



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

Aprò questo numero delle *Lettere* indirizzando un saluto ad Umberto Marinari, Preside della Facoltà medica di Genova, nel momento in cui assume la presidenza della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Umberto Marinari è persona, oltre che di elevata cultura, di grande esperienza e moderazione e saprà quindi certamente guidare con saggezza e perspicacia la Conferenza in un momento di estremo impegno per le nostre Facoltà; sarà affiancato da un agguerrito Ufficio di Presidenza e da un giovane Segretario, Eugenio Gaudio che, già da Presidente di CCL, aveva dimostrato le proprie capacità. A loro l'augurio di un proficuo lavoro a nome di tutta la Facoltà anconitana.

In sede, gli eventi culturali più rilevanti delle prossime settimane saranno i Convegni di *a Medicina, di sera* e i *Forum*; i primi vedranno lo sviluppo della serie appena iniziata con Gilberto Corbellini, degli appuntamenti su *Scienza e Filosofia* promossi da Fiorenzo Conti e Massimo Clementi; ospiti le prossime settimane saranno Silvio Garattini, Federico Wilhelm Hoenzollern von Preuben, Edoardo Boncinelli, Silvano Tagliagambe, Giulio Tononi, Maurizio Malaguti.

I *Forum*, caratterizzati da una didattica interprofessionale, vedranno di scena la *Medicina Basata sulle Evidenze* con quattro consecutivi appuntamenti destinati a fornire a diplomandi, laureandi e specializzandi le conoscenze basilari per l'approccio a questa nuova irrinunciabile metodica. L'attenzione della Facoltà al tema ha portato anche alla realizzazione di un Corso di Perfezionamento, aperto ai Medici della regione, della durata di due settimane ed articolato in una parte teorica al mattino ed una applicativa pratica nel pomeriggio; in tal modo il Corso si ripropone di conferire le conoscenze e le abilità necessarie e sufficienti per acquisire tutte le fasi del metodo, dalla formulazione dei quesiti alla ricerca e validazione critica delle evidenze, alla loro applicazione alla pratica clinica.

Ancona ospita a metà aprile la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, riuniti in un Seminario di due giorni a Portonovo, dedicato alla definizione del programma di attività che questa Conferenza porterà avanti nell'attuale triennio.

La Conferenza avrà anche un momento di apertura al pubblico, con un Convegno (ore 17.30 del 14 aprile nell'Aula di Ateneo), dedicato proprio alla presentazione e alla discussione del nuovo Regolamento e degli atti che ne derivano.

I programmi delle manifestazioni citate sono presentati nelle pagine che seguono; attendo una larga adesione da parte dei Colleghi a testimonianza della vitalità della nostra Facoltà.

Prof. Tullio Manzoni  
Preside della Facoltà

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

EDITORIALE	
Evoluzione della chirurgia, uno sguardo al futuro	2

VITA DELLA FACOLTÀ	
- I LAVORI DELLA COMMISSIONE DIDATTICA	6
- I NUOVI DOCENTI	7
- CORSI MONOGRAFICI	12
- FORUM	13
- A MEDICINA, DI SERA	14
- CORSO DI PERFEZIONAMENTO	15

I FORUM DI FACOLTÀ	
I codici deontologici del medico e dell'infermiere a confronto: esercizio professionale e tutela dei diritti della persona	16
Ruolo e significato della qualità percepita dall'assistenza sanitaria	22

STORIA DELLA MEDICINA	26
-----------------------	----

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	26
--	----

LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE	
La splenectomia nelle anemie emolitiche autoimmuni: la tavola delle evidenze	27

RIFLESSIONI	
Verso il terzo Millennio	29

CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE	30
------------------------------	----

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	31
-----------------------------	----



La chirurgia intesa nel senso moderno del termine, è relativamente giovane: la sua nascita si può far risalire a circa 150 anni fa e più precisamente al 16 ottobre 1846 quando William Morton compì con l'etere, tra lo stupore dei presenti, la prima anestesia generale nella vecchia sala operatoria del Massachusetts General Hospital. Dopo questa, numerose altre pietre miliari si sono susseguite nella storia della medicina. Sicuramente le due più importanti sono rappresentate dalla dimostrazione nel 1865, ad opera di Pasteur, della esistenza di microrganismi presenti nell'aria, responsabili della fermentazione, putrefazione e dell'infezioni e gangrena delle ferite. Questa scoperta suggerì a Joseph Lister (1865), la rivoluzionaria ideazione ed attivazione "del metodo antisettico".

La modernizzazione dello strumentario chirurgico, nell'ultimo quarto del secolo scorso ad opera soprattutto del francese Pean e dello svizzero Kocher, consentì a Theodor

Billroth, di dare inizio alla chirurgia ricostruttiva del tubo digerente.

Negli ultimi 50 anni abbiamo assistito ad una rivoluzione epocale delle tecniche chirurgiche rese possibili anche dal costante progresso delle discipline che più direttamente affian-

## Evoluzione della chirurgia, uno sguardo al futuro

Direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica Università degli Studi di Ancona

cano la chirurgia, quali l'anestesia e rianimazione, la radiologia, l'endoscopia.

Divenuti realizzabili, con relativa impunità, interventi altamente demolitivi si è presto manifestata tra i chirurghi una tendenza ad exeresi sempre più ampie, allargate, nella speranza di incrementare in tal modo i tassi di guarigione.

Alcuni interventi però sono al limite dell'accettabilità in quanto la qualità di vita non è particolarmente invitante: ma è vita e spetta al paziente stabilirne il valore, dopo averlo messo in condizione ottimale per esercitare il suo diritto di scelta; solo così potrà esprimere soggettivamente e liberamente riguardo alla sua salute presente e futura.

Prima di volgere uno sguardo al futuro sono del parere che il primo problema da affrontare e valutare attentamente sia quello relativo alla migliore preparazione da offrire a coloro che saranno gli *effettivi attori* nel sostenere questa futura sfida e cioè i giovani chirurghi.

In Italia, fino a qualche tempo fa, l'etichetta di chirurgo era conferita da una Scuola di Specializzazione in Chirurgia

dopo aver superato una serie d'esami teorici, ma senza aver mai preso il bisturi in mano.

Oggi le cose sono fortunatamente cambiate: i candidati alla Specializzazione vengono arruolati a numero chiuso con un concorso d'ammissione. Chi supera la selezione usufruisce di una borsa di studio ed è tenuto a frequentare il reparto chirurgico a tempo pieno.

L'obiettivo di questa riforma era ed è quello di far sì che lo specialista alla fine del suo curriculum formativo avesse compiuto un ben precisato numero d'interventi di crescente difficoltà. Purtroppo non mi pare che questo obiettivo sia stato raggiunto in modo soddisfacente.

Cosa fare? La soluzione è relativamente semplice purché allo specializzando siano fatti eseguire, inizialmente, interventi meno impegnativi sino ad arrivare, in progressione, a quelli più impegnativi sotto la supervisione diretta e la responsabilità di uno o più tutori.

Tutto questo darà ai giovani chirurghi la tranquillità e la coscienza di poter affrontare autonomamente il loro difficile lavoro con una buona esperienza e quindi con sicurezza nell'interesse del malato.

Qual è il messaggio di queste parole?

E' un invito che rivolgo sovente a me stesso e ai componenti del Consiglio della Scuola di Specializzazione da me diretta a cambiare mentalità e a passare con sempre maggiore disponibilità dall'altra parte del tavolo operatorio per dare spazio ma soprattutto insegnamento a coloro che domani occuperanno il nostro posto e per mezzo dei quali





noi ed i nostri insegnamenti potranno continuare ad avere un senso.

Tra i problemi più impegnativi della chirurgia del duemila vi è quello dei *trapianti*.

I progressi compiuti negli ultimi trent'anni sono stati sbalorditivi e possiamo considerare il trapianto una fra le terapie più avanzate e complesse nel trattamento dei pazienti con insufficienza d'organo terminale.

Le tecniche chirurgiche sono state standardizzate ma le problematiche ancora insolte risultano numerose.

La più importante è senza dubbio quella della cronica carenza d'organo. Si è tentato di far fronte a questo problema in diversi modi:

- rendere possibili e più popolari le donazioni;
- aumentare per il fegato le possibilità di trapianto con le tecniche DOMINO, SPLIT e quelle effettuate da donatori viventi (padre, madre, stretti consanguinei) usando il lobo sinistro;
- potenziare le ricerche sull'utilizzo di xenotrapianti.

Per restare nella realtà italiana, un incremento della disponibilità degli organi dovrebbe venire dalla recentissima approvazione in Parlamento il 31/3/99, della cosiddetta legge del "silenzio-assenso". In base a questa legge ogni cittadino ha il diritto d'opporvi al prelievo dei propri organi dopo la morte: in assenza di tale veto il prelievo potrà essere effettuato.

La soluzione dei molti problemi sembrerebbe risiedere nel ricorso allo xenotrapianto. La biologia molecolare e l'inge-

gnieria genetica permetteranno presto la progettazione di nuove specie transgeniche provviste di determinanti antigeni e profilo immunitario del tutto sovrapponibili a quelli dell'uomo. I primi tentativi sono stati eseguiti utilizzando organi di primati subumani (gorilla, scimpanzé, babuini), animali "concordanti" con l'uomo e che non causano rigetto iperacuto.

Ancora una volta sono sorti problemi pratici e di natura etica: sono animali protetti e in estinzione difficilmente riproducibili in cattività. E' lecito sotto il profilo etico sacrificare animali così simili all'uomo con il quale condividono la quasi totalità del patrimonio genetico?

Un'altra strada è rappresentata dall'utilizzo di animali facilmente reperibili e riproducibili quale i suini che per caratteristiche anatomiche e fisiologiche sono molto simili all'uomo e perché utilizzati su ampia scala come fonte alimentare presentano un minor impatto sociale. In molti laboratori di ricerca sono già pronte linee di maiali transgenici i cui organi possono essere trapiantati sull'uomo, ma numerosi interrogativi aspettano ancora una risposta.

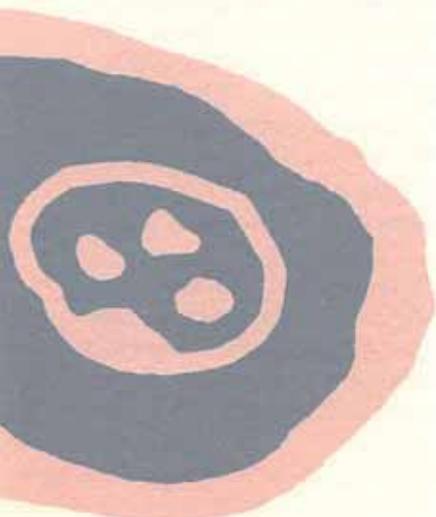
- Potranno gli organi di maiale far fronte alle esigenze dell'organismo umano?
- Quali sono i rischi e le precauzioni da prendere per evitare il trasferimento di patogeni del maiale all'uomo?
- Potrà l'uomo sopravvivere a lungo con l'albumina e le proteine prodotte dal fegato del maiale?
- Quale sarà l'impatto psicologico di chi vive con un organo che proviene da un maiale, animale con cui l'uomo ha avuto rapporti di ben altro significato?

Appare del tutto evidente che la strada dell'animale transgenico sia tutt'altro che scevra da rischi ed evoca interrogativi etici ancora più stringenti di quelli sollecitati dall'alotrapianto.

Un approccio completamente diverso per la soluzione di molti problemi sinora emersi, ci viene dagli organi artificiali.

A tutt'oggi non esiste un organo artificiale vero e proprio che sia totalmente impiantabile e possa sostituire, a tempo indeterminato, la perdita di funzioni di organi vitali, ma disponiamo solo di sistemi che simulano in parte e per periodi limitati di tempo la funzione dell'organo deteriorato.

I ricercatori più ottimistici prevedono, per il primo scorcio del terzo millennio, la costruzione di un organo artificiale completo ed interamente biologico. Il chirurgo non dovrà far altro che connettere tale organo ai tronchi nervosi ed ai vasi sanguigni del ricevente. In futuro, oltre ai trapianti salva vita, sarà anche possibile rimuovere le parti solo invecchiate. Non è lontano il tempo in cui potremmo affer-





mare "al prossimo tagliando cambio questi pezzi".

Ancora una volta siamo costretti a riconsiderare quegli aspetti incogniti e sottilmente inquietanti legati al completo controllo ed alla manipolazione della materia vivente cioè, in ultima analisi, alla responsabilità della scienza.

Nel considerare le prospettive future della chirurgia ampio spazio deve essere dedicato alla *chirurgia laparoscopica o miniinvasiva* che, in quest'ultimo decennio, si è inserita con un imprevedibile successo nel panorama chirurgico con un impatto che a ragione è stato definito rivoluzionario.

Abbiamo assistito in brevissimo tempo ad un allargamento vertiginoso delle indicazioni, sicché non solo la maggioranza degli interventi di chirurgia generale, ma anche molti di quelli di altre specialità chirurgiche sono stati eseguiti da entusiasti cultori della metodica.

A fronte di questo incontrollabile sviluppo, nella letteratura si sono raccolte molte osservazioni critiche e tra queste quella di Soper condensa le perplessità dei chirurghi più prudenti "l'esecuzione di alcuni interventi sembra il trionfo della tecnologia più esasperata sul comune buon senso".

Al momento è indispensabile che gli stessi chirurghi laparoscopisti stabiliscano con estrema obiettività, quali siano i limiti della metodica nei confronti della chirurgia tradizionale.

Infatti, se un migliore decorso postoperatorio rappresenta indubbiamente un vantaggio, per un paziente affetto da tumore non è tanto la qualità del decorso postoperatorio o i tempi della ripresa del lavoro che sono il centro della preoccupazione del chirurgo, quanto l'assicurarsi la minor percentuale possibile di recidive a distanza.

Quasi sicuramente risposte sicure si avranno nel giro dei prossimi anni, quando saranno portati a termine gli studi multicentrici randomizzati che riguardano la chirurgia del colon e del retto. Nell'incertezza attuale, resta da chiedersi se l'etica consenta l'adozione indiscriminata della tecnica in tutti i casi anche nelle fasi di apprendimento della tecnica.

Non vi è dubbio però che nel prossimo futuro i progressi tecnologici potenzieranno viepiù la chirurgia laparoscopica.

Per proiettarci nel futuro non si può prescindere dall'introduzione della *robotica e dei sistemi teleoperanti robotizzati in chirurgia*.

La robotica è la scienza che studia gli strumenti in grado di eseguire automaticamente compiti usualmente praticati e controllati dall'uomo. Sfortunatamente la maggior parte della chirurgia, non necessita tanto di una precisione matematica, quanto di un giudizio razionale ed adattabile alle

continue modificazioni di un ambiente dinamico qual è il corpo umano il che è molto più difficile programmare in una macchina.

Per queste ragioni lo scenario fantascientifico di un robot che compie un complesso intervento chirurgico sull'uomo - con tutti gli imprevisti del caso - non si è ancora verificato nella realtà, né credo sia, per il momento, auspicato dall'utenza.

