

# SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

## SOMMARIO

### ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 5 Le epatiti X • di Luciano Persico  
6 Responsabilità professionale in chirurgia • di Pietro Ortensi

### APPUNTAMENTI

- 8 Convegno del 31 gennaio 1996 su "L'azienda ospedaliera e l'anziano: le risposte possibili" • di Filippo De Marinis

### AGENDA DELLA SCUOLA

- 10 Inaugurazione dell'Anno Accademico 1995/96 Smorrl e del 2° Corso di Gestione Ospedaliera  
12 Risultati delle Iscrizioni ai Corsi Semestrali Anno Accademico '95/96  
12 Aggiornamento all'Elenco dei Coordinatori

## LA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA: REALTA' E PROSPETTIVE

*Lettura tenuta al Convegno Inaugurale della 40<sup>a</sup> Settimana Medica degli Ospedali (9 novembre 1995)*

■ di Marino Luminari

*Presidente della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio*

La Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio è istituzione che vanta tradizioni antichissime. Parlando di essa in circostanze pubbliche e celebrative come quella odierna, non ostante il tema preciso, non ci si può esimere da un richiamo sia pur breve al suo passato. Da fonti certe risulta che le sue più remote origini risalgono al Medioevo, quando Papa

Innocenzo III fondava l'Ospedale di S. Spirito in Sassia, ospizio e ristoro al termine del lungo cammino dei pellegrini Sassoni verso il massimo Tempio della Cristianità. Pochi documenti ne seguono le tracce più remote; più consistenti essi diventano nel XVII e nel XVIII secolo tanto da poter costituire oggetto di ben altra e più dotta esposizione che oggi non sarebbe pertinente illustrare per esteso. Limitiamoci a due succinti richiami.

Nel 1811, di fronte alle sollecitazioni degli studenti della "Scuola Clinica" dell'Arciospedale di S. Spirito, e alle richieste di un loro illustre insegnante, il prof. Oddi, che reclamava il riconoscimento di tale Scuola e la facoltà di pubblicare le esperienze terapeutiche in un apposito "Annuario medico", il Prefetto del Dipartimento di Roma, in una lettera del 17 giugno, disponeva che si concedesse l'autorizzazione a destinare concretamente una sala dell'Arciospedale per rendere stabile e

■ *Cortile del Conservatorio con pozzo centrale (Ospedale S. Spirito in Saxia).*





■ *Il Prof. Luminari durante il suo intervento.*

funzionante la Scuola Clinica senza che alcuno potesse porre ostacoli all'attuazione dell'opera.

L'altro richiamo si riferisce a circostanze relative all'avvio della fase storica attuale della Scuola.

Nel 1870, con l'avvento dello Stato Unitario Italiano e l'istituzione dei nuovi ordinamenti degli studi, essa scompare fino al 5 giugno 1922, data in cui viene rifondata sotto la denominazione di "Associazione dei Medici Ospedalieri di Roma e Provincia", per iniziativa del prof. Galli e per merito dei proff. Raffaele Bastianelli e Agostino Carducci, grandi glorie dell'insegnamento medico ospedaliero della nostra città.

L'8 dicembre del 1947, la Scuola viene rinnovata ad opera di un noto chirurgo dell'epoca, il prof. Egidi, che la pone assieme all'Accademia Lancisiana sotto il patrocinio del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma che accoglierà dopo alcuni anni anche l'Ente Settimana Medica degli Ospedali. Nel 1977 nasce la configurazione statutaria ancora in vigore.

Da allora, l'organizzazione interna ha avuto sotto molti aspetti un articolato sviluppo, subendo in minima misura l'influenza delle tendenze socio-politiche del paese, manifestando nello stesso tempo segni di uno sviluppo che non poteva più essere lasciato allo spontaneismo e alla mancanza di riconoscimenti ufficiali. Si è quindi sentita l'esigenza di attribuire all'associazione una configurazione giuridica ben precisa e, con delibera della Giunta Regionale del Lazio n.3210 del 1981, la Scuola Medica ha ottenuto il riconoscimento di Ente dotato di propria personalità giuridica, ai sensi dell'art. 12 del codice civile.

In tale delibera è stato espressamente riconosciuto che l'associazione svolge, senza fini di lucro, attività didattica ma senza il conferimento di un titolo di studio ufficiale, a dimostrare che essa non si pone come alternativa alle strutture universitarie, che sono e rimangono le uniche legalmente autorizzate ad erogare i diplomi di laurea e di specializzazione, ma ne è il loro proseguimento per la formazione pratica dei laureandi e neolaureati.

Con successiva delibera regionale n.12581 del 1989, ribadita con D.R. n.11645 del 1991, sono stati riconosciuti il ruolo e le funzioni della Scuola Medica Ospedaliera, alla quale è stata anche affidata la facoltà di attuare corsi di aggiornamento del personale del Servizio Sanitario Regionale, previsti dalla vigente normativa e dai contratti di lavoro.

La Risoluzione III del 26/04/1993 n. 518 del Ministero delle Finanze annovera la Scuola Medica tra gli Istituti che sono in regime di esenzione dall'IVA in quanto riconosciuta idonea a svolgere corsi di addestramento e formazione pro-

fessionale nelle varie discipline di interesse medico.

Passi fondamentali della Legge istitutiva del SSN (n. 838 del 1978) avevano già specificato i compiti di lavoro del medico ospedaliero:

- assistenza clinica,
  - didattica formativa,
  - aggiornamento e ricerca applicata.
- Riferimenti a questi ruoli si trovano anche in disposizioni legislative successive, mentre in campo internazionale aumenta la normativa comunitaria favorevole al coinvolgimento dell'Ospedale nella didattica sanitaria.

Nella direttiva comunitaria 16 del 5/04/1993, viene infatti confermata la prerogativa delle facoltà di medicina di gestire le scuole di specializzazione post-laurea, ma viene anche sottolineata la necessità per lo specializzando di possedere un'adeguata esperienza clinica da acquisire sotto opportuno controllo in ospedale.

