del direttore professor Marcacci.

Con una macerazione in acido nitrico al 33% erano state isolate le fibre muscolari lisce circolari. Esse erano risultate particolarmente fitte attorno alla terminazione del coledoco. I loro rapporti con la muscolatura duodenale erano stati poi studiati con colorazione al carminio su fette istologiche trasversali e longitudinali, e tutto ciò su diverse specie animali. Era evidente un vero e proprio sfintere indipendente dalle tuniche muscolari dell'intestino. Erano anche emerse diversità tra specie lontane, ad esempio gli uccelli mostravano una struttura simil-sfinterica lungo un tratto molto esteso del coledoco. Tutte le osservazioni indicavano in ogni caso una funzione costante di regolazione del flusso biliare nel duodeno, con periodicità ed intermittenza, e veniva richiamata l'attenzione sul cointeressamento del dotto pancreatico. Questa disposizione particolare ci permette di capire - conclude l'articolo - talune sindromi cliniche a patogenesi oscura.

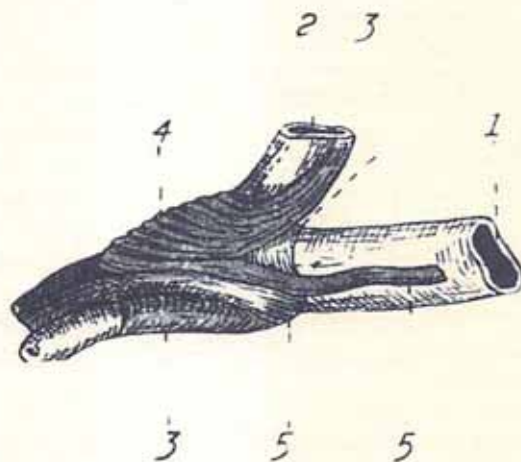
## Altri tempi, altri studenti

Non male, nel 1887. Troviamo sostanzialmente riprese le stesse notazioni anatomiche nella terza edizione del prestigioso "Malattie del Fegato e delle Vie Biliari", Giorgio Dominici, Vallardi 1960. In un secolo di progresso medico generazioni di chirurghi, di fisiopatologi e di gastroenterologi hanno basato

la loro nomenclatura, la loro diagnostica e la loro terapia sullo sfintere di Oddi, che resta una delle zone più calde in endoscopia ed in manometria clinica.

Ruggero Oddi aveva ventitré anni quando pubblicò l'articolo, ed in esso era riassunto il suo lavoro sperimentale per la tesi di laurea. Egli apre l'articolo precisando che in realtà Glisson aveva accennato a delle fibre muscolari anulari nel suo "Anatomia Hepatis", 206 anni prima, ma che tale accenno era poi caduto nella dimenticanza.

Quando ho messo in risalto tale precocità di ingegno e di talento scientifico in uno studente, celebrando due anni fa a Perugia la consegna del Premio Internazionale Ruggero Oddi davanti a grossi calibri come Dame Sheila Sherlock e Niels Tygstrup, mi sono sentito obiettare: "Perché sorprendersi, non era studente anche Gilbert quando descrisse per primo la sua malattia?".



Università degli Studi di Ancona  
30° della fondazione

## Seminario di Storia della Medicina

Sabato 26 giugno 1999

Polo didattico scientifico  
di Torrette di Ancona

Ore 9,30 Apertura

Interventi del Prof. Ing. MARCO PACETTI, Rettore, e del Prof. TULLIO MANZONI, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Ore 9,45 Lettura *La rivoluzione scientifica del XVII secolo*

LUCIANA ANGELETTI, professore ordinario di Storia della Medicina, Università "La Sapienza", Roma  
Moderatore: GIOVANNI DANIELI

Ore 11,00 Tavola rotonda su *Medicina nelle Marche, storie parallele*

GIUSEPPE ARMOCIDA, Varese; GRAZIELLA BERETTA, Pesaro; ITALO D'ANGELO, Ancona; LUIGI FALASCHI, Camerino; OLIVIO GALEAZZI, Marina di Montemarignano; GILBERTO PICCININI, Falconara; ALFREDO SERRANI, Fermo.  
Coordinatore: FRANCESCO ORLANDI



I codici di deontologia medica che si sono succeduti dal 1989 al 1998 recano precise disposizioni in tema di informazione all'assistito (cfr. Tabella). Forse il testo del 1995 è quello più chiaro in argomento.

Il primo comma dell'art. 29 del Codice del 1995 prevede infatti che "il medico ha il dovere di dare al paziente ... la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, ... anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche. ... (omissis)..."

E' fuori di dubbio che l'art. 29 contempra per il medico, nei confronti del paziente, il dovere dell'informazione in quanto tale, a prescindere dal raggiungimento di particolari obiettivi. Il fatto che l'ultima parte del primo comma dell'articolo introduca con un "anche" il fine di promuovere la migliore adesione alle cure da parte dell'assistito,

indica che il fine dell'informazione non è soltanto quest'ultimo appena citato, contrariamente a ciò che taluni medici ritengono; è bensì qualcosa di più sostanziale, trattandosi di un'integrazione

## Il codice di deontologia medica e l'informazione dell'assistito

della prestazione sanitaria finalizzata alla tutela della

salute, intrinsecamente volta a realizzare nella persona la consapevolezza delle sue condizioni, come arricchimento del suo patrimonio culturale (in senso antropologico) e come mezzo per consentire al paziente di verificare l'adeguatezza della prestazione sanitaria ricevuta. L'informazione nei confronti dell'assistito è quindi prestazione sanitaria essa stessa alla stregua dell'intervento diagnostico-terapeutico propriamente inteso.

Per quanto attiene il contenuto, bene si esprime l'art. 29 in quanto suggerisce una scansione progressiva: l'informazione verte, logicamente, prima sulla diagnosi, indi sulla prognosi, indi ancora sulle prospettive terapeutiche e da ultimo sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia. Male dunque ragiona chi, ritenendo in modo imperfetto che l'informazione sia propedeutica al consenso, è convinto che il contenuto debba riguardare in particolare proprio ciò su cui l'assistito deve esprimere il consenso, cioè il trattamento, con tutti i rischi che esso comporta. Chi ragiona esclusivamente in tal modo non può dunque non fornire un'informazione parziale, in quanto univocamente finalizzata, oltre tutto insidiosissima perché, enfatizzando gli aspetti rischiosi del trattamento e facendo di conseguenza leva su paure alle quali viene data una veste di concretezza, si può finire con il privare il paziente di risorse terapeutiche. Ciò avviene quando, nella persona che deve scegliere, prevale l'aspetto emotivo indotto dalle paure, talché egli non aderisce a trattamenti, che avrebbe invece ragionevolmente scelto, se solo fosse stato posto in condizione di disporre di un'informazione adeguata, cioè completa.

### Codice di Deontologia medica 1998

#### Art. 30 - Informazioni al cittadino

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

... (omissis) ...

### Codice di Deontologia medica 1995

#### Art. 29 - Informazioni al paziente

Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sue capacità di discernimento, la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere comunque soddisfatta.

... (omissis) ...

### Codice di Deontologia medica 1989

#### Art. 39

Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e delle sue capacità di discernimento, la più serena informazione sulla diagnosi, la prognosi, le prospettive terapeutiche e le loro conseguenze, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, nel rispetto dei diritti della persona, e al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte terapeutiche.

Ogni quesito specifico posto dal paziente deve essere accolto e soddisfatto con chiarezza.

... (omissis) ...







