



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

L'osservazione del paziente ed il trasferimento nella decisione clinica delle informazioni accumulate dai rilievi compiuti da altri Medici sono da sempre i momenti fondamentali dell'atto medico. Già nel papiro Ebers, alcuni millenni fa, questi passi erano chiaramente definiti e consolidati nella prassi.

Ma la sola osservazione non è più sufficiente: con l'affermarsi del metodo scientifico nasce infatti l'esigenza dell'esperimento, cioè di una osservazione condotta in condizioni controllate, tali da rendere ciò che si vede ripetibile, misurabile, confrontabile. Solo l'esperimento produce la prova scientifica, la cui verità può essere universalmente accettata, almeno finché non venga smentita da un esperimento successivo, condotto con le stesse regole.

L'applicazione del metodo scientifico ha enormemente ampliato la conoscenza che abbiamo dell'uomo, della sua anatomia e della sua fisiologia, dei meccanismi delle malattie e dei metodi per diagnosticarle e curarle.

Ma il progresso delle conoscenze ha creato un fenomeno per alcuni versi paradossale: il Clinico, colui cioè che è chiamato ad integrare in una decisione operativa le informazioni prodotte dalla ricerca scientifica non è più in grado di gestire correttamente una così vasta ed eterogenea mole di informazioni. Questo deriva fondamentalmente da due fenomeni: da un lato vi è sproporzione tra una ricerca di base ricca e di alta qualità e una ricerca applicata episodica e spesso gravata da importanti difetti metodologici; dall'altro numerosi ostacoli si oppongono ad un efficace trasferimento dei risultati della ricerca clinica, anche quando esistono, nella pratica al letto del paziente.

La Medicina Basata sulle Evidenze è uno dei nuovi strumenti che si affiancano al metodo clinico ipotetico-deduttivo basato sul *problem solving* e sulla sua amplificazione didattica, il *problem based learning*, di questo raffina e potenzia la capacità di sfruttare al meglio le informazioni prodotte dalla ricerca primaria, attraverso lo sviluppo di nuove forme editoriali, l'impiego esteso delle tecnologie telematiche, la definizione di regole, nate nel solco del ragionamento probabilistico bayesiano, innovazioni tutte che facilitano il trasferimento dei dati sperimentali osservati nella decisione clinica.

Da queste considerazioni è nata l'idea di promuovere un dibattito su *Il Metodo clinico, oggi*, sulla sua evoluzione alla luce della Medicina Basata sulle Evidenze, che lo integra senza snaturarlo e certamente senza sminuire il suo ruolo insostituibile nella diagnosi e nella cura delle malattie.

Il Convegno annuale di Facoltà rappresenta quindi oggi un momento cruciale del dibattito sul metodo, ma esprime anche un omaggio fortemente avvertito alla figura di Augusto Murri, marchigiano in Bologna, il più grande propugnatore ed applicatore del metodo clinico.

Abbiamo infine riservato ai nostri Lettori un dono inestimabile: trenta lettere inedite, scritte dal grande Clinico a un suo prestigioso Allievo, nelle quali l'Uomo, lo Scienziato, il Medico, il Pensatore rivivono in tutta la loro immediatezza.

La nostra Facoltà è orgogliosa di poter offrire ai suoi Lettori l'inedita testimonianza di tanta grandezza.

Prof. Tullio Manzoni  
Presidente della Facoltà

## EDITORIALE

Quale medicina stiamo attraversando? 2

## VITA DELLA FACOLTÀ

- Elezioni Accademiche 9

- Corsi, convegni, notizie 10

- I nuovi docenti 11

## DOCUMENTI

Augusto Murri  
Lettere ad un Allievo prediletto 13

DOSSIER DECRETI D'AREA 21

## LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE

- Misure di validità dei test diagnostici 25

- Il ragionamento bayesiano alla luce della MBE 29

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 30

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 30

LETTERE 31

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 32





SANDRO TOTTI

*Sandro Totti dirige l'Unità Operativa di Medicina Generale dell'Azienda Ospedaliera Umberto I di Ancona. Laureato nel 1957 nell'Università di Bologna, ha iniziato la sua carriera ospedaliera sotto la guida del Prof. Luigi Miti. Successivamente per circa 10 anni è stato Aiuto presso l'Istituto di Patologia Speciale Medica della nostra Università, all'epoca diretto dal Prof. Giovanni Danieli. È attualmente titolare dell'insegnamento di Medicina Interna, 1° anno presso la Scuola di Specializzazione omonima.*

Le Medicine ospedaliere, in passato regine incontrastate di clinica medica, sono assai spesso ridotte a modeste amministratrici di una patologia residuale. E gli internisti che vi operano, quali nobili decaduti, hanno ormai rinunciato a lottare contro i servizi di accettazione che inviano malati non accolti dalle divisioni specialistiche per i motivi più svariati. Qualcuno ha detto che i guaritori sono feriti e la Medicina è malata. La ferita si chiama burn-out, la malat-

## Quale medicina stiamo attraversando?

U.O. di Medicina Generale  
Azienda Ospedaliera Umberto I  
Ancona

tià crisi di identità. Per meglio comprendere la penombra che stiamo attraversando credo assai utile gettare uno sguardo sul passato prossimo della professione medica, dividendo il tempo in tre periodi e analizzando i tre pro-

tagonisti principali.

Chiameremo premoderno il periodo che va, grosso modo, dalla fine del '700 al 1850; moderno il secolo 1850-1950 e postmoderno il cinquantennio successivo. E' bene anche chiarire la differenza tra Medicina e Sanità.. La medicina riguarda il rapporto medico-paziente e tutto ciò che attiene alla prevenzione, cura, riabilitazione in riferimento alla salute del singolo. La Sanità riguarda la collettività e significa legislazione, organizzazione, programmazione, politica sanitaria.

### Il medico premoderno

Non mancano, nell'epoca alla quale ci riferiamo, medici di grande valore professionale e scientifico: si pensi al chirurgo Hunter del quale è stato scritto che la storia della chirurgia si divide in due periodi, quello prima di lui e quello dopo di lui, si pensi a Lancisi, a Morgagni e a Whitering che per primo usò le foglie di digitale nella terapia delle idropisie. Né fanno difetto prestigio sociale e successo economico: si pensi al Royal College of Physicians che accoglieva i laureati di Oxford e Cambridge, i quali finivano per

essere medici di fiducia di benestanti inglesi ed ammassavano spesso immense fortune, andando poi ad abitare nelle eleganti ville cittadine del West End di Londra .

Pur tuttavia dobbiamo francamente riconoscere che la pratica doveva essere di un livello abbastanza modesto, sia sotto il profilo delle conoscenze scientifiche che sotto quello della dignità professionale, specie nelle zone più lontane dalle raffinatezze cittadine.

Thomas Shastid ricorda un suo collega dell'Illinois soprannominato il dottor Dizionario, perché si vantava di conoscere il Dizionario del diavolo, cioè era capace di bestemmiare per oltre mezz'ora di seguito senza fermarsi e senza ripetersi. Chiamato al capezzale di una donna, che si era recisa le arterie dell'avambraccio con una scheggia di vetro, si limitò a spruzzare la ferita con acido tannico e a raccomandare alla paziente di starsene distesa e tranquilla, cosa che la donna fece, finché il figlio insospettito si accorse che la madre era morta.

L'apprendistato poteva essere effettuato presso scuole private, i cui corsi avevano talvolta qualcosa di grottesco; Arthur Hertzler, medico di campagna del Kansas, racconta: "Ad un certo punto il docente di anatomia solleva un teschio e con voce solenne declama: Signori, ecco lo sfenoide. Che ti venga un colpo, sfenoide! e ributta l'osso nella cassetta".

I medici premoderni visitavano i pazienti a domicilio, erano molto meticolosi nella storia clinica, affrettati nell'esame obiettivo (consistente per lo più nel guardare la lingua e tastare il polso), concreti e descrittivi nella diagnosi e spettacolari nella terapia che però, per ogni tipo di affezione, era sostanzialmente la stessa.

Diuretici, emetici, purganti, salassi, erano all'ordine del giorno; ad essi si univa un armamentario erboristico che, tranne poche eccezioni, è stato praticamente spazzato via dall'avvento della medicina moderna, tanto che Oliver Wendell Holmes poté affermare nel 1860 a proposito della farmacopea londinese: Se si potesse sprofondare in fondo al mare l'intera materia medica utilizzata oggi, tanto meglio sarebbe per l'umanità e tanto peggio per i pesci.

Nel 1810 il Manzoni aveva scritto al Fauriel: *Vous saurez peut être la réputation qu'ont nos médecins d'être sanguinaires.* Ma in seguito la povera Enrichetta Blondel, quasi certamente in carenza marziale per le numerose gravidanze, in occasione della malattia che l'avrebbe poi condotta alla morte fu ripetutamente salassata.

### Il malato premoderno

Difficilmente potremo capire i comportamenti dei malati dell'epoca cui ci riferiamo (il ricorso alla magia, alla medicina di famiglia, l'indifferenza per quella sintomatologia







che oggi ci farebbe precipitare in ospedale), se dimentichiamo una cosa fondamentale: la domesticità con la morte degli uomini del passato. Oggi un uomo o una donna di vent'anni ha buone probabilità di arrivare fino ai sessanta ed è quasi certo di vivere fino a quaranta o cinquanta, poiché per noi la mortalità massima si raggruppa intorno agli ottanta anni. Si moriva di infezioni (la tubercolosi era la regina delle malattie), di polmonite, di salmonellosi, di malaria di eventi traumatici, di idropisia, ma si moriva soprattutto in età infantile. Comunque sia, fin da bambini ci si abituava all'idea della morte, che avveniva in famiglia, nelle piccole abitazioni, sovente di poche stanze, che si poteva incontrare nelle strade, nei viaggi, che si somministrava ogni giorno agli animali domestici. Nota Philippe Ariès che la morte è stata per lungo tempo un evento sociale cui partecipava l'intera comunità; il morente era assistito fino all'ultimo dai familiari e dagli amici che accorrevano al suo capezzale per accudirlo ed esaudire le sue ultime volontà. Questa osservazione viene fatta dall'autore a proposito della cultura medioevale, ma può essere valida anche per i secoli successivi e fino ai nostri tempi, nei quali pian piano la morte viene relegata ai margini della vita sociale fino a costituire un evento da dimenticare in fretta, e persino da consumare in solitudine.

Il malato non si precipitava dal medico come avviene oggi, ma solo dopo alcuni giorni quando la patologia era veramente grave; conosceva molti rimedi empirici, e non disdegnava di rivolgersi a pratici. Di costoro esisteva una vasta e multiforme congerie: concaossa, castrini, catarattari, mammane, cavadenti; è probabile che il ricorso ad essi fosse più a buon mercato.

### La sanità premoderna

Congregazioni religiose o autorità civili reggevano ospedali che erano sostanzialmente infermerie, rette da buoni regolamenti, finanziate da benefattori, saggiamente amministrati. Nel regolamento dell'ospedale di Sant'Anna di Ancona (risalente al 1624) si legge ...vogliamo che di continuo ci sia un infermiere il quale sia adatto per detto officio et sia di buona coscienza acciò con ogni carità et pazienza governi sempre di tutto quello che farà bisogno per li poveri infermi con cibarli ai suoi debiti tempi conforme li sarà detto dai signori medici ...debba invigilare che l'infermo in capo di tre giorni al più si abbia a confessare ...ed aggravando il male lo facci comunicare e darli l'estrema unzione ...tenghi minuto conto in un libretto di tutte le spese sostenute per servizio dell'ospedale e in un altro di tutte le spese che quotidianamente si fanno per li ammalati. C'erano autorità sanitarie che emanavano disposizioni

in occasione di calamità, c'era una sanità militare; esistevano discipline mortuarie, ospizi per malati di mente; era stata inventata la condotta medica per la cui copertura si bandivano concorsi simili a quelli odierni.

### Il medico moderno

I medici che esercitarono nella seconda metà dell'ottocento e nella prima metà del novecento li chiamiamo moderni e facciamo consistere la loro modernità nella possibilità che ebbero di ricondurre le loro diagnosi nell'ambito di una scienza abbastanza esatta. Essi non divennero ancora tecnologicamente capaci di guarire e riparare, ma aumentarono enormemente la loro capacità diagnostica.

La Medicina dell'epoca si mise a camminare su due grandi piste: l'Anatomia Patologica e la Microbiologia.

La medicina moderna ha l'impronta indelebile dell'anatomia patologica, dagli anglosassoni chiamata Patologia. Il grande clinico William Osler ebbe a scrivere un celebre aforisma: Quale la vostra Patologia, tale la vostra pratica. E William Boyd dichiarò: senza l'anatomia patologica un chirurgo non differisce molto da un macellaio o da un flebotomo. Non di anatomia soltanto si trattava, ma anche di istologia patologica: giacché il perfezionamento del microscopio permise di gettare uno sguardo più penetrante nei tessuti malati, come pure di vedere finalmente quegli "animalia quaedam minuta" supposti, immaginati, dai medici e dagli studiosi dei secoli passati. Il 24 maggio del 1882 il mondo scientifico rimase sbalordito alla notizia che il medico condotto di un paesino prussiano aveva scoperto che un bacillo acido-resistente era la causa della tubercolosi; lo stesso Kock, sei anni prima, aveva affermato di esser certo che a causare l'antrace, un'oscura malattia dai lavoratori della lana, era un germe coltivabile e trasmissibile.

Lo scibile medico venne rivoluzionato riscritto, sistematizzato secondo nuovi criteri; la pratica medica venne avviata su nuove direttrici anche oggi ritenute in gran parte valide. Al medico moderno si insegnò una nuova metodologia: procedere ad una accurata anamnesi, ad uno scrupoloso esame obiettivo, ad eseguire alcuni esami biologici servendosi del laboratorio.

Marchio, etichetta e, se vogliamo, totem della nuova medicina era (e per certi versi ancora è,) il microscopio: esso cominciò a far mostra di sé nei gabinetti di consultazione privati, nei laboratori ospedalieri e no.

Un'ulteriore grande strada trionfale venne aperta quando Roentgen radiografò la mano inanellata della moglie: la diagnostica ortopedica e polmonare ebbero da allora in poi un'incontrastata regina.

Tra i sussidi diagnostici dell'epoca moderna dobbiamo





menzionare lo sfigmomanometro, l'elettrocardiografo, la siringa per iniezioni. Insomma in questo periodo la medicina diventa scientifica nella diagnosi e nell'interpretazione fisiopatologica, e la terapia farmacologica esce, per così dire, dallo stato di minorità. Si diffonde l'uso della morfina, scoperta nel 1806 ma entrata nella pratica nella seconda metà del secolo; viene introdotto il clorale mentre i barbiturici appariranno nei primi anni del novecento; assieme alla fenacetina e all'aspirina.

La corteccia di china era già stata introdotta ad opera dei gesuiti missionari in Sud-America fin dal '600, ma solo due secoli dopo si isolò da essa il chinino, il potente antimalarico. E' questa l'epoca in cui etere e cloroformio, pur responsabili di tante polmoniti rendono possibile l'anestesia generale su larga scala e i derivati dell'arsenico permettono di debellare la sifilide, mentre l'estratto di fegato fa la sua comparsa nella cura dell'anemia perniciosa.

Se in epoca premoderna il chirurgo si limitava ad asportare calcoli vescicali, ad amputare arti, a sistemare fratture, a compiere manovre ostetriche, in epoca moderna asepsi, antisepsi e anestesia resero possibili interventi di resezione, di asportazione di masse addominali, retroperitoneali e persino endocraniche: alcuni chirurghi divennero dei semidei.

Possiamo dunque concludere che la medicina di quest'epoca si mise finalmente a capire e cominciò anche a guarire. Non che la Medicina precedente non guarisse, tutt'altro; senza guarigioni nessuna medicina può sopravvivere. E' che essa cominciò ad ottenere i risultati previsti ed attesi, la guarigione divenne prevedibile e verificabile. La medicina, insomma, si rivestì di scienza. Conseguenza logica fu che il prestigio della professione divenne enorme e Kipling poté esprimere con queste parole la dignità sociale del medico moderno: Il mondo da tempo ha deciso che tu non abbia diritto ad un orario di lavoro e solo una grave malattia ti scuserà ai suoi occhi per aver rifiutato di aiutare un uomo, il quale pensa di aver bisogno del tuo aiuto in qualunque ora del giorno o della notte.

A nessuno importerà che tu sia a letto, in bagno, o al teatro. Se uno dei figli degli uomini è malato, verrai chiamato e, come sai, quel poco di energia rimasta ti verrà portata via. Ad ogni inondazione, incendio, carestia, piaga, pestilenza, battaglia, omicidio, morte improvvisa, ti si chiederà di riprendere immediatamente servizio e di attaccare subito a lavorare e di continuare finché le forze non ti abbandonino o la coscienza ti esoneri....hai mai sentito di una legge sulle otto ore lavorative di un medico?

Appartieni alla classe privilegiata. Posso ricordarti qualcuno dei tuoi privilegi? Tu e i reali siete gli unici le cui spiegoni, in caso di eccesso di velocità, saranno accettate

dalla polizia. Mostrando il biglietto da visita, puoi passare indisturbato e perfino applaudito tra la folla più tumultuosa. Se sventoli bandiera gialla in un centro abitato, puoi trasformarlo in deserto. Se decidi di far sventolare la bandiera della Croce Rossa in un deserto, puoi farlo diventare un centro abitato, verso il quale, come ho visto io stesso, gli uomini strisceranno sulle mani e sulle ginocchia. Puoi proibire a qualsiasi nave di entrare in un qualsiasi porto del mondo. Se lo reputi necessario puoi fermare un transatlantico da ventimila tonnellate in mezzo all'oceano. Puoi ordinare di abbattere e bruciare un intero

quartiere  
confidando  
nella coo-  
perazione  
armata del-  
l'esercito  
più vicino  
per assicurarti  
che i tuoi ordini  
siano accurata-  
mente eseguiti.

### Il paziente moderno

Si caratterizza per due elementi ben precisi: la maggiore sensibilità per le condizioni interne del suo organismo e l'incondizionata fiducia nel medico.

Questa situazione è espressa artisticamente molto bene nella commedia di Jules Romains, *Knock ou le triomphe de la médecine*, in cui un giovane sanitario riesce a trasformare un intero paese di sani contadini in preoccupati pazienti: le situazioni sono grottesche e il dialogo brillante, ma il contesto culturale non è affatto irrealistico.