La Scuola Medica Ospedaliera ha quindi un ruolo essenziale da svolgere in questo campo, coordinando la didattica integrativa all'interno degli Ospedali e mirando a realizzare quella cooperazione tra Stato, Regioni, Università, Scuole Mediche Ospedaliere e Ordini dei Medici che abbiamo sempre auspicato, ribadendo la necessità di mantenere salda la centralità dell'Ospedale, quale snodo essenziale della formazione medica professionale.

### ■ **Realtà**

Trovandosi a dover operare in un momento vivace di impulsi e di proposte, la Scuola Medica di Roma ha accantonato le suggestioni del suo passato per realizzare se stessa secondo impostazioni, mentalità e metodologie del tutto nuove.

E in effetti, nel corso degli ultimi

anni è stata impressa una svolta decisiva alla filosofia e al tipo tradizionale del suo insegnamento.

Dal carattere elementare del contatto diretto tra il medico di corsia e i pochi "discepoli" facentigli corona, si è passati a veri e propri corsi pratici e teorico-pratici di durata compresa tra i 3 e i 6 mesi, sempre a impronta tutoriale, ma con articolazione più complessa affidata in genere a più voci e integrata da attività diagnostiche strumentali, esercitazioni dirette o simulate e prove conclusive di profitto.

Nell'ultimo anno accademico questa attività si è concretata presso 108 presidi ospedalieri della Regione, in 1020 insegnamenti a carattere teorico-pratico o esclusivamente pratico, con un corpo insegnante di ben 1757 docenti.

I giudizi sull'operato della Scuola non sono stati sempre lusinghieri e le critiche non sempre infondate, ma ci chiediamo e chi avanza lamenti dovrebbe per primo chiedersi: come si fa, alla luce delle cifre riportate, a gestire una realtà così complessa e per di più svolta in assoluto regime volontaristico, senza scompensi e senza difetti?

La Scuola in ogni caso si è impegnata in un programma di revisione e di riordinamento, basato su verifiche e controlli ma anche su idee nuove ed iniziative più rispondenti a realtà didattiche attuali.

Sono quindi nati e costituiscono già motivo di prestigio e di qualificazione i corsi biennali impostati su idee e metodi nuovi di insegnamento, con le originali settimane didattiche intensive, sei per ogni anno accademico, effettuate nei vari presidi ospedalieri e affidate a personale diverso, onde rendere più ampio e formativo il rapporto tra discenti e Ospedale.

Per il biennio 1995/97 sono stati attivati 23 di questi Corsi, inte-

ressanti la maggior parte delle discipline mediche, da quelle di base alle specialistiche, non solo, ma dopo il successo del primo corso conclusosi con grande soddisfazione degli iscritti che hanno richiesto successive settimane annuali di aggiornamento, inizierà con il prossimo anno il secondo corso biennale di Gestione Ospedaliera, attraverso il quale la Scuola Medica Romana è in grado di offrire, come altre Istituzioni didattiche prestigiose ma anche molto più costose (le Università Bocconi e LUISS) alcuni strumenti, oggi più che mai necessari per adeguarsi ai cambiamenti e alle nuove esigenze dell'assistenza sanitaria pubblica. Basti pensare all'*aziendalizzazione* delle strutture ospedaliere che implica una preparazione del personale medico su questioni gestionali e amministrative, indispensabili per erogare prestazioni sanitarie che siano ottimali anche sotto il profilo dei costi-benefici.

Sempre ai fini di un radicale rin-

novamento, l'attuale Direttivo, in carica da due anni, ha fatto seguire ad un programma immediato di ristrutturazione amministrativa, peraltro già compiuto, l'impegno di meglio definire i compiti della Scuola, di ampliarne le prospettive e di allinearsi ai livelli europei.

A questo fine sono state istituite sette Commissioni con i seguenti compiti:

1) curare i rapporti della Scuola con la Regione ed altre Istituzioni pubbliche: Ministeri, Comuni, Provincie;

2) coordinare l'attività negli Ospedali della Regione sedi di insegnamento;

3) provvedere all'assegnazione dei mezzi didattici;

4) elaborare le linee guida dell'insegnamento e regolare il palinsesto globale dell'insegnamento;

5) curare i rapporti con le altre Scuole Mediche Ospedaliere anche al fine di costituire un organismo federativo delle stesse (attualmente sono otto compresa la nostra: Puglia, Napoli, Salerno, Pa-



■ Il Prof. Luminari con il Prof. Longo, Presidente dell'ESMO, ed il Prof. Lumia, Presidente dell'Accademia Lancisiana.

lerno, Verona, Ravenna e Torino, cui si è aggiunta del tutto recentemente una Scuola a Bologna);

6) mantenere i rapporti con l'Università, in particolare per quanto attiene convenzioni ed insegnamenti integrativi;

7) promuovere e organizzare le attività editoriali e di informazione.

Le Commissioni hanno consentito di rendere più spedita e costruttiva l'attività della Scuola anche se non tutte hanno potuto operare al massimo delle aspirazioni e delle esigenze. Chi era destinato ai rapporti con le Istituzioni pubbliche e con l'Università si è trovato a fronteggiare le varie crisi politiche, locali e nazionali e gli assestamenti legislativi, dal che è derivata una sorta di immobilismo per mancanza il più delle volte di interlocutori stabili.

Nonostante l'impegno di chi vi ha lavorato, anche la Commissione per i rapporti con le altre Scuole Mediche Ospedaliere ha sino a questo momento fatto registrare note dolenti: la scarsa risposta agli inviti partiti da Roma relega ancora, ma speriamo non per molto, l'obiettivo federativo fra i più difficili da perseguire.

Lungo è stato il cammino e notevole lo sforzo impiegato dalla Commissione per i mezzi didattici che ha dovuto dapprima condurre un censimento dei beni di proprietà della Scuola presso i diversi presidi ospedalieri per poi elaborare un dettagliato regolamento interno, espressione di una precisa volontà di conferire i mezzi con la maggior larghezza possibile ma con razionalità e consapevole responsabilità dei coordinatori di Ospedale e degli effettivi assegnatari dei beni.