La versione del codice di deontologia medica del 1989, non si differenziava in modo significativo, da quella del 1995; ciò è vero pur se pochi, fra medici e commentatori, avevano letto e considerato la congiunzione "e" che compariva alla fine del primo comma dell'art. 39 del codice del 1989 (corrispondente all'art. 29 del codice del 1995): "Il medico ha il dovere di dare al paziente ... la più serena informazione sulla diagnosi, la prognosi, le prospettive terapeutiche e le loro conseguenze, ... e al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte terapeutiche." In altre parole, se è indubbio che il testo del comma fosse divenuto più chiaro nella versione del 1995 con la modifica formale apportata nell'art. 29, laddove è evidente che l'informazione è doverosa "anche" al fine di promuovere la migliore adesione del paziente alle proposte diagnostiche e terapeutiche, tuttavia ciò era già manifesto nel previgente art. 39. Quest'articolo focalizzava il concetto per cui l'informazione all'assistito è, in primo luogo, doverosa in sé e per sé, come diritto alla conoscenza e, solo in secondo luogo, costituisce il presupposto necessario (ma non sufficiente) per l'espressione dell'adesione (cioè del consenso) alle proposte diagnostiche e terapeutiche. Per sostenere una diversa tesi in relazione all'art. 39 del codice del 1989, può solo essere invocata una giustificazione banale: che cioè la congiunzione "e", piccola com'è, non è mai stata considerata come significativa, talché il comma, privato di quella "e", assume significato più limitato: quello del dovere di informare al fine di rendere consapevole la scelta del soggetto. Ma una siffatta interpretazione è del tutto errata, proprio perché nell'art. 39 era la congiunzione "e" ad introdurre la frase "al fine di promuovere la migliore adesione ...": il che già stava ad indicare -come in realtà meglio avrebbe specificato l'"anche" del 1995- il duplice significato dell'informazione, il primo come stile di rapporto con il paziente, l'altro come obiettivo intrinseco ed immediato. Dal confronto dei rispettivi articoli dei Codici del 1989 e del 1995, emerge dunque il seguente concetto fondamentale: l'informazione all'assistito è, in primo luogo, doverosa in sé e per sé come diritto alla conoscenza e, solo in secondo luogo, costituisce presupposto necessario (ma non sufficiente) per l'espressione del consenso alle proposte diagnostiche e/o terapeutiche.

Ora, nell'art. 30 del Codice di deontologia medica del 1998 questo concetto sembra cancellato: infatti la frase di interesse -che ritorna con lievi ritocchi nelle tre versioni del Codice- al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche non è preceduta né dalla "e" che figurava nell'art. 39 del 1989 né

dell'"anche" introdotto nell'art. 29 del 1995. Al posto delle congiunzioni, nell'attuale versione è comparso un punto e virgola (;) cui segue l'inserimento di una nuova frase ("il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione") che precede l'appena citato concetto di riferimento dell'al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

La questione da risolvere è se l'abolizione delle congiunzioni "e"/"anche" esprima una rinnovata concezione, per cui il Codice vigente, diversamente dai precedenti, postula che l'informazione è finalizzata solo all'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Una siffatta idea è insostenibile, sia per ragioni formali-sintattiche sia, soprattutto, per motivi logico-sostanziali. Dal punto di vista sintattico, l'aver introdotto un punto e virgola dopo il primo periodo indica che l'enunciato di cui al primo periodo è da considerare compiuto in sé stesso. Ciò significa che il dovere che incombe al medico di "fornire al paziente la più idonea informazione su ..." ha un valore intrinseco e costituisce un vincolo che prescinde dallo scopo dell'informazione: il che equivale a dire, come facevano le due precedenti edizioni del Codice, sia pure con formula diversa, che l'informazione alla persona che si rivolge al medico è doverosa in sé, come parte integrante e costitutiva del rapporto fra i due soggetti, e quindi prescinde dall'obiettivo di ottenere un consenso. Anzi, l'aver escluso qualsiasi rapporto teleologico, anche solo facoltativo od eventuale, dell'informazione rispetto al consenso, costituisce un segno di maturità ed una testimonianza della definitiva negazione di qualsiasi vincolo finalistico dell'informazione rispetto al consenso. In altre parole, la nuova formulazione conferma il concetto di un dovere autonomo di informazione; per non creare equivoci, resta comunque fermo che il consenso del paziente all'atto medico richiede, per essere valido, la previa informazione, nonché -occorre aggiungere- la capacità dell'assistito di comprenderla e di attuare scelte consapevoli ed adeguate ai suoi bisogni. Bisogna però considerare che la frase "al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche" è rimasta nel testo dell'art. 30 attuale, pur se riferita ad altro concetto; il che crea un paradosso inaccettabile, che cioè è solo a quel fine che occorre tenere conto delle capacità di comprensione dell'assistito. Sorge così un nuovo tipo di problemi, diverso da quello in esame e da affrontare approfonditamente in altra occasione. Qui è da indicare che si tratta, come detto poco sopra, di paradosso inaccettabile, perché è in ogni caso che il medico deve



tener conto delle capacità di comprensione dell'assistito: è nozione elementare che il processo informativo fluisce nei due sensi e necessita di continue verifiche intrinseche, la prima delle quali è costituita dalla valutazione in itinere della congruità delle domande poste dall'assistito rispetto alle informazioni fornite dal medico.

Dal punto di vista logico-sostanziale non vi è poi alcun motivo ragionevole per modificare un'impostazione - quella del dovere dell'informazione in sé e per sé - che è stata autorevolmente introdotta nella cultura medica italiana dalla dottrina medico-legale. Nessuna voce dissenziente si è levata per contrastare la congruità logica di tale dovere da quando ha avuto una sua coerente sistematizzazione deontologica nell'ultimo ventennio, sia a livello di trattatistica<sup>1</sup> sia nell'ambito delle riviste scientifiche.<sup>2</sup> Illogico risulterebbe quindi il ragionamento che indicasse come superato il concetto dell'informazione doverosa in sé e per sé.

Anzi è vero il contrario. Basti osservare come, in argomento, si esprime il nuovo Codice deontologico dell'Infermiere nel testo approvato dal Comitato centrale

IPASVI nel febbraio 1999. Infatti il punto 4.2 di quel Codice recita: "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte." E' qui chiaramente indicato il principio dell'informazione all'assistito doverosa in sé e per sé: come nel Codice di Deontologia medica del 1995, il ricorso, in questo testo, alla congiunzione "anche" non lascia dubbi in proposito.

1) BARNI M., Il dovere di informare, in Adamo M., Bargagna M., Barni M., Dell'Erba A., Fabroni F., Fornari A., Querci V., Manuale di Medicina legale e delle Assicurazioni, Monduzzi ed., Bologna 1979, p. 21.

2) BENCIOLINI P., Fondamentali obblighi giuridici del medico. Valutazione comparata secondo le diverse figure giuridiche rivestite, Federazione Medica 38, 816, 1985.





LEANDRO PROVINCIALI

L'evoluzione della sensibilità nei riguardi della qualità tecnica in Medicina si è sviluppata parallelamente al mutamento dell'etica in Medicina, realizzando di fatto un sinergismo fra gli obiettivi dei due movimenti culturali. Infatti, se dal lato dell'etica si è realizzata una nuova concezione del rapporto medico-paziente e dell'atteggiamento delle diverse figure sanitarie, basati entrambi sull'uso adeguato delle competenze tecniche, dall'altra si è enfatizzato il percorso che giustifica l'uso delle migliori risorse culturali disponibili alla luce dei criteri di efficienza.

Numerosi esempi testimoniano l'esigenza crescente di incrementare le prove oggettive di efficacia delle terapie praticate, senza accontentarsi di un generico consenso fra gli operatori sanitari. Alcuni anni fa una task force, appositamente creata in Canada, al fine di dare risposta ad un problema di notevole rilevanza clinica, scriveva nella relazione finale "Un aspetto essenziale nel comportamento dei medici è quello di smettere di considerare gli studi controllati come follia degli accademici ossessionati, sulla base del principio la ricerca è per scienziati, e non per i clinici.

## Qualità tecnica in medicina

Una ricerca appropriata non è una prerogativa di accademici ma è la base della miglior condotta e la miglior garanzia di qualità. Non puoi sapere se quello che stai facendo è il meglio per il paziente senza che la pratica sia stata rigorosamente testata. Una attestazione di qualità conferita da esperti non è molto di più di un surrogato di una prova scientifica e non può resistere a fronte di una rigorosa smentita".

Indubbiamente, nel corso degli ultimi anni gran parte dell'attenzione è stata rivolta alla scelta degli strumenti terapeutici da utilizzare nell'ambito di determinate patologie, ma tale atteggiamento non deve portare a trascurare la fase diagnostica dell'assistenza clinica, anche in considerazione della priorità che Charcot oltre un secolo fa raccomandava ai propri allievi: "Per saper trattare una malattia, si deve saper come riconoscerla. La diagnosi è il miglior trampolino verso lo schema di trattamento".

Tale raccomandazione appare oggi particolarmente utile, alla luce della ampia disponibilità di indicazioni terapeutiche nei mezzi di informazione, talora utilizzate in maniera non appropriata a causa di carenze di ordine diagnostico.