Tuttavia i chirurghi non possono ignorare i grandi progressi realizzati dalla robotica e molti centri, in tutto il mondo, si sono applicati con successo a studiare approfonditamente l'utilizzo dei robot in chirurgia che ha dimostrato risultati promettenti in microchirurgia, nella chirurgia ortopedica e nella chirurgia miniinvasiva.

Queste apparecchiature, ovviamente, devono essere necessariamente migliorate al fine di renderle sicure ed affidabili ma i primi risultati fanno ben sperare che in un prossimo futuro possano essere routinariamente trasferite nella pratica clinica con la massima affidabilità delle prestazioni.

La fusione della robotica e della tecnologia per immagini tridimensionali con l'ausilio della telecomunicazione satellitare ha consentito di programmare un sistema teleoperante. E' la "telechirurgia" che consente di eseguire a distanza una qualsiasi procedura che comporta l'attraversamento e la sezione strumentale dei tessuti a scopo diagnostico o terapeutico con l'ausilio di un robot a controllo remoto.

L'utilizzazione di questa possibilità, potrebbe essere prevista nel caso di un paziente che necessita di un intervento da parte di un super specialista lontano centinaia o migliaia di chilometri.

In questo caso un chirurgo o un tecnico inserisce nell'addome del paziente i trocars collegati con il sistema robotico. La visione del campo operatorio viene trasmessa per via satellitare al monitor ad alta definizione che sta sulla consolle del chirurgo operatore: questi, tramite le leve a sua disposizione attiva, per via satellitare, il robot manipolatore. Ogni momento dell'intervento viene trasmesso via satellitare all'operatore, tenendo presente che è prevista sempre la presenza di un chirurgo vicino al paziente per ricorrere rapidamente alla chirurgia tradizionale in caso di necessità.

Attualmente, è impensabile che un robot possa sostituirsi alla destrezza e alla flessibilità della mano, tuttavia nemmeno il più preveggenante futurologo sarebbe in gradi di immaginare ciò che ci riserveranno nei prossimi decenni l'avanzamento delle conoscenze di base e il loro trasferimento applicativo.





Infine per proiettarci ancor più nel futuro il concetto di realtà virtuale e ambiente virtuale possono far prevedere possibilità sconcertanti.

Si definisce virtuale una sequenza di immagini e suoni interamente generati dal computer ed in grado di avvicinarsi talmente alla realtà da sembrare vera.

E' una tecnologia che permette:

- la riproduzione di ambienti, esistenti o meno nella realtà, generati dal computer;
- l'integrazione con lo scenario;
- l'immersione nello scenario ed il coinvolgimento dei sensi, principalmente vista, udito, tatto.

Questa forma di integrazione, dove l'uomo è immerso in un mondo creato da una macchina è definita "ambiente virtuale".

I chirurghi possono essere immersi in un mondo computerizzato dove i loro sensi fanno credere di essere piccole figure nell'addome di un gigante.

Essi potranno così procedere e sezionare aderenze nell'addome o eliminare con un raggio laser e con grande precisione un calcolo nella via biliare principale.

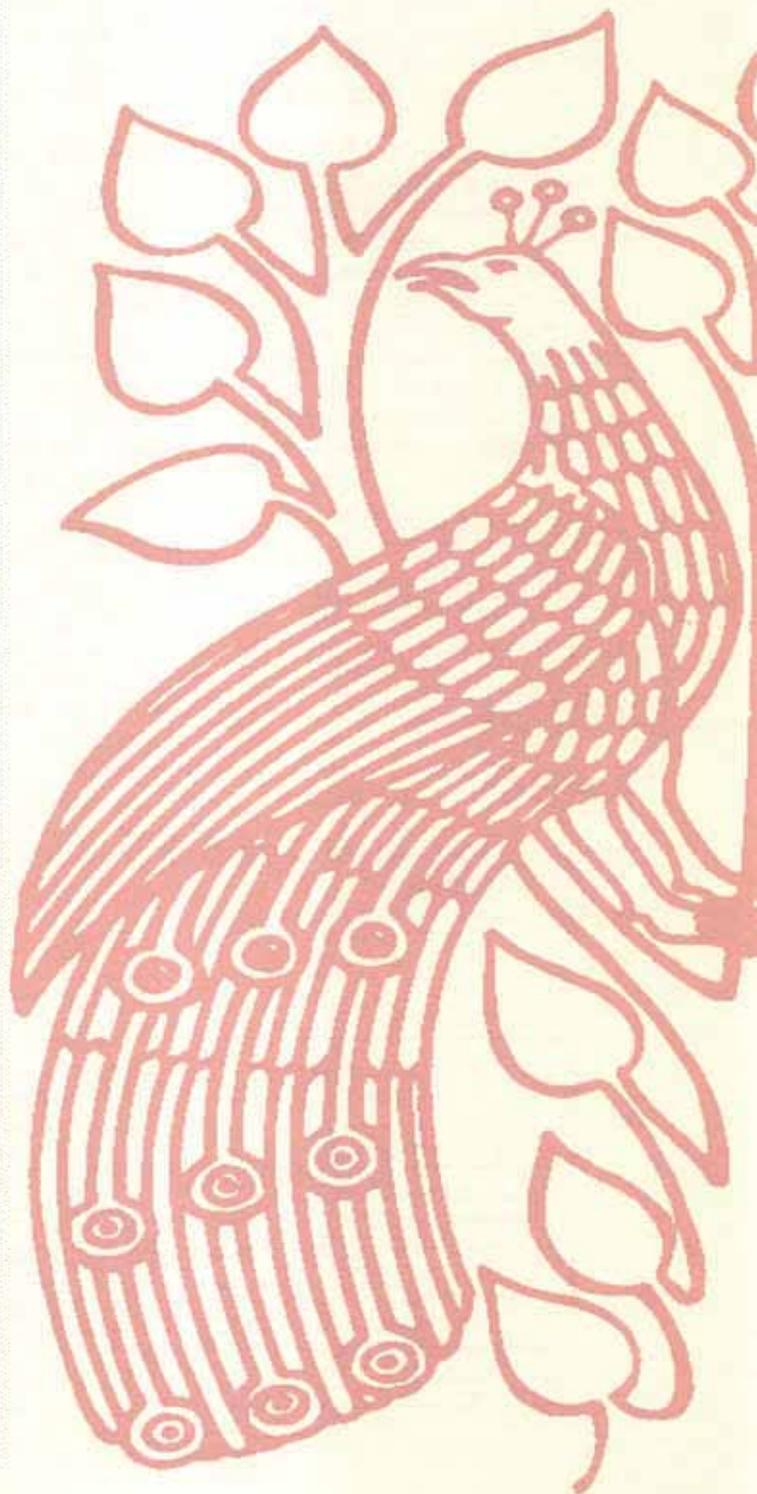
Nei pazienti di domani un piccolo microrobot sotto il totale, anche se remoto controllo del chirurgo, risponderà ai movimenti di quest'ultimo con impeccabile precisione.

Certamente questo appare, oggi, solo un sogno fantascientifico.

Lo scenario che si viene prospettando non deve però mai farci dimenticare che dietro a tanta tecnologia deve sempre esservi una imprescindibile umanità che deve farci porre di fronte al paziente e ai suoi bisogni con umiltà e volontà di accompagnarlo nel tunnel, a volte insopportabile, della propria malattia.

Ma quello che dovrà cambiare nella chirurgia del futuro, al di là del tecnicismo e tecnologie avanzate deve essere un recupero del significato antropologico del malato.

Il rapporto uomo chirurgo/uomo paziente sta diventando ora un rapporto orizzontale con un nuovo rispetto dell'uno per l'altro. La mia speranza è che la professione medica - definita scienza, mestiere ed arte allo stesso tempo - che per il suo corretto esercizio richiede una solida preparazione scientifica, tecnica e morale, ritornando ai suoi antichi valori riacquisiti la sua autenticità e diventi *praxis* nel senso aristotelico ed ippocratico di "conoscenza applicata a fini e a scopi umani" e non rivolga le spalle a situazioni cliniche incomprensibili o a casi inguaribili dimenticando il monito di Edward Trudeau scritto all'ingresso del vecchio e famoso ospedale Hotel Dieu di Parigi: guarire talvolta, alleviare spesso, consolare sempre.





A CURA DI GIOVANNI DANIELI

### 1. Proposta di un nuovo calendario di esami per i D.U.

Il Coordinatore Generale presenta lo stato attuale del calendario delle verifiche per quel che concerne il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e la conseguente proposta di calendario per il prossimo Anno Accademico (All. 1) formulata seguendo gli stessi criteri adottati quest'anno, concordati con il Coordinatore del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Prof. Saverio Cinti.

La stessa proposta verrà fatta per il Corso di Laurea in Odontoiatria il cui Coordinatore è oggi assente.

Per quel che riguarda i Diplomi Universitari, il Coordinatore considerata la reiterata richiesta di nuovi appelli da parte degli studenti, il prolungamento concesso fino a tutto aprile per il recupero degli esami il cui superamento è indispensabile per ottenere l'iscrizione, propone che analogamente a quanto fatto per il Corso di Laurea, anche i Diplomi possano disporre di otto appelli di esame, due rispettivamente nelle sessioni di febbraio, di giugno e di recupero di settembre, nonché due appelli unici di prolungamento dell'appello di recupero di settembre

(all. 2) nel periodo dicembre-gennaio. La Commissione approva totalmente la proposta, che sarà applicata dopo la ratifica della Facoltà ai nuovi iscritti al 1° ottobre 2000.

Per gli studenti già iscritti al Corso di

Laurea il prolungamento della sessione di verifica si estende sino al 5-31 marzo 2001.

La proposta viene approvata all'unanimità.

### 2. Pratiche studenti

2.1 - La studentessa Christina Zimmermann, iscritta ad un anno corrispondente al VI anno del nostro ordinamento nella Facoltà di Medicina dell'Università di Graz (Austria), ospite della nostra Università per il II semestre dell'Anno Accademico in corso (Progetto Erasmus, Facoltà di Ingegneria, Dipartimento di Elettronica, Sez. Bioingegneria) chiede di frequentare i Corsi di Dermatologia e Chirurgia Plastica, Psichiatria, Pediatria e relativa attività tecnico-pratica, per i quali intende chiedere i relativi crediti e sostenere esami (Dermatologia).

La richiesta della studentessa Christina Zimmermann è approvata all'unanimità.

2.2 - Il Prof. Cinti propone che gli studenti iscritti al 1° anno di Medicina e che si trovano nella condizione di aver riconosciuto alcuni esami del 1° anno, perchè sostenuti in precedenza quali studenti iscritti a Scienze, e che sempre nel 1° anno hanno frequentato regolarmente alcuni corsi del 2° anno (Anatomia, Fisiologia ed Inglese), possano continuare questa frequenza anche nel 2° semestre e sostenere i relativi esami al termine dello stesso.

Dopo breve discussione la Commissione, con due astensioni e otto voti contrari, respinge la proposta.

### 3. Varie ed eventuali

Il Coordinatore propone che per il decoro e per il funzionamento della sede di Facoltà sia proibito affiggere manifesti o locandine o qualunque altro annuncio sulle porte, sulle vetrate e sulle colonne della Facoltà.

La dotazione di bacheche verrà potenziata; solo i manifesti ufficiali della Facoltà espressi dalla Commissione Didattica, possono trovar posto in alcune vetrate.

La proposta del Coordinatore viene approvata all'unanimità.

## Appunti dal Verbale della Commissione Didattica

8 marzo 2000

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia Calendario dell'attività didattica A.A. 2000/2001													
	1° Semestre					2° Semestre							
	Ott.2000	Novembre	Dicembre	Gen.2001	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre
Didattica Formale e Interattiva	9 Ott. - 9 Dic. (9 Settimane)			8 Gen. - 3 Febr. (4 Settimane)		5 Marzo - 5 Aprile (5 Sett.)		23 Aprile - 18 Giugno (8 Settimane)					
Verifiche			15-20 Dic. Appello di Prolung.		5 Febbraio - 3 Marzo 1° e 2° Appello di Febbraio		9-11 Apr. App. Prolung.			18 Giugno - 31 Luglio 1° e 2° Appello di Giugno			3 Settembre - 8 Ottobre 1° e 2° Appello di Settembre
Interruzione attività didattiche			21/12/2000 05/01/2001				12-21/04				31/03-01/04		

All. 1 - Proposta della Commissione Didattica per il Calendario dell'attività del CL in Medicina e Chirurgia per l'A.A. 2000-2001





ALLEGATI

**Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia  
Calendario delle verifiche**

In attesa del Regolamento di Ateneo e di quello di Facoltà e corentemente con quanto già deliberato e pubblicato, il calendario delle verifiche del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia per il corrente anno accademico è il seguente:

**Prolungamento dell'appello di Febbraio**

Si svolge in un unico appello e per tutti i Corsi Integrati dal 14 al 19 Aprile

**Appello di Giugno 2000**

Si svolge dal 19 Giugno al 29 Luglio e si realizza in due differenti sedute, una nella prima, l'altra nella seconda metà del mese.

**Appello di Settembre 2000**

Si svolge dal 28 Agosto al 7 Ottobre e si realizza in due differenti sedute, una nella prima, l'altra nella seconda metà del mese.

**Prolungamento dell'appello di Settembre**

Si svolge con un'unico appello e per tutti i Corsi Integrati dal 15 al 20 Dicembre. Gli appelli e i prolungamenti sopracitati sono aperti a tutti gli studenti in possesso dell'attestato di frequenza nel Corso Integrato di cui si chiede la verifica. In totale quindi sono disponibili nel corso dell'anno otto appelli d'esame.

Nei periodi riservati alla didattica non è permessa alcuna verifica finale. Resta il vincolo di non poter affrontare più di due esami nell'appello di Febbraio, quando lo stesso costituisce il prolungamento delle sessioni dell'Anno Accademico precedente.

**Diplomi Universitari  
Calendario dell'attività didattica**

L'attività formativa si svolge in due semestri.

Ciascun semestre comprende l'attività didattica teorica e teorico-pratica, il tirocinio, le verifiche.

Per quel che concerne le verifiche si confermano le tre sessioni nei mesi di marzo, giugno-luglio e di recupero a settembre.

Sono previsti due prolungamenti della sessione di recupero di settembre intorno alle vacanze natalizie, un appello prima di Natale ed un appello subito dopo l'Epifania.

In ciascuna sessione vi sono due appelli, distanziati il più possibile fra di loro.

In tal modo anche per gli studenti dei Diplomi si realizzano otto appuntamenti annuali riservati alle verifiche.

I periodi di didattica precedono il tirocinio nel primo anno, lo seguono nel secondo e terzo anno e questo per evitare la contemporanea occupazione delle aule didattiche.

Non si effettuano verifiche durante l'attività didattica, fatta eccezione per il prolungamento di recupero di gennaio.

Le verifiche possono essere condotte immediatamente dopo l'attività didattica senza attendere il compimento del tirocinio.

Questa proposta (all. 2) è valida per i nuovi iscritti al 1° Ottobre 2000. Per gli studenti che nel prossimo Anno Accademico saranno iscritti al 2° o 3° anno o fuori corso il prolungamento dell'appello di recupero si estende sino al periodo 5-31 marzo 2001.