La Commissione didattica e la Commissione editoriale hanno dato il loro costante e proficuo

contributo, licenziando, la seconda, i primi numeri di un Bollettino indispensabile per arricchire i canali informativi della Scuola già potenziati alla base dalla riorganizzazione dei Coordinatori d'Ospedale condotta attraverso una lunga e capillare preparazione della relativa Commissione.

Secondo il giudizio di chi ha steso queste note, molta strada è stata percorsa in questi due anni, ma molta ve n'è ancora da percorrere per i numerosi obiettivi da raggiungere o quanto meno da avvicinare.

### ■ Prospettive

Tra le prospettive auspichiamo, innanzitutto, una più precisa qualificazione del titolo acquisito con la frequenza al corso ed il superamento dell'esame finale; la concreta possibilità almeno di un suo riconoscimento regionale ai fini concorsuali e di carriera.

Lo stesso Ministro della Sanità, Prof. Elio Guzzanti, che è sempre stato un attivo protagonista della vita della Scuola e ben conosce le difficoltà che essa è costretta ad affrontare costantemente, ha promesso di volgere i propri sforzi al potenziamento dell'insegnamento ospedaliero, ed il decreto ministeriale che riserva agli Ospedali il 75% delle ore di specializzazione è testimone di questa volontà.

L'invito che ci viene rivolto dal Ministro è di riunire le forze ospedaliere, obiettivo finora mancato ma irrinunciabile. Dobbiamo fronteggiare uniti le difficoltà che si presenteranno, nel momento di rendere operanti le nuove disposizioni legislative tese all'unità dei vari sistemi didattici europei.

Ci è stato richiesto di dare prova di un'attività più attenta e severa. Lo faremo attraverso una rigorosa

selezione dei docenti e delle materie di insegnamento proposte, attraverso l'impegno a ridurre, fino a cancellarla, quella certa larghezza nell'autorizzazione dei corsi che ha sempre costituito il lato più vulnerabile della Scuola, controllando con rigore la qualità e l'effettivo svolgimento dei corsi attivati. A questo fine sono state programmate visite periferiche degli Organi direttivi della Scuola negli Ospedali di Roma e degli altri centri della Regione.

Tali visite sono state già effettuate a Latina, Viterbo e Frosinone; saranno intensificate e potenziate associandole a convegni culturali come è avvenuto recentemente a Formia, dove è risultato evidente il consenso a questo piano di avvicinamento del centro scolastico alla periferia.

Il miglioramento dell'attività didattica ospedaliera dovrà essere certamente effettuato attraverso un'adeguata dotazione dei mezzi di insegnamento, per la quale molto è stato fatto ma sempre in misura inferiore alle aspettative e molto quindi si dovrà fare, ma soprattutto non puntando solo sui riflessi del "pezzo di carta" nella valutazione concorsuale e di carriera, ma evidenziando gli aspetti della preparazione personale e della possibilità di frequentare gli Ospedali ed i reparti, realtà sempre più lontane per i giovani medici.

Il Presidente della Scuola, a nome del Consiglio Direttivo, ha cercato di offrire una valutazione obiettiva dei fatti e della situazione, rinnovando la promessa di percorrere le vie non sempre facili di un miglioramento che non sarà solo nostro, ma di tutta la famiglia medica ospedaliera e, in ultima analisi, della comunità per la quale essa opera.

# LE "EPATITI X"

■ di Luciano Persico

Primario Medico Emerito - Ospedale S. Giovanni, Roma

**N**egli ultimi venti anni, l'impiego della lettera X, cui si è ricorso talora per porre in risalto le oscurità eziopatogenetiche incombenti su certe entità nosografiche, ha trovato ampia risonanza specie in campo cardiologico. È dal 1973, infatti, che gli esperti di patologia cardiaca si stanno affannando per chiarire cosa c'è dietro le quinte della cosiddetta angina micro-vascolare, denominata appunto "sindrome X" da Kemp all'epoca in cui egli la descrisse per la prima volta e quando ancora non si sapeva che erano proprio i piccoli vasi del miocardio i veri protagonisti del quadro morboso.

Una X, però, che ancora incombe su tale affezione, giacché, malgrado le innumerevoli indagini svolte in proposito, non si è ancora riusciti a stabilire attraverso quali meccanismi le arteriole cardiache compiono le loro malefatte.

Ma questa lettera X, con cui, in virtù di un bizzarro destino, si continua ad indicare tutto ciò che rimane sconosciuto o nascosto, non di rado ha fatto la sua comparsa, pur se con minore enfasi, ma sempre con il compito poco gratificante di denunciare i nostri limiti conoscitivi, anche in altri campi della patologia, uno dei quali è quello che riguarda i processi infiammatori del parenchima epatico. Benchè i mezzi per identificare le cause delle numerose forme di epatite con cui in genere ci confrontiamo, siano aumentati a dismisura nell'ultimo trentennio, non tutta la nebbia che per secoli ha oscurato l'orizzonte eziologico dei processi epatitici, si è

ancora completamente dissolta. Sussiste, infatti, una zona d'ombra che a tutt'oggi rimane impenetrabile ai nostri tentativi di diradarla e che grava sugli agenti responsabili di un ristretto gruppo di epatiti acute e croniche, le quali, proprio perchè continuano a restare prive di una legittima paternità, si indicano genericamente con l'appellativo di "epatiti X". A chiunque si occupi di epatopatie infiammatorie sarà di certo occorso talora di imbattersi in casi nei quali, dopo aver passato in rivista ogni riconoscibile causa di danno, non è rimasto altro che arrendersi di fronte alla impossibilità di mettere a nudo il volto del colpevole. Una evenienza, questa, che non è poi nemmeno molto rara se si considera che, secondo Hoofnagle, si registra nel 5-20% dei casi di epatite acuta o cronica. Ciò significa, in altri termini, che nel 5-20% dei casi, la responsabilità del danno epatico non è attribuibile ad alcun agente virale nè ad alcun fattore tossico, metabolico, immunitario o genetico compresi tra quelli di cui si abbia fin qui notizia. La eventualità che la causa della flogosi epatica si sottragga alla identificazione con l'impiego dei mezzi finora disponibili, può verificarsi non solo in caso di epatiti acute sporadiche e di epatiti post-trasfusionali, ma anche in caso di epatiti croniche e persino di epatiti fulminanti.