Ormai, per recarsi a consultare il medico, non era necessario cadere da un'impalcatura o ricevere un calcio di cavallo; bastava accusare vaghi disturbi dispeptici o irregolarità dell'alvo. L'intero appartamento parigino del dottor Axel Munthe si riempiva di pazienti in attesa di consultarlo per la nuova malattia, "la colite", che, dice argutamente Munthe,





la classe medica seppe inventare in un periodo di stanca professionale. In effetti si era veramente ammorbidita la stoicità tradizionale nei confronti della sofferenza propria ed altrui: si cominciò ad essere più sensibili nei confronti dell'infanzia; nacque la pediatria.

Molto più che in passato donne e bambini affollarono i gabinetti medici.

Raffreddori e influenze divennero malattie degne di esser curate, come ora, con farmaci scientificamente inutili, ma assai richiesti. Nascono e prosperano industrie farmaceutiche capaci di fatturare miliardi producendo

lassativi, ricostituenti e protettori di organo.

Screditata è la terapia alternativa, ma massiccia, perentoria, irresistibile, sale la richiesta di medicine prodotte e commercializzate industrialmente.

Una grande aureola di scientificità circonda la professione: il pubblico spesso ritiene e il medico stesso talora si autoconvince di essere uno scienziato invece di un professionista colto. Le parole di Kipling non potevano essere scritte che in questo contesto culturale.

### La sanità moderna

Nascono i grandi ospedali, le prestigiose cliniche, in cui la concentrazione dei mezzi diagnostici, dei casi clinici e delle professionalità produce una cultura medico-scientifica alla quale i governi non rimangono insensibili. Ecco che si rendono obbligatorie vaccinazioni di massa, s'intensificano controlli sanitari sugli alimenti, sui loro distributori, si favoriscono le assicurazioni sociali. Sono altresì creati organismi di sanità nazionali, alti commissariati, ministeri, e fanno la loro comparsa le

organizzazioni internazionali di sanità. Tutto comincia a farsi complicato.

### Il medico postmoderno

L'avvento della postmodernità è caratterizzato dalla frammentazione del sapere medico, dall'irrompere della tecnologia, e dalla comparsa di scienze terapeuticamente decisive. Tra queste spicca la farmacologia antibatterica. Nel 1935, in Germania, era stato messo a punto un efficace farmaco antimicrobico, il Prontosil, che fu il capostipite della dinastia dei sulfamidici, soppiantata, a partire dagli anni '40, da quella degli antibiotici. A questo punto il medico fu in grado di guarire malattie il cui solo nome faceva rabbrivire: le infezioni.

D'ora in poi qualsiasi medico pratico sarebbe stato capace di debellare erisipela, angina, polmonite, meningite, mastoidite, otite; e di lì a poco sarebbero seguite la tubercolosi, la lebbra, l'endocardite.

La capacità di guarire, non più solo quella di diagnosticare, era raggiunta! L'industria farmaceutica si mise a produrre gli ormoni tiroidei, surrenalici, sessuali, le vitamine, i sieri, i vaccini, gli emoderivati, gli antiblastici.

L'alleanza con l'ingegneria portò alla messa a punto di macchine diagnostiche sofisticatissime e alla possibilità di sostituire tratti di arterie, valvole cardiache e nodi del seno. I decenni che abbiamo vissuto hanno portato la medicina, la chirurgia, la diagnostica ad una sorta di onnipotenza.

Ma, a questo punto, qualche cosa si guasta nel rapporto medico paziente, il medico contemporaneo, pur così abile e così colto, si allontana sempre più dal vissuto concreto del malato; in pochi anni i medici compilano anamnesi sempre più scarse, esami obiettivi sempre meno accurati; quei capolavori artigianali che erano le diagnosi costruite sui sensi e sul ragionamento diventano dei ricordi, degli aneddoti; la diagnostica è affidata alle macchine, le tecniche mediche e strumentali a specialisti, persino la storia personale può essere ridotta ad arida compilazione di un questionario. Il medico postmoderno si frammenta, per così dire, in una moltitudine di specialisti, nessuno dei quali prende a carico il malato, intento a gestire il suo pezzetto di competenza e convinto che solo di esso debba occuparsi.

Anche la formazione universitaria contribuisce a questa modificazione: si allungano gli anni propedeutici di insegnamento biologico a scapito del tirocinio pratico, spesso ridotto ad una larva; si moltiplicano gli esami fondamentali e gli insegnamenti ultraspecialistici; le nozioni da apprendere divengono decine di migliaia, le pretese dei docenti sovente pazzamente esorbitanti, lo scibile, appreso solo per gli esami, viene presto dimenticato, il tempo







trascorso all'interno dell'Università è molto lungo, troppo, rispetto alla brevità della vita culturale e professionale post-universitaria e alla possibilità di utilizzazione delle nozioni mandate a mente.

### Il malato postmoderno

Suggestionato da un sapiente *battage* pubblicitario, ha spesso un atteggiamento di acuta sensibilità verso il proprio corpo e la tendenza a non servirsi più del medico con l'illimitata fiducia di un tempo.

Nell'epoca postmoderna si sono acquisiti nuovi pazienti, prima sconosciuti: gli embrioni (la mamma porta il suo bambino dal dottore prima della nascita); ora vanno dal dottore non solo i malati, ma i convalescenti, gli ex malati per controllo, quelli che potrebbero divenire malati e, come sempre, chi ha paura di ammalarsi.

La medicina ha acquisito anche i sopravvissuti, cioè coloro che in altre epoche sarebbero già morti: leucemici, emofilici, trapiantati, dializzati; e infine è diventato paziente d'ospedale anche il morente.

Oggi ci si ammala più spesso, probabilmente anche perché la cultura sanitaria comporta che ci si consideri malati al primo comparire di qualche disturbo: ci si rivolge al dottore per sintomi un tempo egregiamente sopportati: l'emigrania, la dismenorrea, le piccole ferite, la stipsi, la dispepsia. Non voglio dire se questo sia un bene o un male, voglio solo registrare questa diversa sensibilità.

Sono probabili cause di essa:

- La perdita della medicina familiare e popolare, contemporanea della crisi della famiglia in cui questo tipo di medicina nasce e si applica.

- La volgarizzazione medica attraverso i mass-media.

Il medico viene spesso più adoperato che consultato: ci si rivolge ad un gran numero di specialisti e si finisce per non avere un dottore: il malato postmoderno gira molto. E inoltre non è raro che abbia un rapporto conflittuale con il medico: in certi casi ne sa più di lui, questo è soprattutto vero per i tossicodipendenti che vanno dal medico per ottenere la droga sui cui effetti sono più informati. Sempre più frequente è il ricorso alla medicina alternativa: omeopati, acupunturisti, manipolatori vertebrali, pranoterapeuti, iridologi, riflessologisti sono ormai di moda; e non mancano medici che sono insieme ufficiali ed eretici, quella doppia appartenenza o appartenenza parziale che osserviamo anche tra i cristiani e che è un prodotto del relativismo della postmodernità.

Oggi il malato è più litigioso e rivendicativo, si accorge di alcuni eccessi terapeutici e se ne scandalizza: nascono tribunali dei malati e comitati etici.

Mi pare di poter affermare che, nei confronti dei malati del passato, i postmoderni, in qualche modo, hanno più potere. Maggiormente informati, protetti, manipolati da una sapiente pubblicità, sono in grado di pretendere quelle prestazioni che, in altri tempi, gli sarebbero state graziosamente concesse.

### La sanità postmoderna

L'organizzazione sanitaria diviene complessa e difficile da gestire. Nascono le assicurazioni sanitarie, si moltiplicano e si ingrandiscono gli ospedali, si frammenta la formazione universitaria. Sorgono in diversi modelli i Servizi Sanitari Nazionali, un tentativo di razionalizzazione.

Ma poi lo Stato si accorge di aver fatto il passo più lungo della gamba, non riesce a gestire questa impresa complicata: così "regionalizza" e "aziendalizza". Noi viviamo ora questo tentativo, questa cultura aziendale.

Nel mondo della sanità irrompe la terminologia del mercato: gli ospedali si chiamano stabilimenti, i medici operatori, i malati utenti, le USL aziende; i dirigenti si sentono tanti piccoli Berlusconi, sorridono come hostess, offrono rose alle degenti, ma intanto chiudono ospedali e si fanno pagare come nababbi.

### La medicina complessa

In una società complessa, non deve destar meraviglia se anche medicina e sanità lo sono al punto che un'analisi di esse non si presta a visioni semplicistiche e superficiali, ma esige l'umiltà, l'ascolto, l'osservazione, la riflessione, lo studio che ci vogliono per avvicinarsi alle cose difficili, affinché le soluzioni eventualmente proposte maturino in uno spazio meditativo di saggezza.

Alcuni fenomeni sono così palesi da imporsi da sé come caratterizzanti la situazione:

- il tumultuoso moltiplicarsi delle nozioni mediche e biologiche e il perfezionarsi della tecnologia applicata;
- la sperimentazione sempre più disinvolta sulla vita umana specie nelle fasi iniziali;
- l'invecchiamento della popolazione;
- l'assottigliarsi delle risorse destinate alla sanità;
- l'aumento delle richieste di prestazioni;
- la frequente disumanizzazione di certe strutture e lo scendere dei rapporti tra medici e malati, tra operatori sanitari, tra malati e istituzioni sanitarie.

Il potere del medico nei confronti del malato è divenuto enorme: egli media l'accesso ai risultati della scienza e tiene ambo le chiavi della tecnologia; ha potenzialità enormi nei momenti estremi della vita (controllo della fertilità, manipolazione genetica, nascita, espianati e trapianti, eutanasia).





Su di lui, divenuto un ossimoro, si accumulano fiducia e sfiducia e con quest'ultima sono giunti i tribunali del malato, la denuncia all'autorità giudiziaria, la rivendicazione assicurativa.

La complessità non è solo individuale, ma anche sociale, investe i pubblici poteri e lo Stato che è sempre più presente e determinante con le sue leggi, la sua organizzazione, i suoi finanziamenti.

Sarebbe però ingiusto considerare solo gli aspetti negativi e problematici della situazione attuale, dimenticando gli aspetti positivi e confortanti.

E tra essi:

- Lo sviluppo della disciplina bioetica, che studia la moralità della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita. (A. Varga)

- Una consapevolezza, nell'ambito di chi coltiva singole scienze umane, dei rapporti che legano tra loro le diverse discipline sicché ciascuna, nel rispetto della propria autonomia, del proprio metodo e del proprio linguaggio, sa di dover far luce sulla persona umana nella sua globalità.

- Lo straordinario fiorire del volontariato e la nascita di imprese non profit che proprio nell'ambito sanitario trovano la più genuina espressività.

- La mondializzazione della sanità, la quale, a dire il vero, era già stata preceduta dalla mondializzazione della medicina, da sempre senza frontiere. Intendo dire che sta nascendo una consapevolezza che non si può stare bene da soli, che non si può soltanto pensare all' hic et nunc, ma in qualche modo a tutti gli uomini che vivono ora e che vivranno in futuro.

### Conclusione

Ho creduto opportuno, per meglio comprendere la Medicina contemporanea, prenderla un po' alla lontana, seguendo i sentieri percorsi negli ultimi due secoli. Sono convinto che ogni generazione di medici esercita alla sua maniera, modificando in parte la prassi precedente: ogni tempo ha i suoi miti, il suo stile, le sue mode; in ogni epoca poi dovettero esserci professionisti intelligenti e abili, accanto a quelli ignoranti e perfino canaglieschi.

Ma, tutto sommato, la Medicina procedette lungo i percorsi tracciati dalla cultura greca e cristiana: rapporto privilegiato con il paziente, amicizia e solidarietà nei suoi confronti.

Anche negli ultimi due secoli, così profondamente marcati da ideologie ateo-materialistiche, la prassi medica non si discostò sostanzialmente da quei principi ispiratori. Positivisti, liberali, marxisti, cattolici, i medici ebbero tutti, o quasi, un comune sentimento di sacrale rispetto di fronte





alla sofferenza. La visita medica somigliò sempre ad un rito laico.

Una scritta su un'antica corsia bolognese così ammoniva: *Praesente aegrotō, taceant colloquia, effugiat risus, dum omnia dominat morbus!* e in una sala settoria si poteva leggere: *Hic est locus ubi mors gaudet succurrere vitae.*

Oggi le cose sono un po' cambiate: la cultura ippocratica rivisitata dal cristianesimo convive con altre profondamente diverse.

La cultura libertaria: risale a Rousseau e giunge all'odierno radicalismo. Ad essa si rifanno i rivendicatori della morte con dignità che in pratica vuol dire libertà di chiedere e di praticare eutanasia e i fautori delle più azzardate tecniche di fecondazione.

La cultura storicistica, di impronta marxiana, postula comportamenti diversi per i vari tempi e le diverse società: un'etica per le società patriarcali, una per quelle industriali, un'altra ancora per quelle postindustriali.

Una cultura pragmatica, di impronta anglosassone, sposta i problemi, non chiedendosi ciò che giusto ma quello che conviene, che è politicamente accettato.

Di qui quei fenomeni opposti che tanto ci sconcertano: le acrobazie della procreata e la morte per fame di bambini malformati, i sapientissimi interventi e la sperimentazione su inconsapevoli pazienti, l'accanimento rianimatorio su politici eminenti e l'eutanasia palese e strisciante, la medicina dei desideri, il rifiuto di terapie agli anziani.

A complicare le cose è intervenuta l'Economia sanitaria, cioè la consapevolezza che le risorse non sono illimitate e dare tutto a tutti non è possibile, è solo un mito del Welfare State. Nel relativismo che caratterizza la nostra epoca in cui tutte le

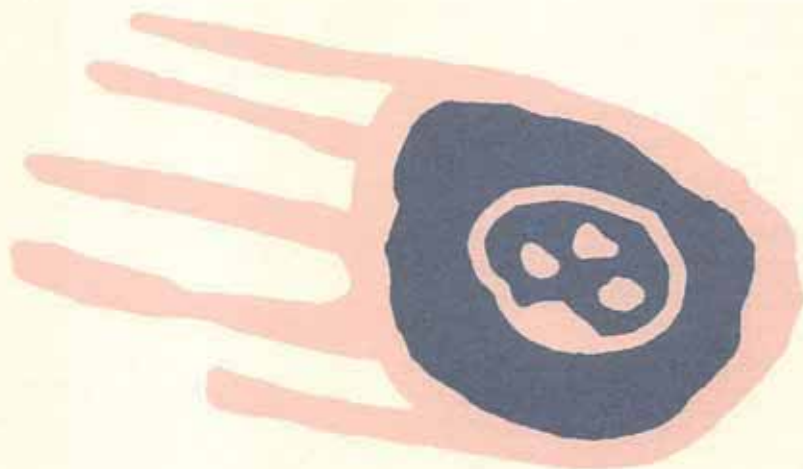
opinioni van bene, tutte le scelte, o quasi, si possono accettare, Medicina e Sanità vedono le loro antiche certezze vacillare: si pensi all'orrore millenario verso l'aborto e all'indifferenza odierna, si pensi alla carità che ispirava le Misericordie toscane e all'attuale cultura aziendalistica.

All'inizio del terzo millennio sta nascendo una medicina nuova? E' già nata? Possiamo contribuire in qualche modo a costruirla? Penso che possiamo farlo se avremo chiaro che sempre ci sono stati e sempre ci saranno dei valori irrinunciabili, non contrattabili: la sacralità della vita, di ogni vita, l'umanizzazione dei rapporti interpersonali, la sussidiarietà della società nei confronti di chi si trova in condizione di malattia.

Su questi pilastri etici dovrà sempre basarsi la Medicina.

Non dunque un'organizzazione aziendale fine a se stessa o che si preoccupi più degli operatori che degli utenti, stravolgendo così il ruolo fondamentale per cui è sorta, ma una sanità pubblica che sia anche un'impresa etica, e una medicina pratica che si fondi sull'eterno incontro tra un bisogno e una risposta, tra una fiducia e una coscienza.

Ed è proprio sulla prassi professionale che la medicina si gioca il suo futuro, voglio dirlo con le parole di Jaspers: La professione pratica ha preminenza rispetto alla scienza. Il futuro dell'essere medico non si decide nei luoghi della ricerca, come il futuro della fede non è nella teologia accademica....c'è poca attenzione ai luoghi dove si fa il medico o dove si pratica la religione biblica, mentre il rumore che proviene dai luoghi della ricerca medica e teologica viene avvertito dal grande pubblico. Si tratta probabilmente di un inganno acustico su ciò che accade realmente.







ELEZIONI ACCADEMICHE



**Prof. Marco Pacetti,**  
Rettore

**CURRICULUM**

Il Prof. Marco Pacetti è nato nel 1947 ad Ancona ove ha frequentato il Liceo Classico "Carlo Rinaldini".

Laureato in Ingegneria Elettronica all'Università di Bologna nel 1972 opera all'Università di Ancona dal 1973; attualmente è Professore Ordinario di Fisica Tecnica presso la

Facoltà di Ingegneria. Sul piano della ricerca scientifica si occupa dei problemi di Energetica ed è autore di studi sull'uso delle fonti energetiche rinnovabili, sui sistemi energetici e sui risparmi nei settori civile ed industriale. Attualmente è impegnato in ricerche sui nuovi fluidi frigoriferi non - CFC in relazione al problema del buco di ozono. Un filone di ricerca recente riguarda anche il controllo termico dei dispositivi elettronici. Si occupa altresì del trasferimento di nuove tecnologie nei processi industriali in particolare nel settore agro-alimentare (catena del freddo). È stato direttore del Dipartimento di Energetica dell'Università di Ancona e Presidente del CORIT - Consorzio per la Ricerca e l'Innovazione Tecnologica (tra IBM Semea, SNAM Progetti Sud e Università di Ancona). È Presidente del M.I.T. - Marche Innovation and Training - Consorzio tra le Università delle Marche, Centro Servizi ed Imprese che si occupano di formazione avanzata e trasferimento tecnologico. È Co-Presidente del Centro Altri Studi Europei (CASE). È attivo anche nel campo della Cooperazione allo Sviluppo come Presidente del CONICS, Consorzio che raggruppa circa 30 Università italiane. Per conto del Ministero Affari Esteri ha operato in Somalia e presso l'Ambasciata di Italia a Belgrado come esperto scientifico, ove ha coordinato un importante programma di cooperazione scientifica e tecnologica. È coordinatore del Comitato Scientifico di Confindustria Marche. È componente del Comitato di Presidenza della Conferenza dei Rettori delle Università italiane. Nel Novembre 1991 è stato nominato Pro Rettore dell'Università di Ancona; Rettore dal 1987, riconfermato per il triennio 2000-2003.