 <b>Diploma Universitario per Infermiere</b> Calendario dell'attività didattica A. A. 2000/2001													
1° anno di corso													
Attività e/o funzioni	Ott. 2000	Nov	Dic	Gen. 2001	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott
Didattica teorica	9 ott - 7 dic (9 sett. DT-DIA)						2 apr. - 1 giu. (8 sett. DT-DIA)						
Tirocinio			11 dic - 2 mar (10 settimane tirocinio)							25 giu - 14 Sett. (11 sett. tirocinio)			
Esami						1 - 31 mar. (1° e 2° app)				15 giugno - 30 luglio (1° e 2° appello)		10 set - 6 ott (1° e 2° app)	
2° anno di corso													
Attività e/o funzioni	Ott. 2000	Nov	Dic	Gen. 2001	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott
Didattica teorica				8 gen. - 2 mar. (8 sett. DT-DIA)				18 apr. - 8 giu. (8 sett. DT-DIA)					
Tirocinio	2 ott. - 15 dic. (11 settimane tir.)					4 set. 14 apr.	12 mar. 14 apr.			11 giu. - 14 Sett. (12 Sett. Tirocinio)			
Esami		Appelli di prolungamento	11-22 Dic.	8-26 gen.		5 - 31 mar. (1° e 2° app)				15 giugno - 30 luglio (1° e 2° appello)		10 set - 6ott (1° e 2° app)	
3° anno di corso													
Attività e/o funzioni	Ott. 2000	Nov	Dic	Gen. 2001	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott
Didattica teorica				29 gen - 23 feb (4 sett. DT-DIA)				4 sett. DT-DIA 14 mag 8 giu					
Tirocinio	2 ott. - 19 genn. (14 sett. Tirocinio)					8 mar. - 11 mag. (9 Sett. Tirocinio)				25 giu. - 14 Sett. (10 5 sett. Tirocinio)			
Esami		Appelli di prolungamento	11-22 Dic.	8-26 gen.		1 - 31 mar (1° e 2° app)				15 giugno - 30 luglio (1° e 2° appello)		10 set - 6 ott (1° e 2° app)	

All. 2 - Proposta della Commissione Didattica per il Calendario dell'attività dei D.U. per l'A.A. 2000-2001



*Nella seduta dell'8 marzo u.s. il Consiglio di Facoltà ha deliberato all'unanimità la chiamata dei Professori di prima fascia Giuseppe Gioele Garzetti, Giovanni Muzzonigro ed Ugo Salvolini sui settori scientifico-disciplinari rispettivamente di Ginecologia ed Ostetricia, Urologia e Neuroradiologia e dei Professori di seconda fascia Monica Emanuelli e Maria Cristina Marmorale rispettivamente sui settori scientifico-disciplinari di Biochimica e di Chirurgia Generale.*

*Riportiamo una breve sintesi dei curricula di questi nuovi brillanti Docenti.*

### Giuseppe Gioele Garzetti

Nato a Pavia il 25 ottobre 1943, il 3 luglio del 1973 ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Nel 1977 si specializza in Ginecologia e Ostetricia presso



l'Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, diretta dal Prof. Adriano Bompiani che sarà suo Maestro.

Nel giugno del 1978, infatti, presso lo stesso Istituto assume l'incarico di Assistente Ordinario per l'insegnamento di Clinica Ostetrica e Ginecologica iniziando una intensa e proficua attività clinico/assistenziale e di ricerca

sperimentale che lo vede impegnato prevalentemente su argomenti di fisiopatologia ostetrica, patologia da isoimmunizzazione Rh e di diagnostica prenatale.

Questi otto anni trascorsi presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica sotto la guida del Prof. Adriano Bompiani sono gli anni della formazione culturale e professionale del Professor Garzetti che giunge presso l'Ateneo Dorico il 30 Aprile del 1986 come Professore Associato per l'insegnamento di Clinica Ostetrica e Ginecologica.

Ad Ancona, il Professor Garzetti sviluppa ed approfondisce prevalentemente argomenti di carattere ginecologico completando la sua formazione, con riferimento specifico alla chirurgia oncologica, alla ricerca di base in oncologia ginecologica producendo numerose ed importanti pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali.

Dall'Anno Accademico 1992/93 è Direttore dell'Istituto e della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi di Ancona, nonché Direttore della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, e Presidente del Diploma Universitario di Ostetrica/o dall'Anno Accademico 1997/98. Sono gli anni della maturità, durante i quali il Professor Garzetti si dedica prevalentemente alla didattica ed alla formazione delle ostetriche, dei medici e degli specialisti dell'Ateneo Dorico proponendo la Clinica da lui diretta quale punto di riferimento culturale per la ginecologia marchigiana.

A coronamento del suo percorso accademico, il giorno 8 marzo 2000 il Professor Garzetti viene chiamato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona, a ricoprire il ruolo di Professore di 1° fascia per l'insegnamento di Ginecologia e Ostetricia.

### Giovanni Muzzonigro

Il Prof. Giovanni Muzzonigro è nato a Lecce l'8 Luglio 1945 ed ha conseguito il diploma di Maturità Classica nell'anno scolastico 1962-'63.

Ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Pisa nella sessione estiva dell'A.A. 1968-'69.

Ha conseguito il Diploma di Specializzazione in Urologia presso la Clinica Urologica dell'Università degli Studi di Roma e di Nefrologia presso l'Università degli Studi di Roma.



È stato vincitore di un concorso a titoli per borse di studio biennali bandito dal Ministero della Pubblica Istruzione, nel biennio 1972-1973, presso la Clinica Urologica dell'Università di Roma.

È stato vincitore di un contratto quadriennale per il periodo 1974-1978 con il Magnifico Rettore dell'Università di Sassari ed assegnato alla Cattedra di Urologia, Direttore Prof. Mario Polito. Dall'

1/7/1976 si è trasferito in qualità di contrattista presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona.

Ha ricoperto il ruolo di ricercatore confermato dal 31/10/1981 al 9/8/1987 presso la Clinica Urologica dell'Università di Ancona.

Nel 1987 è risultato vincitore di un posto di Professore universitario di II fascia ed in data 10/8/1987 è stato chiamato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona a ricoprire l'insegnamento di Urologia.

Ha frequentato all'estero il Department of Urology del London Hospital Medical College dell'Università di Londra, la Universitasklinik für





Urologie di Innsbruck e l'Istituto di Urologia dell'Università di Bonn. Ha inoltre preso parte ai corsi di aggiornamento sul trapianto di rene presso l'Institute of Urology dell'Università di Londra.

Dal 1° Novembre 1998 è titolare del Corso di Urologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona.

Gli è stata conferita la qualifica superiore di Dirigente di II livello con Direzione della Clinica di Urologia dell'Università di Ancona dal 1/11/1998.

E' inoltre responsabile della funzione apicale della Divisione di Urologia dell'Azienda Ospedaliera "Umberto I" di Ancona dal 1/11/1998.

E' docente della Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università di Ancona, della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia, della Scuola di Specializzazione in Oncologia e della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

E' socio di numerose Società Scientifiche Nazionali e Internazionali.

Fa parte dell'Editorial Board della Rivista *Urologica - Neurology, Urodynamic and Continence*, del Comitato di Redazione della Rivista *Acta Urologica Italica*, del Board of Consultants della Rivista *Archivio Italiano di Urologia, Andrologia*; è stato nominato Field Editor of Infertility per la Rivista Italiana di Andrologia; è membro supplente della Education Committee of the European Board of Urology.

Nel 1992 ha ricevuto il Premio SUICMI per la migliore comunicazione

dal titolo "Nostra esperienza sulla caratterizzazione in vitro degli adenocarcinomi renali pT1".

E' autore di n. 259 pubblicazioni a stampa.

E' stato Presidente del 13° Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia.

È promotore di numerosi Convegni nazionali ed internazionali.

La sua attività di ricerca è rivolta prevalentemente allo studio di: Oncologia urologica clinica e sperimentale, Calcolosi urinaria, Andrologia urologica, Infezioni delle vie urinarie e genitali maschili, Fisiopatologia dell'apparato uro-genitale, Trapianto renale.

La sua attività chirurgica spazia dalla chirurgia endoscopica del basso e alto apparato urinario, alla chirurgia a cielo aperto con interventi di alta chirurgia (surrenectomia, nefrectomia allargata per via addominale, linfadenectomia lombo - aortica, linfadenectomia pelvica, prostatectomia radicale (*nerve sparing*), cistectomia totale con neovesicica ileale ortotopica continente, chirurgia del pene, protesi peniene di tipo idraulico, sfinteri artificiali, chirurgia d'urgenza renale, vescicale, uretrale).

E' risultato idoneo alla valutazione comparativa ad un posto di professore di I fascia del settore F10X Urologia.

In data 08.03.2000 è stato chiamato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona a ricoprire il ruolo di I fascia per Urologia.

Neurologia, Neurochirurgia, Psichiatria e Radiologia della stessa Università.

Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona ha prestato servizio come Laureato addetto alle esercitazioni dal 1972 al 1978 e Professore a contratto sia per le Scuole di Specializzazione in Neurologia, Psichiatria e Radiologia, che per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria e Protesi dentaria dal 1982 al 1992 : in questo periodo è stato titolare del Corso ufficiale di Neuroradiologia e/o di Corsi integrativi presso le suddette Scuole di Specializzazione

- Riveste la qualifica di Professore Associato della Disciplina "Neuroradiologia" presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona con decorrenza dall'1.11.92, inquadrato nel settore scientifico disciplinare F12A - Neuroradiologia - dall'1-11-1995 a tutt'oggi.

- Titolare dell'insegnamento "Neuroradiologia" nell'ambito del corso Integrato "Malattie del Sistema Nervoso" per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (5° anno), e di Corsi ufficiali delle Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Pediatria, Radiodiagnostica dall'Anno Accademico 1992/93 a tutt'oggi e in Psichiatria, dall'A.A. 1998/99 a tutt'oggi

- Membro del Comitato di Coordinamento Didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona

- Membro del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Ancona

- Delegato del Rettore per i Rapporti Internazionali dell'Università degli Studi di Ancona

- Dichiarato idoneo il 14 febbraio 2000 al ruolo di Professore di prima fascia nella procedura di valutazione comparativa per un posto di Professore Universitario di ruolo di prima fascia afferente al settore

## Ugo Salvolini



Nato in Ancona il 3 Novembre 1941

### Curriculum studiorum

Diploma di Maturità Scientifica, luglio 1959

\* Laureato in Medicina e Chirurgia con lode presso l'Università di Roma il 14 Luglio 1965

\* Specializzato in Radiologia e

Terapia Fisica con lode presso l'Università di Modena il 7 Dicembre 1967

\* Specializzato in Oncologia Generale con lode presso l'Università di Modena il 20 Novembre 1969

### Attività clinico-assistenziale

In servizio presso l'Ospedale Umberto I di Ancona (USL-12 - AUSL-7) dal 1° Gennaio 1966 Primario di ruolo del Servizio di Neuroradiologia dal 10 Gennaio 1980 al 31 Ottobre 1992

Direttore del Servizio di Neuroradiologia della Azienda Ospedaliera "Umberto I" (ex USL 7) convenzionata con la Università di Ancona, dal 1° Ottobre 1994 a tutt'oggi

### Attività didattica

Presso l'Istituto di Radiologia dell'Università di Modena è stato Medico Frequentatore dal 1966 al 1967 e Medico Interno dal 1967 al 1981. In questo periodo ha insegnato alle scuole di Specializzazione in





scientifico-disciplinare F12A - Neuroradiologia presso la Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

*Società Scientifiche - Gruppi di Ricerca - Attività varie*

Membro della Società Italiana di Neuroradiologia (già nel Consiglio Direttivo)

- Membro della Società Italiana di Oftalmologia
- Membro della Société Française de Neuroradiologie
- Full-Member della European Society of Neuroradiology, già Delegato Nazionale, già Vice-Segretario Generale, già Chairman del Rules Committee, già Co-Chairman del Technical Committee, già Presidente (anni 1993-96), attuale Past-President e Chairman del ESNR Scientific Program and ESNR Meeting Evolution Committee
- Membro Corrispondente della American Society of Neuroradiology
- Membro del Constitutional and Bylaws Committee e della Federation's Commission on Intersociety Relations della World Federation of Neuroradiological Societies
- Membro della Società Italiana di Radiologia, Past-President della Sezione di Studio Radiologia del Capo e del Collo
- Membro Fondatore, Full Member e membro del Scientific Committee della European Society of Head and Neck Radiology
- già Direttore della sezione 'Radio Oftalmologia' e della sezione 'Oncologia Cefalica' del C.E.P.U.R. (Collège d'Enseignement Post-Universitaire de Radiologie)
- Membro Onorario della Hellenic Radiological Society
- Membro dell'European Congress of Radiology; Chairman del subcommittee Neuro dal 1995 al 1999; Responsabile del Programma Scientifico Neuro dell'ECR negli anni 1995, '97 e '99
- Past-President dell'International Skull Base Study Group
- Membro del C.E.R.M. (Collège d'Evaluation de Résonance Magnétique) di Parigi
- Membro della Société de Biométrie Humaine
- Coordinatore del Modulo Central Nervous System II<sup>o</sup> del "Erasmus

Course on Magnetic Resonance Imaging" (EMRI)

- Già consulente degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) 'INRCA' di Ancona e 'Casa Sollievo della Sofferenza' di S. Giovanni Rotondo
- Coordinatore del Settore Neurosensoriale del Centro Servizi di Risonanza Magnetica della Università di Ancona
- Partecipa nell'ambito del Programma Leonardo da Vinci della UE, al Progetto LIVE, e al Progetto "The Advanced Course in Neuroradiology - Master"

*Attività scientifiche editoriali*

N. 218 articoli su riviste, di cui 111 in lingua straniera (23 in francese e 88 in inglese) dei quali 69 pubblicati su riviste indexate, n. 205 abstracts, n. 128 pubblicazioni su atti di congressi e/o convegni, n. 94 capitoli di libri e/o partecipazioni a trattati, n. 19 pubblicazioni a carattere monografico, n. 17 altre pubblicazioni a stampa.

- Collaboratore della Encyclopédie Médico-Chirurgicale
- Coautore del Traité de Radiodiagnostic
- già Redattore Capo di Radiologie
- già nell'Editorial Board di Journal of CAT, Critical Reviews in Neurosurgery - 'Diagnostic Neuroradiology' - e di European Radiology
- nel Comitato Scientifico, Editoriale o di Lettura di:  
Adria Medica  
Cahiers de Biométrie Humaine  
European Journal of Radiology (Section Editor Neuro- and ENT radiology)  
Italian Current Radiology  
Journal de Neuroradiologie  
Journal of Pediatric Neurosciences  
MRI Decisions  
Neuroradiology  
Quaderni di Oncologia  
Rivista di Neuroradiologia  
The International Journal of Neuroradiology





## Monica Emanuelli

Monica Emanuelli si è laureata in Scienze Biologiche presso l'Università di Bologna e successivamente ha conseguito il diploma di Specializzazione in Analisi Chimico-Cliniche presso l'Università di Camerino.