Tra le epatiti acute sporadiche ciò accade con una frequenza che varia a secondo delle diverse statistiche, come, ad esempio, dall'1% di quelle russe, al 4% di quelle americane, al 19% di quelle ispaniche.

La fisionomia clinica di queste forme che restano anonime sul piano eziologico, non sembra discostarsi da quella delle corrispondenti forme indotte da cause note. Per lo più la malattia è lieve e tende ad autolimitarsi, ma nel 20-30% di coloro che ne sono colpiti evolve verso la cronicizzazione.

Variabile è anche la frequenza con cui si riscontrano le epatiti criptogenetiche negli individui sottoposti a trasfusioni di sangue.

Ad esempio, secondo indagini condotte a Barcellona sulla epatite post-trasfusionale dopo l'avvento dei test per evidenziare gli anticorpi anti-HCV, mentre per le forme dovute a quest'ultimo si è registrato un crollo che le ha fatte scendere dal 9,6% del biennio 1988-1989 allo 0,80% del biennio 1992-1994, nello stesso periodo le forme "non-C" e quindi, in altre parole, anonime, hanno continuato ad attestarsi attorno allo 0,40%. Per altri, invece, tali forme si osserverebbero più spesso e cioè all'incirca nel 3,5% dei trasfusi. Per quanto riguarda poi le epatiti croniche, la loro frequenza, secondo i dati dei CDC, si aggirerebbe negli USA, attorno al 17% ed anche tra coloro che vengono sottoposti a trapianto, le epatopatie terminali risulterebbero criptogenetiche tra il 10 ed il 20% dei casi. Come si evince da questi ultimi rilievi, le epatiti croniche X possono quindi avere anche risvolti assai gravi e sebbene le loro caratteristiche cliniche non risultino ancora ben definite, sarebbe invece già evidente che esse non sono sensibili alle cure con interferone e con i cortisonici. Non rari, infine, sono anche i casi di epatite fulminante in cui non si riesce a trovare alcun colpevole del gravissimo danno epatico. Secondo Wright et al., ad esempio, ciò avverrebbe addirittura nel 38% dei pazienti che presentano

questa insolita forma di epatopatia. Come si può facilmente immaginare, la diagnosi di epatite X, quali che siano i suoi aspetti clinici, il suo decorso, la portata del danno subito dal fegato e le eventuali risposte terapeutiche, è tutt'altro che facile. Questa diagnosi, infatti, può essere posta con sicurezza solo per esclusione e cioè dopo aver scartato la responsabilità di qualsiasi agente lesivo noto e documentabile.

Accanto ad una scrupolosa valutazione epidemiologica e clinica, la diagnosi di epatite X esige perciò il ricorso ad una molteplicità di indagini di laboratorio, ivi comprese quelle più sofisticate che prevedono l'impiego della PCR e di sonde molecolari. Tanto per fare qualche esempio, in caso di epatite acuta da HCV accade che talvolta gli anticorpi specifici risultino introvabili, poichè la metodica cui in genere si ricorre a tal fine è basata sulla ricerca dei marcatori immunitari dei genotipi predominanti. Ma se la varietà genotipica del virus responsabile della malattia è viceversa del tutto insolita, la risposta anticorpale può risultare inadeguata od occasionalmente non evidenziabile, motivo per cui la esistenza dell'HCV nell'organismo può dimostrarsi in tal caso, solo rintracciando lo specifico RNA virale con la metodica della PCR. Così come, ad esempio, anche l'ultima arrivata in ordine di tempo e cioè la epatite E, può correre da parte sua il rischio di restarsene nel limbo delle *figlie di nessuno*, allorchè si manifesti laddove non siano ancora disponibili le tecniche di laboratorio occorrenti per accertarne la identità. Per quanto riguarda le prospettive a vario termine sulla frequenza delle epatiti X, se per un attimo volgiamo lo sguardo al passato prossimo di questo settore della patologia epatologica e a quanto per essa si è

riusciti a fare in campo eziopatogenetico, tali prospettive non possono essere che ottimistiche.

Il destino di queste forme ancora prive di marchio patronimico sembra infatti contrassegnato dalla tendenza alla estinzione, poichè tutto lascia presumere che le ricerche ovunque in corso con l'ausilio di mezzi di indagine sempre più progrediti, porteranno ogni giorno di più ad un assottigliamento della schiera dei processi epatitici di cui rimangono oscure le origini. Ciò che però non conta solo sul piano puramente conoscitivo ma anche e

soprattutto su quello pratico, giacchè se gli aggressori si riescono a smascherare, diviene in genere meno difficoltosa la scoperta di eventuali mezzi per combatterli.

È da supporre, perciò, che in tempi non lontani vedremo citare sempre meno la lettera X nelle nostre fonti di informazione, mentre sentiremo parlare sempre più di altre lettere dell'alfabeto, come ad esempio F e G, visto che tra gli agenti causali finora sconosciuti di queste epatopatie, i virus sembrano per ora riscuotere i maggiori consensi quali indiziati di colpevolezza.

## RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN CHIRURGIA

■ di Pietro Ortensi

*Aiuto Chirurgo Ospedale S. Spirito - Specialista in Chirurgia della Mano*

**P**uò essere civile o penale, a seconda del tipo di illecito, e può rispettivamente portare ad un indennizzo o ad una condanna penale. Il notevole aumento dei procedimenti legali per responsabilità in chirurgia, può determinare insicurezza ed indecisione nel chirurgo, spingendo verso quell'atteggiamento negativo che si barrica dietro l'astensionismo e gli accertamenti inutili caratteristici della medicina *difensiva*. Tuttavia, a parte ogni valutazione di tipo umano e deontologico, bisogna dire che quest'atteggiamento ha scarso valore cautelativo per il medico e può addirittura comportare una responsabilità per omissione, con riferimento a precisi articoli di legge quali il 40 del c. p. secondo comma che stabilisce che *non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo*. La responsabilità professionale viene ac-

certata quando alle classiche determinanti: imperizia, imprudenza, negligenza, consegue un danno e si dimostra un nesso causale tra queste e quello, oppure per la trasgressione di particolari leggi, norme o regolamenti. Vorrei a questo punto parlare del consenso del paziente a farsi curare, che rappresenta il punto di partenza di ogni iter terapeutico. Il diritto al consenso trova riferimenti addirittura nella Costituzione art.13 primo comma che sancisce l'inviolabilità della libertà personale ed art.32 seconda comma che stabilisce il diritto al rifiuto di qualsiasi *trattamento sanitario se non per disposizioni di legge*. Procedere senza consenso, con l'esclusione di casi particolari quali il T.S.O. e lo stato di necessità in cui il chirurgo agisce secondo un consenso presunto di un paziente in gravissime condizioni, è illecito e può comportare gravi responsabilità (tavola 1).

✓ **SENZA CONSENSO È IPOTIZZABILE:**

- ▶ SEQUESTRO DI PERSONA (art. 605 c. p.)
- ▶ VIOLENZA PRIVATA (art. 610 c. p.)
- ▶ STATO DI INCAPACITÀ MEDIANTE VIOLENZA (art. 613 c. p.)
- ▶ LESIONE PERSONALE VOLONTARIA (art. 582 c. p.)

■ **Tavola 1**

Il consenso reale presuppone un soggetto capace di intendere e volere, che possa materialmente e personalmente manifestare la sua volontà. Il consenso deve essere inoltre consapevole e quindi informato. Questo presuppone un esauriente colloquio esplicativo con il paziente circa il tipo di intervento, la prognosi, le possibili varianti di strategia chirurgica, da tenere con calma e sufficiente anticipo rispetto all'intervento chirurgico. Se esiste consenso esiste evidentemente dissenso nella stessa logica giuridica. Si può distinguere il dissenso del paziente con malattia cronica a prognosi infausta che rifiuta la prosecuzione delle cure. Tale posizione va evidentemente rispettata; a tal proposito è interessante notare l'opinione della Chiesa quale già espressa nell'allocuzione di Pio XII del 1957 in cui si autorizza il paziente ed il medico ad abbandonare ogni ulteriore sforzo terapeutico di fronte ad una malattia a prognosi infausta in condizioni terminali. Si verifica poi il caso del paziente acuto che rifiuta le cure, situazione questa particolarmente drammatica nella quale l'interpretazione della legge sembra però univoca e cioè anche in questo caso non è possibile sottoporre a terapia chirurgica il paziente che

la rifiuta coscientemente anche con la consapevolezza di un rischio gravissimo.

A questo punto vorrei tuttavia citare una posizione giuridica del tutto antitetica e quasi paradossale che trova il suo fondamento nel già citato art.40 del c. p. per il quale il medico avrebbe il dovere di curare anche in aperto dissenso del paziente: questa posizione sostenuta da Nuvolone<sup>(1)</sup> ed altri ritengo però sia oggi difficilmente sostenibile.

Vorrei fare una riflessione circa quella che mi sembra essere una tendenza che va consolidandosi in tema di responsabilità: ho la sensazione che l'insuccesso in campo medico e particolarmente chirurgico sia considerato sempre meno accettabile e giustificabile. Mi sembra pertanto che si vada verso una responsabilità *oggettiva* cioè riconosciuta anche in assenza di una precisa colpa semplicemente sulla base dell'insuccesso. In questo modo non starebbe più al paziente provare la colpa del medico ma al medico discolarsi (in versione dell'onere della prova) e ciò anche come traduzione in campo medico-legale di norme comunitarie di interesse merceologico.

Vorrei a questo punto parlare di un argomento per me di particolare interesse ma credo comunque di oggettivo rilievo. Si tratta cioè di particolari aspetti della responsabilità professionale che caratterizzano le discipline chirurgiche superspecialistiche quali la chirurgia estetica, l'implantologia ed altre. Nella pratica di queste discipline il tradi-

zionale impegno contrattuale tra medico e paziente per i mezzi impiegati si sposta verso un'obbligazione ai risultati. Mi riferisco al caso della chirurgia estetica nella situazione in cui il chirurgo accetta di eseguire una rinoplastica solo per modificare a gradimento del paziente un naso già accettabile, o quando l'odontoiatra propone un impianto per risolvere una situazione altrimenti sanabile con la tecnica più semplice e meno rischiosa del ponte. Vorrei dire ancora della mia specialità, la chirurgia della mano, che presenta aspetti particolari (tavola 2). Il carattere superspecialistico della disciplina accresce la responsabilità di chi la pratica senza particolare qualificazione, magari in pronto soccorso, cimentandosi ad esempio con una lesione complessa con danni vascolari e nervosi di interesse microchirurgico. È da notare il particolare carattere del consenso quale può presentarsi in casi di reimpianto, dove la condizione di urgenza non esime però dal colloquio esplicativo con il paziente ed ancora in questa chirurgia la tendenza è quella a privilegiare la funzione rispetto alla semplice riparazione anatomica; in questa ottica si può prevedere l'utilizzo di parti anatomicamente sane per praticare innesti, trasposizioni. Tali circostanze evidentemente richiedono delle notazioni specifiche nel consenso. Anche per questa disciplina è spesso valida come già accennato una tendenza a contrarre con il paziente un impegno per i risultati piuttosto che per i mezzi come quando ad esempio si utilizza un dito del piede per ricostruire un pollice perso.