**Prof. Tullio Manzoni,**  
Presidente



Data di Nascita: 9 Giugno 1937

Luogo di Nascita: Fano (PS)  
Indirizzo: Istituto di Fisiologia Umana  
Università di Ancona  
Via Tronto, 10/A Torrette  
Ancona, I-60020, ITALY  
Telefono: 0039-71-2206051  
0039-71-2206050  
fax: 0039-71-2206052  
E-mail manzoni@popc-si.unian.it

**CURRICULUM DIDATTICO:** Università di Bologna, Laurea in Medicina e Chirurgia, 1962. Università di Bologna, Specializzazione in Neuropsichiatria, 1965. Libero docente in Fisiologia Umana, 1968.

Posizioni: Ricercatore, Centro of Neurofisiologia, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Bologna (1962-1964), Aiuto, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania (1964-1971), Institute of Psychiatry, London, England (Fellowship della The Royal Society, 1968-1969), Professore Incaricato di Fisiologia Generale, Facoltà di Scienze, Università di Catania (1969-1972), Aiuto, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Ferrara (1972-1975), Professore incaricato di Fisiologia Umana, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Ancona (1973-1975), Professore Ordinario di Fisiologia Umana, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Ancona (dal 1975 ad oggi), Professore incaricato di Fisiologia, Corso di Laurea in Odontoiatria, Università di Ancona (1983-1994), Direttore dell'Istituto di Fisiologia umana, Università di Ancona, (dal 1975 ad oggi), Preside della Facoltà Medicina e Chirurgia, Università di Ancona, (1978-1981), Pro-Rettore, Università di Ancona (1984-1989), Università di Ancona, membro del Comitato Universitario, vice-Presidente (1988-1991), Membro del Consiglio di Amministrazione della Università di Ancona (1988-1991), Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Ancona, dal 1997, riconfermato.

Elezioni del Rettore - Triennio Accademico 2000-2003

Aventi diritto al voto	Numero	Votanti	Risultati
Prof. Ordinari, Straord., Associati	252		
Ricercatori confermati con almeno 7 anni di anzianità	87		
Rapp. Studenti in Senato Accademico e in Consiglio di Amministrazione	4		
<b>Totale</b>	<b>343</b>	<b>277 (80,7%)</b>	<b>Pacetti 238 (85,9%)</b> Bianche 26 Voti disp. 7 Nulle 6
Personale tecnico-amministrativo (voto pesato)	572 (voto pesato pari n. 16 voti)	301	Pacetti 156 Bianche 84 Voti dispersi 30 Nulle 31

Risulta eletto Rettore il Prof. Marco Pacetti con 246 voti.

Elezioni del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Triennio accademico 2000/2003

Elettorato attivo	114
Quorum	58
Votanti	100
Maggioranza	51
<b>Hanno ottenuto voti:</b>	
Prof. T. Manzoni	81 (81%)
Prof. G. Bossi	1
Prof. C. Cervini	1
Prof. F. Greco	1
Schede bianche	13
Schede nulle	3

Risulta eletto Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia per il triennio accademico 2000/2003 il Prof. Tullio Manzoni







### Paolo Dessi - Fulgheri al Consiglio di Amministrazione

Il Prof. Paolo Dessi Fulgheri è il nuovo rappresentante dei Professori Associati nel Consiglio di Amministrazione.  
Ha ricevuto 91 voti su 106 votanti e su 199 aventi diritto al voto

### Sedute di laurea

Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria **19 luglio 2000**  
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia **20 luglio 2000**  
Il libretto universitario dovrà essere consegnato in Segreteria dai Sigg.ri studenti entro il 4 luglio 2000

### Corso di Perfezionamento

#### La decisione clinica basata sulle evidenze

A Pesaro, dal 15 al 19 maggio e dal 28 maggio al 2 giugno si è svolto il Corso di perfezionamento promosso dalla nostra Facoltà e dall'Azienda Ospedaliera S. Salvatore di Pesaro, con la collaborazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Pesaro, riservato a venti discenti. Le lezioni teoriche si sono svolte negli splendidi ambienti di Palazzo Montani Antaldi, mentre le esercitazioni al computer si sono realizzate nel Laboratorio informatico istituito allo scopo dall'Azienda ospedaliera. Il corso, diretto dal Prof. Giovanni Danieli, si è svolto secondo il seguente programma:

#### Aree di apprendimento

- Dal problemi solving alla medicina basata sulle evidenze - G. Danieli
- Il ragionamento diagnostico nella medicina basata sulle evidenze - G.F. Gensini
- La decisione terapeutica nella medicina basata sulle evidenze - G. Pomponio
- Prevenzione e screening nella medicina basata sulle evidenze - M. Candela
- Le variabili metodologiche fondamentali nella medicina basata sulle evidenze - F. Carle
- Come si costruiscono e come si utilizzano in clinica metanalisi e review sistematiche - A. Cartabellotta
- Principi di navigazione WEB - G. Fulgenzi
- Le risorse Internet per la medicina: siti, banche dati, motori di ricerca - G. Pomponio
- Le linee guida: dove si trovano, come si valutano, come si usano - M. Fratini
- La gestione sanitaria basata sulle evidenze - C.M. Maffei, F. Di Stanislao
- L'economia sanitaria nella medicina basata sulle evidenze - G.M. Raggetti
- Qualità tecnica e qualità gestionale nell'assistenza sanitaria basata sulle prove - L. Provinciali
- Aspetti medico-legali della MBE - A. Tagliabracci

### VI Corso di Ecografia muscolo-scheletrica

Direttore del Corso, Prof. W. Grassi  
Organizzato dall'Istituto di Patologia Clinica dell'Apparato Locomotore diretto dal Prof. C. Cervini  
Docenti: Proff. G. Argalia, P. Busilacchi, N. Carotti, A. Farina, E. Filippucci, A. Giovagnoni, W. Grassi, O. Pirani, F. Salassi

**7 luglio 2000 (ore 14,00) - 8 luglio 2000 (ore 17,00)**  
Ospedale "A. Murri", via dei Colli 52, 60035 Jesi

Segreteria organizzativa: Marcello Bozzi e Maria Celeste Pennoni  
Tel. 0731 534807



### Università degli Studi di Ancona

Convegno annuale della Facoltà di Medicina e Chirurgia

## Il metodo clinico, oggi

da Augusto Murri alla Medicina basata sulle Evidenze

9.30 *Presentazione di* Tullio Manzoni,  
Presidente della Facoltà

#### Relazioni

9.40 Il metodo scientifico e il metodo clinico  
GIOVANNI FEDERSPIL

10.00 Metodo clinico e medicina sperimentale.  
Rileggendo Claude Bernard  
VITO CAGLI

10.20 Augusto Murri e il suo pensiero metodologico  
CESARE SCANDELLARI

10.40 *Discussione*

11.10 *Intervallo*

11.30 Il metodo clinico da Augusto Murri alla MBE  
GIOVANNI DANIELI

11.50 La raccolta delle informazioni  
nel procedimento clinico  
GIOVANNI POMPONIO

12.10 Insegnare la clinica oggi  
LUCIANO VETTORE

12.30 *Discussione*

13.00 *Conclusioni di* CLAUDIO RUGARLI

**Ancona, 17 giugno 2000,  
ore 9.30-13.30**

**Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Via Tronto, 10 - Torrette di Ancona**

Segreteria: Tel. 071/2206101, Fax 071/2206103,  
E-mail: istclinmedan@popcsi.unian.it

Il personaggio rappresentato nella foto è il Dr. Giovanni Pomarico, allievo prediletto di Augusto Murri







I NUOVI DOCENTI



**Prof. Armando Gabrielli, Medicina Interna**

Allievo del Prof. Giovanni Danieli, è con Lui dal 1974; brillante ricercatore ha fornito importanti contributi nella ricerca immunologica, in particolare della sclerosi sistemica; ha contribuito notevolmente allo sviluppo della Clinica Medica, ove ha istituito un avanzato laboratorio di medicina molecolare.

Nato a Riccione il 27/01/1950

Laureato in Medicina e Chirurgia

*Titoli oltre la laurea:*

Diploma di Specializzazione in Cardiologia - Diploma di Specializzazione in Allergologia ed Immunologia Clinica

Borse di studio: Borsa di studio della European Molecular Biology Organization (EMBO) della durata di 3 mesi

*Attività Clinica:* - dal 1976 al 1991 nel settore: medicina interna, qualifica: assistente - dal 1991 ad oggi nel settore: medicina interna, qualifica: aiuto

*Organizzazione Gruppi di Ricerca*

Membro del Consiglio Direttivo del Gruppo Italiano per lo studio delle Crioglobuline

Membro del Consiglio di gestione del Centro Interuniversitario per lo studio delle malattie fibrosanti

Membro del Comitato Ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona

Membro del Gruppo di lavoro per la sperimentazione di modalità di valutazione standardizzata delle capacità cliniche

*Attività didattica*

Autonoma settore Medicina Interna

dal 1992 ad oggi CL in medicina e Chirurgia

dal 1994 ad oggi D.U. Terapista della Riabilitazione

dal 1997 ad oggi D.U. Ortottista/Ass. in Oftalmologia

dal 1997 ad oggi D.U. Tec San. Lab. Biomed  
dal 1992 ad oggi Sc. Sp. Ematologia Generale  
dal 1992 ad oggi Sc. Sp. Medicina Fisica e Riabilitativa  
dal 1992 ad oggi Sc. Spec. in Medicina Interna  
dal 1997 ad oggi Sc. Spec. in Anestesia e Rianimazione

*Servizi Atenei ed Enti*

1976 - 1989 Assistente Istituto di Patologia Medica

1990 - oggi Aiuto Istituto di Clinica Medica

1992 - oggi Professore Associato Medicina Interna  
Università di Ancona

*Attività di ricerca presso Centri*

Externship presso il Medical Service Cook County Hospital di Chicago, U.S.A., dal 17/10/1973 al 30/11/1973.

Stage di ricerca presso l'Istituto di Genetica Medica dell'Università di Torino, Direttore Prof. Angelo Carbonara, dal gennaio al giugno 1975.

Visiting Professor presso il Department of Laboratory Medicine, University of South Carolina, Charleston, U.S.A., dal gennaio al dicembre 1982.

Stage di ricerca presso il Max Planck Institut fur Biochemie, Monaco di Baviera (Germania Federale) dal 1/4/1985 al 31/5/1985.

Stage di ricerca presso il Max Planck Institut fur Biochemie, Monaco di Baviera (Germania Federale) dal 11/4/1988 al 15/7/1988.

*Pubblicazioni*

Autore di 245 pubblicazioni su riviste italiane ed internazionali, monografie comprese.

**Prof. Antonio Procopio, Patologia Generale**

*Dati anagrafici:* nato a Soverato (CZ) l'8/4/1956, celibe.

*Residenza:* in via Mantegna 5, Pescara (PE), tel. 0338 3365023

*Cittadinanza:* italiana.

*Breve curriculum di formazione ed esperienze professionali*

2000 Idoneo al Concorso per Professore Universitario di I Fascia, Raggruppamento Concorsuale FO4A-Patologia Generale, Università degli Studi di Torino.

1999 Incaricato dell'insegnamento di Immunologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Ancona.

1999 Coordinatore dei Laboratori di Patologia Clinica, Polo Ospedaliero di Chieti.

1998 Direttore del Laboratorio di Patologia Clinica, Ospedale S. Camillo de Lellis, Chieti.

1997 Componente del Consiglio di Amministrazione







I NUOVI DOCENTI

- dell'Ateneo "G. D'Annunzio" - Chieti
- 1997 Incaricato dell'Insegnamento di Patologia Clinica e coordinatore del corso integrato di Medicina di Laboratorio, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi "G. D'Annunzio" - Chieti
- 1997 Direttore della sezione di Patologia Clinica, Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze
- 1994 Componente del Centro Sperimentale per la Diagnostica e la Terapia Genica, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti
- 1993/96 Componente elettivo della Giunta Esecutiva del Centro Servizi Biomedici, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti. Funzioni di Segretario.
- 1993 Ajunct Scientist, NICHID, NIH, Bethesda, MD.
- 1992 Professore Universitario di II fascia, titolare dell'insegnamento di Fisiopatologia Generale (FI4A-Patologia Generale), Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi "G. D'Annunzio"-Chieti.
- 1992 Vincitore del Concorso nazionale per Professore Universitario di II fascia, Raggruppamento concorsuale di Patologia Generale F041.
- 1991 Responsabile unità operativa AIRC.
- 1990 Responsabile di unità operativa MURST 40%.
- 1990/92 Responsabile di unità operativa CNR.
- 1990/92 Ricercatore Universitario Confermato.
- 1989/90 Guest worker, Biochemistry and Immunopharmacology Section, Laboratory of Immunology, NIAID, NIH, Bethesda, MD.

- 1989/91 Responsabile di unità operativa nell'ambito del Centro Inter-universitario per la ricerca sul Cancro (CIRC).
- 1988/90 Ricercatore Universitario, Dipartimento di Medicina Sperimentale Università degli Studi di L'Aquila.
- Set. 1987 EMBO Intensive Course on Signal Transduction Pavia.
- 1986/87 Borsista Wellcome Italia presso la III Cattedra di Patologia Generale, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università "La Sapienza" di Roma.
- 1983/85 Fogarty International Fellow, Biological Therapeutics Branch, Biological Response Modifiers Program, National Cancer Institute-Frederick Cancer Research Facility, National Institute of Health, Frederick, Maryland.
- 1984 Specializzazione in Anatomia Patologica con 70/70 e lode, Università degli Studi "La Sapienza", Roma.
- 1980/82 Medico interno presso il II Istituti di Anatomia Patologica dell'Università degli Studi "La Sapienza", Roma.
- 1980 Laurea in Medicina e Chirurgia con voti 110/110 e lode, Università degli Studi "La Sapienza" Roma.
- 1974 Maturità Classica con voti 60/60, Istituto "S. Antonio", Soverato, Catanzaro.

*Affiliazioni*

- Società Italiana di Patologia  
 Società Italiana di Medicina di Laboratorio  
 Società Italiana di Biochimica Clinica  
 Gruppo di Cooperazione Immunologica  
 National Institutes of Health Alumni Association  
 International "Camillo Golgi" Association for Advancement of Science

*Linee di ricerca attive:*

- Ruolo dei virus SV40, JC e BK nella patologia neoplastica (tumori pleurici e polmonari, ossei, renali, cerebrali ecc.) e non neoplastica umana.
- Studio dei meccanismi molecolari implicati nell'etiopatogenesi e nella progressione tumorale, con particolare finalizzazione all'identificazione di nuovi marcatori per la diagnosi precoce e di bersagli molecolari per la terapia sperimentale dei Mesoteliomi Maligni della pleura.
- Stati di immunosoppressione nei tumori, umani, immunoterapia e vaccinoterapia.
- Terapia genica del mesotelioma maligno della pleura.







*Augusto Murri*

## *Lettere ad un Allievo prediletto*

*Giovanni Pomarico era nato a Collepasso di Lecce il 16 novembre 1858, regnando Ferdinando II re delle Due Sicilie.*

*Proveniva da una famiglia agiata, possidente, che aveva prima di allora coltivato, con buon profitto, più la vite, l'ulivo ed il grano che non la cultura. Fu quindi fuori dalle tradizioni familiari e locali che il giovane Pomarico a vent'anni abbandonò il palazzo avito, i verdi campi e lo Jonio molto risonante, polifloisboio come cantò Omero, per intraprendere il lunghissimo viaggio verso Bologna. Si dedicò completamente e con pieno successo agli studi, nella scuola di Augusto Murri e, al compimento del corso di laurea, risultò il primo dei settanta laureati nell'Università di Bologna, meritando il posto centrale nella fotografia ufficiale dei laureati del 1886 e la stesura da parte del grande Maestro di un lusinghiero attestato.*

Bologna 16 giugno 1887

Attesto che il sig. dott. Giovanni Pomarico ha frequentato la mia scuola clinica con un'assiduità ed amore, non che superata, neppure uguagliata. La frequentò prima che vi fosse iscritto, la seguì per un anno dopo che vi aveva lodevolissimamente sostenuto l'esame finale.

Giovane coltissimo ed intelligente, non poteva non riuscire ottimo ed io lo raccomanderei a tutti, se la mia parola fosse meritevole di considerazione e possedesse bastevole autorità. *Augusto Murri*

\*\*\*

*Restò alla scuola di Murri per circa un anno oltre la laurea, poi l'autorità paterna lo richiamò a casa ove si era reso disponibile il posto di medico condotto, che il giovane Pomarico accettò, accantonando definitivamente il suo sogno di gloria.*

*Conservò comunque per tutta la sua vita un rapporto devoto ed affettuoso con il Maestro ed una continua corrispondenza, che oggi leggiamo per la prima volta.*

*Due anni dopo la separazione, il Maestro gli indirizzava questa bellissima lettera nella quale lo invitava a lasciare il "paesucolo" di Collepasso per trasferirsi a Lecce: per arrivare molto in alto bisogna mettersi in cammino per tempo.*

da Rimini 16.9.88.

Mio caro Pomarico,

lo ho scritto la risposta sotto alla domanda-risposta che significa *rispondo che non rispondo*. Ella vedrà se ho torto o ragione.

Come grata m'è riuscita la sua lettera! Sapermi in buona memoria, in un ottimo cuore, in coteste lontane province, mi fa un gran piacere, ma, saputo ch'ella mi vuol bene, mi è rinato subito il desiderio di averla più vicina, di vederla spesso, di stringerle qualche volta la mano.