L'esigenza di specifici requisiti di qualità tecnica rivolta alle strutture assistenziali è stata già definita oltre dieci anni or sono su riviste cliniche, prima della diffusione dei requisiti correlati ai processi di miglioramento continuo della qualità, che

si è realizzata soprattutto su fonti letterarie dedicate all'organizzazione sanitaria. Già allora, veniva sottolineata l'opportunità di avere all'interno della struttura che ospita l'unità clinica, l'archivio relativo alla casistica esaminata, un registro delle malattie esaminate e delle procedure adottate, l'analisi di ogni nuova modalità assistenziale, la disponibilità di linee-guida o di standard documentati per le condizioni assistenziali più comuni; oltre a ciò veniva enfatizzata l'opportunità di incentivare il lavoro di gruppo, di promuovere programmi educazionali, di coinvolgere gli utenti, di monitorare le prestazioni, di verificare periodicamente le attività ed i risultati di ogni singolo operatore ed, infine, di gestire direttamente le risorse.

### Elementi di riferimento della qualità tecnica

Attualmente, il processo di incentivazione della qualità tecnica è riferito agli elementi che caratterizzano le tre specifiche dimensioni: la struttura sanitaria, il processo assistenziale praticato ed il risultato clinico conseguito.

Nell'ambito della struttura, gli indicatori di qualità sono rappresentati dal numero di operatori sanitari, ed in particolare dal loro curriculum, dalla dotazione strumentale e dalla collocazione logistica dell'unità operativa in seno all'attività dipartimentale. Alcuni aspetti della qualità riferita alla struttura sanitaria sono comuni al processo gestionale che destina risorse all'unità operativa, ma indubbiamente le caratteristiche degli operatori, unitamente alle disponibilità strumentali, caratterizzano anche la qualità tecnica.

L'elemento più frequentemente utilizzato per discriminare la qualità tecnica nell'attività sanitaria è rappresentato dall'analisi del processo assistenziale. Essa dovrebbe garantire una ampia visibilità di tutte le attività svolte e delle condizioni che hanno portato all'assunzione di specifiche decisioni in ambito assistenziale. L'analisi del processo assistenziale è mirata ad incrementare l'efficacia pratica (effectiveness) delle decisioni assunte, sulla base di specifici requisiti di efficacia teorica (efficacy). L'obiettivo costante del processo decisionale è rivolto al raggiungimento di condizioni di sicura "rilevanza clinica", intendendosi con tale termine l'espletamento di esami o di procedure che modificano la condotta assistenziale; tale situazione si differenzia dalle condizioni che garantiscono "rilevanza conoscitiva", nell'ambito delle quali esami e procedure arricchiscono le informazioni disponibili a fini prognostici od a scopi scientifici.

Gli elementi caratterizzanti la qualità del processo assistenziale sono basati sull'esplicitazione delle linee-guida adottate, degli standard di riferimento accettati per l'unità operativa





in esame e dei criteri di valutazione dei risultati. A tali condizioni si aggiungono, quali fattori di grande rilievo, i "criteri di appropriatezza" utilizzati nel contesto operativo per le procedure assistenziali e le testimonianze di una organizzazione assistenziale "in team", cioè strutturata sfruttando completamente le competenze delle diverse categorie di operatori.

L'adozione di linee-guida ha rappresentato un criterio di qualità frequentemente suggerito ma che talora comporta rischi nell'applicazione di routine. La scelta di utilizzare linee-guida è basata sulle seguenti motivazioni: a) di tipo cognitivo, giacché è impossibile per un singolo operatore ricordare i dettagli di tutti i percorsi assistenziali; b) normativo, poiché è opportuna la selezione fra diverse opzioni giacché molti interventi comunemente praticati non risultano corretti; c) economico, poiché alcuni interventi hanno un profilo costo-beneficio troppo alto; d) giuridico, dato che è opportuno che il comportamento assistenziale sia supportato da un consenso, al fine di evitare interpretazioni non univoche della situazione clinica in esame.

Alcuni argomenti possono essere espressi per criticare l'utilizzo incondizionato delle linee-guida a fini gestionali o formativi: a) le linee-guida tengono conto di pochi elementi per cui, la scelta nella pratica clinica, si rivolge solo a due o tre delle opzioni praticabili; b) le linee-guida tendono a rendere assolute le evidenze tratte dai rilievi epidemiologici e clinici, ma spesso è richiesta una motivazione razionale del comportamento assistenziale, soprattutto quando le opzioni sono equivalenti; c) le linee-guida rappresentano una rinuncia alla pratica supportata dalle esperienze, a favore di un approccio tecnico maturato talora in ambienti assistenziali diversi ed utili soprattutto quando la prassi non è consolidata; d) le linee-guida sono deresponsabilizzanti poiché ad esse viene attribuita dall'operatore la delega di una decisione; e) le linee-guida non prevedono condizioni di ambiguità della pratica clinica escludendo di fatto le difficoltà reali correlate alla dettagliata valutazione del problema.

### **Il processo decisionale come testimonianza di qualità tecnica**

In molte occasioni è richiesto agli operatori sanitari di discriminare e testimoniare l'analisi decisionale che supporta le scelte assistenziali. Tale condizione è basata su tappe specifiche sintetizzate come segue: a) identificazione del problema

clinico con tutte le variabili ad esso connesse; b) descrizione degli eventi possibili nell'ambito della evoluzione spontanea o dopo trattamento; c) attribuzione di un valore di probabilità ad ogni evento prevedibile per il caso in esame; d) attribuzione di un valore di utilità alle scelte assistenziali, in relazione anche alle aspettative del paziente; e) calcolo dell'utilità attesa dalle diverse opzioni assistenziali, tenendo in considerazione le condizioni ed i protagonisti della situazione clinica.

In termini operativi, Brechin e Liddiard nel 1981, proposero di applicare all'assistenza sanitaria una metodica operativa già utilizzata nell'industria, definita "approccio orientato al problema". Tale metodica è basata sulla sequenza di quattro azioni specifiche definite come bilancio, pianificazione, intervento e valutazione dei risultati. L'azione di bilancio è orientata alla valutazione di tutti gli aspetti clinici del soggetto che ha richiesto assistenza ed offre gli elementi essenziali alla progettazione dell'intervento assistenziale.

La pianificazione comprende anche la identificazione dei tempi e dei modi di verifica dell'efficacia dell'intervento che si esprime attraverso un cambiamento degli indicatori utilizzati per monitorare il processo assistenziale. Alla luce dei risultati ottenuti potrà essere deciso se rivalutare globalmente la situazione per pianificare un nuovo intervento o ritenere raggiunto l'obiettivo assistenziale.

Nella pratica clinica abituale la testimonianza della qualità del processo assistenziale può essere realizzata attraverso la esplicitazione delle seguenti fasi: definizione del problema clinico, illustrando la probabilità, la rilevanza e le caratteristiche di possibili eventi; la identificazione dell'obiettivo assistenziale; la definizione delle azioni necessarie a raggiungere l'obiettivo; l'esame delle opzioni disponibili ed i criteri di selezione delle varie possibilità di intervento; la discriminazione delle competenze necessarie, in termini di reclutamento di operatori sanitari, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Nel corso degli ultimi due anni la qualità di tipo tecnico correlata al valore professionale degli operatori è stata considerata prioritaria rispetto alla qualità gestionale, la quale sembrava in precedenza prevalere alla luce degli emergenti concetti di organizzazione assistenziale. Una simile evoluzione testimoniata anche da alcuni aspetti del piano sanitario nazionale 1998/2000, costituisce un incentivo significativo per lavorare al fine di migliorare la cultura e l'esperienza degli operatori. È auspicabile che utenti e gestori della sanità sappiano valorizzare gli sforzi compiuti dagli operatori per migliorare la formazione e l'aggiornamento professionale.





CLAUDIO MARIA MAFFEI

La risposta alla domanda del titolo non può che essere positiva, ma occorre subito introdurre un "ma". Ma non è facile. Vediamo subito perché.