Dal 1979 svolge la propria attività di ricerca presso l'Istituto di Biochimica dell'Università di Ancona, dapprima in qualità di titolare di una borsa di addestramento didattico e scientifico, quindi, dal marzo 1983, in qualità di ricercatore. Tale attività si è dapprima svolta nell'ambito della chimica e della biochimica dei polisaccaridi e tali studi hanno tra l'altro contribuito al perfezionamento delle indagini di *screening*

delle malattie da alterato metabolismo dei carboidrati.

L'attività di ricerca, sviluppatasi successivamente nell'ambito del gruppo di ricerca del Prof. G. Magni ed attualmente in corso, è incentrata sullo studio di enzimi delle vie di recupero per la sintesi dei nucleotidi pirimidinici e piridinici. Tali enzimi rivestono una notevole importanza in chemioterapia quali catalizzatori responsabili dell'attivazione di "profarmaci", pirimidinici e piridinici, attraverso la loro bioconversione nella forma farmacologicamente attiva. Nell'ambito di tali ricerche un particolare interesse è rivolto allo studio della biosintesi del NAD nell'uomo ed in organismi mesofili ed estremofili, con particolare riguardo alla caratterizzazione dal punto di vista molecolare e cinetico, dell'enzima NMN adeniltrasferasi, che catalizza una reazione chiave nella via biosintetica del NAD e che, come tale, risulta indispensabile per la vita della cellula. Recentemente è stato isolato e sequenziato il cDNA relativo alla NMN adeniltrasferasi umana e sono stati intrapresi studi intesi a valutare i livelli di espressione del gene che codifica per tale enzima in differenti condizioni della vita della cellula.

Per quanto concerne gli enzimi del salvage pirimidinico, nel globulo rosso umano sono state caratterizzate due diverse forme di pirimidina 5'-nucleotidasi, in grado di promuovere sia la reazione di idrolisi del fosfato dalla posizione terminale del nucleoside monofosfato pirimidinico, sia la reazione di trasferimento del gruppo fosforico da un mononucleotide pirimidinico ad un nucleoside pirimidinico accettore. Gli studi attualmente in corso sono rivolti all'allestimento di opportuni protocolli di immunizzazione per l'ottenimento di anticorpi monoclonali contro i due enzimi, al fine di determinare i livelli delle due nucleotidasi in cellule ed organi bersaglio, quantificando in tal modo nei tessuti di interesse la potenzialità di biotrasformazione dei profarmaci pirimidinici nelle rispettive forme farmacologicamente attive.

A partire dall'A.A. 1978/79 ha collaborato alle attività didattiche afferenti all'Istituto di Biochimica coadiuvando i docenti di Chimica e Propedeutica Biochimica, Biochimica Agraria ed Enzimologia nello svolgimento dei rispettivi corsi con lezioni di carattere monografico e seminari e nelle valutazioni finali degli studenti quale componente delle rispettive commissioni d'esame. Per gli A.A. 91/92, 92/93 e 93/94 le è stata conferita la supplenza dell'insegnamento "Materiali dentari" nell'ambito del Corso di Laurea in Odontoiatria e della Scuola di Specializzazione in Odontostomatologia. È stata docente di "Organizzazione di Laboratorio" nell'ambito del DU per Tecnici di Laboratorio Biomedico e dall'A.A. 92/93 le è stato affidato l'insegnamento della disciplina "Chimica Biologica" presso il DU per Ortottista ed Assistente in Oftalmologia.

## Cristina Marmorale

La Dott.ssa Cristina Marmorale è nata il 19 giugno 1956 a Fermo (AP) ed ivi residente in Viale Ciccolungo n. 138.

Nel 1975 si iscrive alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona, conseguendo la Laurea nel 1982.

Nel 1983 si iscrive alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Ateneo di Ancona.

Nel 1986 consegue il Diploma di ecografia della Scuola di Ecografia S.I.U.I., sede di Ancona. Nel 1987 è nominata Docente della Scuola di



Ecografia del S.I.U.I. "Corso Avanzato di Senologia", sede di Ancona. Nella sessione estiva del 1987 consegue il diploma di Specializzazione in Chirurgia Generale, con il massimo dei voti. Nel novembre 1987 si iscrive alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Toracica, sempre di questo Ateneo.

Nel 1987 è stata Docente al Corso di Aggiornamento sulla "Diagnosi precoce e trattamento delle neoplasie benigne e maligne della mammella".

È stata invitata, come Docente, al Corso Nazionale di Aggiornamento su "I Tumori della mammella" che si è tenuto a Fabriano nell'ottobre 1987. Ha prestato servizio come Assistente straordinario, presso la Patologia Chirurgica, dal 21 marzo al 21 novembre 1988 e dal 27 giugno 1989 al 27 febbraio 1990.

Durante gli anni in cui ha prestato servizio presso l'Istituto di Patologia Chirurgica, ha svolto corsi di dimostrazione e di esercitazioni di semeiotica e diagnosi chirurgica, seminari e lezioni integrate, nell'ambito degli insegnamenti di Patologia Speciale Chirurgica, Anatomia Chirurgica, Chirurgia Toracica per gli Studenti di Medicina e Chirurgia, nell'insegnamento di Patologia Chirurgica per gli Studenti di Odontoiatria. Vincitrice del Concorso per Ricercatore della Facoltà di Medicina e Chirurgia, è in servizio dall'ottobre 1990 presso l'Istituto di Patologia Chirurgica prima, e di Clinica Chirurgica, poi. Nella sessione estiva del 1992 consegue il diploma di Specializzazione in ruolo di Ricercatore. Negli A.A. 1994/95, 1995/96 ha ottenuto dalla Facoltà l'incarico d'insegnamento di "Chirurgia dell'Apparato Digerente", nell'ambito del corso integrato di Malattie dell'Apparato Digerente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Nell'A.A. 1995-96 le è stato affidato l'insegnamento del Corso Ufficiale di "Anatomia Chirurgica" nell'ambito della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale.

Per l'A.A. 1996/97 a tutt'oggi le è stato affidato l'insegnamento del Corso ufficiale di "Tecniche Operatorie" nell'ambito della Scuola di specializzazione in Chirurgia Generale.

Ha inoltre coadiuvato numerosi studenti per la compilazione di Tesi di Laurea e di Specializzazione. L'attività scientifica è documentata da 120 pubblicazioni.





	Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
I anno	<b>BIOLOGIA, GENETICA E BIOMETRIA:</b>				
	1. Recettori linfocitari ed immunofarmaci	Prof. F. Malavasi	14 Apr./5-12 Mag.	ore 14,30	A
	6. Probabilità e malattia: l'analisi della sopravvivenza	Prof.ssa F. Carle	14 Apr./5-12 Mag.	ore 8,30	A
	8. Biologia e genetica delle malattie mitocondriali e lisosomiali	Prof. G. Principato	14 Apr./5-12 Mag.	ore 10,30	A
III anno	<b>IMMUNOLOGIA:</b>				
	22. Immunodeficienza da HIV	Prof.ssa Montroni e Coll.	24-31 Mar./7Apr.	ore 8,30	A
	<b>PATOLOGIA E FISIOPATOLOGIA GENERALE:</b>				
23. Meccanismi di patogenicità dei parassiti	Prof. C. Vecchi	24-31 Mar./7Apr.	ore 10,30	A	
24. L'angiogenesi nei tumori e in altri processi patologici	Prof.ssa L. Possati	24-31 Mar./7 Apr.	ore 14,30	A	
IV anno	<b>CHIRURGIA GENERALE E GASTROENTEROLOGIA:</b>				
	36. Chirurgia laparoscopica	Dott. A. M. Paganini	24 Mar. 7-14 Apr.	ore 8,30	F
	<b>PATOLOGIA SISTEMATICA III:</b>				
38. La malattia tromboembolica venosa	Dott. C. Grilli Cicilioni	24-31 Mar 7 Apr.	ore 10,30	F	
V anno	<b>ANATOMIA PATOLOGICA:</b>				
	52. La patologia quantitativa nella diagnosi e nella prognosi delle neoplasie	Prof. R. Montironi	7-14 Apr.	ore 8,30	Anat. Pat.
	<b>MALATTIE CUTANEE E VENEREE E CHIR. PLASTICA:</b>				
	55. Ricostruzione della parete toracica	Prof. A. Bertani	24-31 Mar./7 Apr.	ore 10,30	B
	56. Patologia pigmentaria cutanea	Prof. G. Bossi	14 Apr./5-12 Mag.	ore 10,30	B
	<b>PSICHIATRIA:</b>				
59. Elementi di Psicoterapia	Prof. G. Borsetti	24-31 Mar./7 Apr.	ore 14,30	B	
60. Indagini psicobiologiche in Psichiatria	Dott. B. Nardi	14 Apr./5-12 Mag.	ore 14,30	B	
VI anno	<b>EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE:</b>				
	74. Anestesia	Dott.ssa E. Adrario	24-31 Mar./7Apr.	ore 8,30	E
	75. Laparoscopia d'urgenza	Prof. F. Felicciotti	14 Apr./5-12 Mag.	ore 8,30	E
	<b>IGIENE E SANITA' PUBBLICA:</b>				
78. Rischi igienico-sanitari in ospedale: aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M.M. D'Errico	24-31 Mar./7 Apr.	ore 10,30	E	
	<b>MEDICINA DEL LAVORO:</b>				
80. Il rumore industriale: effetti sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	14 Apr./5-12 Mag.	ore 10,30	E	
83. Fondamenti della psicopatologia forense e della criminologia clinica	Dott. M. Cingolani	24-31 Mar./7 Apr.	ore 14,30	E	





## FORUM DI FACOLTÀ

**Forum**

Venerdì, ore 12.45-14.15

I Forum di Facoltà, che si svolgono tutti i venerdì a partire da ottobre, dalle 12.45 alle 14.15, raccolgono insieme studenti in Medicina e in Odontoiatria, studenti dei Diplomi e delle Scuole di Specializzazione, intorno a temi che devono costituire un patrimonio culturale irrinunciabile di tutti coloro che operano nella Sanità: Etica e Deontologia Medica, Storia della Medicina, Filosofia e Scienze, Economia e managerialità, I sistemi di qualità, Uso del computer in Medicina.

Due sono gli obiettivi che questi Forum si prefiggono, il primo curare uno spirito di squadra: Medici, Infermieri, Specialisti, Tecnici delle professioni sanitarie sono tutti figli di Esculapio, che condividono gli stessi obiettivi; devono quindi prepararsi a collaborare e integrarsi e devono pertanto avere momenti comuni di formazione, opportunità d'incontro e di dialogo già nella fase di preparazione alla professione.

Il secondo obiettivo è ovviamente quello di completare la formazione scientifica, mettendo gli studenti a contatto con problemi di Etica, di Storia della Medicina, di Filosofia e fornendo loro competenze di Economia e Informatica al fine di adeguare la loro formazione alla rinnovata richiesta della società. La frequenza ai Forum, fortemente raccomandata per i fini che si prefiggono, porta all'acquisizione di otto crediti per ciascuno dei sei Forum previsti.

## CONVEGNI

## Le nuove Lauree dell'Area Sanitaria

Venerdì 14 Aprile 2000, ore 18,00

Aula d'Ateneo

Via Brezze Bianche - Monte Dago di Ancona

*Relatori*

### Guido Goggi

Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano

### Marina Dachà

Preside della Facoltà di Farmacia dell'Università di Urbino

### Luigi Frati

Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma

### Tullio Manzoni

Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona

### Franco Polidori

Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università di Camerino

## Medicina basata sulle evidenze

*Coordinatore: Prof. Giovanni Danieli*

**31 marzo 2000 - ore 12,45**

**La decisione diagnostica basata sulle evidenze**  
Prof. Giovanni Danieli, Dr. Giovanni Pomponio

**7 aprile 2000 - ore 12,45**

**La decisione terapeutica basata sulle evidenze**  
Prof. Giovanni Danieli, Dr. Giovanni Pomponio

**14 aprile 2000 - ore 12,45**

**Le linee guida basate sulle evidenze**  
Prof. Giovanni Danieli, Dr. Giovanni Pomponio





### **Scienza & Filosofia**

Coordinatori:

Prof. Fiorenzo Conti, Prof. Massimo Clementi

**30 Marzo 2000 - ore 18,00**

#### **Etica della Ricerca**

Prof. Silvio Garattini,  
S.A.I.R. Prof. Frederic Wilhelm Hoenzollern  
von Preußen

*dopo un'introduzione del Prof. Fiorenzo Conti*

**12 Aprile 2000 - ore 18,00**

#### **La genetica per l'uomo del terzo millennio**

Prof. Edoardo Boncinelli,  
Prof. Silvano Tagliagambe

*dopo un'introduzione del Prof. Massimo Clementi*

### **Management Sanitario**

Coordinatore: Prof. GianMario Raggetti

**26 Aprile 2000 - ore 18,00**

#### **Quale formazione manageriale per il Medico?**

Prof. Tullio Manzoni,  
Prof. Mario Zanetti,  
Prof. GianMario Raggetti



## CORSO DI PERFEZIONAMENTO

La formazione alla Medicina Basata sulle Evidenze è stata affrontata dalla Commissione Didattica di Facoltà con tre iniziative, il Corso triennale di Medicina Basata sulle Evidenze che si snoda in tre anni consecutivi per gli studenti rispettivamente del IV, V e VI anno di corso; i quattro Forum di didattica interprofessionale, dedicata agli studenti di tutti i corsi di Diploma, di Laurea e di Specializzazione (vedi pag. 13) ed un Corso di Perfezionamento, aperto ai Medici di Medicina Generale, ai Medici degli Ospedali e del territorio, articolato in due settimane, dal 15 al 19 maggio e dal 29 maggio al 2 giugno, secondo il programma ed il calendario di seguito riportati.

## La decisione clinica basata sulle evidenze

## A) Aree di apprendimento

- Metodologia clinica 1: dai problemi solving alla medicina basata sulle evidenze - G. Danieli
- Metodologia clinica 2: il ragionamento diagnostico nella medicina basata sulle evidenze - G.F. Gensini

- Metodologia clinica 3: la decisione terapeutica nella medicina basata sulle evidenze - G. Pomponio
- Prevenzione e screening nella medicina basata sulle evidenze - M. Candela
- Epidemiologia clin 1: le variabili metodologiche fondamentali nella medicina basata sulle evidenze - F. Carle
- Epidemiologia clin 2: 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. Tagliabracchi

## B) Calendario didattico

Prima settimana: dal 15 al 19 maggio 2000

	Lunedì 15/5	Martedì 16/5	Mercoledì 17/5	Giovedì 18/5	Venerdì 19/5
9.00-11.00	Met clin 1	Met clin 2	Met clin 3	Met clin 3	Risorse internet
11.00-13.00	Prev e screening	Met clin 2	Epid clin 1	Epid clin 1	Nav Web
15.00-17.00	Prev e screening	Met clin 2 A	Epid clin 1 A	Met clin 3 B	Nav Web
17.00-19.00	Prev e screening	Met clin 2 B	Met clin 3 A	Epid clin 1 B	Epid clin 1 A

Seconda settimana: dal 29 maggio a 2 giugno 2000

	Lunedì 29/5	Martedì 30/5	Mercoledì 31/5	Giovedì 1/6	Venerdì 2/6
9.00-11.00	Economia sanit	Gestione San	Risorse interet	Medicina legale	Med legale
11.00-13.00	Linee guida	Gestione San	Qualità	Economia sanit	Epid clin 2
15.00-17.00	Epid clin 1 B	Risorse int 1 A	Risorse int 1 B	Risorse int 2 A	Economia san B
17.00-19.00	Nav Web B	Linee guida A	Linee guida B	Economia san A	Risorse int 2B

In colore le esercitazioni al computer

Per ulteriori informazioni rivolgersi a: Sig.ra Anna Maria Provinciali - Ripartizione Didattica - Polo Didattico di Torrette, Tel. 071/2206130



Il contributo costituisce completamento di quanto già scritto nelle pagine di un precedente fascicolo di questa stessa Rivista relativamente ai problemi della tutela della salute e della autodeterminazione della persona assistita<sup>1</sup>.