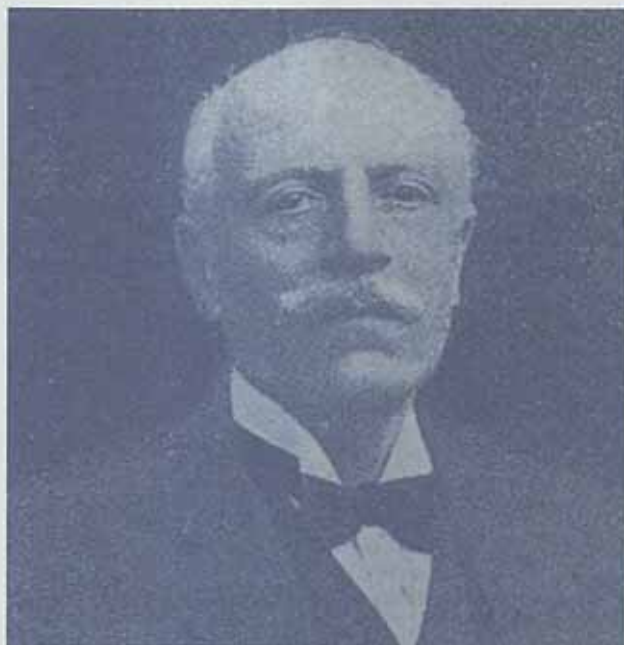
Sono anche lieto ch'ella si trovi contento di sé, ma *deve andare presto a Lecce*: lo dica ai suoi parenti, che forse non misurano quanto *ella valga*. In Lecce ella prenderebbe con un po' di tempo il primo posto o certo uno dei primi. Per arrivare molto in alto bisogna mettersi in cammino per tempo. Non deve restare in un paesucolo, nel quale la mancanza di confronti con altri impedirà a tutti di scorgere e di stimare la sua superiorità grande. Ecco un consiglio cordiale, amichevole dal suo aff.mo coll.<sup>o</sup> *Murri*.

\*\*\*

*Sono passati otto anni dal momento che Giovanni Pomarico ha lasciato Bologna ma è sempre vivo il rapporto con il suo Maestro. Nella primavera del '95 provvede ad inviargli settanta tordi, di cui all'epoca il Salento era ricco. La risposta di Murri è piacevolissima, arguta, anche amara: il furto è un fatto normale: l'onestà invece un fenomeno patologico.*

Carissimo Pomarico,

Eccomi di nuovo nell'impossibilità d'esprimerle la mia gratitudine. I suoi doni generosi si succedono, come se io li meritassi o sapessi almeno dirle quanto mi leghino a lei di maggiori vincoli. Ma la



*Augusto Murri, Clinico Medico nell'Università di Bologna*





prego di non avere altr'incomodati per me, che sono già ricolmo di cortesie: la sua generosità non potrebbe apparirmi più grande, né l'obbligazione mia più profonda. Potrò io sdebitarmi mai? Verrà mai il giorno in cui all'insufficienza delle parole possa almeno supplire l'espressione dei fatti? Purtroppo, lo spero poco. Io son buono di nulla e, di più, ella non avrà mai bisogno di alcun che dai nostri paesi nevosi.

A vedere le nostre campagne e le nostre strade pare un sogno il pensare che non troppo lungi dev'esserci una specie di paradiso terrestre, dove in poche ore si possono prendere 70 tordi magnificamente nutriti. A proposito: ne han rubati 9, poiché io ne ho avuti 61. Ma siamo giusti: a vedere tutta quella grazia di Dio, chi non avrebbe detto ch'erano troppi? Le nostre ferrovie non permettono certi eccessi. Ma c'è da esserne contenti, perché spesso non sono così discrete. A me è capitato qualche anno addietro che da una spedizione di salsicce fattami dalla mia famiglia non ne giunse che una. Il furto è un fatto normale: l'onestà sarebbe un fenomeno patologico, che probabilmente non è ancora avvenuto mai. Con una forte stretta di mano, mio caro Pomarico, le rinnovo l'augurio d'ogni suo maggior bene. Aff.mo suo A. Murri  
da Bologna 13.3.95.

\*\*\*

*Nel 1896 Murri è al Ministero dell'Istruzione, Consiglio Superiore; non è entusiasta dell'esperienza e non vede l'ora di ritornare tra i suoi studenti; è infatti il 13 novembre e tra poche settimane sarebbero iniziate le lezioni.*

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE-CONSIGLIO SUPERIORE

Caro Pomarico,

Le ciance dei giornali hanno fatto credere anche a lei ch'io abbia fatto una conferenza sulla sieroterapia: niente affatto! Io non feci che rispondere a un curioso, che voleva sapere ciò che io vidi. La risposta si darà forse nel rendiconto del Congresso, ma io non la scrissi e non la pubblicai. Feci una conferenza, ma sulla *terapia razionale*, cosa di niun conto, ma della quale fui spogliato *illico et immediate* perché vollero stamparla a beneficio degli orfani dei medici. Se me ne dessero due copie, certo una sarebbe per lei, perché sarei sicuro che non la giudicherebbe con severità, lei sempre tanto buono con me: ma dubito che non mi diano neppure il mio povero manoscritto.

Del resto le mie idee sul metodo terapeutico non sono nuove; a lei poi sono familiari e oramai saranno stucchevoli. Son qui per due settimane a rompermi le scatole. Vo presto a Bologna e comincerò le lezioni. Io mi sento felice, proprio felice del suo affetto e creda che non è minore quello con cui io mi raffermo a lei. Aff.mo amico A. Murri  
da Roma 13.11.96.

\*\*\*

*Giovanni Pomarico regge l'Infermeria di Poggiardo, un centro agricolo non distante da Collepasso; ha occasione di chiamare a consulto il suo Maestro: l'esito dello stesso non è fortunato ed il paziente muore. All'esame autoptico la nefrite interstiziale diagno-*

*sticata dal Consulente non viene riscontrata. Splendida la difesa della propria diagnosi da parte del Maestro; sprezzante l'accento all'ignoranza dei medici: avrebbero avuto beneficio da un freno più stretto nel tempo dei loro studi; sempre attualissima la considerazione le ipotesi si scambiano facilmente per fatti.*

da Bologna 25.2.98.

Carissimo Pomarico,

Le sono veramente gratissimo delle notizie datemi. Ella, ossia il reperto necroscopico, non parla di nefrite interstiziale, ma io son certo che questo processo esisteva. Il cancro non può mai spiegare quell'orina, perché un neoplasma innestato in una ghiandola può distruggere gli elementi secretorii, ma non li può modificare nella loro maniera di agire. Se li modifica è che gl'infiamma: una cellula renale cancerosa non esiste, esiste una cellula renale infiammata. La prova della nefrite interstiziale si avrà senza dubbio da un esame microscopico.

La diagnosi di cancro vescicale (il nodo renale forse non esisteva ancora) era impossibile quando io venni, perché il chirurgo asseriva che collo esame obiettivo non si trovava nulla, che il dito introdotto nel retto non avvertiva che una leggera ipertrofia d'una metà della prostata molto dolente: nulla nel retto, nulla nella vescica. Diagnosticare un tumore quando effettivamente risultava non esistente, mi sarebbe sembrato paradossale. Ciò che doveva farsi era la ripetizione dell'esame fisico. Ma lei sa che non fu concesso dal povero malato.

E perciò restava sempre, come testo, l'esame già fatto dal bravo Di Giacomo. La parte dunque vera della mia diagnosi era questa: i fenomeni vescicali dipendono da causa periferica, accresciuti da una condizione neurastenica del midollo lombare. La parte non vera era la designazione del processo periferico: ma l'ipotesi che si trattasse d'uretrite cronica posteriore s'appoggiava al reperto dell'orina, dove certi filamenti erano stati riscontrati, sull'intolleranza alla siringa, sul dolore nell'emissione dell'orina, sul dolore alla pressione della prostata, sull'esperienza comune che i nervi dell'uretere prostatico e della prostata posseggono un grande potere d'esaltare le azioni riflesse del midollo (Beard) e sopra tutto sull'inesistenza verificata obbiettivamente di lesioni grossolane.

Io non fui *eloquente* quel giorno: ma speravo d'essermi spiegato chiaramente. Invece il dott. Scolloggi mi disingannò, perché, scrivendomi mi diceva ch'io avevo ammesso una lesione materiale nel sistema nervoso. *Materiale* per me è ogni malattia, ma io volli dire (se non riuscii a dirlo) che ritenevo *neurotica* la lesione midollare e precisamente una *mielastenìa lombare per diuturni stimoli vescicali, uretrali e prostatici*. Forse lei, mio caro Pomarico, essendo più abituato al mio metodo di ragionare e di concludere, m'avrà capito meglio. I colleghi di costà hanno molto ingegno e molto zelo per i malati: ma per me avrebbero avuto beneficio da un freno più stretto nel tempo dei loro studi. Le ipotesi si scambiano facilmente per fatti. Fatti di lesione spinale non c'erano: c'erano invece, fatti di lesione renale e uretrale, ai quali era stato assegnato poco o punto valore. Non è vero? Errare fino ad un certo punto è inevitabile, se i fatti sono stati non osservati o male osservati. Il suo Murri







\*\*\*

*L'incontro con il Maestro riaccende in Giovanni Pomarico il desiderio vivissimo di tornare alla sua Scuola; propone anche la fondazione di un nuovo giornale. Il Maestro, un mese dopo gli scrive ancora invitandolo a meditare e, per convincerlo, gli fa notare la faticosità della vita accademica interrotta da continui consulti.*

Caro Pomarico,

Avevo sempre pensato di scriverle che non ho più copia d'una piccolissima nota intorno allo scorbuto e al contagio di esso. Mi par d'averla pubblicata sul *Bollettino delle Scienze mediche*, ma non la possiedo e non ho potuto mandarle nulla. Molti l'han citato perché fui, credo, uno dei primi o il primo a tentare l'inoculazione dello scorbuto e a discutere intorno alla sua natura. Mi dispiace di non poterla soddisfare. Ma ella, mio caro amico, mi mandi le cose sue, che no, non possono essere cattive o inutili: saranno brevi; ma peseranno di certo più di certi volumi. Io le *voglio!*

E che devo dirle sul suo proposito? Quando io la rividi a Poggiardo provai una grande soddisfazione: tutti l'amano, i colleghi e il pubblico la stimano ed io pensai che il suo ingegno, il suo lavoro le davano finalmente qualche compiacenza e ch'ella era felice, almeno contento di se.

E lei rischierebbe di lasciare tutto cotesto? Si figuri, se io non avrei carissimo di vederla e di saperla vicino. Ma non oserò mai di consigliarla perché mi pare che dovrebbe pentirsi. E non vorrò mai sentire il rimorso, d'aver cooperato al male d'uno de' miei più cari e generosi amici. E poi le dirò che non so quanto ancora io terrò la cattedra, perché veramente, io lavoro troppo e mi invecchio. Non può immaginare quanto sia cresciuto il numero dei miei consulti fuori.

Ne rinunzio parecchi, parecchi ma me ne restan pur sempre troppi. Giorni sono ne rifiutai uno in Altamura e lo dico per mostrarle che vengo talora anche verso lei: il più delle volte vo in Lombardia e in Liguria. Quest'inverno sono andato tre volte a Montecarlo, una volta a Nizza e moltissime volte a Genova. Così non può durar molto, perché anche la lezione è faticosa. Del resto, il giornale potremmo anche farlo, sempre che lei abbandoni una posizione, che *mi parve* molto soddisfacente nelle relazioni morali e professionali, se non anche nell'economiche.

Per ora mi fermo qui, ottimo mio Pomarico, ci riscriveremo e penseremo meglio. La saluto e l'abbraccio cordialmente suo aff.mo A. Murri da Bologna 23.3.98

\*\*\*

*In prossimità del Natale e della fine del secolo ci sono scambi di doni tra Maestro ed Allievo, tordi e pernici dal sud al nord, coserelle indecenti (codeghini dirà dopo), in direzione opposta. Intanto il Maestro dimostra un aristocratico distacco verso la classe medica, la più parte dei medici è inferiore, molto inferiore al compito e verso il pubblico, quello del senso comune senza buon senso.*

Carissimo Pomarico,

leri giunsero, e senza che ne mancasse alcuno (oh! miracolo d'onestà italiana!) e senza che neppure un'autointossicazione cerebellare o non cerebellare n'avesse sciupato qualcuno.

Ciò non può accrescere la mia gratitudine, poiché era già tanto grande per il pensiero affettuoso suo, che crescere non poteva.

Ben crescerà il suo piacere, perché così l'intento suo è stato conseguito appieno.

Non ho più presente il caso della signora, di cui mi scrive: ma ricordo che l'intricata matassa mi parve difficilissima a dipanare. L'idea della malaria non meritava neppure l'onore della confutazione: ma una gran veste da camera, che s'infilava senza fatica e che nasconde tutte le parti vergognose del corpo, fa un comodo che non si dice! L'autointossicazione è di questa specie, ma anche la malaria è una merce, che si trova in tutt'i mercati e a bassissimo prezzo. La Medicina, caro Pomarico, è così difficile ad esercitarsi bene, che la più parte dei medici è inferiore, molto inferiore al compito: ne segue per forza, ch'essi, non potendo elevarsi più di quanto madre natura abbia a loro concesso, cercano d'abbassare la pratica per ghermir-la e rendersene padroni: non riescono che a strappare qualche lembo della veste, ma intanto se ne fanno belli, come se davvero fossero riusciti a conquistarla: e il pubblico (quello del senso comune senza buon senso) beve, beve e s'ubbrica.

Vedrò nella *Critica* un'altro mio lavoruccio, che non le mando, perché so ch'è associato al giornale. A me pare che questo lavoro sia più *Murriano* degli altri, ossia più ostico e più ipnotico per la maggioranza dei medici, che preferirebbero ad una meditazione qualche formula nuova per amministrare il catrame o per spolverare un'intertrigo.

Se l'avessi potuta vedere! Mi fermai pochissimo, perché sempre pungolato dalla fretta: ma poi mi dovei rassegnare all'inazione, perché arrivai a casa colla febbre, che mi durò qualche giorno.

Ho sempre una dolcissima soddisfazione, quando sento dire di lei un gran bene: e ne dimando più che posso, perché so che questa



1886 - Giovanni Pomarico, scolare in Bologna







dolcissima soddisfazione si rinnova ogni volta, che mi si parla di lei. Sia felice, carissimo Pomarico! Il suo aff.mo A. Murri  
Bologna 18.11.900.

Bologna 17 nov. 900

Carissimo Pomarico,

Per non farla attendere le dico che ieri ebbi, oltremodo gradita, la sua lettera, sempre troppo indulgente per me, ma sempre rivelatrice dell'altezza, in cui ella vive per cuore e per intelletto. Tutta quella grazia di Dio (per meglio dire, grazia di Pomarico), non è ancora giunta oggi 17. Le scriverò quando sarà arrivata, ma poiché ella desiderava pronte notizie, le ho date. Grazie, in ogni modo, grazie infinite per tutto il bene, che mi dimostra in tante forme diverse, mentre io non so per lei far altro che dirle sempre e confermarle e riconfermarle a parole, ma con verità la grandissima affezione mia. Suo A. Murri

Caro Pomarico,

Mia moglie le ha spedito quelle coserelle indecenti, che altra volta ella non disdegnò: ma perché non si ripettesse l'equivoco dell'anno passato le ha dirette a Lecce (non a Collepasso di Lecce). Ho messo innanzi il nome di mia moglie perché veramente è d'essa, che s'occupa di certe cose, ma anche perché io mi vergogno di non saper fare altro per lei, al quale obblighi antichi e recenti, obblighi morali sopr'a tutto, legami d'affetto vivissimo mi rannodano ognor più. Ho forse torto di dir così, perché sò che, s'è grande la pochezza mia, non può mai uguagliare la bontà sua, ch'io tengo fra le più preziose fortune mie.

Il suo devoto e fedele amico A. Murri.

Bologna 16.12.900

\*\*\*

*Muore Gaetano Pomarico, padre di Giovanni; il Maestro, da Rapallo probabilmente in vacanza, scrive poche ma suggestive parole.*

Povero Pomarico! Come la compiangio!

Nessuna partecipazione di amici al dolor suo sarà schietta e grande, come la mia, perché nessuno può conoscere più di me l'eccellenza dell'anima sua. Gli sventurati sanno compiangere!

Il suo A. Murri

Rapallo 6 set. 904

\*\*\*

*Nel gennaio 1905 Augusto Murri è a Torino; qui lo raggiunge una lettera di Giovanni Pomarico tra le altre innumerevoli manifestazioni di benignità; il Maestro dimostra di apprezzare moltissimo la lettera, che per un momento lo distoglie da pensieri ingrati.*

Caro Pomarico,

Fra le innumerevoli manifestazioni di benignità, che di recente mi sono venute, la sua lettera ha certo un posto altissimo, perché da lunghissimo tempo io non avevo saputo nulla di lei, né mai ebbi risposta a qualche mia lettera. Mi consola il saperla bene e lo scorgerla sempre in alto col pensiero alle nobili cose umane. La ringra-

zio d'avermi tolto da pensieri ingrati e d'avermi confermato nel sentimento consolatore della sua bontà per me. Aff.mo suo A. Murri  
Torino, 29.1.05 - Via Magenta, 20

\*\*\*

*1908, Tullio Murri è sempre in carcere per l'omicidio del cognato Conte Bonmartini. Il Maestro è sottoposto a vere e proprie torture; la lettera dell'allievo lo allontana per un momento dalla sua tristezza.*

Caro mio Pomarico,

Che peccato l'essere tanto lontani! Vorrei stringerle la mano e baciarla, poiché non c'è un segno d'amore, che parli più di questi. La ringrazio, amico, del suo pensiero per Tullio, ch'è ora il mio unico pensiero: ha fatto male egli, senza dubbio, molto male. Ma c'è pur tanto di buono in quell'amalgama, che gittarlo tutto via dalla vita non è giusto. Ed è proprio vero ciò che lei mi scrive - vere e proprie torture psichiche le più inique. È un conforto il sapere, che un'anima entusiastica, com'è la sua, maledica chi tortura per il gusto di far del male. Questa è vendetta, e odio, non è difesa sociale.

Della recensione che potrei dirle mai?

Non sono forse abituato da tanti anni all'indulgenza eccessiva di lei? Sarei felice dei suoi giudizi, se non sapessi ch'ella m'ama, com'io amo lei. Temo che il cuore, non il cervello, abbia dato molto alla penna. Ma tanto più la ringrazio e l'abbraccio e le auguro ogni appagamento di desideri. Aff.mo A. Murri  
Bologna 18.XI.08.