Migliorare la qualità tecnica vuol dire fare in modo che vengano fatte bene le cose giuste. Questa espressione, che altri nel corso del seminario hanno utilizzato, rimanda ad uno dei problemi fondamentali della attuale pratica professionale in campo sanitario e cioè la disponibilità ad accettare che la propria pratica possa essere messa in discussione perché suscettibile di miglioramenti. Detto così il problema non appare complesso: è inevitabile che dei professionisti (siano essi medici, infermieri o tecnici) accettino il principio che il lavoro possa essere fatto meglio. In realtà, il primo e forse principale ostacolo ad un miglioramento della qualità tecnica è la sostanziale indifferenza o per meglio dire inerzia rispetto a questo problema. Vediamo di dimostrarlo.

## La qualità tecnica si può promuovere e monitorare?

Oggi in sanità è sempre più sentita l'esigenza di fondare la pratica professionale sulla base di solide premesse scientifiche. Questo si traduce o si dovrebbe tradurre in una continua ricerca di standard o linee guida di riferimento. Ad

esempio, per definire la corretta individuazione della procedura chirurgica per il trattamento di una condizione clinica, lo schema di trattamento radio- o chemio terapeutico per una determinata forma tumorale, la corretta modalità di utilizzo di plasma ed emoderivati in genere, ecc.

La premessa di tutto questo discorso è che non è accettabile una variabilità di comportamenti per un problema assistenziale, quando sono stati già identificati a livello tecnico-scientifico i comportamenti più idonei. In questi casi la variabilità è giustificata solo in un contesto di ricerca in cui si studia come un approccio standard possa essere sostituito o integrato con un approccio alternativo che si analizza in un contesto sperimentale. Una analisi nemmeno tanto approfondita porta subito a "scoprire" che in ospedale le regole scritte scientificamente fondate coprono un numero limitatissimo di situazioni cliniche o di percorsi diagnostico-terapeutici, mentre le abitu-

dini ed i riti hanno una enorme diffusione. Spie di questi comportamenti sono il cattivo utilizzo di plasma ed emoderivati in genere, la mancanza di regole nella valutazione pre-operatoria dei pazienti chirurgici, l'uso irrazionale degli antibiotici e soprattutto la grande variabilità di comportamenti rispetto allo stesso problema da parte di Unità Operative diverse o da operatori diversi della stessa Unità Operativa. Di più, se si provano a far circolare delle linee guida per una migliore gestione di questi problemi la risposta è spesso scarsa. Come se la qualità tecnica fosse un optional. Come interpretare questi atteggiamenti?

Una prima banale spiegazione è che ogni specialista è concentrato sul suo "specifico" professionale. Se è un chirurgo, ad esempio, sarà interessato soprattutto all'atto chirurgico. Purtroppo oggi la pratica professionale di un medico come di un infermiere ha bisogno di metodo qualunque sia l'attività che svolge. A tutti è richiesto un uso selettivo ed appropriato di quanto il supermarket sanitario mette a disposizione. Questo richiede di interiorizzare un approccio del tipo "cosa è giusto fare in questa situazione?" e poi "come posso farla al meglio?". Il problema della qualità tecnica è tutto qui: capire la necessità di scegliere e valutare. Sempre. La qualità è nemica delle abitudini e della logica del "ho sempre fatto così" magari seguito dal "e non è successo niente".

Se si accetta questa filosofia il resto è semplice. Le tecniche di miglioramento della qualità e quelle per monitorarla possono essere tranquillamente studiate a tavolino. In fondo si tratta di costruire un sistema per identificare i percorsi assistenziali più importanti, di definire delle linee guida per la loro gestione e costruire un sistema di indicatori per valutare l'impatto della loro attivazione.

Un infermiere utilizzi il modello delle lesioni da decubito per costruire a tavolino un percorso di miglioramento ed un medico quello del corretto ricorso alle tecnologie pesanti (Risonanza Magnetica, ad esempio). Sarà quasi intuitivo darsi delle regole ed una progettualità.

La qualità tecnica (quella parte della qualità che attiene alla capacità degli operatori sanitari di far bene il proprio mestiere) non è dunque una discussione filosofica, ma una cosa terribilmente concreta, se si ha la disponibilità ad accettarlo.



## Definizione

In condizioni di normalità tra medico e paziente si instaura una tacita alleanza che poggia sul comune obiettivo della guarigione. Si presuppone che il medico farà ogni sforzo per guarire il malato e questi collaborerà per ottenere lo stesso scopo. Nel caso del paziente difficile questa logica viene meno e al consueto clima amichevole solerzia si sostituisce una sorta di uggiosa diffidenza se non di aperta ostilità.

La consapevolezza di trovarsi in questa situazione talora stenta a farsi strada, ma è bene rendersene conto presto e tentare di uscire prima possibile da una strettoia che potrebbe anche sfociare in un contenzioso giudiziario oggi più che mai di moda.

Il medico che alla vista di un paziente avverte un forte disagio e magari sente qualche collaboratore mormorare *Ancona lui!* sappia che ha davanti un paziente difficile. Ho notato che l'università

## Il paziente difficile

non sempre prepara a questa evenienza, che non sono molti i trattati che affrontano l'argomento e che esso viene ignorato anche dai codici deontologici. Eppure chi ha pratica di malati sa che aver a che fare con pazienti di questo tipo rappresenta una delle prove più impegnative dal punto di vista professionale e psicologico.

## Classificazione

Accomunati dalla *patologia del rapporto* che incrina un'intesa cordiale, i malati difficili costituiscono una multiforme congerie che possiamo ricondurre ad alcune categorie.

**SIMULATORI.** Sono abbastanza rari nella pratica comune, si incontrano invece frequentemente nella medicina carceraria, militare, medico-legale.

**DISUBBIDIENTI.** Tutti i malati sono un pò inosservanti, specie di questi tempi in cui l'obbedienza non è più una virtù e non si rispettano più regole un tempo radicatissime nella comune cultura. Sono coloro che smettono gli antibiotici prima del dovuto, che non mettono le supposte, che auto-riducono cortisoni e psicofarmaci. Diciamolo francamente,

anche i medici fanno così quando si ammalano. Ma l'inoservanza è una disubbidienza parziale, i veri disubbidienti sono i diabetici che non praticano l'insulina, gli infartuati e vasculopatici che continuano a fumare, gli obesi che non calano di peso; disobbediente tipico è il tossicomane.

**IPOCONDRIACI.** Hanno deciso di star male. Una sorta di volontà incosciente mima sindromi morbone inesistenti e ribelli. Refrattari a tutti i rimedi, frequentatori assidui di ambulatori e ospedali, espertissimi di medicine ufficiali ed eretiche, mettono a dura prova l'abilità e la scaltrezza del medico che ben presto esaurisce il suo bagaglio di medicamenti e di spiegazioni, rimanendo alla mercé di un paziente sempre più esigente e critico.

**PERSONAGGI IMPORTANTI.** In questo caso la difficoltà è costituita dal naturale imbarazzo di essere sotto gli occhi di tutti, specie della società che conta; appartengono a questo gruppo i medici e i loro familiari.

**FRANCAMENTE OSTILI.** Il medico, abituato alla lode, prova una sensazione dolorosa nel trovarsi di fronte a malati che gli rimproverano apertamente una condotta incauta o sbagliata e di cui intuiscono la maldicenza; sono i più pericolosi dal punto di vista medico-legale perché suscitano sentimenti consimili nel medico e tutto ciò costituisce una miscela esplosiva.

L'ostilità può avvenire perché in qualche modo gli si è data ragione, ma la condotta più innocente talora non basta a scongiurarla.

Occorre però riconoscere che ci sono anche *medici difficili* capaci di trasformare in patologico un rapporto che sarebbe altrimenti normale. Sono essi:

*i caratteriali*, che con le loro dure parole e con gli atteggiamenti volgari irriterebbero chiunque,

*gli avidi*, attenti a fiutare ogni occasione di guadagno, incapaci di una minima generosità e pronti a vedere ogni malato un cliente,

*i superficiali*, incapaci di ascolto, irreflessivi, frivoli, suscitano ben presto la diffidenza di chi ha giustamente a cuore il bene prezioso della salute,

*gli ignoranti*, che in quest'epoca di tumultuoso progresso non hanno più aperto libro per cui i malati finiscono per saperne più di loro.

E ci sono anche i *parenti difficili* i quali irritano con la loro

petulanza e la loro provocatività e che hanno a loro giustificazione parziale l'ansia per il loro congiunto e il trauma psicologico che ogni evento morboso suscita nei congiunti.