L'argomento rappresenta l'elaborazione di quanto esposto in uno dei Forum di Facoltà concernenti Deontologia ed Etica delle professioni sanitarie tenutosi nel dicembre del 1999 presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Ancona nel quadro della attività didattica interprofessionale.

Per quanto riguarda le motivazioni che hanno indotto a tale opera di confronto ed il metodo utilizzato per portarla a termine si rimanda a quanto anticipato nella nota precedente. L'esercizio professionale del medico e dell'infermiere.

L'attività di interpretazione e commento dei disposti dei due codici di deontologia concernenti il tema dell'esercizio della professione è esposta in maniera analitica nella Tabella 1

## I codici deontologici del medico e dell'infermiere a confronto: esercizio professionale e tutela dei diritti della persona

Cattedra di Medicina Legale  
Università degli Studi di Ancona

(per il medico) e nella Tabella 2 (per l'infermiere) e ha avuto come presupposto quello di ricercare la definizione di alcuni attributi fondanti, nel concreto, il comportamento applicativo

dei due professionisti sanitari (definizione ed oggetto, punti di riferimento, modo operativo, personale attivazione, limiti)<sup>2</sup>.

Deve essere preliminarmente segnalato che sia il Codice di Deontologia del medico che il Codice di Deontologia dell'infermiere esplicitano le qualità formali che deve possedere chi eserciti le due rispettive attività riassumendole nella iscrizione al relativo albo o collegio (rispettivamente dei medici-chirurghi e degli odontoiatri e degli infermieri). Si risolve così in modo semplice ma efficace una materia che, al contrario, è molto complessa dal punto di vista dell'inquadramento giuridico, sia relativamente alle attività mediche genericamente intese (si pensi ai rapporti medico-chirurgo e odontoiatra ed all'esercizio di tale seconda attività) sia a quelle infermieristiche, ancora assai disomogenee (accanto a neo-diplomati provenienti dai Corsi di Diploma

Universitario hanno titolo ad esercitare l'attività anche figure di diversa estrazione culturale e curricolare frutto di ordinamenti formativi progressi)<sup>3</sup>.

Oggetto della attività professionale del medico è la "tutela della vita e della salute fisica e psichica dell'Uomo"; per l'infermiere, più propriamente, si indica che egli "è responsabile della assistenza infermieristica" e che tale attività è "servizio alla persona ed alla collettività attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa". Il richiamo alla tutela della salute, relativamente al quale si è diffusamente argomentato nella nota precedente, accomuna certamente le due attività sanitarie del medico e dell'infermiere, ma per quest'ultimo appare più adeguatamente qualificato. La citazione della attività infermieristica come "servizio alla persona ed alla collettività" infatti meglio definisce il dovere di attivazione autonoma, del "porsi al servizio di", connesso con tale particolare comportamento assistenziale, meglio di quanto non riesca a rappresentare il contenuto dei disposti del Codice di Deontologia del medico. Anche le espressioni che identificano le differenti forme di tale intervento assistenziale concreto (specificità, autonomia e complementarietà) sembrano adeguatamente delineare una prestazione professionale integrata nel quadro di un globale progetto teso alla tutela della salute della persona o/e della collettività, comprensivo sia di aspetti tecnico-operativi, sia di attributi relazionali, sia di elementi formativi (educativi).

Come punto di riferimento del concreto esercizio professionale entrambi i codici citano, tra gli altri presupposti di cui si dirà oltre, il vicendevole integrarsi delle conoscenze scientifiche e dei valori etici fondamentali, nel quadro del dovere fondamentale di "agire in scienza e coscienza" proprio di ogni attività che si rivolga all'uomo ed alla sua salute<sup>4</sup>.

Ambedue i codici menzionano, inoltre, i "diritti del cittadino" (Codice del medico) ed i "diritti umani" (Codice dell'infermiere) come elementi fondamentali cui ispirare le rispettive condotte. Identico rilievo è concesso nelle due codificazioni all'aggiornamento ed alla formazione permanente che costituiscono preciso obbligo per le due categorie professionali. Interessante, al riguardo, è il richiamo che il Codice di Deontologia dell'infermiere fa al principio della autovalutazione che conferisce al dovere di aggiornamento e formazione una precisa qualità "attiva", coinvolgendo il professionista in maniera personale e specifica nella valutazione delle sue conoscenze e delle sue capacità.

Differenti, al contrario, appaiono i modi con cui, nei due codici, vengono esplicitati i precetti relativi alla libertà del



Tab. 1 - L'esercizio professionale nel Codice di Deontologia del medico

<b>Definizione e oggetto</b>	Art. 3: tutela della vita e del benessere fisico e psichico della persona.
<b>Punti di riferimento</b>	Art. 4: libertà ed indipendenza. Art. 5: conoscenze scientifiche e valori etici. Art. 7: obbligo di intervento. Art. 16: aggiornamento e formazione permanente. Art. 17: rispetto dei diritti del cittadino. Art. 24: libera scelta. Art. 29: assistenza ai minori, agli anziani e ai disabili. Art. 37: assistenza al malato inguaribile. Art. 57: rispetto reciproco.
<b>Modo operativo</b>	Art. 18: competenza professionale. Art. 12: prescrizione e trattamento terapeutico secondo aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche. Art. 13: pratiche non convenzionali. Art. 14: accanimento diagnostico-terapeutico. Art. 20: continuità delle cure. Art. 35: assistenza d'urgenza. Art. 67: attività in forma associata. Art. 77: attività d'interesse della collettività. Art. 79: assistenza e cura degli stati di dipendenza.
<b>Personale attivazione</b>	Art. 5: denuncia all'Ordine di tentativi di imposizione di comportamenti non conformi. Art. 12: segnalazione alle autorità di reazioni avverse al trattamento terapeutico. Art. 13: denuncia all'Ordine di abusivismo. Art. 66: collaborazione con l'Ordine e segnalazione di infrazioni alle regole. Art. 69: richiesta di intervento dell'Ordine in caso di controversie tra norme deontologiche e dell'ente di appartenenza. Art. 75: denuncia all'ordine del mancato accoglimento del giudizio di idoneità all'attività sportiva.
<b>Limiti</b>	Art. 36: eutanasia. Art. 39: prelievo di organi e tessuti. Art. 41: interruzione volontaria della gravidanza. Art. 40 e 42: fecondazione assistita e sessualità. Art. 46 e 47: sperimentazione. Art. 43 e 44: interventi sul genoma e test genetici. Art. 50: tortura e trattamenti disumani. Art. 19: rifiuto dell'opera professionale. Art. 25: sfiducia del cittadino. Art. 67: divieto di partecipazione ad attività che condizionino la dignità e la indipendenza. Art. 73: conflitto di interessi.

Tab. 2 - L'esercizio professionale nel Codice di Deontologia dell'infermiere

<b>Definizione e oggetto</b>	1.1: operatore sanitario responsabile della assistenza infermieristica. 1.2: servizio alla persona ed alla collettività attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa.
<b>Punti di riferimento</b>	Patto: competenza, abilità, umanità. 2.1: diritti umani e principi etici. 2.2: salute. 2.6: bene dell'assistito. 2.7: uso ottimale delle risorse. 3.1: aggiornamento e formazione permanente. 3.1: conoscenze valide ed aggiornate. 3.6: obbligo di soccorso. 4.7: continuità delle prestazioni. 5.1: collaborazione con i colleghi. 5.2: tutela della dignità dei colleghi. 5.3: autovalutazione.
<b>Modo operativo</b>	Patto: promuovere e partecipare alle iniziative atte a migliorare la risposta assistenziale. 4.2: individuare i bisogni assistenziali. 4.2: informare, ascoltare e valutare i bisogni. 6.1: contribuire ad orientare lo sviluppo del S.S.N. 6.2: compensare le carenze con comportamento collaborativo.
<b>Personale attivazione</b>	Patto: segnalare situazioni che possono causare disagi. 4.13: allertare l'autorità competente in caso di maltrattamenti o privazioni. 5.6: segnalazione di abuso o comportamento contrario alla deontologia. 6.3: segnalazione di disservizi. 6.4: segnalazione di circostanze che possono pregiudicare l'assistenza. 6.5: segnalazione al Collegio di situazioni che limitano la qualità della cura e il decoro della professione.
<b>Limiti</b>	3.3: agire in sicurezza nei limiti delle conoscenze 3.5: divieto di conseguire vantaggi. 4.17: eutanasia





professionista ed ai rapporti con i colleghi. Come già discusso nella nota precedente, i duplici richiami degli art.li 4 e 24 del Codice di Deontologia del medico alla libertà ed indipendenza della professione e le contestuali previsioni del rispetto dei diritti del cittadino e della sua autonomia (art.li 17 e 34) sembrano organizzare la prestazione professionale identificando due entità in qualche modo contrapposte (il professionista ed il cittadino che a lui si rivolge), entrambe titolari di diritti circa i quali le norme deontologiche pongono un soddisfacente bilanciamento ma che, comunque, li qualificano esplicitamente come realtà sostanzialmente alternative. Nel Codice di Deontologia dell'infermiere le norme appaiono viceversa delineare un percorso comune del professionista e del cittadino, rivolto alla identificazione ed al trattamento del suo "bisogno di salute". Non dissimili da quelle appena ricordate sono le considerazioni che emergono dalla analisi dei precetti che nei due codici sistematizzano i rapporti con i colleghi e con le strutture sanitarie. La previsione dell'art. 24 del Codice di Deontologia del medico richiama infatti la gestione di una "contrapposizione" con altro professionista, così come quella dell'art. 57 relativa all'obbligo del reciproco rispetto e quelle degli articoli che citano le problematiche connesse con l'esercizio professionale nel Servizio Sanitario Nazionale o in altri Enti pubblici. Nel Codice di Deontologia dell'infermiere gli stessi problemi vengono risolti in una dimensione che non è quella della contrapposizione e della composizione di interessi dissimili, ma di concorso fattivo verso un medesimo scopo. Si esplicitano così i precetti comportamentali di cooperare con i colleghi (non semplicemente di rispettarli), di contribuire ad orientare lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale e quindi di concorrere a modificarne le qualità in maniera che siano più adeguate alla globale tutela della salute, di compensarne le eventuali carenze con spirito collaborativo, di promuovere e partecipare ad iniziative atte a migliorarne la risposta assistenziale.

Quanto ai precetti deontologici che trovano utilità nel definire operativamente le due differenti prestazioni professionali, fatta eccezione per la continuità delle cure e per il dovere di assistenza in condizioni di urgenza che sono menzionati in maniera del tutto simile nei due codici, essi inevitabilmente risentono della diversità della competenza delle due figure. Più estese e qualificanti sono, a tale proposito, le indicazioni contenute nel Codice di Deontologia del medico che costituiscono un utile elemento di riferimento non solo per la pratica ordinaria (prescrizione e trattamento terapeutico) ma anche per l'esercizio professionale in situazioni "di

confine" (attività di interesse della collettività; trapianti; interruzione della gravidanza; sessualità, riproduzione e interventi sul genoma; sperimentazione). Altrettanto dettagliati appaiono i limiti delineati per la prestazione professionale del medico (eutanasia, tortura e trattamenti disumani, accanimento diagnostico-terapeutico, sfiducia del cittadino). Il Codice

di Deontologia dell'infermiere è, in tale ambito, meno ricco di precetti, proprio sulla base delle differenti competenze rispetto al medico, ma ospita comunque indicazioni molto utili anche dal punto di vista concretamente operativo (individuare i bisogni, informare, ascoltare, valutare, agire in sicurezza nei limiti delle conoscenze).

I due codici contengono inoltre indicazioni relative ai casi in cui è doverosa un'attivazione personale ed autonoma del professionista di tipo informativo, talora nei confronti dell'Ordine o del Collegio, talaltra nei confronti di altra autorità.

Per il medico sono indicate condizioni correlate alla salute collettiva (reazione avversa al trattamento terapeutico, abusivismo, pratiche non convenzionali, mancato recepimento del giudizio di idoneità sportiva) ed alla dignità della professione (imposizione di comportamenti non conformi, infrazione alle regole, controversie tra norme deontologiche e regole di comportamento richieste dall'ente di appartenenza).

Per l'infermiere prevalgono le indicazioni concernenti la salute (maltrattamenti o privazioni, disservizi, situazioni che pregiudicano l'assistenza, che limitano la qualità della cura





o che possono causare disagio), pur non mancando richiami al decoro professionale. Anche queste regole costituiscono un importante punto di riferimento comportamentale nella pratica quotidiana per le due figure professionali.

Può, al riguardo, solo essere sottolineato come nella recente revisione del Codice di Deontologia del medico sia scomparso il richiamo specifico

all'obbligo di segnalazione all'Ordine dei casi di doping, previsto nella precedente stesura del 1995, cancellazione che è apparsa non del tutto opportuna stante la rilevanza che il fenomeno ha assunto anche recentemente e l'allarme che ha sollevato presso la opinione pubblica<sup>5</sup>.

#### La tutela dei diritti della persona: la riservatezza

Tra i diritti della persona nei due codici deontologici trova particolare garanzia quello relativo alla riservatezza dei dati. La materia è stata oggetto di profondi interventi legislativi nel recente passato (Legge 31 dicembre 1996 n. 675 e successive integrazioni) e di quali si è avuta anche nelle normative deontologiche.

Proprio una di tali recenti integrazioni (D.Lvo 11 maggio 1999 n. 135: Disposizioni integrative della legge 31 dicembre 1996 n. 675, sul trattamento di dati sensibili da parte dei soggetti pubblici) indica esplicitamente che l'ordinamento del trattamento dei dati sensibili è oggetto dei codici di deontologia delle professioni sanitarie, dando quindi particolare vigore ai precetti ivi contenuti. Peraltro il sovrapporsi di tali indicazioni, il rimando vicendevole che ne risulta (la legge si riferisce al Codice di deontologia e que-

sto rimanda ad istituti previsti dalla legge), il mancato coordinamento cronologico dei testi (i codici di deontologia del medico e dell'infermiere hanno visto la luce prima del D.Lvo 135/99) e la non completa chiarezza di alcune espressioni contenute nel D.Lvo 135/99 organizzano un cortocircuito che non concorre a conferire la chiarezza necessaria all'intera materia.

Le indicazioni deontologiche relative alla riservatezza presenti nel Codice di Deontologia del medico sono riportate nella Tabella 3, quelle ospitate nel Codice di Deontologia dell'infermiere sono contenute nella Tabella 4.