\*\*\*

*Un mese dopo il Maestro scrive ancora; sono passati vent'anni da quando Giovanni Pomarico ha lasciato la sua scuola ma certo questo allievo che ha dimostrato verso il Maestro una costante e crescente devozione suscita in Lui ormai cinquantenne un sentimento di grande amore e la felicità del rimpianto.*

Carissimo Pomarico,

Non sono stato a Bologna questi ultimi giorni e fu per questo, che non le scrissi quando il pacco prezioso giunse qui e la lettera anche più preziosa lo annunciò. Resterei stupito dalla sua bontà se non si facesse un po' d'abitudine al bene, come al male. Tutto giunse in numero esatto e in condizioni ottime, mio caro Pomarico. Ma cotesta generosità sua è troppa. Io mi sento troppo umile, se penso a lei. Come posso meritarmi tanto amore da lei? Lo so: solo col ricambiarlo tutto e questo io feci, fo e farò, altro non so mai trovare a questo mio sentimento un'espressione qualsiasi, mentre ella dà al suo tante manifestazioni eloquenti. Io vo pensando ch'ella abbia una mamma, una sposa, una sorella, che le siano intorno e che versino dolcezze nella esistenza sua: vorrei che gli studi le procacciassero compiacenze profonde e che i suoi malati la benedissero tutti. Ma, pure, io non so far niente per lei. Questi augurii non valgono nulla! Pensi che il mio amore non è minore del suo e che solo il mio potere è impari. Mi voglia sempre il bene, che mi rende orgoglioso e contento. Suo aff.mo A. Murri  
Bologna 30.XII.08.







*Giovanni Pomarico invia al maestro una sua pubblicazione; pur lontano dall'Università e medico di campagna ha scritto una monografia sulla porpora emorragica infettiva e circa altre venti pubblicazioni. Il Maestro ne gioisce e lo ringrazia.*

Caro mio Pomarico,  
Ho letto e mi compiaccio. Non è per me cosa nuova la grande bontà sua, né il felicissimo ingegno suo: ma il rivederli mi fa sempre un piacere da non si dice. Vorrei che la sorte le fosse benigna, quanto i suoi meriti porterebbero. Il mio augurio è vecchio, ma è sempre ugualmente forte e continuo. Grazie del suo bel lavoro e della sua buona lettera! Aff.mo A. Murri  
Bologna 30.V.09.

\*\*\*

*Il Maestro è tornato da un consulto a Lecce fatto con un famoso medico locale dell'epoca, il dott. Libertini; invia all'allievo due sue nuove pubblicazioni e lo invita a descrivere il caso osservato di un paziente con ischemia cerebrale cronica; lo invita quindi a leggere il retro del biglietto (volti) che contiene un'ulteriore raccomandazione: la storia dovrebbe rifarsi tutta e con gran diffidenza.*

Bologna 8.X.09  
Caro Pomarico,

*Volti*

Le spedii i due lavori e spero li abbia avuti. Mi pare che lei farebbe bene a raccogliere con estrema esattezza la storia di quel signore,

specialmente negli esordi insignificanti. Non le pare, che sui libri si parli molto di trombosi, d'embolismo, d'emorragie e poco o punto di questa lenta morte d'una parte del cervello per alterazione profonda d'un'arteria? Ella potrebbe illustrare l'osservazione e richiamare la gente sulla diagnosi, che mi pare importante. L'abbraccio e la prego di salutare la signora. Suo A. Murri

Il Libertini, che vidi la sera a Lecce, m'assicurò che il malato, nel suo primo accesso, non ebbe ombra di convulsioni, ma solo perdita od offuscamento di coscienza. Quel giovine collega, che fu presente agli altri due accessi(?) non pare un osservatore severo: fu forse egli stesso, che dette la notizia dell'epilessia anche nel primo accesso? La storia dovrebbe rifarsi tutta e con gran diffidenza.

\*\*\*

*Il Maestro viene chiamato a consulto a S. Maria Capo di Leuca, estrema punta del Salento; organizza meticolosamente il viaggio ed esprime tutte le sue esigenze; anche da questa programmazione si evince la sua personalità e il suo attaccamento al metodo.*

Carissimo Pomarico,  
Quale impresa fare un viaggio in Italia! Il pensiero di riveder lei, anima nobilissima m'alletta, m'attrae, mi seduce. Ma ho studiato l'orario come se dovessi risolvere qualche problema di calcolo infinitesimale. Se un povero diavolo dovesse andare fuori d'Italia, nulla sarebbe più facile: di qui si va a Monaco, a Vienna, a Berlino senza mai discendere dalla carrozza in cui s'è saliti, ma per andare in un



1924, Giovanni Pomarico, Medico Primario a Lecce





paese d'Italia, la bisogna cambia. Aggiunga poi ch'io sono vecchio, ma tuttora neurastenico, e per ciò non posso vivere con tranquillità in un albergo: ho bisogno di molt'acqua calda, di molto tempo, di molta pulizia, di che non c'è dovizia fra noi. A me pare che converrebbe meglio partire di qui alle 10,25 e arrivare a Lecce alle 6,30 della mattina dopo. Io sopporto bene il non coricarmi in un letto, anzi preferisco un vagone a un letto incerto. Ma quanto a Lecce avrei bisogno di *due ore (!!) di toilette* in un Hotel dove potessi fare il comodo mio, perché ho necessità fisiologiche ineluttabili. Dopo sto bene fino alla mattina appresso e posso viaggiare senza coricarmi neppure la notte seguente e senza grave disagio.

Tutto, dunque, potrebbe aggiustarsi, se alle 8,30 ci fosse un'automobile a Lecce. Allora andremmo dove lei vorrà e io potrei essere di nuovo a Lecce la sera. Da Lecce ripartirei alle 21,55 e troverei a Brindisi un *diretto* che mi riporterebbe quassù, arrivando a Bologna alle 17,42. Tutta la difficoltà, mi pare, starebbe nell'aver un'automobile.

Io non so quanto tempo metterà un'automobile da Maglie a Capo di Leuca. Ma da Lecce a Maglie il tempo non può essere molto, perché un treno (un treno italiano!) impiega circa un'ora. Così io viaggerei 24 ore per venire e quasi 24 per tornare, passerei la giornata intera per il consulto e starei due notti in treno, cioè, in conclusione, tre giornate di tempo e d'affaticamento. Mi pare che 1000 lire ogni 24 ore ci vorrebbero. Ora che siamo intesi possiamo intenderci meglio per telegramma, tanto più che io non posso troppo anticipare le mie risoluzioni e tanto più perché il consulto non è urgente. Io sono in giro più spesso ora che prima: ho da fare una visita in Carinzia e una sul lago di Como. Ella può telegrafarmi o scrivermi a sua posta. E io le risponderò subito. Per ora le mando come sempre i voti dell'animo mio, che l'ama come uno de' più eletti spiriti conosciuti. Suo A. Murri.

Bologna 21.IX.09.

\*\*\*

*Il giorno dopo, 22 novembre, il Maestro ritorna sulla organizzazione del viaggio ed esprime alcune considerazioni sul ruolo dei politici nelle vicende locali.*

Caro Pomarico,

Ho ricevuto la sua cartolina. Dalla lettera che io le scrissi ieri, avrà veduto che anch'io avevo messo gli occhi su quel treno delle 10,25. E se non si guardasse che l'orario io potrei venire a Maglie, senza fermarmi mai. Ma, come ieri le dissi, non ho bisogno di letti io: però ho bisogno disgraziatamente, d'un paio d'ore di *toilette* ogni 24 ore!! Onde, per ora, il mio programma resta il più accettabile. Circa all'onorario io m'espressi con lei con tutta franchezza, perché veramente la gita è disagiatissima, com'ella sa.

Il *treno diretto* diventa una canzonatura da Bologna in giù; di più, non si conoscono più vagoni da mangiare e vagoni da dormire, quantunque il percorso sia 6 volte più lungo che da Bologna a Milano, fra cui ci son treni direttissimi, ci sono vagoni a letto, vagoni *restaurants* di giorno e di notte. L'Abruzzo e le Puglie, caro Pomarico, sono trattate così perché non hanno politici: molte queri-

monie, ma acquiescenza a ogni governo; nessun ministro costituzionale si cura di loro, perché tutti son sicuri d'ottenere l'approvazione. Un tempo c'erano, almeno, Imbriani e Bovio, che valevano per tutti. Oggi non c'è nessuno. Suo aff.mo A. Murri  
Bologna 22.IX.09.

\*\*\*

*Il Maestro viene aggiornato, per lettera sulla evoluzione del caso osservato in consulto, che ha ripresentato qualche debolezza, corroborando l'ipotesi diagnostica di ischemia ricorrente.*

Carissimo Pomarico,

Carissima anche la sua lettera, come sempre tutto che viene da lei, anima nobile e fervente.

Per giudicare da che parte sta la debolezza credo potrebbe servire molto bene qualche differenza d'azione nei facciali inferiori quando l'infermo sorride o fischia. Anche una differenza d'intensità nei riflessi patellari potrebbe servire. Io non rammento nulla! Il Dr. Ruffano mi scrisse pure del malato e io gli risposi. Il ritorno della sindrome e la scomparsa rapida ridimostra, che c'è un'ischemia ricorrente. Il pericolo sta o nella trombosi o nella rottura dell'arteria che ora subisce queste alternative di alta e di bassa marea!

Addio, mio amico. Mi ricordi alla signora e a tutti i benevoli che non mi hanno ancora dimenticato. Aff.mo suo A. Murri  
da Bologna 5.XII.09.

\*\*\*

*Auguri di fine d'anno con codeghini, oggi cotechini, bolognesi.*

Carissimo, erano codeghini di Bologna, quelli che piacevano a Rossini il ghiotto, il grande, il poltrone. C'era bisogno di dirle donde venivano? Grazie della sua ottima lettera e auguri a non finir più per la signora e per lei dal suo aff.mo amico A. Murri  
Bologna 30.XII.09.

\*\*\*

*Giovanni Pomarico ha cinquant'anni; è medico apprezzatissimo in tutta la provincia; sollecitato da più parti si decide a concorrere per la direzione dell'Ospedale di Lecce e del locale Reparto di Medicina; a distanza di ventiquattro anni segue il consiglio del suo Maestro, lasciare il piccolo paesucolo per il più importante capoluogo (dovrà lasciarlo in piena notte per sfuggire all'assedio affettuoso ma deciso della popolazione). Chiede al Maestro un certificato; il Maestro glielo invia con qualche preoccupazione.*

Caro Pomarico,

Le mando il certificato. Non so se sarà come il primo. Ma io avrei voluto che fosse migliore. Però non è facile dir di più di ciò che ho scritto, quantunque abbia scritto la verità. Spero che lei possa accomodarsi meglio. Mi dà un po' pena la sua parola, *boicottare*. Come? Concorre a un posto, *boicottato* dai medici? Non mi pare che sarebbe bello. Perché farsi nemici i colleghi? Io l'amo tanto, che non potrei tollerare che gli altri l'odiassero. No, non dev'essere. Mi assicuri, saluti la signora e m'abbia sempre per aff.mo suo A. Murri  
Bol. 3.IV.10.





Bologna 2.IV.10.

Fu qui allievo, tra l'82 e l'86 e qui conseguì la laurea in Medicina il Sig. Giovanni Pomarico di Collepasso di Lecce.

Mai un più sincero e più fervido amore al sapere brillò nella mia scuola, che in lui. Né a me soltanto tale nobilissima dote lo avvinse, ma ad altri suoi maestri, fra cui rammento sempre uno, che vale per molti - Camillo De Meis. E fu così, che il Pomarico, incapace di saziarsi, restò qui a studiare liberamente ed intensamente anche dopo che ebbe onorevolissimamente ottenuto il Diploma. Dotato di felicissime facoltà di spirito e di volontà la più ferma, il suo entusiastico culto del vero gli procacciò tal somma di cognizioni e di perizia, che tutti l'avemmo fra i più eletti della nostra Scuola. Ma quel ch'è più, riveduto e riesaminato dopo 10 o 20 anni, io non ho trovato solo i frutti maturi di quel verdeggiare giovanile, ma (fenomeno quasi unico in una vita già lunghissima d'insegnamento!) ho ritrovato in lui anc'oggi il primitivo ardore di studio, di sincerità scientifica, dei più sani e fecondi bisogni intellettuali. Onde s'è rafferma in me l'opinione dell'eccellenza dell'opera di lui in pro dei malati, che in lui s'affidano. Prof. Augusto Murri

*Il certificato è del 2 aprile, spedito insieme alla lettera del 3; riporta in fondo il timbro della Regia Università di Bologna e la dichiarazione di autenticità della firma, sottoscritta per il Direttore di segreteria da Antonio Bianchi.*

\*\*\*

*Giovanni Pomarico vince il concorso, il Maestro, in vacanza a S. Moritz, si compiace ma non dimostra molta simpatia per il Presidente della commissione esaminatrice (il giudice).*

Schweizerhof - Chateau, St. Moritz, Dorf, Engadine  
St. Moritz, le 8.VIII.10.

Carissimo,

Nulla mi poteva giungere più gradito. Pare una cosa non terrena il vedere spuntare un fiore di giustizia. E tanto meglio, dacché il beneficio ricade su lei. Lodiato anche il giudice: ma, pur sentendo di non essere maligno, penso che la distanza tra lei e gli altri doveva essere tale che neppure uno di quella origine poté chiudere gli occhi. Io poi non capisco come i buoni leccesi siano andati a cascare proprio lì. Ma non ci sono i Marchiafava, i Cardarelli, i Bozzolo, i Grocco, i Rossoni, i Banti in Italia? Fosse stato il Maragliano o il suo equivalente, il Baccelli, passi: ma quello lì, poveretto, proprio non so come e perché. Ma è così nella vita - sempre qualche cosa d'inaspettato e oggi, per fortuna, ci viene il bene, donde non pareva di poterselo attendere.

Bravo! Caro mio Pomarico, nessuno le augura più bene di me, ero per dire tanto bene quanto le augura il suo A. Murri

\*\*\*

*Un anno dopo Giovanni Pomarico avanza una nuova richiesta al suo Maestro. Scoprendo chi è Rovighi potremmo forse intuire il tenore della richiesta; la risposta del Maestro è di grande saggezza, non basta meritare: più di tutto importa aver gente, che riconosca i meriti.*

Carissimo,

ho capito e approvo, pienamente approvo. Bisogna però agire con cautela. Dove chiedere? Tutto dipende forse da questo. E bisogna studiare la questione. Qui c'è il Rovighi, il quale, com'è naturale, ha un voto preponderante, poiché è il titolare della materia. Il Rovighi è anche molto buono con me, ma è nervoso e talora anche permaloso, quasi altri volesse sopraffarlo. Io devo andar guardingo. Mi spieghi meglio il suo programma. Non basta, amico mio, meritare: più di tutti importa aver gente, che riconosca i meriti. Aiutarla io credo di potere dovunque ella fissi la sua mira, anche fosse Napoli. Mi riscriva. Affettuosamente A. Murri  
Bologna, 17.VII.11.

\*\*\*

*Marzo 1912, nuove agitazioni nella vita del Maestro (quali?); forse l'allievo gli ha espresso la sua partecipazione; una sola parola di risposta: grazie.*

Caro Pomarico,

Scrivo poco o nulla, perché quasi le ordinarie brighe non mi tenessero occupato da mattina a sera, ora queste nuove agitazioni non lasciano più posto ad altro. Perciò lei mi scuserà, lei, che sempre mi fu indulgentissimo. Oggi però le mando una parola, una parola sola, che ne inchioda mille e mille - grazie. Suo A. Murri  
Bol. 18.III.12.

\*\*\*

*Il Signor D.L. con ogni verosimiglianza è stato inviato da Lecce a Bologna per un consulto; il Maestro offre nell'occasione un ulteriore saggio di osservazione accurata dei fatti e di ragionamento critico su di essi; il tutto in una visione che oggi definiremmo olistica dell'uomo malato.*

Caro mio Pomarico,

il sig. D.L. m'offre l'occasione di scriverle, cosa che ripeterei tutti i giorni, se ogni giorno non avessi mille brighe, mille faccende, mille affanni, che mi tolgono ciò che desidererei. Dunque, saluti a lei e alla signora, saluti a casa anzitutto. Le dirò poi che l'esame del sig. D.L. dà la certezza, che la pleurite portò essudati, che non furono riassorbiti mai interamente, poiché n'esistono molti anc'oggi. Né oramai molto da sperare che guariscano più, poiché sono già organizzati e diventati tessuto fibroso per la maggior parte. Però il loro danno è lievissimo: essi impediscono la funzione respiratoria nel lobo inferiore, ma ciò non porta danno, perché all'ematosi provvedono largamente gli altri lobi. Quel che c'è di confortante è appunto l'integrità del polmone restante il che allontana (insieme collo stato generale e l'apiressia) il pensiero di una natura bacillare. A quest'ora, se c'era il germe specifico, non sarebbe mancato davvero il tempo del suo diffondersi. Invece gli apici sono normali. Resta la lue. Per ora la quantità di mercurio introdotta può bastare. Meglio varranno i jodici, che potrebbero anche favorire il riassorbimento dell'essudato pleurico, che per avventura non fosse ancora fibroso. Come rimedio anestetico consiglieri delle pennellature di Spirosal (a parti uguali con alcool rettificato) su tutto il torace destro, mattino e sera. Ma finalmente sarà anche utile la psicoterapia, poiché





questo giovanotto ha un'idea troppo tetra del suo male. Io credo che guarirà di tutto e che le aderenze pleuriche non avranno alcun effetto dannoso per lui, s'egli avrà la fortuna di sfuggire ad altri processi di malattia degli organi respiratori.

Faccia ora lei, caro Pomarico, come lei sa fare. Io penso che ora ella sia più soddisfatto della sua vita e ne godo, assai. Aff. mo suo A. Murri Bologna 26.IV.12.

\*\*\*

*Primavera del 1917: il Maestro ha 76 anni e denuncia un momento di stanchezza; si confida con il suo allievo ed esprime con grande efficacia rimpianto ma anche serena attesa.*

Carissimo Pomarico,

Il suo affetto è come il mio: *non invecchia*. M'ha fatto gran piacere l'averne la conferma, quantunque io ne fossi certo, anche senza aver ricevuto il suo generoso saluto. Io sono ormai così vecchio, che mi pare d'essere già alla stazione di partenza, col biglietto ferroviario in tasca: aspetto il fischio della vaporiera per partire, e sono tranquillissimo: perciò dubito che mai più rivedrò le sue Puglie: e allora? Se non rivedrò neppure lei, porterò meco nella polvere qualche impronta di lei e del mio carissimo Libertini, ai quali il mio cuore si volge sempre. Suo A. Murri Bologna, 17.IV.17.

\*\*\*

*Donna M.d.A. è una gentildonna del sud; una volta l'anno viene inviata a consulto dal Maestro; il suo caso è di difficile soluzione perché prevalentemente se non esclusivamente "funzionale".*

Bol. 18.XII.25.