<sup>(1)</sup>NUVOLONE P., "I LIMITI TACITI DELLA NORMA PENALE", CEDAM, PADOVA, 1972 PAG. 171, SOSTENITORE DELLA TEORIA DEL "ADEMPIMENTO DI UN DOVERE".

■ **Tavola 2.**

**ASPETTI PARTICOLARI IN MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO DA CONSIDERARE IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

- ▶ **Carattere superspecialistico della disciplina**
- ▶ **Contesto di urgenza relativa entro cui spesso si muove l'azione del medico**
- ▶ **Finalità di recupero funzionale piuttosto che semplicemente riparativo**
- ▶ **Possibilità di prevedere l'utilizzo di parti ed addirittura segmenti anatomici sani per finalità ricostruttive**
- ▶ **La prestazione sanitaria spesso assume un carattere di impegno di risultati rispetto al tradizionale impegno di mezzi**

## CONVEGNO SU: “L’AZIENDA OSPEDALIERA E L’ANZIANO: LE RISPOSTE POSSIBILI”

*Tema del Convegno che si terrà il 31 gennaio 1996 presso l’Aula Magna dell’Ospedale San Camillo (Roma).*

■ di Filippo De Marinis

*Aiuto 3<sup>a</sup> Pneumologia, Ospedale Forlanini*

Sotto l’egida della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio, si terrà a Roma, presso l’Aula Magna dell’Ospedale San Camillo, il 31 gennaio 1996, un Convegno dal tema:

“L’AZIENDA OSPEDALIERA E L’ANZIANO: LE RISPOSTE POSSIBILI”.

Il tema proposto nel Convegno, riveste una straordinaria attualità, considerati alcuni obiettivi che la organizzazione sanitaria ospedaliera si vuole proporre.

In primo luogo l’*umanizzazione dell’assistenza* che vede nel soggetto anziano malato, forse il più importante interlocutore in ragione dei suoi bisogni e della sua intrinseca debolezza.

In secondo luogo, la *riorganizzazione dell’assistenza*, vista anche in senso manageriale, volta ad individuare le reali aree di intervento specialistico in rapporto alla patologia incidente emergente, in uno sforzo che consideri i reali bisogni sanitari dei cittadini.

È indubbio che la patologia legata all’età avanzata, data la composizione anagrafica della popolazione attuale, costituisca un importante banco di prova per l’assistenza sanitaria, forse ecces-

sivamente sbilanciata in una visione specialistica della malattia, visione all’interno della quale l’anziano non occupa sempre una posizione di dignità.

Il compito peraltro di una branca specialistica *attuale*, quale la Geriatria, dovrebbe proprio essere quello di cercare di modificare un pregiudizio culturale della medicina, di fornire un background di conoscenze metodologiche in materia, di legare i vari punti di vista degli specialisti fra di loro, in un inquadramento *olistico* del malato anziano.

Naturalmente l’Azienda Ospedaliera costituisce l’interlocutore più attuale, insieme agli organi di governo regionale, per questi bisogni ed è la sede ideale di discussione e di dibattito, ai fini di poter giungere a formulare delle ipotesi di intervento che abbiamo definito nel sottotitolo del nostro Convegno come “*le risposte possibili*”.

Ci sembra quindi importante, dopo avere proposto il tema del Convegno, anche invitare i soci della Scuola Medica a partecipare ai lavori del 31 gennaio pv. al San Camillo, con la finalità di scambiare opinioni ed esperienze, all’interno del programma previsto.



**PROGRAMMA**

- Ore 9,30
- Apertura del Convegno
  - Saluto del Presidente della SMORRL  
**M. LUMINARI**
  - Presentazione del Convegno  
**G. DE SIMONE**
  - Moderatori:  
**A. DE LAURENZI**  
**G. PALLOTTA**
- Ore 10,00  
Relazioni:
- L'invecchiamento: dalla biologia alla clinica  
**W. MALORNI**
  - La medicina ospedaliera e la salute dell'anziano  
**M. PALLESCHI**
  - L'assistenza all'anziano: tra modello e realizzazione  
**G. GASPARRO**
- Ore 10,45  
Pausa
- Ore 11,00
- Problematiche specialistiche dell'anziano:
    - Nutrizionali  
**E. DEL TOMA**
    - Neurologiche  
**P. TARRONI**
    - Respiratorie  
**A. CIPRI**
    - Vascolari  
**G. RABITTI**
    - Oncologiche  
**F. DE MARINIS**
    - Osteo-articolari  
**C. MAMMARELLA**
- Ore 12,00  
Tavola rotonda:
- L'Azienda Ospedaliera e l'Anziano  
**L. COSENTINO**  
**D. STALTERI**  
**M. T. BRUNI**  
**F. FORINO**

- Ore 12,45
- Conclusioni  
**G. TOSTI - CROCE**
- Ore 13,00
- Chiusura del Convegno



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA  
DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

CONVEGNO SU:  
**L'AZIENDA OSPEDALIERA  
E L'ANZIANO:  
LE RISPOSTE POSSIBILI**



*Roma, 31 gennaio 1996*  
Aula Magna Ospedale San Camillo

**Segreteria Scientifica:**

**Consiglio Direttivo della SMORRL**

|                       |                 |               |
|-----------------------|-----------------|---------------|
| <b>Presidente:</b>    | M. Luminari     |               |
| <b>V. Presidente:</b> | A. De Laurenzi  |               |
| <b>Consiglieri:</b>   | M. Amadei       | D. Antonellis |
|                       | L. Benedettelli | S. Castorina  |
|                       | D. Coletta      | F. De Marinis |
|                       | G. De Simone    | R. Di Lisis   |
|                       | G. Di Trapani   | F. Fabiani    |
|                       | M. Giordani     | E. Giovannini |
|                       | F. Lo Jacono    | C. Longo      |
|                       | V. Lumia        | A. Perrone    |
|                       | L. Persico      | R. Picardi    |
|                       | E. Sbaffi       | A. Stajano    |
|                       | G. Visco        |               |

**Segreteria Organizzativa:**

A. Cipri  
F. De Marinis  
G. De Simone  
P. Tarroni

# INAUGURAZIONE DELL'ANNO ACCADEMICO 1995-1996 E DEL 2° CORSO BIENNALE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE IN GESTIONE OSPEDALIERA.