### Qualche consiglio terapeutico

La prima cosa da fare è domandarsi se per avventura il paziente non abbia ragione; se, ad esempio, l'ipocondriaco non stia male davvero, o il simulatore, per una volta, non dica la verità o chi rifiuta quel farmaco non sia veramente intollerante.

La seconda cosa è non perdere la calma, occorre dire tra sé *"tanto costui non riuscirà a farmi perdere la pazienza!"*. Del resto il dottore che alterca ha sempre torto e fa comunque una brutta figura.

I personaggi importanti van trattati con una sorta di disinvoltata umiltà: Si può far loro un discorso così: *sono un po' imbarazzato, tutti gli occhi sono fissi su di me, mi faciliti il*

*compito ubbidendomi!* Il VIP ne sarà lusingato e vi ubbidirà.

I disubbedienti vanno ammoniti e persuasi con gradualità, accontentandosi di successi parziali e diluiti nel tempo; con essi ottenere tutto e subito è praticamente impossibile, si tratta di educazione sanitaria e si sa che i processi educativi nell'adulto sono per natura lenti.

Con gli ostili occorre ricordarsi di Machiavelli il quale raccomandava al Principe di non avere nemici: gli avversari bisogna farseli amici... o spegnerli. Il medico, non potendo uccidere nessuno, tenderà una onorevole pacificazione e, in caso di fallimento, declinerà l'incarico di curare questi malati.

Gli ipocondriaci, fortunatamente, usano spesso cambiare medico quando si accorgono che non riescono ad ottenere ciò che vogliono, ma in caso di una troppo lunga fedeltà, non c'è che un mezzo di scoraggiamento: il puntuale pagamento delle prestazioni. Questo semplice espediente è il rimedio sovrano per diradare le loro consultazioni.





A CURA DI MAURIZIO BATTINO

A CURA DI UGO SALVOLINI

### 1) Ipotesi di ripartizione di risorse finanziarie derivanti dal fondo di riequilibrio del FFO destinabili a posti di ruolo di professori e ricercatori

Nonostante le ripetute promesse di risolvere il problema entro le prime settimane di gennaio il Ministero non ha ancora stabilito i criteri per la suddivisione di tali fondi agli Atenei.

Il motivo è probabilmente da ricercarsi fra le ipotesi assolutamente discordanti espresse da Conferenza dei Rettori, Osservatorio e CUN. Per la prima tornata di concorsi previsti con la nuova legislazione è necessario che tali concorsi siano banditi con pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale prima del 31 marzo p.v. Per questa ragione, per venire incontro a quelle Facoltà interessate a bandire in tempi rapidi dei posti per professore e/o ricercatore, il Magnifico Rettore ha responsabilmente assunto

l'impegno di mettere a disposizione la cifra globale di 3.600 milioni. Se dal Ministero arriveranno risorse inferiori a tale cifra, si dovranno tagliare altre spese. E' stata approvata la seguente ripartizione di budgets fra Facoltà:

## Appunti dal Senato Accademico

* Ingegneria .....	1.100 milioni
* Scienze .....	800 milioni
* Medicina .....	700 milioni
* Agraria .....	500 milioni
* Economia .....	500 milioni

Questa ripartizione funzionerà come una specie di riallineamento fra tutte le nostre Facoltà per sanare antiche disparità e permettere una sorta di RESET, o azzeramento, di debiti o crediti che ognuna poteva vantare. Il modello adottato è sostanzialmente politico e non rispetta ferrei criteri legati a particolari parametri. Con tutti i parametri disponibili sull'argomento si può ottenere ogni tipo di risultato contrastante. L'unica certezza è la situazione invariabilmente deficitaria della Facoltà di Scienze che nonostante possa vantare circa 1000 studenti presenta un organico docente ridottissimo. La scelta ha premiato perciò le Facoltà meno ricche e penalizzato un po' quelle più ricche. E' stato ricordato che i posti di ricercatore che saranno eventualmente liberati durante l'espletamento dei concorsi per la fascia già previsti con la vecchia legislazione NON saranno rimessi a concorso perché non rientrano nel budget di Ateneo. Al contrario i budgets che si libereranno da oggi in poi per cessazione di docenti, per trasferimento, per passaggio di ruolo con i nuovi concorsi, etc. rimarranno alle Facoltà che potranno così finalmente attuare un minimo di programmazione.

### 2) Varie ed eventuali.

E' stata ratificata una convenzione con il Ministero delle Politiche Agricole per un Corso di perfezionamento di 300 ore sulle energie ottenibili da biomasse. E' stata approvata una modifica allo statuto della Scuola di specializzazione in Radiodiagnostica con l'aumento di un posto per anno di corso.

### 3) Cofinanziamento Ricerca Scientifica es. fin. 1999.

Approvate le richieste presentate.

Nella seduta ordinaria di giovedì 8 aprile il Magnifico Rettore ha ricordato come nel sito Internet del MURST sia disponibile il nuovo modello strutturale proposto per la istituzione dei Dottorati di Ricerca; è stata anche segnalata la recente pubblicazione di una legge "omnibus" che contiene, fra l'altro, la precisazione dei compiti e della struttura dei nuclei di valutazione, e la normativa che consente la possibilità della presa di servizio in corso d'anno per esigenze didattiche.

E' stata comunicata la chiusura per 45 giorni, a partire dal 19 aprile, di via Tronto a Torrette, con conseguente "rivoluzione" del traffico veicolare diretto al polo didattico, che dovrà passare attraverso l'ingresso dell'Ospedale.

E' stata approvata la attivazione del Diploma Universitario per Tecnici di Radiologia Medica a partire dall'anno accademico 2000/2001.

Sono stati deliberati fra l'altro:

- Nuova centrale telefonica per fonia e trasmissione dati, con collegamenti potenziali fra le diverse sedi.
- 4 edifici per laboratori pesanti a Monte Dago.
- Impianto di raffrescamento estivo a Ingegneria.
- Edificio per spazi didattici per Agraria.
- Progetto preliminare di sistemazione impianti sportivi a Posatora.

## Le delibere del Consiglio di Amministrazione







A CURA DI GIOVANNA ROSSOLINI

**English for Medical Studies** - I. Romano

Società Ed. Universo - Roma 1998

È un testo studiato appositamente per l'insegnamento della lingua inglese nei corsi di Diploma Universitario dell'area Medico-scientifica.

Il testo contiene alcune interessanti innovazioni didattiche sia nell'approccio comunicativo che nelle diverse sezioni di approfondimento tematico. All'interno del volume si trovano alcune sezioni con letture appositamente studiate per i diversi diplomi, in modo da facilitare l'acquisizione di un comune lessico, che consenta di attivare un dialogo efficace tra i professionisti dei vari campi.

L'autore ha cercato di sollecitare gli studenti ad un approccio con la letteratura scientifica attraverso un interessante lavoro di redazione di abstracts.

È opinione condivisa dai docenti e dai coordinatori dei corsi che lo sviluppo della mentalità universitaria, propria dei DU, passi attraverso la formazione scientifica, che gli studenti dovranno interiorizzare con una lettura attenta di articoli attinti dalle migliori riviste scientifiche del loro settore. D'altra parte anche la partecipazione attiva a Networks internazionali e a Convegni di rilevante

**Novità in  
Biblioteca**

interesse richiede loro la capacità di stendere un abstract secondo i canoni ormai acquisiti in questo campo. Al volume è allegato un floppy contenente oltre 70 abstracts con numerosi test autovalutativi, per consentire allo studente di monitorare il proprio processo di apprendimento.

Prezzo di copertina: £ 48.000

Il volume è offerto ad un prezzo di lancio promozionale di £ 38.000, compreso il dischetto.

**Alterazioni oculo-motorie** - E. Leonardi

Società Ed. Universo - Roma 1998

Con la recente istituzione del Diploma di Ortottista e Assistente di Oftalmologia, si è sentita la necessità di fornire informazioni di buon livello e di facile comprensione allo specializzando ed al professionista che collabora con il medico oculista.

L'autore pertanto, forte di una provata esperienza scaturita da un costante rapporto con i giovani oculisti ed ortottisti, ha ritenuto opportuno illustrare in maniera chiara e semplice le problematiche della fisiologia, clinica e terapia delle alterazioni oculo-motorie.