Le indicazioni del Codice di Deontologia del medico ribadiscono il carattere fondamentale del dovere di segretezza, esteso anche alle prestazioni professionali (effettuate o programmate) e richiama il suo rispetto anche dopo eventuale cancellazione dall'albo professionale<sup>6</sup>. La violazione dell'obbligo generale è definita "di particolare gravità", qualora sia derivato da essa profitto, per il medico o per altri, ovvero danno alla persona assistita o ad altri. La organizzazione delle situazioni che consentono la rivelazione del segreto ha subito rilevanti modificazioni nella più recente revisione del Codice. Si è inserito il riferimento alle "giuste cause" di rivelazione (trasferendo un concetto contenuto all'art. 622 del codice penale che regola la materia del segreto professionale dal punto di vista penale), indicando che esse sono quelle relative al rispetto di specifiche norme di legge (referti, denunce, certificazioni obbligatorie e "notifiche"). L'aggiunta dell'ultimo termine citato (notifiche) risente degli assunti contenuti nella legge 675/96 sul trattamento dei dati personali. Le altre condizioni che sono citate come "giuste cause" di rivelazione del segreto professionale deontologicamente rilevanti sono: la richiesta (o la autorizzazione) della persona assistita (o del suo legale rappresentante), condizionata alla informazione da darsi circa le conseguenze e l'opportunità di essa; l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi nel caso in cui l'interessato non sia in grado di prestare il consenso, espressione che conferisce equilibrio al bilanciamento tra dovere di operare per la vita e la salute della persona assistita e dovere di riservatezza, valutazione che, in caso di incapacità del titolare dei beni in giuoco, è rimessa al medico; l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche in caso di diniego dell'interessato, ma con autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali. Tale ultima previsione cita la figura del Garante, prevista ed istituita dalla legge 675/96, e costituisce risoluzione di una problematica già tratteggiata nel Codice del 1995, ove però si lasciava alla coscienza del medico la valutazione circa l'opportunità della rivelazione in tali casi. Nel complesso le indicazioni sul segreto professionale contenu-





Tab. 3 - Tutela della riservatezza nel Codice di Deontologia del medico

Segreto Professionale	Art. 9
Documentazione e tutela dei dati	Art. 10
Comunicazione e diffusione dei dati	Art. 11
Consenso al trattamento dei dati sensibili	Art. 33 Art. 58

Tab. 4 - La tutela dei dati nel Codice di Deontologia dell'infermiere

Segreto professionale	Punto 4.8
Riservatezza	Patto infermiere-cittadino: punto 13 Punto 4.6

te nel Codice di Deontologia del medico possono costituire una idonea base per un comportamento certo e rigoroso relativamente alle varie problematiche che ineriscono al particolare tema, anche in casi complessi.

Le indicazioni deontologiche relative alla "Documentazione e tutela dei dati" (Art. 10) ed alla "Comunicazione e diffusione di dati" (Art. 11) sono state modificate con l'introduzione nei titoli del concetto di "dato personale" e quindi con la considerazione di quanto introdotto in materia con la legge 675/96. Relativamente ai "bollettini medici" è previsto l'obbligo da parte del medico di acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti prima di diffondere le notizie. In sostanza la valutazione specifica è rimessa alla autonoma decisione della persona interessata. Ciò è indice di un nuovo modo di intendere il rapporto con la persona assistita, più maturo e paritario, in cui si riducono gli elementi di discrezionalità lasciati al medico, in particolare nella concreta gestione di situazioni che facciano diretto richiamo ai diritti della persona. In tali casi, più che sulla sola "coscienza" del professionista, nella regola di comportamento trova un ruolo fondamentale la volontà dell'interlocutore del medico (persona assistita, interessato), con effetto di ridurre gli aspetti che disegnano una visione "paternalistica" del loro rapporto.

Il Codice di Deontologia dell'infermiere tratta la materia del segreto al punto 4.8, riconoscendo autonoma dignità deontologica al segreto professionale e qualificandolo come obbligo morale ancor prima che legale e quindi sovrastante il vincolo

strettamente giuridico. Il segreto è scelta "di intima convinzione" e quindi ancorata alla "coscienza" del sanitario e non solamente alla norma scritta che ne punisce la violazione. La base deontologica di tale scelta è riconosciuta nella necessità di dare "risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui". Il codice dell'infermiere non aggiunge altro qualificando come "assoluto" il precetto di mantenere il segreto e ciò lascia propendere per l'interpretazione di poter eventualmente riconoscere come deontologicamente corrette solo le deroghe "di legge" e non in contrasto con gli altri principi citati nel medesimo codice. Correlando tale osservazione con le previsioni contenute nel codice di deontologia medica si dovrebbe indicare che appaiono quindi applicabili solo le deroghe indicate al punto a) dell'art. 9 (rivelazione consentita solo se imposta dalla legge).

Il punto 4.6 del Codice di Deontologia dell'infermiere cita la tutela della riservatezza, sia come dovere generale (l'infermiere assicura e tutela la riservatezza), sia come indicazione di comportamento concreto nella raccolta, gestione e passaggio di dati. Tali trattamenti sono infatti deontologicamente ammessi solo e limitatamente a ciò che è pertinente all'assistenza e quindi coerente con il progetto assistenziale predisposto per quella determinata persona il quel determinato caso. Ciò, per tutte le professioni sanitarie in cui l'attività concreta è ormai divenuta contestuale alla redazione di supporti documentali talora anche molto complessi (cartella infermieristica, scheda anamnestica, questionari, etc.), costituisce un obbligo di comportamento che deve richiedere particolare attenzione non solo operativa, ma anche organizzativa, proprio per garantire al meglio il diritto alla riservatezza della persona assistita.

## Conclusioni

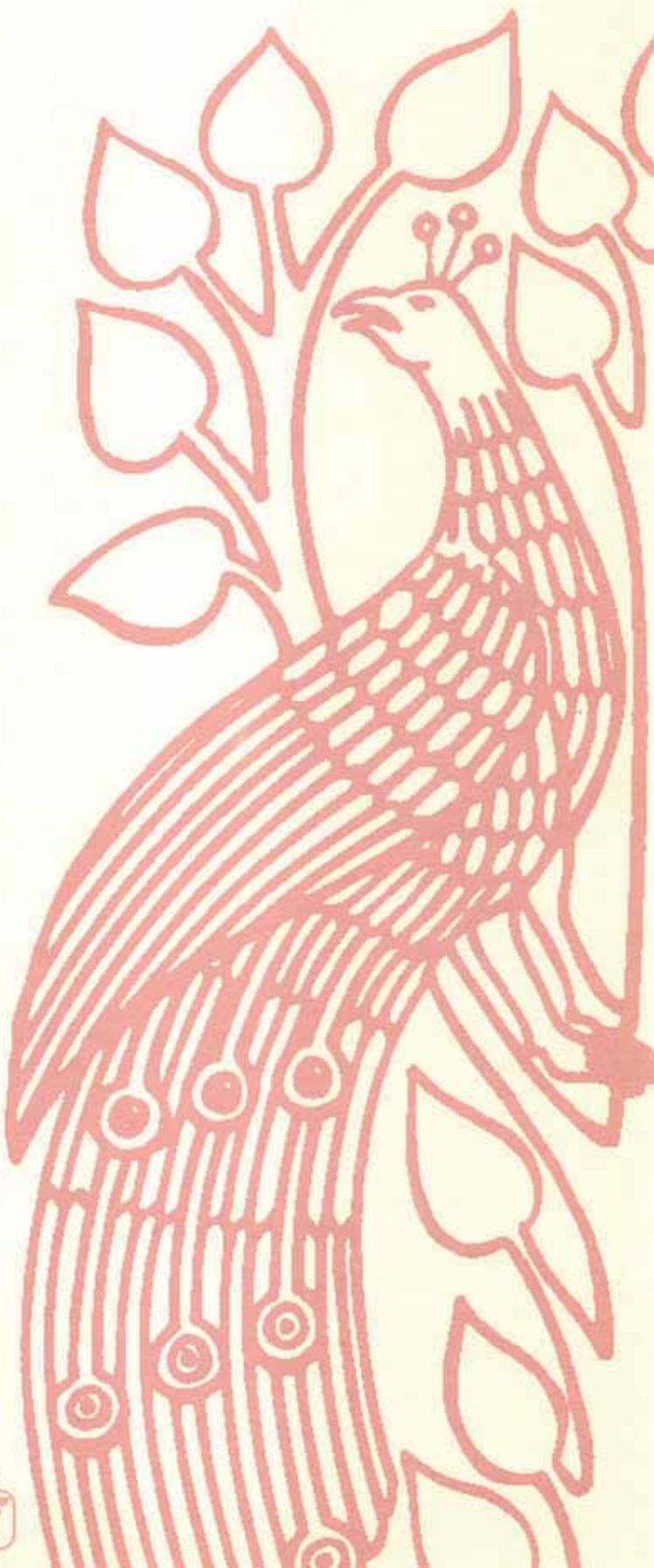
Le norme contenute nei codici deontologici esaminati costituiscono un utilissimo punto di riferimento concreto nella pratica professionale del medico e dell'infermiere. Esse forniscono per entrambi risposta adeguata anche nei confronti di situazioni problematiche in cui esista la necessità di temperare esigenze operative e diritti apparentemente in conflitto. In tale ambito mentre le indicazioni contenute nel Codice di Deontologia del medico, seppure utili, appaiono poco flessibili in quanto ispirate al lessico della norma scritta di carattere tassativo, quelle ospitate nel Codice di Deontologia dell'infermiere disegnano dei percorsi comportamentali che meglio si adattano a costituire punti di riferimento concreto e più compiutamente realizzano l'interesse alla salute della persona assistita.





## Bibliografia

- 1) Cingolani M., I codici deontologici del medico e dell'infermiere a confronto: e tutela della salute ed autodeterminazione dell'assistito, *Boll Fac Med Chir Ancona*, 3 (1), 2-7, 2000.
- 2) Per un commento relativo ai disposti del Codice di Deontologia dell'infermiere si rimanda agli interventi di Rodriguez D. e di Di Giulio P. alla Tavola Rotonda su "La responsabilità, condizione dell'assistenza: i doveri dei professionisti, i diritti dei cittadini", in *Foglio Notizie IPASVI*, 2, 46, 1999
- 3) Per i problemi relativi all'inquadramento degli odontoiatri si rimanda alla monografia di Cingolani M., Riva F.: *L'Odontoiatra, inquadramento legislativo, medico-legale e professionale*, Ed. Nuove Ricerche, Ancona, 1987; per le nuove problematiche connesse con i Corsi di Diploma Universitario e le relative figure professionali si ricorda il contributo di Rodriguez apparso su queste stesse pagine (Rodriguez D.: Professioni sanitarie ex ausiliarie: dal mansionario al riconoscimento giuridico della competenza, *Boll Fac Med Chir Ancona*, 2 (9), 2-7, 1999.
- 4) Si ricorda, in proposito, sia la dichiarazione di Helsinki come modificata dalla XXXI Assemblea Medica Mondiale di Hong Kong nel 1989, in *Riv. It. Med. Leg.*, 13, 589, 1991, sia la Convenzione di Strasburgo sulla bioetica (Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina, Strasburgo 19 novembre 1996 e sua risoluzione del 20 novembre 1996, in *G.U. Comunità Europea*, n. 320 del 28/11/1996).
- 5) Relativamente ai problemi sollevati dalla nuova stesura della norma del Codice di Deontologia del medico che riguarda il doping si rimanda alla nota specifica di Cingolani (Cingolani M., *Codice di deontologia medica e doping: una evoluzione o una involuzione?*, *Riv It Med Leg*, 21, 1999, in stampa).
- 6) Per una trattazione complessiva del tema del segreto nel codice di deontologia medica si rimanda ai contributi monografici di Norelli e Dell'Osso (Norelli G.A., Dell'Osso G.: *Codice deontologico e deontologia medica*, Giuffrè, Milano, 1980), di Introna e coll. (Introna F., Tantalò M., Colafigli A.: *Il Codice di Deontologia medica correlato a leggi ed a documenti*, Livaiana Ed., Padova, 1991), di Fineschi e coll. (Fineschi V., Marzi A., Mazzeo E., Dell'Erba A., Manna P.: *Il nuovo codice di deontologia medica*, Giuffrè, Milano, 1991) e di Iadecola (Iadecola G.: *Il nuovo codice di deontologia medica*, Cedam, Padova, 1996).
- 7) Introna F.: Il segreto professionale, *Dif Soc*, 38, 29, 1959.



Negli ultimi anni una vivace tendenza al cambiamento ha animato la proposta e la realizzazione di quei principi che avevano condizionato l'assistenza sanitaria. In primo luogo, sono stati applicati, all'organizzazione assistenziale, i principi generali che sono propri della gestione delle attività produttive, soprattutto in campo industriale. Tale approccio ha portato competenze professionali diverse ad interessarsi del mondo sanitario, il quale, in precedenza, costituiva un ambito pressoché esclusivo del personale dedicato alla cura delle malattie. Per alcuni, è maturata l'erronea sensazione che, nella scala delle priorità del mondo sanitario, divenisse prevalente l'organizzazione generale piuttosto che la dedizione nel combattere morte e malattie, configurandosi così quel particolare aspetto dell'industria produttiva, privo del carattere umano e sociale che contraddistingue da sempre la Sanità.

Negli ultimi anni, crescendo nella popolazione l'attesa di un trattamento efficace, come sentimento che sostituisce l'antica rassegnazione che accompagna una malattia grave, si è resa

## Ruolo e significato della qualità percepita nell'assistenza sanitaria

*Clinica di Neuroriabilitazione  
Università degli Studi di Ancona*

indispensabile l'applicazione, all'attività routinaria, delle conoscenze mediche ormai ampiamente diffuse. Tale condizione ha portato ad una costante verifica delle

risposte, fornite dal sistema e dagli operatori dell'assistenza, ai bisogni ed ai desideri della persona malata.

In particolare due elementi hanno condizionato l'atteggiamento degli operatori, davanti all'esigenza di adeguarsi ai nuovi standard di qualità richiesti dalla evoluzione dell'assistenza:

- i. l'assunzione, quale oggetto di cura, della persona piuttosto che della malattia;
- ii. la necessità di rendere comprensibile, sia agli altri operatori sanitari che al paziente e ai suoi familiari, il processo decisionale che conduce alla "scelta" nell'ambito dell'attività assistenziale.

Al fine di realizzare un esauriente modello aziendale, a tali parametri, comunemente accettati, dovrebbe essere correlato un terzo elemento, rappresentato dalla percezione, da parte degli operatori, della gratificazione derivante da una buona condotta professionale.

In molte situazioni, l'identificazione e la descrizione dei "bisog-

ni" espressi dal soggetto malato, testimonia sia l'esigenza di un approccio diretto alla condizione morbosa, che la necessità di un'assistenza personalizzata nel percorso di malattia; quest'ultima è cruciale per consentire un migliore utilizzo delle risorse terapeutiche ed una limitazione degli effetti indiretti della condizione morbosa. La risposta assistenziale risulta corretta quando si realizza attraverso numerose attività, che vanno dall'informazione all'identificazione della possibilità di modificare il corso degli eventi negativi conseguenti alla malattia, dalla valutazione dei bisogni, all'offerta di risposte pratiche nel gestire la nuova situazione fino all'approccio mirato a consentire alla persona malata di mantenere il proprio ruolo personale e sociale.