**I**l 20 novembre scorso, in occasione del 2° Corso biennale in Gestione Ospedaliera, si è tenuta presso l'Aula Magna dell'Ospedale S. Camillo l'inaugurazione dell'Anno Accademico 1995-96 della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio. Sono intervenuti il Prof. Marino Luminari, Presidente della SMORRL, e il Dott. Giovanni Tosti Croce, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Nicholas Green".

Durante il suo intervento, il Prof. Luminari si è compiaciuto per l'attivazione del 2° Corso di Gestione Ospedaliera ed ha rivolto un ringraziamento particolare alla Dott.ssa Viola, ricordandole che purtroppo sarà difficile ripetere il successo del 1° biennio perchè numerosi sono oggi i corsi manageriali della durata di poche settimane, organizzati dalle società scientifiche.

Egli ha anche ricordato che quest'anno l'inaugurazione dell'Anno Accademico 1995-1996 ha coinciso con l'apertura del Corso di managerialità sia per il breve tempo intercorso dalla cerimonia per il 40° anniversario dell'ESMO, che ha visto una partecipazione attiva della Scuola accanto all'Accademia Lancisiana, sia per rendere omaggio a quello dei suoi corsi che va considerato il più attuale e importante per i futuri impegni dell'Assistenza Sanitaria Pubblica.

A dare il via ai lavori, si è tenuta una Tavola Rotonda sul tema:



■ *Da sinistra: la Dott.ssa Anna Viola, il Prof. Avallone, il Prof. Luminari, il Dott. Alesini ed il Dott. Ricciarelli.*

"Autonomia e innovazione" con la partecipazione del Dott. Alesini, Direttore Generale dell'Azienda USL Roma C; Dott. Ricciarelli, Direttore Amministrativo dell'Azienda USL Cesena-Forlì; Prof. Terranova, della facoltà di Architettura dell'Università "La Sapienza" di Roma; Prof. Avallone, Docente di Psicologia del Lavoro, presso l'Università di Roma.

Ha fatto da moderatrice la Dott.ssa Anna Viola Direttore del Corso di Gestione Ospedaliera che, dopo aver rivolto il benvenuto ai presenti, ha introdotto l'argomento sottolineando il momento critico dell'attuale sistema che esige uno sforzo manageriale di innovazione ed implica alcune capacità totalmente carenti nella nostra Regione.

Primo intervento, quello del Dott. Alesini che ha manifestato

il suo interesse nei confronti della Scuola Medica Ospedaliera con la quale intende approfondire il dialogo, considerata l'importanza di questa sua iniziativa in campo di formazione. Egli ha rivolto alle Direzioni Generali delle Aziende del Lazio l'invito a riflettere e ad investire su questa risorsa messa a loro disposizione, per riuscire a formare i propri quadri dirigenti che devono rispondere ad esigenze di carattere tecnico-medico, ma anche a quelle di gestione e di organizzazione dei servizi. Il Direttore Generale della USL Roma C dopo aver sottolineato che autonomia e innovazione sono due elementi che, come un movimento naturale delle cose, investono tutti i livelli del Servizio Pubblico del nostro Paese, ha fermato le sue riflessioni su tre punti fondamentali:

a) l'Aziendalizzazione della Sanità Pubblica e in che rapporto l'autonomia e l'innovazione si misurano all'interno di questa;

b) l'Organizzazione come analisi sistemica;

c) il nuovo modello organizzativo che si sta cercando di impiantare nelle Aziende Sanitarie.

"Per un organico sviluppo del sistema - ha specificato il Dott. Alesini - è necessario passare da un'analisi parziale ad una sistemica e porre la massima attenzione su tre elementi che devono procedere contestualmente:

a) coerenza con il mandato istituzionale bisogni-domanda al quale dobbiamo sempre essere in grado di rispondere, tenendo in considerazione i bisogni della popolazione, senza cercare di riprodurre meccanismi diagnostico-terapeutici o riabilitativi non rispondenti ai bisogni reali;

b) analisi orientata sui risultati;

c) analisi orientata sulla ottimizzazione dei rapporti tra risorse e prodotto, risorse e risultato".

Il Dott. Alesini ha poi fornito il suo modello organizzativo basato essenzialmente sulla bipolarità e la dipartimentalizzazione.

"Bipolarità nel senso che - ha spiegato il Direttore Generale - abbiamo articolato la struttura dell'Azienda Roma C in due grandi parti: una con una funzione strategica ed un'altra con una funzione di produzione di salute, mutuando la distinzione tra strategia e produzione dalle aziende che producono non solo servizi ma anche beni (in armonia con le direttive per l'organizzazione delle Aziende sanitarie stabilite dalla Giunta regionale con la delibera 3140).

Altro elemento importante è quello dei Dipartimenti, ossia il meccanismo per collegare le varie parti e far sì che si muovano all'unisono all'interno del sistema di programmazione e conservando la propria autonomia".

Particolare l'interpretazione del Dott. Ricciarelli che ha presentato l'Azienda raffigurandola alla "monade di Leibniz" e alla sua arte combinatoria che pretende di formare tutti i legami possibili tra i termini primitivi dati in virtù della legge di continuità.