Questo manuale risulterà utile allo studente per una adeguata scrupolosa preparazione, e ad ogni specialista agevolerà la quotidiana pratica professionale.

Prezzo di copertina: £ 46.000

**Medicina Clinica Specialistica** - A. Granito

Società Ed. Universo - Roma 1998

Per l'adempimento delle numerose mansioni che oggi si richiedono per un'assistenza efficiente e completa del malato, è indispensabile un'intelligente intesa tra medico ed infermiere, il che presuppone l'acquisizione di nozioni sempre più impegnative. Questo compendio vuole essere uno strumento del tutto idoneo per l'iter professionale di un moderno infermiere allineato con i Collegi dei Paesi Comunitari.

Prezzo di copertina: £ 68.000



**La biblioteca dell'infermiere**

L'elenco che segue completa la descrizione dei testi già avvenuta nei Bollettini della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Febbraio e Settembre '98. Questi libri sono presenti in Biblioteca e disponibili per la consultazione per gli studenti dei corsi D.U.

Collocazione	Autore	Titolo	0	Editore	Città	Anno
S.I. 91	Assistenza Infermieristica Paola Di Giulio (a cura di)	V.1: Problemi respiratori Traduzione di Adria Tissoni, Simonetta Fabrizio		Masson	Milano	1991
S.I. 92	Assistenza Infermieristica Paola Di Giulio (a cura di)	V.2: Problemi gastrointestinali Traduzione di Adria Tissoni, Simonetta Fabrizio,		Masson	Milano	1991
S.I. 93	Assistenza Infermieristica Paola Di Giulio a cura di)	V.3: Problemi vascolari Traduzione di Flavia Galimberti, Anna Rizzi		Masson	Milano	1991
S.I. 94	Assistenza Infermieristica Di Giulio Paola (a cura di)	V.4: Problemi ematologici Traduzione di Franca Pellò		Masson	Milano	1992
S.I. 95	Assistenza Infermieristica Paola Di Giulio (a cura di)	V.5: Problemi endocrini Traduzione di Donatella Menta		Masson	Milano	1992
S.I. 96	Assistenza Infermieristica Paola Di Giulio (a cura di)	V.6: Problemi immunologici Traduzione di Simona Carini		Masson	Milano	1992
S.I.97	Assistenza Infermieristica Paola Di Giulio (a cura di)	V.7: Problemi genitourinari Traduzione di Nicoletta De Scisciolo		Masson	Milano	1992
S.I. 98	Assistenza Infermieristica PieraSisti, Paola Di Giulio (a cura di)	V.8: Problemi cardiaci Traduzione di Lesly M. Baroni		Masson	Milano	1997
S.I. 99	Assistenza Infermieristica Piera Sisti, Paola Di Giulio (a cura di)	V.9: Problemi metabolici Traduzione di Simona Carini		Masson	Milano	1993
S.I. 100	Assistenza Infermieristica Piera Sisti, Paola Di Giulio (a cura di)	V.10: Problemi neurologici Traduzione di Ernesto De Bernardinis,		Masson	Milano	1993





Collocazione	Autore	Titolo	Editore	Città	Anno
S.I. 101	Assistenza Infermieristica Piera Sisti, Paola Di Giulio (a cura di)	V. 11: Problemi muscoloscheletrici Traduzione di Nicoletta De Scisciolo, MassimilianoMoi	Masson	Milano	1993
S.I. 102-103	Loredana Sasso, Catia Maura Bonvento, Carmelo Gagliano	Scienze infermieristiche generali e cliniche. Presentazione di Emma Carl	McGraw-Hill	Milano	1997
S.I. 104-105	Geri LoBiondo-Wood Judith Haber	Metodologia della ricerca infermieristica. Edizione italiana a cura di Julita Sansoni	McGraw-Hill	Milano	1997
S.I. 106-107	Sheila A. Sorrentino	Assistenza infermieristica di base: principi e procedure Edizione italiana a cura di Carlo Calamandrei, Silvia Cianfanelli	McGraw-Hill	Milano	1994
S.I. 108-109	Edoardo Manzoni	Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica	Masson	Milano	1996
S.I. 110-111	MarisaCantarelli	Il modello delle prestazioni infermieristiche	Masson	Milano	1997
S.I. 112	James P. Smith	Virginia Henderson. I primi novant'anni	Masson	Milano	1997
S.I. 113	John B. Bache., Carolyn R. Amitt J. Ruth Tobiss	Atlante di procedure infermieristiche nelle emergenze	Masson	Milano	1994
S.I. 114-115	V. Baronio (a cura di)	Il protocollo nella pianificazione sistematica dell'assistenza infermieristica	Masson	Milano	1996
S.I. 116-117	Emergency Nurses Association	Standard del nursing nell'emergenza (Presentazione di P. Di Giulio, E. Drigo) Traduzione di S. Carini	Masson	Milano	1995
S.I. 118-119	Edizioni Medico Scientifiche	Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico	EMS	Torino	1996
S.I. 120-121	R. Borletto et al.	Tecniche infermieristiche di base e speciali (Prefazione di G. Lenta)	Ed. Minerva Medica	Torino	1992





GIUSEPPE ROMANI

Medico di Medicina Generale

La pubblicazione di "Lettere dalla Facoltà", oltre a rivestire un intrinseco valore culturale, offre la possibilità di conoscere, valutare, stimare le attività accademiche e permette, anche a chi storicamente ne è stato sempre precluso, di inserirsi nel dibattito che anima il mondo medico-scientifico marchigiano. Mi riferisco al *Medico di Famiglia*, oggi più propriamente definito *Medico di Medicina Generale (MMG)*, figura tradizionalmente estranea alle attività di formazione e di ricerca che caratterizzano il mondo accademico e, in parte, il mondo ospedaliero.

Figura negletta, da sempre, almeno nel nostro Paese, abbandonata a sé stessa per quanto riguarda la sua capacità di rinnovamento tecnico-culturale.

Quale studente di Medicina, negli ultimi decenni, ha desiderato primariamente di occuparsi di Medicina di Famiglia? Nessuno, o, forse, pochi.

Perché?

## La formazione specifica in medicina generale

La ragione principale va vista nella scarsa considerazione distorta che una componente disattenta e disinformata della società riserva alla figura del MMG, al di là dei riconoscimenti formali, sanciti oggi

addirittura a livello legislativo.

Nella mentalità corrente, recepita purtroppo osmoticamente anche dagli studenti di Medicina, il MMG è ancora il Medico della Mutua, ben rappresentato da Alberto Sordi in un noto film: una persona senza spessore culturale, interessato solo a fare soldi, pronto a spedire, non senza possibili interessi aggiunti, i propri assistiti ai centri di cura di 2° livello.

Ma, in questa visione, manca totalmente il concetto di *cure di 1° livello*.

E, se è vero che gran parte di questa trista considerazione trova origine da una reale cattiva gestione della Medicina Generale da parte degli stessi MMG, è anche vero che di acqua ne è passata abbondante sotto i ponti e che un vento nuovo europeo soffia da tempo sull'Italia.

Così, come in altri Paesi europei ed extraeuropei, anche in Italia si è venuta delineando una figura nuova del Medico di Famiglia, che ancora stenta ad entrare nelle menti non solo degli altri operatori sanitari, universitari ed ospedalieri, ma addirittura degli stessi MMG.

La categoria dei MMG infatti, ancora oggi offre una ampia variabilità di tipologie culturali: dall'impegnato, attivo e attivistico, aperto al nuovo soffio europeo, al disimpegnato, disin-

teressato e impiegatizio, con tutte le possibili varianti intermedie.

Questa ampia distribuzione di tipologie rende conto del fenomeno per cui, mentre a livello politico e gestionale il ruolo del MMG non trova ancora una sua riconosciuta affermazione, pur tuttavia nelle indagini demoscopiche la figura del Medico di Famiglia incontra il massimo favore da parte dei cittadini.

Tutto ciò dipende in parte dalla mancanza di una definizione netta di compiti e di standard della professione del MMG, indicati solo in linea molto generale dando luogo a diffomità di interpretazione secondo personali vocazioni e opportuniismi.

Si rende necessario pertanto la individuazione intelligente dei contorni della professione, la definizione delle competenze, l'attento monitoraggio sul territorio nazionale degli standard stabiliti. Ne derivano alcuni elementi fondamentali:

- a) l'importanza e l'urgenza di una *Formazione Specifica in Medicina Generale*
- b) l'importanza e l'urgenza di una *Formazione Permanente del MMG* e di un sistema di accreditamento professionale post-laurea.