Carissimo Pomarico, ella non è mai eclissato nel mio animo né per lontananza di luoghi, né di tempi. La sua memoria sta scolpita in marmo, non è scritta solo a colori cancellabili. Essa era prima associata a De Meis, ora a donna M.d.A. due anime tanto diverse eppure tutt'e due degnissime di stare in cima a tutti, dove si raccoglie ciò che più onora la specie! La signora M. mi par sana: avrà *le défaut de ses qualités*: tanta sensibilità verso le cose belle e buone non si potrebbe avere senza una fondamentale *facoltà nervosa*. Io direi che il meglio è di non eccitarsi troppo per non consumarsi eccessivamente!! Ma ella, che ha la fortuna d'esserle vicino, vede meglio di me. Saluti la sua signora, carissimo. Suo A. Murri

\*\*\*

*Questa è l'ultima lettera che Giovanni Pomarico riceve; riguarda ancora donna M.d.A., tre anni dopo. Il Maestro ora ha 87 anni ma conserva intatte la sua capacità di ragionamento critico ed anche una chiara visione del proprio invecchiamento, non so se del mio ci resti qualche cosa ancora. Resta certamente questo grande affetto per l'allievo prediletto.*

\*\*\*

Caro, carissimo Pomarico,  
Mi spiace molto molto quanto mi scrive sulla egregia sig.ra M.

Ella dice benissimo, che si tratta semplicemente di una neurosi. Ma che può fare il medico contro una neurosi psichica? Se il disordine cerebrale venisse da qualche turbamento fisico di visceri, noi potremmo tentare di correggere questo. Ma che possiamo sulla psiche? Potremo consigliare, modificare qualche abitudine, combattere pregiudizi, attenuare sentimenti nocevoli, raccomandare divagazioni, mutare ambiente psichico o altro.

Mi pare che per la sig.ra Maria il meglio sarebbe eccitarla a fare un bel viaggio con suo marito in un luogo non per anco visitato. Ma forse io scrivo delle corbellerie. Conosco benissimo il fisico della sig. M. ma la vedo una volta all'anno e per breve tempo, non posso conoscere la psiche. Ella, che ha la fortuna di vederla sempre, potrà molto meglio penetrare là dove io non potrò mai. Di farmaci darei molto bromo e molta valeriana: ciò che s'otterrebbe certamente è un lunghissimo sonno e quindi un abbreviamento delle sofferenze e del consumo eccessivo del sistema nervoso. Come comprenderà benissimo da quanto le ho detto e del modo come scrivo!

Ho perduto la vista, l'udito, la memoria e non so che del mio ci resti qualche cosa ancora. E lei, caro Pomarico, mi scrive, come se il tempo non fosse decorso. Io l'abbraccio: ecco ciò mi resta, l'affetto più sincero, più vivo per i miei veri amici, come lei. Aff. A. Murri Bol. 14.XII.28.

\*\*\*

*Augusto Murri morirà quattro anni dopo nel 1932; Giovanni Pomarico gli sopravviverà di sei anni, vivendo la fase ultima della sua vita anni nell'enorme considerazione e nel grande affetto dei suoi familiari e dei suoi concittadini. Non ebbe figli, per cui seguì con particolare amore i due figli della sorella Clorinda, il primo, Gaetano, così chiamato in onore del padre; il secondo venne registrato all'Anagrafe, per un improvviso moto di orgoglio e di indipendenza del padre verso il grande cognato, come Edoardo; ma fu sempre chiamato Giovanni, anzi Giovannino, Nino in suo onore; entrambi vennero inviati a Bologna a studiare Medicina; successivamente, il primo prese il posto del grande zio nella condotta di Collepasso; il secondo si fermò in Ospedale ad apprendere il metodo clinico dallo zio Primario prima di passare all'assistenza pubblica ed alla direzione dell'Inam di Lecce. Forse non era questo che Giovanni Pomarico s'attendeva. Così cominciò a guardare con molta attenzione alla generazione successiva, ai figli di Edoardo, dal momento che Gaetano non si sposò né ebbe figli; nacque prima una bambina, poi una seconda bambina, poi infine giunse il maschietto.*

*Giovanni Pomarico ne gioì a lungo e chiese ed ottenne dai genitori che quel bambino, che gli avrebbe reso felici gli ultimi anni di vita, si sarebbe chiamato Giovanni, avrebbe studiato Medicina a Bologna e sarebbe divenuto Medico Primario.*

*Sessantasette anni fa, quel bambino ero io.*

Giovanni Danieli





*Il Regolamento per l'autonomia didattica degli Atenei demanda a successivi Decreti (Decreti d'Area) l'ulteriore articolazione ed applicazione del Decreto Legge. Un Gruppo di studio costituito presso il MURST ha preparato una bozza di decreto per l'area sanitaria, che comprende oltre a Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Medicina Veterinaria, Farmacia, Biotecnologie e circa venti Diplomi Universitari dell'Area Sanitaria.*

*Il documento, per quanto largamente apprezzato, ha ovviamente suscitato un dibattito ed alcune richieste di revisione.*

*Sul tema si sono espresse la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli dei CdL in Medicina e Chirurgia e la Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, con alcuni documenti che integralmente riportiamo.*

#### **CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI DEI CONSIGLI DI CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA**

*Lettera al Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Prof. Umberto Marinari*

*Caro Presidente,*

la Conferenza dei Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia riunita in plenaria ad Ancona il 14-15 aprile u.s. e successivamente da me contattata ripetutamente ha compiuto un primo esame del documento preparato dal Gruppo di lavoro istituito presso il MURST per i Decreti relativi all'area sanitaria e ha unanimemente condiviso l'alta qualità del lavoro svolto e il risultato ottenuto.

Tuttavia, per un migliore adeguamento del documento stesso al processo formativo degli studenti, avanzano le seguenti osservazioni relative a possibili rischi che possono derivare da un'applicazione delle norme in contrasto con fondamentali principi pedagogici:

1) La sostituzione della nuova Tab. XVIII con il Decreto non può far accantonare alcune innovazioni qualificanti che nella Tabella erano esplicitamente normate e che avevano dimostrato di migliorare notevolmente l'organizzazione delle attività didattiche e i loro risultati; ci si riferisce in particolare alle seguenti indicazioni tabellari, certamente non vietate dal decreto d'area, ma non in esso contenute:

- a) la definizione esplicita di un tetto numerico per gli esami di profitto, stabilito in modo invalicabile a un massimo di 36;
- b) l'indicazione di un Coordinatore responsabile della didattica per ciascun corso integrato come attore importante ai fini dell'integrazione interdisciplinare;
- c) la sincronizzazione tra apprendimento e valutazione attraverso lo sbarramento all'iscrizione all'anno successivo per gli studenti in debito a settembre di più di due esami.

2) L'attribuzione della quota minima del 10% dei crediti totali (pari a 30 CFU e quindi a 750 ore/studente) agli "ambiti" delle attività formative di base non deve penalizzare la valenza formativa di tali insegnamenti; è pertanto indispensabile che le Facoltà nella loro autonomia programmatica siano in grado di garantire spazi adeguati - ancorché non ipertrofici - a queste conoscenze basilari, attraverso l'utilizzazione di crediti "liberi", ma anche di crediti assegnati ad altri "ambiti", facendo ricorso a più che opportune "integrazioni verticali" tra saperi teorici e applicati, tra loro complementari; in ogni caso nessuno può immaginare di rendere contemporaneo e compresso in tempi di durata esigua l'apprendimento di conoscenze per natura "sequenziali", quali sono quelle che riguardano le molecole biologiche, le strutture e le funzioni cellulari, d'organo e di apparato. Tuttavia, nella preoccupazione che le facoltà possano incontrare difficoltà ad assicurare una più congrua distribuzione dei crediti ed anche per lasciare alle stesse la libertà di collocare i crediti disponibili, ritengo opportuno che la proposta del gruppo sia sin d'ora da correggere.

3) Non può venire altresì snaturato il significato profondo della sostituzione delle discipline tradizionali con i settori scientifico-disciplinari: questi ultimi infatti, afferendo nei decreti d'area agli "ambiti" delle differenti attività formative, indicano le competenze potenzialmente utili, non le titolarità indispensabili al conseguimento degli obiettivi didattici; solo rispettando questo loro intrinseco significato si evita il rischio dell'ipertrofia curriculare e della ridondanza dei contenuti, cui si potrebbe essere indotti dalla ripetizione di alcuni settori in molti "ambiti" e dalla molteplicità di settori di materie affini, i quali debbono fungere esclusivamente come offerte opzionali di arricchimento culturale; di questi le singole Facoltà dovranno decidere il grado di utilizzazione in piena autonomia, affinché non occupino spazi e tempi propri degli insegnamenti di base e di quelli caratterizzanti. E' inoltre utile e auspicabile che tra le materie affini sia inserito anche il settore BIO.

4) Con la medesima logica contraria ad ogni ridondanza dev'essere riconsiderato l'inserimento di settori e quindi di competenze (comunque non di materie e di titolarità) specialistiche nell'ambito della Clinica medica e chirurgica, per prevenire un'ulteriore frammentazione del sapere e per conservare agli studenti un'area di integrazione delle conoscenze e delle abilità acquisite che li educi ad una visione olistica dell'uomo malato; questa area deve costituire per i discendenti un momento unico ed unitario di acquisizione del metodo clinico basato sulle evidenze, il cui insegnamento-apprendimento è prerogativa delle cliniche generali.

5) La questione del tirocinio deve essere affrontata con grande oculatezza, armonizzando il decreto d'area con le norme







ora in approvazione al Parlamento sull'Esame di Stato; è necessario infatti evitare tre rischi gravi: l'allungamento degli studi medici pre-specializzazione a 7 anni effettivi; l'attuale sovrapposizione del tirocinio semestrale post-laurea alla frequenza di parte del primo anno delle Scuole di Specializzazione, con vanificazione dell'apporto formativo di entrambi; l'accorciamento del corso di laurea in medicina a 5 anni con "compressione" dei tempi di apprendimento. Un tirocinio post-laurea di tre mesi, com'è previsto dal DDL di riforma dell'Esame di Stato, può risultare troppo breve e forse per questo improvvidamente prevede una possibile scelta alternativa di frequenza tra reparti di medicina, chirurgia o pediatria; sembra più ragionevole per necessità professionali che questo periodo trimestrale di tirocinio sia dedicato all'acquisizione effettiva a tempo pieno delle abilità relative alle emergenze e al primo soccorso; allora, per garantire che tutte le altre competenze e abilità cliniche vengano effettivamente acquisite resta indispensabile un periodo adeguato di tirocinio obbligatorio pre-laurea, che il decreto d'area indica di durata pari a 60 CFU, cioè a un anno di tempo/studente; ciò non può significare che esso sia a *fortiori* limitato al 6° anno di corso; inoltre - se non altro per ragioni logistiche - dovrebbe essere in prevalenza frequentato presso cliniche universitarie. Infine il decreto d'area conferma esplicitamen-

te che la durata della Facoltà di Medicina è di sei anni; nulla impedisce che i corsi di laurea continuino a collocare nel 6° anno alcuni esami, preferibilmente quelli professionalizzanti (per es.: Clinica medica, Emergenze medico-chirurgiche, Sanità pubblica ed eventualmente Pediatria e Ginecologia-Ostetricia); in tale assetto il 6° anno, con un numero inferiore di esami e spazi privilegiati per l'apprendimento sul campo, potrà anche consentire a un certo numero di studenti il recupero di ritardi curriculari minori.

Fatte queste precisazioni, desidero ribadire la totale disponibilità della Conferenza ad operare per una immediata, integrale, coordinata applicazione del DM 509 in tutte le sedi italiane, nel pieno rispetto delle direttive che la Conferenza dei Presidi vorrà stabilire al proposito e ricordando comunque che l'imprinting fondamentale dei decreti d'area è dato dalle norme sull'autonomia didattica, norme che rendono ogni Facoltà direttamente e autonomamente responsabile delle proprie scelte.

*Prof. Giovanni Danieli*

Ancona, 16 maggio 2000







## CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDI DELLE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

MOZIONE RELATIVA AI DECRETI DI AREA - ROMA 17.05.2000

La Conferenza, dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia riunita a Roma il 17 maggio 2000

*sentita*

la relazione del Presidente sui contatti avuti con il vicepresidente del CUN e con i Sottosegretari del Murst on.li Guerzoni e Sica,

*preso atto con soddisfazione*

della disponibilità dimostrata ad aprire un confronto con la Conferenza dei Presidi per arrivare ad una formulazione del decreto di area per la classe delle Lauree specialistiche in Medicina e Chirurgia che recuperi il faticoso lavoro di questi ultimi anni per una corretta applicazione dell'ultima versione della Tab. XVIII e XVIII *ter* in linea con le direttive europee

*condividendo*

i principi dei documenti elaborati dalla Conferenza nazionale dei Presidenti di Corso di Laurea e trasmesso dal Presidente della Conferenza stessa, Prof. Danieli, e dalla Conferenza dei Corsi di Diploma Universitario dell'area sanitaria, trasmesso dal Segretario Prof.ssa Binetti;

*ribadisce*

la necessità che il decreto di area:

*a) per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia*

- 1) indichi con chiarezza in sei anni la durata della didattica del corso di laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2) preveda che il tirocinio prelaurea venga svolto nell'ambito delle strutture universitarie ed in base alla programmazione della didattica disposta dai Regolamenti universitari, con integrazione con i relativi insegnamenti;
- 3) comprenda negli obiettivi formativi qualificanti le raccomandazioni dell'*Advisory Committee on Medical Training of the European Community*;
- 4) definisca gli ambiti disciplinari con i relativi settori scientifico-disciplinari (eliminando ridondanze e reinserendo omissioni) in stretta corrispondenza con quelli indicati dall'attuale tab. XVIII, tra l'altro corrispondenti alle sopradette raccomandazioni (inserendo anche un *ambito di scienze umane e comportamentali*, comprensivo di bioetica, sociologia, economica, etc);
- 5) riconsideri le attività affini o integrative per la formazione interdisciplinare implementandole adeguatamente

anche con i settori scientifico disciplinari di aree BIO;

6) trasferisca parte degli ambiti disciplinari della morfologia umana, della struttura, funzione e metabolismo delle molecole di interesse biologico, nonché delle funzioni biologiche integrate degli organi e degli apparati umani fra le attività formative caratterizzanti la classe, mantenendo l'attuale articolazione dei primi 3 anni;

7) siano accorpate gli "ambiti disciplinari" della propedeutica e della metodologia clinica, che costituiscono un ambito omogeneo, confermando l'attuale ambito delle patologie integrate e peraltro rivedendo i S/D inseriti nell'ambito della clinica generale medico-chirurgica in modo da garantire una formazione clinica olistica, rivolta al malato e non alla malattia.

*b) per quanto riguarda la laurea specialistica in "programmazione e gestione dei sistemi sanitari" e le lauree di I e II livello per le professioni sanitarie (attuali DU e DA), si rileva:*

- 1) la laurea specialistica sopradetta non appare finalizzata a reali figure professionali (il livello programmatore e gestionale è infatti proprio dello specialista in Igiene), mentre più propriamente dovrebbe riguardare l'organizzazione delle professioni sanitarie (clinico-assistenziali, di riabilitazione o tecniche);
- 2) uno schema logico per tutto il settore (lauree per le professioni sanitarie e di laurea di II livello di programmazione ed organizzazione delle medesime) appare essere:

<i>Classi di laurea di I livello</i>	<i>Classi di II livello - laurea specialistica...</i>
	... in medicina e chirurgia
	... in odontoiatria e protesi dentaria
Professioni sanitarie assistenza diretta <i>laurea in: infermiere, ostetrica/o, dietista,</i>	... in scienze inferm./ostetriche e organizzazione delle professioni igienista dentale, ecc.
Professioni sanitarie della riabilitazione: <i>laurea in audioprotesista, fisioterapista,</i> <i>logopedista, etc.</i>	... in scienze ed organizzazione della riabilitazione
Professioni sanitarie tecniche diagnost.: <i>laurea in: audiometrista, tecnico sanit.</i> <i>di laborat. bio-medico, tecnico sanitario</i> <i>di radiologia, etc.</i>	... in scienze ed organizzazione delle professioni tecniche sanitarie
Professioni socio-sanitarie	... in scienze ed organizzazione delle professioni socio-sanitarie

In ogni caso nella definizione delle classi per le professioni sanitarie occorre un richiamo al tirocinio ed agli atti professionalizzanti che lo studente deve acquisire (in via transitoria e sino alla loro ridefinizione: richiamo alle Tabelle B), ricordando che sulla materia ha competenze anche il Ministero della Sanità;







*c) per la Classe di Laurea in Biotecnologie mediche*

- 1) che sia raccordato con il settore del farmaco, che fa parte dell'area medico-sanitaria e non di quella cosiddetta "scientifica";
- 2) che sia rivisto il profilo professionale, che non può essere orientato unicamente alla applicazione delle biotecnologie, quando è notorio che in ambito medico esistono competenze ed opportunità professionali di tipo *produttivo* (ad es.: produzione di animali transgenici, anticorpi monoclonali, sonde molecolari, etc...; isolamento ed espansione di cloni cellulari, etc.; messa a punto di vettori, di sistemi di espressione, etc.);
- 3) che siano riviste alcune incongruenze di S/D (BIO/12 non è S/D di base; manca tra i settori di base la matematica) o delle *attività formative* (tra quelle *caratterizzanti* mancano due *ambiti disciplinari di ricerca e sviluppo* BIO/13-14, MED/03-04-05 e 07 e di *discipline etico-giuridiche ed economiche* MED/02, MED/43, IUS/04, SECS-P/07-08, SPS/04, da distinguere da quelli *applicativi*, che vanno inseriti tra gli ambiti affini o integrativi con i relativi S/D - MED/06, MED/09-42, VET/06);

*d) per la classe di Laurea in Scienze motoria*

- 1) sia riequilibrato nella classe di I livello il rapporto tra aree e S/D umanistico-economiche e discipline formative e tecniche, eliminando alcune ridondanze e colmando gravi lacune (MED/04 e BIO/14), essendo incomprensibile che non sia prevista una attività formativa riguardo all'infiammazione o alla fisiopatologia generale o alla farmacologia e tossicologia, per di più propedeutiche obbligate a MED/09;
- 2) nella classe specialistica vi sono le incomprensibili omissioni tra le attività formative caratterizzanti dell'ambito biomedico di quelle rivolte alla formazione morfologica (BIO/16), fisiopatologica (MED/04) e farmacologico-tossicologica (BIO/14), mentre si segnala che vanno soppressi i settori non più esistenti (BIO/20 e MED/51).