Così come Oliver Sacks ha scritto nel suo romanzo "Risvegli", un approccio indirizzato al soggetto malato, piuttosto che alla condizione morbosa, comporta un radicale cambiamento dell'atteggiamento del medico, talora abituato ad utilizzare modelli di malattia applicati in maniera indistinta ad ogni individuo senza dare adeguato risalto alle variabili individuali. Le parole dell'autore esprimono con chiarezza concetti di sensibile spessore: «Bisogna smetterla di considerare tutti i pazienti come repliche di uno stesso modello ed onorare ognuno di essi con attenzioni personalizzate: attenzioni a come si sta comportando, alle sue reazioni individuali ed alle propensioni; in questa maniera con un paziente considerato





alla pari, esploratore insieme al medico della realtà che lo riguarda, possono essere definiti i modi e le strategie più giuste per modificare il percorso di malattia, così come le occasioni richiedono". Un'analisi attenta dell'espressione di Oliver Sacks identifica un ruolo comune, del soggetto curato e del medico, nell'affrontare la malattia, escludendo per il primo, un atteggiamento di passività e rendendolo protagonista, piuttosto che fruitore, del processo assistenziale.

Indubbiamente solo attraverso un approccio personalizzato all'assistenza è possibile formulare il reale bilancio delle esigenze della persona malata, e quindi elencare gli obiettivi che la condotta assistenziale si pone. Viceversa, erogare prestazioni, basandosi esclusivamente su criteri di solido rigore scientifico, permette di fornire approcci costanti ai problemi che ricorrono in corso di malattia, ma non consente di affrontare le reazioni personali dell'individuo malato. In realtà, non sono ancora disponibili sicure prove di efficacia per tutta l'attività assistenziale, a tal punto che, in molti casi, è necessario basarsi su esperienze personali e su atteggiamenti empirici. Tuttavia, qualora la scelta terapeutica sia supportata da adeguate prove di efficacia, è comunque indispensabile una corretta valutazione del medico, finalizzata a confrontare la situazione reale con quella paradigmatica, anche se quest'ultima gode dei risultati della medicina dell'evidenza.

La testimonianza del processo decisionale che l'operatore

realizza costantemente nello svolgimento del proprio lavoro assistenziale, fornisce di fatto un contributo al confronto delle opinioni e all'individuazione di percorsi assistenziali sempre più accurati.

Nell'ambito della risposta che strutture ed operatori possono fornire ai bisogni di salute è comunque indispensabile recuperare un ruolo antico ed attuale che le figure sanitarie possono svolgere: quello di colui che possedendo competenze tecniche funge da intermediario fra la condizione morbosa e l'individuo. Un'analoga situazione, sostenuta da molte associazioni laiche, definirebbe il ruolo del medico in maniera simile a quella dell'avvocato, che attraverso l'interpretazione degli aspetti legali esprime una particolare competenza settoriale a vantaggio del proprio assistito. Tale ruolo viene interpretato in maniera globale, poiché sarebbe dispersivo avere molti interlocutori di fronte alla malattia e configura nel medico il "gestore del caso clinico", il quale fruisce di altre competenze allorquando queste siano vantaggiose per il paziente. Anche in questo caso il patrocinio di una situazione deve essere foriero di gratificazioni professionali e non può essere inteso come mero senso del dovere.

### Presupposti teorici dell'identificazione qualitativa dell'assistenza

Sulla base delle premesse in precedenza esposte può essere opportuno esplicitare alcune caratteristiche della qualità tecnica dell'assistenza, necessarie ad enfatizzare il ruolo delle competenze sanitarie.

L'organizzazione in termini di risorse di personale e di strutture trova indubbi vantaggi quando, la sequenza delle prestazioni assistenziali, può essere offerta nella sua totalità, senza dovere differenziare la sede di trattamento. Per tale motivo sono stati strutturati servizi dedicati a specifiche condizioni di malattia ed organizzate aggregazioni dipartimentali che esauriscono, nella stessa sede, tutte le risposte ai bisogni dell'individuo malato. Una simile concezione sposta l'organizzazione assistenziale da un modello orientato sulla malattia e quindi sulla specializzazione, ad un modello rivolto alla persona malata e quindi alla sequenza dei suoi bisogni, differenziati a seconda delle caratteristiche della situazione.

In termini esemplificativi, l'assistenza ad un paziente che ha subito un ictus risulta meglio percepita quando la stessa struttura si fa carico di tutte le esigenze del soggetto e si avvale di una completa conoscenza delle problematiche, rispetto a quando il paziente viene trasferito là dove può essere fornita la risposta più appropriata alla sua malattia in relazione alla fase del processo morboso o alle risorse necessarie. E' chiaro



che in un modello dipartimentale l'organizzazione assistenziale si fa carico di raccogliere le competenze necessarie a fornire la risposta più adeguata al paziente, piuttosto che affidare ai familiari la ricerca delle prestazioni più appropriate.

Per realizzare un simile approccio è necessario strutturare un team pluridisciplinare e multiprofessionale, assegnando ad ogni operatore obiettivi specifici, dei quali ciascuno se ne assuma la responsabilità, ed affidando una funzione di coordinamento a chi ha maggiore esperienza di processo assistenziale globale o si fa carico delle risposte al maggior numero di obiettivi.

Il contributo in termini di competenze necessarie a realizzare un'aggregazione professionale è definito nel corso dell'analisi preliminare del processo assistenziale. Infatti, soltanto una profonda conoscenza dei problemi, arricchita dalla quantificazione della ricorrenza degli eventi correlati allo stato morboso, consente di definire gli obiettivi dell'assistenza e quindi identificare le azioni necessarie al raggiungimento degli stessi, per poi prendere in esame le opzioni disponibili alla realizzazione delle azioni e quindi attivare le risorse e le competenze che si rendono necessarie.

Gli strumenti richiesti per utilizzare le risorse poggiano nuovamente su elementi di conoscenza che consentono di definire l'appropriato impiego di strumenti diagnostici e terapeutici e di giustificare il criterio che è alla base di ogni scelta assistenziale. In tal senso l'impiego delle fonti di informazione può essere estremamente utile, anche in assenza di adeguate fonti di efficacia, perché in grado di discriminare se l'adozione di una procedura è basata su di un vantaggio evidente. Quando non è disponibile uno strumento di efficacia collaudata (detto comunemente "basato sulle evidenze"), può essere opportuno verificare l'utilità che l'impiego di uno strumento razionalmente vantaggioso ha avuto in singoli casi e in ogni caso registrare i criteri utilizzati per la scelta delle risorse impiegate.

La percezione della qualità, da parte di chi fruisce dell'assi-

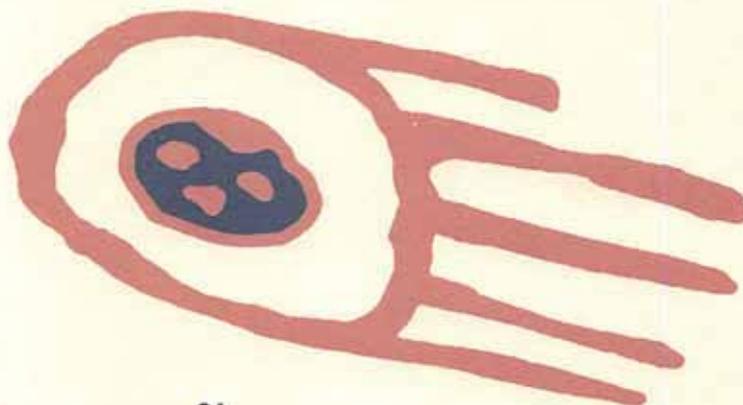
stenza, è basata sul riconoscimento di un costante impegno professionale nel predisporre gli strumenti utilizzabili, sulla possibilità di fruire delle risorse più appropriate e sull'adattamento al caso particolare dei principi generali, a cui consegue una corretta valutazione delle esigenze. Analogamente, la percezione della qualità da parte dell'operatore è supportata dalla gratificazione conseguente alla partecipazione ad una attività di livello professionale elevato, nell'ambito della quale il responsabile dell'organizzazione ha fornito tutti gli elementi necessari per esprimere le competenze personali al miglior livello possibile.

### **Criteri generali nella selezione degli indicatori**

Negli ultimi tempi si è osservata una forte prevalenza di indicatori gestionali rispetto ad indicatori tecnici, probabilmente per soddisfare una carenza che durava da anni. Se però si vuole ricondurre al gradimento dell'utenza la valutazione della qualità dei servizi sanitari, può essere opportuno tener conto degli elementi che condizionano la percezione da parte degli assistiti di alcuni aspetti.

Colui che fruisce dell'assistenza sanitaria vorrebbe poter disporre degli ambienti più qualificati ad affrontare il problema di salute che lo coinvolge. Per questo è importante documentare l'appartenenza ad un circuito scientifico nel quale sono omogeneizzati i comportamenti e dove c'è costante attenzione alle innovazioni derivanti dalla ricerca. Su tale base, anche il coinvolgimento in studi clinici controllati policentrici, riguardanti aspetti vicini alle problematiche di interesse, possono costituire un aspetto indicativo di costante aggiornamento.

La disponibilità di materiale informativo, fruibile da parte dell'utenza, che illustri le caratteristiche della condizione morbosa e gli sforzi della ricerca, può rendere ragione dell'impegno attivato dalla struttura e dal personale, oltre che alimentare le speranze nei riguardi della malattia.





La testimonianza che le scelte che hanno caratterizzato il processo assistenziale, possano essere ben interpretate sia da parte dei tecnici che da parte del paziente e dei suoi familiari, è un elemento particolarmente apprezzato, che arricchisce di valori il lavoro degli operatori. In tale contesto, la partecipazione alle decisioni, da parte del paziente o dei suoi familiari, va tenuta presente, soprattutto quando si pongono alternative nella condotta assistenziale. A tale riguardo, può essere opportuno ricordare che una decisione assistenziale condivisa con il paziente ed i familiari riduce la tensione emotiva dell'operatore e gli attribuisce, con maggior chiarezza, il ruolo di "avvocato" di cui si era fatto in precedenza cenno.

Infine può essere opportuno citare che la scala delle priorità dei problemi da affrontare può essere definita oltre che sulla base delle caratteristiche di malattia anche su quella delle esigenze dell'assistito, discriminando con attenzione i bisogni, dai desideri di cura. In tal senso, far conoscere all'utenza i criteri che definiscono le priorità dei problemi da affrontare, permette alla stessa di avere chiara la dimensione in cui la struttura assistenziale si muove.

Nella logica aziendale, da cui sono mutuati molti dei concetti di qualità gestionale, va infine sottolineato che il gradimento espresso dagli operatori e la sensibilità nel raccogliere suggerimenti e lamentele, costituiscono un elemento forte di adattamento, finalizzato a migliorare la coesione del gruppo e la motivazione di ciascuno verso la propria attività.

In conclusione è doveroso riflettere sulle sinergie da realizzare fra la cultura dell'organizzazione, l'attenzione alle regole ed alle disposizioni di legge e il bisogno di esprimere valori in grado di esaltare il contributo professionale e la percezione dell'impegno. Appare inevitabile come l'erogazione dei servizi sanitari, pur soggetta ai criteri organizzativi e legali di ogni attività pubblica, sia comunque fortemente condizionata dalle caratteristiche tecniche e dalla motivazione di chi si prende cura della persona malata.

### Bibliografia

D. Baldoni, L. Cama, G. Contini, F. Prandi, C. Ruozzi *Gli artefici della qualità*, Centro Scientifico Editore, 1998;

F. Di Stanislao, C. Liva *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, 1998;

F. Focarile *Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, 1998;

A. Liberati *La Medicina delle Prove di Efficacia, potenzialità e limiti della evidence-based medicine*, Il Pensiero Scientifico Editore 1997;

M. Loiudice *La gestione del cambiamento in sanità*, Centro Scientifico Editore, 1998;

J.A. Muir Gray *L'assistenza sanitaria basata sulle prove, come organizzare le politiche sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 1999;

Joint Commission on Accreditation Healthcare Organizations *Introduzione ai principi del miglioramento della qualità. Guida per i manager e i dirigenti delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 1998;

Joint Commission on Accreditation Healthcare Organizations *Capire la prospettiva del paziente*, Centro Scientifico Editore, 1998;

R. K. Riegelman *Decidere per curare - Dimensioni di salute, benefici, danni, costi*, Centro Scientifico Editore, 1999;

D.L. Sackett, W. Scott Richardson, W. Rosenberg, R. Brian Haynes *La Medicina basata sull'Evidenza - Come praticare ed insegnare la EBM*, Centro Scientifico Editore, 1998;

S. Spinsanti *L'Alleanza Terapeutica - Le dimensioni della salute*, Città Nuova 1988.





Si chiamerà, diciamo, "Istituto Bartolomeo Eustachio di Scienze Biomediche"? Suona bene? Troppo difficile, aristocratico. Murri è più maneggevole. E poi Murri era un clinico, non doveva l'"aragosta" essere finalizzata alla ricerca applicata alla clinica? Però Eustachio, fino al 1926 è stato la bandiera della storica Facoltà Medica di Camerino, con tanto di Accademia Eustachiana ed una antica rivista biomedica sopravvissuta fino agli anni '60. Murri ascolano, Eustachio di San Severino Marche, la Montessori addirittura di Chiaravalle. E già aleggiavano in Ancona il Lancisi, il Salesi. Non è facile.

E' a questo punto che ho chiesto ad Italo D'Angelo qualcosa di più su questo Bartolomeo Eustachio, al di là delle tube di pertinenza otorinolaringoiatrica o della valvola eustachiana cara ai pediatri.

## Conversazioni sulla toponomastica

Se ne ignora la data di nascita, situata agli albori del 1500. E' morto a Roma in agosto, 1574.

Celebrazioni

ambidue difficili. Malgrado una operosissima attività di ricerca anatomica, non trascurò la clinica. Fu il medico di San Carlo Borromeo, del Cardinale Giulio della Rovere, del Cardinale Peretti (papa Sisto V). La nomina a professore di anatomia a Roma, nella Facoltà "La Sapienza", lo trovò già celebrato come il numero uno del suo tempo per l'anatomia in Italia. Pubblicava un trattato dietro l'altro: sui denti in età pediatrica, sul rene, sui vasi sanguigni. Morgagni ha stimato poi che nessuna parte del corpo umano era stata trascurata. Non era nemmeno molto ordinato: le sue celebri tavole anatomiche rischiararono infatti di andar disperse, forse per la brevità della malattia che lo condusse a morte. Le riscopri Lancisi, che le pubblicò 140 anni dopo sotto gli auspici di papa Clemente XI. Il materiale era clamoroso, Eustachio conobbe così una seconda epoca di grande fama. Ortopedici e reumatologi devono a lui i primi studi sulle inserzioni ossee di numerosi muscoli, i neurologi studiano i nervi cranici praticamente sulle tavole eustachiane, molto accurate.