Una delle questioni più critiche che le Facoltà di Medicina e Chirurgia devono oggi porsi è: "quale medico stiamo formando?".

Il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia "fornisce le basi scientifiche e la preparazione teorico pratica necessaria all'esercizio della professione medica" (DM 10.7.96), ma il Medico di Famiglia è all'incrocio di patologie organiche, disturbi psichici e malesseri sociali, in posizione di interfaccia tra la popolazione generale e il Sistema Sanitario, ed ha bisogno urgente di ampliare la visione della sua professione verso una gestione manageriale di risorse e servizi di qualità.

E' evidente e matura la necessità di una integrazione della Medicina Generale nell'insegnamento universitario, già da decenni attuata in Paesi come la Gran Bretagna e gli Stati Uniti.

La nuova tabella XVIII elimina alcune rigidità del precedente ordinamento, e finalizza l'insegnamento verso una visione integrata e olistica dell'atto medico. Fra le novità introdotte vi è anche quella che prevede che l'addestramento-apprendimento dello studente non si esaurisca nelle corsie degli ospedali, ma si estenda e si completi nelle strutture extra-ospedaliere territoriali.

Per tale motivo in varie parti d'Italia già si assiste all'ingresso, nell'insegnamento universitario, di lezioni da parte di Medici di Medicina Generale, a costituire il primo abbozzo di quella





che si prefigura diventare, anche nel nostro Paese, *la nuova disciplina accademica di Medicina di Famiglia*.

E' il caso, per esempio, delle Università di Modena, Milano, Novara, Udine, Trieste, che hanno dato origine a sperimentazioni didattiche interessanti.

Modena è stata la prima sede universitaria ove è stato formalizzato un rapporto di convenzione con l'Ordine provinciale dei Medici per l'addestramento degli studenti negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG).

A Milano si conduce, ormai da due anni, una sperimentazione che vede protagonisti un gruppo di MMG e il polo universitario di Vialba (Ospedale Luigi Sacco). Per cicli successivi di tre mesi, studenti del 5° e 6° anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia frequentano per almeno un giorno alla settimana ambulatori di medici di famiglia che svolgono attività di tutor. Al termine di ogni ciclo pratico sono stati organizzati seminari interattivi incentrati sull'esame di casi clinici "reali" e sul rapporto tra medico e malato.

Resta il fatto, anche se si stanno cercando le necessarie approvazioni a livello istituzionale, che questo tipo di sperimentazioni è lasciato alla libera iniziativa di pochi e appassionati docenti e restano svincolate da piani didattici formalizzati in ambito accademico.

E' auspicabile, invece, una collaborazione il più possibile organica e integrata tra l'insegnamento tradizionale della medicina e quello delle cure primarie, al fine di favorire la formazione di un medico preparato e adeguato a sostenere la complessità crescente della domanda di salute della nostra società.

Ritrovare il filo di questa rinnovata cultura *anche nella nostra Regione*, esige un impegno da parte di diversi attori:

- da una parte *i Medici di Famiglia*, che devono affrancarsi dall'atavico atteggiamento di completa passività riguardo la Didattica e la Ricerca, ed iniziare una proficua collaborazio-

ne con il mondo accademico mettendo a disposizione le peculiarità dei propri metodi;

- dall'altra parte *i Docenti Universitari*, ai quali viene richiesta lungimiranza ed un atteggiamento di apertura mentale verso questa nuova strategia formativa per il futuro della medicina e dei sistemi sanitari;
- infine, da parte dei *politici* e degli *amministratori*, perché promuovano questo processo di integrazione di due mondi, l'accademico e il 'territoriale', che non possono vivere lontano l'uno dall'altro ed in antinomia tra loro.

L'altro versante del problema formativo riguarda la cosiddetta *Formazione Permanente* del MMG, e con essa *il sistema di accreditamento*.

Ad un incontro sulla Formazione Permanente svoltosi alcuni mesi fa ad Ascoli Piceno, il professor Danieli aveva giustamente osservato: "che nessuna categoria professionale può presumere di formarsi da sola", richiamando l'attenzione dei Medici di Famiglia, in particolare delle società scientifiche che li rappresentano, sul pericolo di volersi formare da soli isolandosi dal contesto del mondo scientifico.

Occorre una intesa, anche legislativa, che regoli i rapporti tra gli Ordini dei Medici, Sistema Sanitario, Università e Società Scientifiche della Medicina Generale, che riscriva le norme dell'esame di Stato, che dia strumenti e metodi moderni di formazione e verifica, di accreditamento sia delle strutture sia dei docenti.

Su questo itinerario i Medici di Famiglia sono già in cammino: anche nelle Marche è operante da anni, nelle sue varie sezioni provinciali, la *Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)*, che raccoglie una grande quantità di MMG iscritti e di Animatori di Formazione, impegnati in una vivace attività didattica sia in ambito specifico (tutor di medici in formazione) sia in ambito di formazione permanente (corsi master e periferici, convegni, congressi) sia in ambito di ricerca.

I tempi sono ormai maturi perché questa attività formativa e di ricerca si integri con l'Università.





CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE

La scuola di specializzazione in Medicina Legale (Direttore Prof. D. Rodriguez) organizza i seguenti seminari:

**Aggiornamenti in tema di Medicina Legale del Servizio Sanitario Nazionale**

Relatore Prof. P. Benciolini  
**5 maggio 1999 - ore 16.00**

Aula A - Polo Didattico Torrette di Ancona

**Organizzazione dell'attività medico-legale del Servizio Sanitario della Regione Marche**

Relatori Prof. D. Rodriguez - Dott. G. Mascioni  
**12 maggio 1999 - ore 16.00**

Aula A - Polo Didattico Torrette di Ancona

**Riflessioni sul nuovo codice di deontologia medica**

Relatori Prof. M. Barni - Dott.ssa M. Del Pesce  
**19 maggio 1999 - ore 16.00**

Aula A - Polo Didattico Torrette di Ancona

Segreteria Organizzativa: Tel.: 0715964717/2722 - Fax: 0715964723  
E-mail: medleg@popcsi.unian.it

L'Istituto delle Malattie del Sistema Nervoso (Direttore Prof. F. Angeleri) e i Centri di Riabilitazione Motoria (AIRRI) organizzano il Convegno:

**Demenza: diagnosi precoce, trattamento e riabilitazione**

**6/8 maggio 1999**  
Hotel Sporting Ancona

Segreteria Scientifica: Dott. M. Signorino,  
Clinica Neurologica, Ancona  
Tel. 0715964532-071888989  
Fax 071888989  
E-mail: signorin@popcsi.unian.it

A CURA DELLA REDAZIONE

**Convegno Annuale Tosco-Umbro-Marchigiano della Società Italiana Biochimica**

**28 maggio 1999**

Aula M2 Polo Monte D'Ago Ancona

I Prof. G. Borsetti e G. Curatola organizzano il Seminario di Studio

**Modi di pensare la psiche**

Relatori Proff. Borsetti, Curatola ed altri  
**8 maggio 1999**

Aula C - Polo Didattico Torrette

Università di Ancona - Azienda Umberto I  
Coordinamento delle Scuole di Specializzazione  
Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare  
Clinica di Chirurgia Vascolare

**L'Endoprotesi nel trattamento degli aneurismi dell'aorta toracica e addominale**

Prof. Vincenzo Stancanelli  
Primario Chirurgo Unità Operativa di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare Ospedale S. Maria delle Croci - Ravenna