La Conferenza dà mandato al Presidente di trasmettere il presente documento al sig. Ministro del Murst ed al Presidente del CUN, rendendosi disponibile per ogni forma di collaborazione.

Il Presidente  
Prof. Umberto M. Marinari







FLAVIA CARLE

Qui di seguito pubblichiamo il testo delle letture tenute dalla Prof.ssa Flavia Carle e dal Dott. Andrea A. Conti a Pesaro, nello scorso mese di maggio, in occasione del Corso di Perfezionamento su La decisione clinica basata sulle evidenze.

## Introduzione

### Obiettivi del corso monografico

Gli argomenti trattati in questo articolo sono tratti dal primo ciclo del Corso Monografico triennale sulla Medicina basata sulle Evidenze (MbE).

I tre incontri di tale ciclo, attivato nell'ambito del quarto anno del Corso di Laurea, si sono posti l'obiettivo di descrivere e analizzare gli strumenti necessari al medico per acquisire dalla ricerca scientifica le migliori informazioni utili per la cura dei suoi

pazienti.

## Misure di validità dei test diagnostici

Centro Interdipartimentale di Epidemiologia, Biostatistica ed Informatica medica Università di Ancona

La MbE, infatti, altro non è che l'unione delle competenze personali e di quanto ci sia di meglio nelle esperienze esterne.

### Gli strumenti per conoscere il meglio delle esperienze esterne

Gli strumenti di cui il medico dispone per conoscere il meglio delle esperienze esterne hanno subito con il passare del tempo una giusta evoluzione, favorita dal progredire della tecnologia della comunicazione (tabella 1).

PASSATO
1. Consultazione colleghi
2. Trattati di medicina
3. Articoli e rassegne
4. Working Team Reports (WTRs)
5. Consensus Conference
6. Giornali di revisione e commento
7. Meta.-analisi
8. Revisioni sistematiche della letteratura
FUTURO

Tab. 1 - Gli strumenti per conoscere il meglio delle esperienze esterne

Tale progresso, se da una parte permette una più rapida diffusione e consultazione dei risultati della ricerca scientifica prodotti in tutto il Mondo, dall'altra ha aumentato in maniera esponenziale la quantità di dati disponibili, in modo che è diventato praticamente impossibile per un medico la lettura diretta dei risultati della ricerca scientifica.

Da considerazioni come questa sono nati prima i giornali di revisione e commento e poi le revisioni sistematiche della letteratura.

### Necessità di saper fare una valutazione critica di un articolo scientifico

La possibilità di utilizzare tali strumenti in modo efficace per il proprio paziente, dipende, comunque, dalla conoscenza da parte del medico dei metodi utilizzati in queste revisioni per valutare criticamente le evidenze da inserire nella revisione stessa.

Inoltre la disponibilità di tali strumenti non esclude che il medico si trovi a leggere direttamente un articolo scientifico (su carta o in rete!) e quindi debba saper fare una valutazione critica di quanto ha letto.

Già nel 1981, vennero pubblicate le prime regole per la lettura di un articolo scientifico (tabella 2)<sup>(1)</sup>.

Per ognuna delle risposte all'ultima domanda, è poi disponibile una griglia di guida per la lettura critica dell'articolo riferito ad un preciso intento.

Nella tabella 3 è riportata, a titolo di esempio, la griglia relativa all'intento "Scoprire se usare un test diagnostico: nell'assistenza

1. Il titolo è interessante o utile?
2. Gli autori sono noti?
3. Leggi il riassunto: i risultati possono essere utili?
4. Considera la popolazione e l'ambiente dello studio: i risultati potrebbero essere applicati nella tua realtà clinica?
5. Qual' è il tuo intento?
  - a. Scoprire se usare un test diagnostico:
    - È stato fatto un confronto indipendente con un gold standard?
  - b. Apprendere il decorso clinico e la prognosi di un disturbo
    - E' stata identificata una coorte iniziale?
  - c. Stabilire l'eziologia o la causalità
    - Sono stati usati metodi validi per studiare la causalità?
  - d. Scegliere una terapia
    - L'assegnazione dei pazienti ai gruppi di trattamento e controllo è stata realmente randomizzata

Tab. 2 - Le prime regole per la lettura critica di un articolo

al proprio paziente, è possibile applicare questa evidenza riguardo questo esame diagnostico?".

In questo articolo verranno considerate le conoscenze di base necessarie per valutare la validità di un test diagnostico (domanda 5 della tabella 3). La definizione "test diagnostico" verrà usata nel suo significato più ampio che comprende qualunque procedura, o insieme di procedure (protocollo diagnostico) applicato per fare diagnosi.

### Misurare la validità di un test diagnostico

Un test diagnostico si definisce valido quando conduce il medico a una diagnosi di malattia nei soggetti affetti dalla malattia stessa e a escludere la malattia nei soggetti non affetti.

La capacità del test di riconoscere (quando presente) o escludere (quando assente) la malattia viene misurata calcolando la pro-







1. E' stato fatto un confronto indipendente in "cieco" con un gold standard della diagnosi?
2. Il campione di pazienti includeva un appropriato spettro di malattia, lieve e grave, trattata e non trattata, oltre a individui con disturbi diversi ma comunemente confusi con la malattia in studio?
3. E' stato descritto come è stato costruito il campione e come è stata calcolata la sua dimensione?
3. E' stato adeguatamente descritto l'ambiente dello studio e la selezione attraverso cui sono passati i pazienti inclusi nello studio?
4. Sono state stabilite la riproducibilità del risultato del test e la sua interpretazione (variabilità dovuta all'osservatore)?
5. E' stata misurata la validità del test?
6. Sono stati calcolati gli intervalli di confidenza per le misure di riproducibilità e validità calcolate?
7. E' stato definito appropriatamente cosa si intende con il termine "normale" riferito al test studiato?
8. Se il test fa parte di un gruppo o di una serie sequenziale di test, è stato stabilito quale apporto dia il test singolo alla validità complessiva del gruppo o della serie di test?
9. Le modalità per eseguire il test sono state descritte in modo sufficientemente dettagliato da consentirne l'esatta riproduzione?
10. E' stata stabilita l'utilità del test?

Tab. 3 - Le regole per la lettura di un articolo scientifico per sapere se usare un test diagnostico

bilità che un paziente affetto dalla malattia risulti positivo al test (sensibilità) e la probabilità che un soggetto non affetto dalla malattia risulti negativo al test (specificità) in studio.

L'identificazione dei soggetti malati e non malati, da sottoporre al test in studio, avviene attraverso la scelta di un gold standard, cioè di un test di riferimento; per esempio nella diagnosi di coronaropatia il test di riferimento può essere costituito dalla coronarografia. Il gold standard deve sempre essere esplicitato chiaramente: la misura della validità di un test è sempre relativa ad un altro test, non esiste in termini assoluti.

Nella tabella 4 sono riportate le formule per il calcolo di sensibilità e specificità. Un test caratterizzato da una sensibilità del 90% e da una specificità del 95% è un test in grado di riconoscere la malattia in 90 malati su 100 e di escluderla, quando assente in 95 soggetti su 100. Il complemento al 100% della sensibilità fornisce la probabilità che un soggetto malato risulti negativo e quindi la probabilità che un risultato sia un "falso negativo". Il complemento al 100% della specificità fornisce la probabilità che un soggetto non malato risulti positivo e quindi la probabilità che un risultato sia un "falso positivo".

#### Probabilità di malattia pre-test e post-test

Sensibilità e specificità caratterizzano il test, ma non danno nessuna informazione sulla sua capacità di predire la malattia o l'assenza di malattia. In altri termini, un medico che sottopone un

$$\text{Sensibilità} = \frac{\text{Veri Positivi}}{\text{Malati}} = \frac{P(+e M)}{P(M)} = P(+ | M)$$

dove:

Veri Positivi = soggetti identificati come malati dal gold standard e positivi al test in studio

Malati = soggetti identificati come malati dal gold standard

P(M) = probabilità di essere identificati come malati dal gold standard = probabilità di malattia

P(+ e M) = probabilità congiunta = probabilità di essere positivo al test e di avere la malattia

P(+ | M) = probabilità condizionata = probabilità di essere positivo al test dato che è presente la malattia (condizione)

$$\text{Specificità} = \frac{\text{Veri Negativi}}{\text{Non Malati}} = \frac{P(-e nM)}{P(nM)} = P(- | nM)$$

dove:

Veri Negativi = soggetti identificati come non malati dal gold standard e positivi al test in studio

Non Malati = soggetti identificati come malati dal gold standard

P(nM) = probabilità di essere identificati come non malati dal gold standard = probabilità di non essere malati

P(- e nM) = probabilità congiunta = probabilità di essere positivo al test e di avere la malattia

P(- | nM) = probabilità condizionata = probabilità di essere negativo al test dato che è assente la malattia (condizione)

Tab. 4 - Calcolo di sensibilità e specificità







paziente a un test diagnostico con una sensibilità del 90% e una specificità del 95%, di fronte a un risultato positivo, non ha la certezza che il paziente abbia la malattia perché se così fosse il test lo riconoscerebbe come tale solo 90 volte su 100, mentre se non fosse malato, il test lo identificherebbe come malato 5 volte su 100.

Non conoscendo ovviamente lo stato di salute vero del paziente, ed essendo nota la probabilità di errore del test, il medico deve valutare quanto quel risultato positivo predica la malattia.

Tale valutazione è influenzata, oltre che da quanto detto, anche dalle condizioni e dalle caratteristiche del paziente al momento del test. Nel fare diagnosi, infatti, il medico considera sia i risultati delle indagini diagnostiche che ha prescritto, sia le informazioni che provengono dall'anamnesi del paziente.

Questo ragionamento clinico (o più precisamente diagnostico) può essere quantificato utilizzando il calcolo delle probabilità secondo il seguente procedimento.

Un soggetto che si presenta al medico dichiarando una certa sintomatologia ha una certa probabilità di avere la malattia che dipende dalle sue caratteristiche (sesso, età, abitudini di vita, ecc.) e dal suo stato di salute (la sintomatologia che dichiara).

Questa probabilità viene stimata sulla base della frequenza con cui tale malattia si manifesta in gruppi di soggetti con le stesse caratteristiche del paziente, e rappresenta quindi la prevalenza della malattia in una determinata popolazione.

Per il soggetto considerato, tale prevalenza rappresenta la probabilità di malattia pre-test (o a priori).

Tale probabilità può essere modificata o meno dal risultato del test diagnostico, in quanto questo può risultare positivo (e quindi la probabilità pre-test aumenta) oppure negativo (e quindi la probabilità pre-test rimane invariata). Tale processo rappresenta la quantificazione del processo attraverso cui il medico trova o meno conferma del suo sospetto diagnostico iniziale.

E' evidente che il risultato del test modifica la probabilità a prio-

ri solo nella misura in cui è un "vero positivo" o un "vero negativo". Quindi nella stima di tale modifica, ovvero nella stima della probabilità di malattia post-test (o a posteriori) è necessario tenere conto della capacità del test di dare risultati "veri positivi" e "veri negativi" ovvero della sua sensibilità e specificità.

Il procedimento descritto è riassunto, da un punto di vista quantitativo, dal Teorema di Bayes per le probabilità condizionate (tabella 5), che permette di stimare la probabilità che un soggetto positivo al test diagnostico sia veramente malato, ovvero la probabilità che un risultato positivo predica la presenza di malattia.

L'utilizzazione dello stress test (o prova da sforzo) nella diagnosi di malattia coronarica (CAD) può costituire un esempio di quanto appena descritto.

Il gold standard accettato per la valutazione della sensibilità e specificità dello stress test è la coronarografia.

In letteratura, i valori di sensibilità variano dall'53% al 81%, mentre i valori di specificità variano dall'83% al 97% (2). Tale variabilità è dovuta al fatto che gli studi di valutazione sono studi campionari e quindi sottoposti all'errore casuale. Questo è un altro punto importante nella lettura critica di tali studi: sarebbe necessario che gli Autori riportassero la precisione delle stime campionarie indicando l'intervallo di confidenza.

Un soggetto che viene sottoposto allo stress test, ha una probabilità di malattia coronarica pre-test che dipende dal suo sesso, dalla sua età e dalla presenza di altri fattori (quali tipo di dolore toracico, storia pregressa di infarto, diabete). Il medico può stimare tale probabilità sulla base degli studi condotti allo scopo di valutare il rischio di malattia coronarica in gruppi di soggetti suddivisi in base al loro sesso, età e fattori di rischio (3).

Attraverso l'applicazione del teorema di Bayes, il medico può valutare la probabilità di malattia coronarica dopo lo stress test, tenendo conto della situazione in cui il soggetto si presenta all'osservazione.

Un individuo con una probabilità di malattia coronarica pre-test pari al 45% (caratteristica, per esempio di un uomo di circa 50 anni con un dolore toracico atipico), e con un risultato positivo dello stress test (definito come sottoslivellamento, maggiore di 2,5 mm, del tratto ST nell'ECG), ha una probabilità di malattia coronarica post-test del 96%. Tale probabilità diventa dell'80% se il soggetto, sempre con lo stesso risultato dello stress test, è una donna di circa 40 anni con un dolore toracico atipico, perché quest'ultima ha una probabilità di malattia pre-test solo del 10% (4). La quantificazione del ragionamento comporta diversi vantaggi. In primo luogo la necessità di quantificare le osservazioni in ogni fase del processo conduce il medico a considerare criticamente il metodo di rilevazione delle informazioni stesse e a scegliere solo quelle rilevate con metodi scientificamente affidabili. In secondo luogo poter quantificare con un procedimento noto e ripetibile la probabilità che un certo paziente, risultato positivo a un determinato test diagnostico sia affetto dalla malattia, permette di oggettivare il ragionamento diagnostico e quindi rende possibile il confronto di percorsi diagnostici diversi per la stessa

Probabilità post-test di malattia per un risultato positivo

$$P(M|+) = \frac{SE * P_{pretest}}{SE * P_{pretest} + (1-SP) * (1-P_{pretest})} = P_{post(+)}$$

dove:

SE = sensibilità SP = specificità

P<sub>pretest</sub> = probabilità di malattia prima di essere sottoposti al test = prevalenza di malattia

P(M|+) = probabilità condizionata = probabilità di essere malato data la presenza di un risultato positivo del test (condizione)

Probabilità post-test di malattia per un risultato negativo

$$P(M|-) = \frac{(1-SE) * P_{pretest}}{(1-SE) * P_{pretest} + SP * (1-P_{pretest})} = P_{post(-)}$$

dove:

P(M|-) = probabilità condizionata = probabilità di essere malato data la presenza di un risultato negativo del test (condizione)

Tab. 5 - Stima della probabilità post-test con il Teorema di Bayes







malattia allo scopo di scegliere il percorso diagnostico più valido. Un modo semplice per stimare la probabilità post-test di malattia: L'applicazione del Teorema di Bayes può risultare poco pratica nella realtà clinica giornaliera.

E' possibile, sempre attraverso il calcolo delle probabilità, semplificare la stima della probabilità post-test di malattia considerando due nuove misure, il rapporto di verosimiglianza (Likelihood Ratio) e l'Odds di malattia

Per "verosimiglianza" si intende la probabilità di un particolare risultato relativo a due differenti ipotesi; nel caso del test diagnostico è la probabilità di un risultato positivo (negativo) per le ipotesi di presenza e assenza di malattia.

L'"Odds di malattia" è il rapporto tra la probabilità di un evento (la malattia) e la probabilità che l'evento non si verifichi (assenza della malattia).

Nella tabella 7 è riportato il procedimento di stima della probabilità post-test utilizzando il LR e l'odds di malattia.

Sulla base delle considerazioni fatte, Sackett propose nel 1988 un

$$LR (+) = \frac{P(+ | M)}{P(+ | nM)} = \frac{SE}{1-SP}$$

$$LR (-) = \frac{P(- | M)}{P(- | nM)} = \frac{1-SE}{SP}$$

$$Odds_{pretest} = \frac{P(M)}{1-P(M)} = \frac{P_{pretest}}{1-pretest}$$

$$Odds_{posttest} (+) = Odds_{pretest} * LR(+)$$

$$P_{post}(+) = \frac{odds_{post}(+)}{1+odds_{post}(+)}$$

$$Odds_{posttest} (-) = Odds_{pretest} * LR(-)$$

$$P_{post}(-) = \frac{odds_{post}(-)}{1+odds_{post}(-)}$$

Tab. 7 - Stima della probabilità post-test attraverso l'applicazione di LR e di Odds

Gli argomenti trattati riguardano la valutazione della validità di un test diagnostico nella situazione più semplice ovvero quando i risultati del test stesso possono essere espressi in forma dicotomica (positivo/negativo) e quando si applica un solo test. Nel caso in cui il test diagnostico fornisca risultati espressi attraverso una scala numerica continua (misurazione della pressione arteriosa, rilevazione dei livelli ematici di glucosio, colesterolo ecc.), i modelli di valutazione della validità, pur sempre basati sui concetti sopraesposti, diventano più complessi, dovendo tenere conto della variabilità del valore soglia che discrimina i positivi dai negativi<sup>65,66</sup>. Nella maggior parte delle situazioni, la diagnosi di malattia comporta l'applicazione di un percorso diagnostico articolato, costituito da diversi test diagnostici applicati in serie e/o in parallelo. In questo caso è necessario valutare la validità di

ogni singolo test e la validità delle combinazioni di test diversi<sup>66</sup>. In conclusione, qualunque sia il percorso diagnostico da applicare, è importante ricordare che "..... tanto io che parlo, quanto voi che ascoltate, non siamo che uomini, e se vi do delle probabilità non domandate di più" (Platone).