Il Direttore Amministrativo dell'Azienda USL di Cesena ha poi evidenziato il problema del rap-

porto tra Azienda e Regione, Enti Locali, altre Aziende e Società Civile; ha raccontato l'esperienza dell'Emilia Romagna, dove l'Azienda USL è partita ben sei mesi prima (luglio 1994) con una corretta impostazione sia dal punto di vista costituzionale che dell'interpretazione della normativa 517. "Tale normativa - ha commentato il Dott. Ricciarelli - sostanzialmente si articola su due punti fondamentali:

- l'obbligo per la Regione di seguire la normativa dello Stato, emanando una normativa attuativa;

- tentare di conciliare il potere di intervento della Regione in materia di assistenza sanitaria ospedaliera con l'acquisizione della personalità giuridica da parte dell'Azienda e il conferimento di una serie infinita di poteri e di responsabilità".

Il Dott. Ricciarelli ha poi elencato quelle che considera le finestre della monade che devono necessariamente aprirsi: la tecnicizzazione del sistema; la responsabilizzazione; la qualità; l'efficacia ossia il conseguimento del risultato atteso; l'efficienza intesa come elemento regolatore delle risorse; l'umanizzazione, per evitare lo schiacciamento del cittadino da parte del potere.

Il successivo intervento del Prof. Terranova ha messo in evidenza come nel passaggio dalla legge 833 alla 502 e alla più recente 517, si sia perso quanto di più innovativo era contenuto nella prima, in termini di partecipazione del cittadino e quindi della domanda.

Il Prof. Avallone ha invece sottolineato le difficoltà che nascono con il passaggio da un sistema di protezione ad uno di competizione:

"... Le organizzazioni - ha specificato Avallone - sono abituate a



■ *Il Dott. Tosti Croce con la Dott.ssa Anna Viola, il Prof. Avallone e il Dott. Alesini*

lavorare per compiti ed il passaggio verso gli obiettivi diventa per loro una difficoltà. Il processo di innovazione deve necessariamente riuscire a trovare l'equilibrio tra mantenimento e cambiamento".

Dopo la Tavola Rotonda, l'intervento del Dott. Tosti Croce che si è congratulato per l'utile iniziativa offerta dalla Scuola Medica con il 2° Corso in Gestione Ospedaliera al quale ha rivolto il suo vivacissimo e caloroso augurio.

"E' all'uomo che la medicina deve rendere il servizio della salute - ha commentato il Direttore Generale della Nicholas Green - ma quando questo servizio esula dal semplice e diretto rapporto medico-paziente, perché è necessario fare ricorso all'Ospedale, comporta una serie di complicazioni che devono essere affrontate e risolte nel modo giusto, se vogliamo trovarci in grado di poter offrire al paziente un prodotto che si chiama servizio, in grado di intervenire a favore di un ripristino, pieno e totale, delle condizioni di salute. Ed ecco che la scienza medica deve far ricorso ad una metodologia, qualcuno dice ad una scienza: la gestione ospedaliera. Un Ospedale che non avesse gestione finirebbe nel caos. Tanto più efficiente è la gestione, tanto più alto è il livello e la qualità del servizio reso e tanto più alta è la produttività dell'impresa Ospedale... Tecnici, medici ed esperti che siano conoscitori anche del settore della gestione ospedaliera, sono tecnici e medici dei quali i nostri Ospedali hanno bisogno. Una gestione ospedaliera che si propone di rendere servizi corredati da una struttura certificabile di qualità, corrisponde o corrisponderà all'uscita dal tunnel della malasanità".

## ENTE SETTIMANA MEDICA DEGLI OSPEDALI

■ Il Consiglio Direttivo dell'ESMO nella seduta del 6 dicembre 1995 ha nominato Presidente Onorario il Prof. Cesare Longo. Quale Presidente dell'Ente gli subentra il Prof. Giuseppe Visco. Ai neo eletti le felicitazioni e gli auguri della Scuola.

## □ RISULTATI DELLE ISCRIZIONI AI CORSI SEMESTRALI ANNO ACCADEMICO 1995/1996

| CORSI | ISCRITTI | DOCENTI | OSPEDALI |
|-------|----------|---------|----------|
| 819   | 3050     | 1461    | 82       |

## AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

### COORDINATORI DIMISSIONARI:

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| OSPEDALE CIVILE DI VITERBO | Dr. F. Ceccarini |
| OSPEDALE S. GIACOMO        | Dr. M. Meli      |

### NUOVE NOMINE:

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| OSPEDALE CIVILE DI BRACCIANO | Dr. Rocco Boccascino     |
| OSPEDALE FATEBENEFRATELLI    | Dr. Dario Manfellotto    |
| POLICLINICO MILITARE CELIO   | Prof. Michele Anaclerio  |
| CENTRO PARAPLEGICI DI OSTIA  | Dr. Filippo Di Gianvito  |
| CLINICA S. LUCIA             | Prof. Claudio Morgagni   |
| CLINICA VALLE FIORITA        | Dr. Maurizio Giardinieri |

## SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO (SMORRL)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

### CONSIGLIO DIRETTIVO

|                       |  |
|-----------------------|--|
| ● Presidente:         | M. Luminari  |
| ● Vice-Presidente:    | A. De Laurenzi   |
| ● Tesoriere:          | R. Picardi   |
| ● Consiglieri:        | M. Amadei, D. Antonellis, L. Benedettelli, S. Castorina, D. Coletta, F. De Marinis, G. De Simone, R. Di Lisio, F. Fabiani, M. Giordani, E. Giovannini, C. Longo, V. Lumia, L. Persico, E. Sbaffi, G. Visco |
| ● Revisori dei Conti: | F. Lo Iacono, A. Perrone, A. Stajano   |
| ● Segretario:         | G. Di Trapani  |

### BOLLETTINO DELLA SMORRL

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| ● Direttore Responsabile:   | M. Luminari  |
| ● Direttore Scientifico:    | G. Visco   |
| ● Direttore Amministrativo: | S. Rijli   |
| ● Redazione:                | G. Visco, L. Persico, P. Ronchetti, V. Rulli, G. Tossini |
| ● Segreteria di redazione:  | P. Colletta  |
| ● Grafica e impaginazione:  | Primus Video tel. 0766/34419                             |
| ● Stampa:                   | Nuova Tipografia Loffari tel. 06/37514652                |