**5 maggio 1999** ore 16,30  
Aula M - Polo Didattico Torrette





APRILE-MAGGIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
20-apr	13.00/15.00	Laboratori di Fisiologia Digestiva Polo Didattico Torrette, A3	Clinical Round di citopatologia e gastroenterologia	Prof. Orlandi, Prof. Bearzi et al.	DS: H
5-mag	14.30	Polo Didattico Torrette - Aula G	Approccio farmacologico e riabilitativo alle sindromi dolorose della spalla	Dott. Bartolini, Dott.ssa Martufi	DS: O, S, P
5-mag	14.00	Auletta Clinica Medica	Immunopatogenesi della Malattia da HIV: nuove ipotesi dallo studio dei modelli animali	Dott. Silvestri	DS: HH, G, DD, R, T, M, FF, P, CC, S, A, I
5-mag	14.30/16.30	Aula Cattedra di igiene	Educazione sanitaria: metodologia	Prof. D'Errico	DS: D, Q, R
5-mag	15.00/16.00	Facoltà di Medicina-Sala Video dell'Istituto di Morfologia U. N.	Biologia ultrastrutturale del midollo osseo	Dott. Marroni	DS: A, G, R
5-mag	15.00/16.00	Facoltà di Medicina-Sala Video dell'Istituto di Morfologia U. N.	Biologia ultrastrutturale del midollo osseo	Dott. Marroni	DS: A, G, R
5-mag	15.00/18.00	Polo Didattico Torrette	Biochimica e fisiologia dell'ossido nitrico e suoi derivati	Prof. Bulent Mutus Un. of Windsor(Canada)	DS: G, H, L, M, P, U, CC, GG - DL Medic. II anno
5-mag	16.30	Polo Didattico Torrette - Aula M	L'Endoprotesi nel trattamento degli aneurismi dell'aorta toracica e addominale	Prof. Stancanelli (Osp. S.Maria delle Croci- Ravenna), Prof. Alo	DS: B
5-mag	8.30/9.30	Clinica Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II
6-mag	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette - Aula H	DNA e paternità	Dott. Buscemi	DS: G, LL
6-mag	15.00/18.00	Polo Didattico Torrette	Ossido nitrico, piastri e diabete	Prof. Bulent Mutus, Un. of Windsor(Canada)	DS: G, H, L, M, P, U, CC, GG - DL Medic. II anno
6-mag	17.00	*Aula Didattica Az. Osp. "G. Salesi"	Endometriosi: nuovi aspetti classificativi	Prof. Garzetti, Dott. Ciavattini	DS: I, D, N, DD
6-mag	17.00	*Aula Didattica Az. Osp. "G. Salesi"	Endometriosi: nuovi aspetti classificativi	Prof. Garzetti	DS: I, D, N, DD
6-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia-Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
7-mag	14.00/16.00	Aula Didattica Reumat. Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. Grassi	DS: O, S, FF
7-mag	15.00/18.00	Polo Didattico Torrette	Omocisteina, L-Arginina, ossido nitrico in relazione alla macroangiopatia	Prof. Bulent Mutus, Un. of Windsor (Canada)	DS: G, H, L, M, P, U, CC, GG, DL, Medic. II anno
11-mag	14.00/16.00	Aula di Anatomia Patologica- Torrette	Ciechi civili	Dott. Cingolani	DS: L, LL, Q
11-mag	14.30/16.30	Biblioteca della Cattedra di Med.	Interruzione volontaria della gravidanza	Prof. Rodriguez	DS: I, U
11-mag	16.00	Polo Didattico Torrette - Aula A	Tumori superficiali della vescica	Prof. Polito, Prof. Muzzonigro, Dott. Minardi et al.	DS: A, D, R, V
11-mag	16.00	INRCA	immunologia e tumori	Prof. Saba	DS: D, R
12-mag	14.30	Polo Didattico Torrette Aula G	Principi generali di riabilitazione cognitiva: illustrazione di due casi esemplificativi	Dott. Bartolini, Dott.ssa Cocchia	DS: O, S, P
12-mag	15.00	Polo Didattico Torrette - Aula B	Iperensione da glucocorticoidi	Prof. Mantero, Dott. Arnaldi	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II

DL: Diploma di Laurea DU: Diploma Universitario 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: edicina del Lavoro, O: Medicina Fisica e Riabilitazione, P: Neurologia, Q: Oftalmologia, \*R: Oncologia, S; Ortopedia e Traumatologia, T: Pediatria, U: Psichiatria, V: Urologia, AA: Anestesia e Rianimazione, BB: Dermatologia e Venerologia, CC: Endocrinologia e Malattie del ricambio, DD: Medicina Interna, EE: Radiodiagnostica, FF: Reumatologia, GG: Scienza dell'alimentazione, HH: Allergologia e Immunologia, II: Geriatria, LL: Medicina Legale, MM: Microbiologia e Virologia

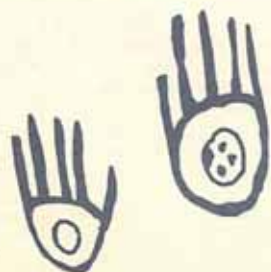




## AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

APRILE-MAGGIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
12-mag	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II
13-mag	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette - Aula H	Violenza sessuale	Prof. Rodriguez	DS: I, DD, II
13-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia-Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
17-mag	15.30	Polo Didattico Torrette Aula A	Radicali dell'azoto	Prof.ssa Mazzanti	CdL Medicina
18-mag	15.00/17.00	Facoltà di Medicina-Sala Audiovisivi dell'Istituto di Morfologia U. N.	Biologia ultrastrutturale del glomerulo renale	Dott.ssa Canglioni	DS: A, T, V, CC
18-mag	16.00	INRCA	Linfonodo sentinella e melanoma	Prof. Saba	DS: D, R
19-mag	14.30	Polo Didattico Torrette Aula G	Approccio fisiokinesiterapico alle lombalgie: evidenze, principi generali	Dott.ssa Danni, Dott.ssa Petrescu	DS: O, S, P
19-mag	15.00	Polo Didattico Torrette - Aula B	Metodologie di studio degli aspetti genetici dell'ipertensione	Prof. Mantero, PDott.ssa Giachetti	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II
19-mag	16.00	Polo Didattico Torrette - Aula M	La Chirurgia Vascolare ed Endovascolare in Italia e	*Prof. Benedetti Valentini (Un. "La Sapienza" di Roma), Prof. Alò	DS: B
19-mag	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II
20-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia-Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
21-mag	14.00/17.30	Aula Didattica Reumatologia-Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. Grassi	DS: O, S, FF
24-mag	15.30	Polo Didattico Torrette Aula A	Basi molecolari patologia diabetica	Prof.ssa Mazzanti	CdL Medicina
25-mag	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette - Aula B	Nefropatia lupica e diabetica	Prof. Sessa	DS: A, T, V, CC, DD
25-mag	16.00	Polo Didattico Torrette - Aula A	Nefriti interstiziali	Prof. Polito, Prof. Muzzonigro, Dott. Dessi Fulgheri et al., Dessi Fulgheri et al.	DS: A, D, R, V DS: D, R
25-mag	16.00	INRCA	Ca. mammario intraduttale	Prof. Saba	DS: D, R
26-mag	14.30	Polo Didattico Torrette - Aula G	Impiego dell'interferone nei pazienti affetti da sclerosi multipla: indicazioni, evidenze di efficacia, limiti	Dott.ssa Danni, Dott.ssa Sgolastra	DS: O, S, P
26-mag	15.00	Polo Didattico Torrette - Aula B	Iperensione endocrina: gli iperaldosteronismi ed altre forme di ipersurrenalismo corticosteroidico	Prof. Mantero	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II
26-mag	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	DS: L, P, T, CC, DD, GG, II
27-mag	18.00	Aula Didattica Az. Osp. "G. Salesi"	La chirurgia nel carcinoma dell'endometrio	Prof. Garzetti, Dott. Ciavattini	DS: I, D, R
27-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia-Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
28-mag	14.00/16.00	Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. Grassi	DS: O, S, FF
29-mag	8.00	Ospedale "Umberto I" Direzione Sanitaria-3° piano-Ancona	Benign prostatic hypertrophy- Video-Endourological Surgery and minimal invasive treatment options-Live Surgery and Options	Prof. Polito, Prof. Muzzonigro, Dott. Mueller et al.	DS: D, V, AA, DD, EE, II
31-mag	15.30	Polo Didattico Torrette Aula A	Endotelio ed aterosclerosi	Prof.ssa Mazzanti	CdL Medicina



### All'interno:

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

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

**LETTERE DALLA FACOLTÀ**  
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona Anno II - n. 4 Aprile 1999 Aut. del Tribunale di Ancona n.17/1998 sped. in a.p. art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Ancona

**Direttore Editoriale**  
Tullio Manzoni

**Direttore Responsabile**  
Giovanni Danieli

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

**Progetto Grafico** Lirici Greci  
**Impaginazione** Antonio Lepore  
**Stampa** Errebi srl Falconara