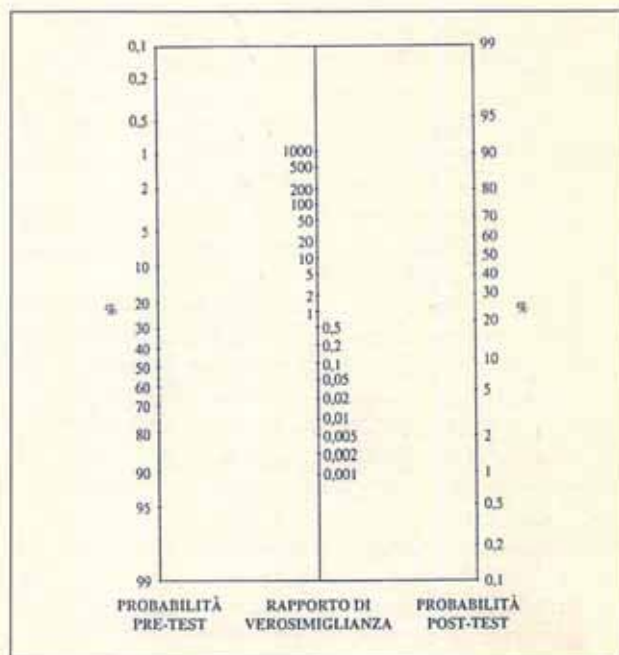


Fig. 1 - Nomogramma per la stima della probabilità post-test (4)

**Bibliografia**

- 1) From the Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University Health Sciences Center. How to read clinical journals: IV. To determine etiology or causation. Can. Med. Assoc. J. 124:985, 1981.
- 2) Ellestad M.H. Prove da sforzo in Cardiologia, Teoria e pratica clinica, vol. 2, IV edizione, Centro Scientifico Editore, Torino 1996
- 3) Diamond G.A., Forrester J.S. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N Engl J Med 1350-1358, 1979.
- 4) Sackett D.L., Haynes B.R., Guyatt G.H., Tugwell P. Clinical Epidemiology. A basic science for clinical medicine. II ed., Little, Brown and Company, USA 1991.
- 5) Di Orio (a cura di) Elementi di metodologia epidemiologica clinica. Piccin, Padova 1994.
- 6) Feinstein A.R. Clinical Epidemiology. The architecture of clinical research. W.B. Saunders Company, USA, 1985.







GIANFRANCO GENSINI,  
ANDREA A. CONTI

L'approccio bayesiano nella Medicina Interna è stato recentemente rivisitato alla luce della Medicina Basata sulle Evidenze. Negli anni '90, infatti, parallelamente all'affermazione del metodo della Evidence Based Medicine (EBM), si è assistito ad una progressiva presa di coscienza della rilevanza del ragionamento bayesiano, delle sue potenzialità, dei suoi ambiti di applicazione come pure dei suoi limiti. In effetti l'approccio bayesiano viene spesso adottato in modo inconsapevole nel ragionamento diagnostico, ed altrettanto spesso, di converso, non viene privilegiato proprio quando risulterebbe un mezzo prezioso per prendere risoluzioni mediche consapevoli e quantificabili.

Il teorema di Bayes, il nucleo metodologico su cui si fonda l'approccio bayesiano nel ragionamento medico, comparve come tale per la prima volta in uno scritto, pubblicato postumo nel 1763, del reverendo inglese Thomas Bayes e, nella sua essenza più profonda, rappresenta un metodo utile per aggiornare la probabilità di un evento alla luce dell'acquisizione di nuove

## Il ragionamento bayesiano alla luce della Medicina Basata sulle Evidenze: implicazioni in clinica

Istituto di Clinica Medica Generale e Cardiologia,  
Università degli Studi di Firenze  
Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove

prove (le cosiddette evidenze - veda si formulazione nell'acclusa Tabella). Tra i vantaggi di questo assunto metodologico si segnalano quindi la flessibilità e la dinamicità, nonché la coerenza interna e l'utilità nell'iter decisionale che si alimenta e tiene costantemente conto dei nuovi contributi della ricerca.

Per quanto la sua formulazione non fosse originariamente stata pensata per l'implementazione in campo medico, in passato a più riprese è emerso con chiarezza come il teorema di Bayes, proprio perché tiene contemporaneamente conto delle evidenze esterne (*external evidence*) e del giudizio critico dell'osservatore che lo applica (*critical appraisal*), potesse rappresentare uno strumento prezioso per prendere decisioni cliniche.

Questo è risultato ancora più rilevante per i suoi risvolti formativi ed educazionali, quando è stato evidenziato con chiarezza che il ragionamento bayesiano può essere spiegato ed insegnato.

Il teorema di Bayes: formulazione matematica.

$P(A|B) = P(B|A) \times P(A)/P(B)$ .

$P(A|B)$  è la probabilità dell'evento A condizionata dall'evento B.

Nella Medicina moderna le applicazioni formali della teoria delle decisioni che poggia sul teorema di Bayes sono state rese operative in molti ambiti internistici, tra cui quello della valutazione critica degli studi clinici controllati (il che ribadisce la valenza didattica dell'approccio bayesiano), della preparazione di raccomandazioni cliniche per la prevenzione dell'ictus cerebrale (e ciò sottolinea la sua flessibilità in un campo clinico in evoluzione), dell'aggiustamento della terapia anticoagulante orale (e questo evidenzia la sua notevole flessibilità in un ambito per sua natura "quotidianamente" dinamico).

Collocato nel bagaglio culturale dello studente in Medicina, il metodo bayesiano permette di superare i limiti dell'approccio frequentista classico che fa leva sui test di ipotesi e sul sopravvalutato valore numerico del  $p$  (il livello di significatività statistica), caratterizzati dalla scarsa considerazione dei meccanismi biologici dei fenomeni studiati e dalla insufficiente attenzione alle acquisizioni della ricerca clinica già consolidate.

La Medicina Basata sulle Evidenze, che ha colto puntualmente i problemi metodologici legati alla *p value fallacy*, ha quindi introdotto nuovi parametri di riferimento di maggiore spessore clinico-epidemiologico (quali il Numero di Pazienti da Trattare, ossia il *Number Needed to Treat - NNT*), al contempo rivalutando l'utilità clinica di approcci già esistenti, quali quello bayesiano, nel processo decisionale in Medicina.

Anche lo strumento qui discusso presenta confini di applicazione di cui dobbiamo essere perfettamente a conoscenza: esso infatti acquista pieno rilievo se collocato a valle di nuclei di informazione biomedica (quali le banche dati cliniche) in grado di confortare a riguardo degli aspetti del rischio e degli effetti collaterali dei trattamenti esaminati.

Lungi dall'essere la panacea per ogni problema di *decision making*, l'approccio bayesiano è comunque un mezzo molto utile per affrontare compiutamente il processo decisionale in clinica. Infatti stimola i giovani ad analizzare criticamente gli snodi decisionali e i meno giovani a dare una espressione quantitativa (e quindi più agevolmente confrontabile) al ragionamento clinico internistico orientato per problemi.

### Bibliografia essenziale

- 1) Fisher LD. Comments on Bayesian and frequentist analysis and interpretation of clinical trials. *Control Clin Trials* 1996; 17: 423-34.
- 2) Gensini GF, Conti AA. A didactic model for integrating Evidence Based Medicine teaching throughout the undergraduate medical course. *MEDIC 2000*, in stampa.
- 3) Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 2: The Bayes factor. *Ann Intern Med* 1999; 130: 1005-1013.
- 4) Lewis RJ, Wears RL. An introduction to the Bayesian analysis of clinical trials. *Ann Emergency Med* 1993; 22: 1328-36.
- 5) Round PA. Teaching clinical reasoning - a preliminary controlled study. *Med Educ* 1999; 33: 480-3.
- 6) Spiegelhalter DJ, Myles JP, Jones DR, Abrams KR. An introduction to bayesian methods in health technology assessment. *BMJ* 1999; 319: 508-12.







A CURA DI MAURIZIO BATTINO

A CURA DI UGO SALVOLINI

## SENATO ACCADEMICO DEL 2 giugno 2000

### Comunicazioni del Presidente

- Il giorno 20 giugno p.v. Il Presidente della Repubblica visiterà la città di Ancona e l'Ateneo Dorico.
- Il CUN ha promesso di formulare il parere di competenza riguardante i decreti d'area entro il 7 giugno.
- A causa della continua evoluzione nei tempi per l'attuazione della riforma didattica universitaria i prossimi Senati Accademici verranno convocati con urgenza a seconda delle prossime scadenze.

### Regolamento didattico di autonomia

E' stato finalmente ultimato il lavoro per la formulazione di questo regolamento che ha impegnato lungamente dapprima una apposita commissione e infine tutti i membri del Senato. Sono una trentina di articoli ai quali le Facoltà dovranno attingere per formulare successivamente i rispettivi regolamenti didattici.

Il testo integrale comparirà a breve sul sito dell'Ateneo.

## Appunti dal Senato Accademico

Richiamo l'attenzione su alcuni articoli quali quelli riguardanti "Prove di valutazioni del profitto", "Doveri didattici dei docenti" e "Diritti didattici degli studenti".

### Programmazione accessi ai corsi di studio a numero chiuso A.A. 2000/2001

Viene approvata la programmazione presentata in una precedente seduta per il corso di laurea in Medicina e ed il corso di laurea in Odontoiatria nonché i corsi di D.U. per Fisioterapista, Infermiere, Ortottista-Assistente in Oftalmologia, Ostetrica/o, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, Tecnico di Neurofisiopatologia e Tecnico Sanitario di Radiologia Medica della Facoltà di Medicina, il corso di laurea in Ingegneria Edile ed Architettura della Facoltà di Ingegneria, il D.U. in Tecniche Erboristiche della Facoltà di Agraria ed infine il corso di laurea in Servizi Sociali della Facoltà di Economia.

### Varie ed eventuali

- Approvato il regolamento interno degli Istituti di Edilizia e Patologia dell'Apparato Urinario.
- Approvati due accordi quadro con le Università di Murcia (Spagna) e Mansoura (Egitto)
- Approvata la permanenza per il periodo di un mese dei Professori Delgado Renè e Gregorio Martinez Sanchez dell'Università de La Habana (Cuba) presso l'Istituto di Patologia dell'Apparato Urinario e la permanenza per il periodo di tre mesi del Dott. Laurentius Th. X. Lalamentik dell'Università di Manado (Indonesia) presso l'Istituto di Scienza del Mare.

## CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 12.05.2000

### NOTIZIE SULLE PRINCIPALI DECISIONI

Il Presidente ha spiegato il livello di coinvolgimento dell'Ateneo nella Conferenza per lo Sviluppo e la Sicurezza dell'Adriatico e dello Ionio (Ancona, 19 e 20 maggio 2000).

Sono state autorizzate le seguenti assegnazioni di fondi:

- assegnazione straordinaria di Lit. 6.200.000 alla Clinica di Gastroenterologia per la sostituzione di una cappa chimica rotta irrimediabilmente a seguito di allagamento del laboratorio.
- diverso utilizzo della somma di Lit. 13.300.00 da parte dell'Istituto di biologia e Genetica.

E' stata autorizzata la Convenzione tra l'Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Immunologia Clinica e la Novartis.

E' stato modificato il regolamento prove conto terzi con la unificazione della misura del fondo di Ateneo che risulta pari al 12% per qualunque tipologia di prestazione.

## Le delibere del Consiglio di Amministrazione

E' stata approvata l'Istituzione del Centro Interuniversitario Progetto, Costruzione, Qualità.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- accettazione contributo di Lit. 12.000.000 dalla Società Ravizza Farmaceutici SpA all'Istituto di Semeiologia Diagnostica e Terapia Strumentale - Clinica di Gastroenterologia.
- determinazione contributo per il rilascio del diploma originale di dottorato.
- conferimento assegni di ricerca Facoltà di Medicina, Scienze, Dipartimento di Energetica.







Caro Direttore,

Sul numero di Febbraio del nostro Bollettino, nella Rubrica 'Osservatorio' è apparso un articolo sui rapporti tra Servizio Sanitario e Università, che è stata occasione per molti Studenti di Medicina di tornare a chiedermi quale risposta fosse stata data alle lettere inviate nello scorso Anno Accademico al Magnifico Rettore a firma di oltre 400 Studenti, in cui, in estrema sintesi, si denunciavano le mie gravi inadempienze didattiche. Le loro più che giustificate accuse muovevano dal fatto che non svolgevo l'attività teorico-pratica, indispensabile per completare gli insegnamenti di Metodologia Clinica, Cardiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio, tutti insegnamenti assolutamente caratterizzanti del loro corso di studi.

Vista la diffusione di questo Bollettino anche al di fuori dell'ambito studentesco, mi permetto di esporre in questa sede le motivazioni che mi hanno costretto alle inadempienze lamentate.

Per il mio insegnamento istituzionale di Metodologia Clinica (o Semeiotica Medica per i nostri 'venticinque lettori' non medici), e di conseguenza per quelli di Cardiologia e di Malattie dell'Apparato Respiratorio che ricopro per affidamento, non ho avuto e non avrò la possibilità di far svolgere attività teorico-pratica (leggasi: esercitazioni e altre attività applicative) agli studenti del IV Anno di Medicina, finché la Clinica non potrà disporre dei 15 posti letto previsti da una convenzione-quadro ex lege, stipulata tra l'Università di Ancona e la Regione Marche nel 1985 e tuttora vigente.

In anni successivi, per ben tre volte, di cui l'ultima nel 1996, a questa convenzione-quadro sono seguite convenzioni attuative, sempre ex lege, tra l'Università e le Aziende Ospedaliere su cui insistono le varie Cliniche Universitarie convenzionate: tra queste, la "Clinica di Semeiotica Medica", come viene denominata dalla "Azienda Ospedaliera Umberto I° - Ancona - Polo Ospedaliero-Universitario", Azienda su cui la Clinica insiste per convenzione, come qualunque cittadino può verificare leggendo i cartelli, esposti al I° piano - "pennello E", con le indicazioni dei locali assegnati alla Clinica nell'Ospedale di Torrette.

Per motivi non noti, i Comitati di Gestione, prima, i Commissari Straordinari poi, fino all'attuale Direttore Generale, non hanno assicurato il rispetto delle convenzioni

da loro sottoscritte *ex lege*, senza peraltro fornire alcuna spiegazione, né scritta né verbale, del loro operato. Addirittura, nel 1992 sono stati banditi, ed espletati, concorsi per completare l'organico medico della Clinica di Semeiotica Medica, i cui vincitori sono stati inviati temporaneamente (sic!) in altri Reparti, naturalmente sempre senza fornire alcuna giustificazione né al Direttore della Clinica *pro tempore* né alle Autorità Accademiche.

In decine d'occasioni, il mio predecessore nella Direzione della Clinica ed io stesso abbiamo invitato il Magnifico Rettore *pro tempore* a far valere i diritti delle migliaia di studenti che, negli anni, sono passati per la nostra Facoltà, tutti privati di una quota basilare della loro formazione, che certamente avrà pesato negativamente sulla loro preparazione professionale, come ha osservato, in una "lettera" su questo stesso Bollettino, il prof. Giorgio Silvestri.

Del tutto recentemente, e per l'ennesima volta, mi sono permesso di ricordare al Magnifico Rettore che l'Azienda Umberto I°, con il suo comportamento, ledeva il diritto dell'Università a perseguire i suoi fini istituzionali didattici e scientifici, con le conseguenze facilmente comprensibili. Eppure (e sembra un'ironia!) lo stesso Direttore Generale ha fortemente voluto, nell'intestazione dell'Azienda, la dizione "Polo Ospedaliero-Universitario", ed ha ammesso in una pubblica dichiarazione (Ancona, 12/06/1999) ".... bisogna riconoscere che l'applicazione della vecchia Convenzione non è stata completamente onorata per obiettive difficoltà economiche, logistiche o professionali." Inutile sottolineare che anche in questa occasione non sono state esplicitate le "obiettive difficoltà"!

Ma per tornare all'assunto iniziale, desidero concludere questa mia purtroppo lunga e prolissa lettera con un invito agli oltre 400 Studenti, che mi hanno (e ribadisco ancora: giustamente!) contestato: "Attuate una pacifica azione di protesta, per es. un 'sit-in' davanti alla Facoltà ed al Rettorato, per richiamare l'attenzione delle Autorità Accademiche e della pubblica opinione: forse riuscirete ad ottenere ciò che finora vi è stato platealmente negato!"

Grato per l'ospitalità, ringrazio quanti avranno avuto la pazienza di leggere questa mia fino in fondo e porgo a Te, caro Direttore, i miei più cordiali saluti.

Prof. Paolo Russo





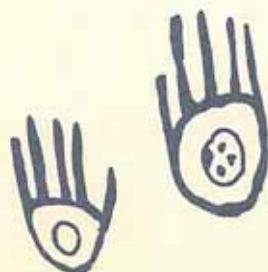


## AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

LUGLIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
3-lug	17.00/19.00	Polo Didattico Torrette del sito operatorio in ginecologia	Studio di incidenza delle infezioni	Prof. M.M. D'Errico	DS: I, L
4-lug	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette Cattedra Igiene	Le infezioni chirurgiche in oculistica: metodologia di sorveglianza	Prof. M.M. D'Errico	DS: Q, L
4-lug	15.30	Aula Ospedale Salesi	Taglio cesareo	Prof. A. Tranquilli	DS: I
4-lug	16.00	Facoltà Medicina e Chirurgia	Implicazioni genetiche della urologia Oncologica	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro, Pompei	DS: V
5-lug	16.00	Facoltà di Medicina e Chirurgia	Le Urgenze della Patologia testicolare	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro, M. Polito	DS: V
5-lug	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette Cattedra Igiene	Prevenzione delle malattie esantematiche	Prof. M.M. D'Errico	DS: M
5-lug	14.00/16.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O,S,FF
6-lug	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette Cattedra Igiene	La prevenzione terziaria: riabilitazione	Prof. M.M. D'Errico	DS: O
6-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
6-lug	15.30	Aula Ospedale Salesi	Menometrorragie disfunzionali: inquadramento clinico e terapia	Prof. A. Tranquilli	DS: I, CC, T
7-lug	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette Cattedra Igiene	La prevenzione del melanoma e del cancro della cervice uterina: metodologia	Prof. M.M. D'Errico	DS: R
13-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
19-lug	14.00/15.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O,S,FF
20-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
24-lug	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette Cattedra Igiene	Elaborazione dati sorveglianza I.S.O. in ambiente Excel	Prof. M.M. D'Errico	DS: I, Q
25-lug	15.00/17.00	Polo Didattico Torrette Cattedra Igiene	Discussione dati epidemiologici malattie sociali	Prof. M.M. D'Errico	DS: M, O, R
27-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE

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



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ  
Bollettino della Facoltà  
di Medicina e Chirurgia  
dell'Università di Ancona  
Anno III - n. 6 Giugno 2000  
Aut. del Tribunale  
di Ancona n.17/1998  
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C  
legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Responsabile  
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale  
Tullio Manzoni

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

Progetto Grafico  
Stampa  
Lirici Greci  
Errebi srl Falconara