Vi risparmio i dettagli sulla vita di Murri, ne sono piene le Marche. Siamo comunque sicuri che Bartolomeo Eustachio entrerà in qualche modo nell'"aragosta".

Queste sono le conversazioni storico-toponomastiche tra me e Italo, a Torrette.

## CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 24 FEBBRAIO 2000

### NOTIZIE SULLE PRINCIPALI DECISIONI

Il Presidente ha comunicato che è stato raggiunto un preaccordo per il contratto del personale tecnico-amministrativo. E' stata approvata la realizzazione di una aula attrezzata a laboratorio multimediale per microscopi, presso la Facoltà di Medicina.

Sono state autorizzate le seguenti spese:

- Ist.to di Emergenze Medico Chirurgiche - Apparecchiatura COLD per il flusso ematico cerebrale della SEDA Italia;
- Ist.to di Microbiologia - Sequenziatore automatico di DNA;
- Organizzazione Corso sulla "Comunicazione interpersonale: metodologie e tecniche per aumentare l'efficacia".
- Organizzazione Corso per "Sommelier 1° livello".
- Corsi liberi di cultura generale in Filosofia della Scienza e di cultura musicale;
- Conferenza "Musica e Poesia".

Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:

- Convenzione tra l'Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica e l'Azienda USL n. 2 di Urbino.
- Convenzione tra le Università di Ancona, Roma "La Sapienza" e Milano per l'attivazione ed il funzionamento del Corso di Dott. di Ric. In "Scienze Immunologiche" - 1° ciclo.
- Rinnovo convenzione con il Centro Sub Monte Conero per la realizzazione di un corso di perfezionamento.
- Stipula polizza RCT Amministratori e Dipendenti dell'Università.
- Attività di consulenza relativa al benessere animale nella sperimentazione scientifica.
- Proroga incarico alla Clinica di Medicina del Lavoro per l'ispletamento delle funzioni di medico autorizzato di radioprotezione e di medico competente.
- È stato approvato l'accordo di contrattazione decentrata sugli accessori anni 1999 che prevede la ripartizione di un fondo di € 1.420.990.504.
- Sono stati interposti appelli al Consiglio di Stato avverso le ordinanze del Tar Lazio relative alle iscrizioni alla Facoltà di Medicina.
- E' stato approvato il regolamento interno del Centro Interdipartimentale di Servizi di 'Educazione sanitaria e promozione della salute'.
- E' stato approvato il Regolamento interno del Centro Interdipartimentale di Servizi di "Epidemiologia, Biostatistica ed Informatica Medica".
- E' stata approvata la Istituzione di una borsa di studio su contributo concesso dall'AIRC.





LAURA MORBIDONI,  
LARA GHATTAS,  
GIOVANNI POMPONIO

**Pubblichiamo in questo numero il secondo esempio di tabella delle evidenze. Ricordiamo brevemente che si tratta di un nuovo strumento di applicazione della medicina basata sulle evidenze nell'attività clinica e didattica, attualmente in via di sperimentazione.**

**Si tratta questa volta di una tabella delle evidenze basata su un quesito clinico realmente incontrato nella pratica medica: 'In un paziente di 80 anni con anemia emolitica autoimmune da anticorpi freddi non controllata dalla terapia steroidea la splenectomia può essere efficace nel determinare una remissione duratura?'**

**Anche in questo caso la tabella delle evidenze fornisce il riassunto delle modalità di ricerca bibliografica, la schematizzazione dei risultati della ricerca, delle caratteristiche degli studi selezionati: in pratica una risposta al nostro quesito clinico corroborata dalle evidenze disponibili in letteratura.**

## La splenectomia nelle anemie emolitiche autoimmuni: la tavola delle evidenze

Istituto di Clinica Medica, Ematologica ed Immunologia Clinica  
Università degli Studi di Ancona

*Il passo successivo potrebbe essere l'archiviazione di questi documenti in una banca dati di facile accesso, utilizzabile nell'attività clinica quotidiana, con possibilità di revisione ed aggiornamento periodico.*

Le anemie della cui patogenesi emolitica sono responsabili autoanticorpi ven-

gono classicamente suddivise in due categorie in base alla natura e alle caratteristiche delle immunoglobuline in causa, cui conseguono differenti manifestazioni cliniche e approcci terapeutici; le anemie emolitiche da autoanticorpi "caldi" e le anemie emolitiche da autoanticorpi "freddi".

Benché, nei casi in cui sia stata esclusa la secondarietà della malattia, le prime rispondano solitamente alla terapia steroidea e le seconde siano spesso controllate da una cauta astensione dall'esposizione al freddo, esistono tuttavia casi in cui la gravità dell'emolisi, controindicazioni all'utilizzo dei farmaci o la refrattarietà ai trattamenti di prima linea impongano scelte terapeutiche alternative o aggiuntive.

Il **quesito clinico** posto riguarda il ruolo e le eventuali indicazioni alla splenectomia nelle anemie emolitiche autoimmuni. In particolare esso può essere formulato come segue:  
"In un pz di 80 anni con anemia emolitica autoimmune da anti-

corpi freddi (test di Coombs positivo per IgM e C3d) non controllata dalla terapia steroidea (crisi emolitiche ricorrenti con Hb=7), la splenectomia può essere efficace nel determinare una remissione duratura?".

Per "remissione" si intendono l'assenza di crisi emolitiche e la stabilità dei valori all'emocromo.

La **ricerca** bibliografica è stata svolta secondo una duplice modalità:

ricerca di linee-guida o systematic review in CPG infobase, guideline, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse; ricerca bibliografica su MEDLINE con il motore di ricerca PubMed. Quest'ultimo è stato interrogato con le seguenti query:

documenti contenenti le parole *spleen* o *splenectomy*, restringendo la ricerca a trial clinici randomizzati, linee-guida, meta-analisi, o review pubblicati, senza restrizione di data, in lingua francese o inglese, che abbiano come major MeSH *anemia, hemolytic, autoimmune* e come subheading *surgery* o *therapy*; documenti contenenti le parole *hemol\** e *anemia* e *cold* e (*spleen* o *splenectomy*), restringendo la ricerca a trial clinici randomizzati, linee-guida, meta-analisi, o review pubblicati, senza restrizione di data, in lingua francese o inglese; documenti contenenti la parola *anemia*, restringendo la ricerca a trial clinici randomizzati, linee-guida, meta-analisi, o review pubblicati, senza restrizione di data, in lingua francese o inglese, e che abbiano come major MeSH *splenectomy*.

La **selezione** iniziale degli articoli, che la ricerca effettuata in maniera volutamente indirizzata a privilegiare la sensibilità (data la relativa rarità della malattia) ha fornito numerosi, è stata svolta sulla base della pertinenza del titolo rispetto al quesito.

In seguito a questa cernita preliminare, gli studi valutabili (rivista reperibile presso la biblioteca della facoltà o abstract strutturato disponibile in rete) sono stati selezionati in base alla loro validità.

I **risultati** sono riportati nella tabella.

Dall'analisi dei documenti reperiti emerge la mancanza di dati sufficienti a costituire delle evidenze "forti" in grado di sostenere l'efficacia della splenectomia nelle anemie emolitiche autoimmuni. Gli articoli consistono infatti in case reports o review narrative in cui non viene specificata la strategia e la tipologia degli articoli selezionati; si tratta perciò di un grado di raccomandazione D, livello di evidenza 6.

**Osservazioni:** in assenza di chiare evidenze l'EBM non prevede la paralisi decisionale: in questi casi vanno favoriti gli inter-





venti basati su un ragionamento clinico sostenuto dall'esperienza e dai principi di analogia e estrapolazione, sulla fisiopatologia, e sulle preferenze del paziente che assumono in questi casi un ruolo ancora più importante.

In particolare, la differente fisiopatologia delle anemia da anticorpi caldi, verosimilmente dovuta ad emolisi extra-vascolare in sede epato-splenica, da quella delle anemie da crioagglutinine, più probabilmente di origine intravascolare complemento-mediata, sembra predire una diversa risposta alla splenectomia.

Quest'ultima, la cui efficacia nelle anemie emolitiche autoimmuni sembra prevalentemente attribuibile all'eliminazione della sede di distruzione delle emazie piuttosto che di quella di produzione degli anticorpi, è stata e viene tuttora considerata un possibile trattamento, con circa un 50% di risposte, delle anemie immuno-emolitiche da Ab caldi qualora la terapia steroidea sia controindicata o inefficace; d'altra parte la splenectomia non è mai stata descritta nella crioagglutinemia poiché, data la sede prevalentemente intra-vascolare dell'emolisi, il beneficio atteso da tale intervento è trascurabile.

Citazione	Tipo di articolo	Descrizione delle conclusioni
H. Markus, J.C. Forfar. Splenic irradiation in treating warm autoimmune haemolytic anaemia. <i>BMJ</i> 1986, 4 ott, vol. 293; 839-840.	Case report	Efficacia dell'irradiazione splenica in un pz di 73 aa con anemia emolitica autoimmune (test di Coombs positivo per IgG, anticorpi caldi sierici) refrattaria allo steroide e controindicazioni alla splenectomia per via laparoscopica.
H. Chaplin, L.V. Avioli. Autoimmune hemolytic anemia. <i>Arch Int Med</i> 1977, mar, vol 137; 346-351	Case report, discussione sulla patologia	Presentazione descrittiva di limiti e potenzialità del test di Coombs nella diagnosi delle anemie emolitiche autoimmuni; Esperienze di splenectomia in pz refrattari alla terapia steroidea.
B. Pirofsky, Immune haemolytic disease: the autoimmune haemolytic anaemias. <i>Clin Haem</i> 1975, feb, vol 4; 167-169	Narrative review	Descrizione di classificazione, clinica, diagnosi e principi di terapia delle anemie emolitiche autoimmuni. La splenectomia sembra indicata nelle anemie da Ab caldi ma non nella crioagglutinemia.
A.J. Bowdler. The spleen and haemolytic disorders. <i>Clin Haem</i> 1975, feb, vol 4; 231-243.	Narrative review	Descrizione della fisiopatologia della milza, indicazioni alla splenectomia nei disordini emolitici. Quest'ultima va considerata in seconda istanza nelle anemie emolitiche autoimmuni.
JL Dameshek, L.D. Ellis. Hematologic indications for splenectomy. <i>Sur Clin N Am</i> 1975, apr, vol 55; 253-275.	Narrative review	Descrizione delle indicazioni alla splenectomia nelle patologie ematologiche. Tra le anemie emolitiche autoimmuni, trovato indicazioni alla splenectomia quelle da Ab caldi recidivanti, refrattarie alla terapia steroidea o quando quest'ultima sia controindicata.
A.D. Schreiber, J.P. Atkinson, C.J. Jaffe, M.M. Frank. Pathophysiology of immune hemolytic anemia. <i>Ann Int Med</i> 1977, 87; 210-222.	Narrative review	Fisiopatologia delle anemie emolitiche autoimmuni. Emolisi extra-vascolare in sede del sistema reticolo endoteliale nelle anemie causate da IgG; ruolo del complemento nell'emolisi dovuta a IgM.
B.R. Curtis, J. Lamon, D. Roelcke, H. Chaplin. Life-threatening, antiglobulin test-negative, acute autoimmune hemolytic anemia due to a non-complement activating IgG1 kappa cold antibody with Pra specificity; <i>Transfusion</i> 1990, nov-dic; 30(9); 838-843.	Case report	Successo della splenectomia in un caso di anemia emolitica autoimmune refrattaria a steroide, plasmaferesi e ciclofosfamide e trasfusione-dipendente in pz con agglutinine fredde titolo 1:80 e test di Coombs negativo per C3d.





FRANCO GRECO

Nel terzo millennio la permanenza nello spazio di esseri umani potrebbe divenire sempre più frequente e prolungata e ciò, probabilmente, non interesserà solo adulti ma anche animali ed esseri umani in accrescimento. Purtroppo gli effetti che le condizioni di microgravità possono esercitare sull'apparato muscolo-scheletrico in accrescimento non sono ancora conosciuti, né è noto se tali condizioni possono predisporre allo sviluppo di alterazioni o deformità

scheletriche reversibili o irreversibili.

È questa una delle ragioni che rende necessari gli studi sugli effetti della microgravità sugli organismi viventi. Non è possibile d'altra parte trascurare che da un "laboratorio" così speciale, come è quello realizzabile in assenza di gravità, possono derivare preziose informazioni sui meccanismi fisiopatologici dell'accrescimento.

Le sollecitazioni meccaniche giocano un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dell'omeostasi dell'apparato locomotore. Diversi studi sperimentali hanno dimostrato che il carico meccanico può influenzare il metabolismo della cartilagine di accrescimento e che

senza alterazioni morfo-strutturali e con restituito ad integrum in 25 giorni. Di contro, Van Loon et al. (1995), che hanno studiato lo sviluppo fetale e postnatale delle ossa lunghe di piccoli roditori in coltura d'organo in condizioni di microgravità per 4 giorni, non hanno osservato variazioni in lunghezza dell'arto né alterazioni della sintesi collagenica. La stessa diminuzione della densità ossea, che normalmente si osserva, può derivare da una ridotta mineralizzazione o da un incremento dei processi di assorbimento osseo. Snetkova et al. (1995) hanno riportato alterazioni dell'accrescimento scheletrico in anuridi ospitati a bordo di un satellite Biocosmos: gli animali presentavano una riduzione del rapporto testa-corpo, aumento della lunghezza della coda, deformazione della notocorda, lordosi caudale e conseguente grave alterazione della postura.

Già questa esposizione, necessariamente sintetica, di alcuni esperimenti in microgravità consente di rilevare la discrepanza di risultati sugli effetti della ridotta gravità sui tessuti dell'apparato locomotore e la povertà di informazioni su animali superiori. Inoltre, a causa della estrema variabilità delle condizioni sperimentali, la stessa interpretazione di molti risultati appare difficoltosa e non sempre è possibile discriminare gli effetti della microgravità da quelli indotti dalla dieta e dalle condizioni di stabulazione. (Montufar-Solis and Duke, 1991).

esiste una relazione diretta tra il tipo di forza applicata e la risposta metabolica (van Kampen et al., 1985). Nostri precedenti studi sperimentali hanno dimostrato che la cartilagine di accrescimento può riconoscere il carico applicato per le variabili di intensità e durata, e che può adattare la propria cinetica metabolica in relazione alle modificate condizioni meccaniche (Greco et al., 1989).

Sollecitazioni meccaniche inferiori alla norma, causate da prolungata immobilizzazione, da neuropatie o miopatie di varia origine (ma anche da condizioni di microgravità come nei voli spaziali), possono determinare una riduzione della massa ossea e una diffusa osteoporosi (Kazarian, 1981), mentre carichi superiori alla norma determinano un incremento della massa ossea. (Greco et al., 1991).

Nel corso degli ultimi 15 anni molte importanti informazioni sul comportamento biologico dell'osso e della cartilagine derivano da studi condotti nei laboratori spaziali. In molti casi, purtroppo, i dati ottenuti sono risultati contrastanti e le valutazioni in vitro difformi da quelle in vivo.

Durante i voli COSMOS 605-782-936-1129-1887 (NASA-Soviet Biosatellite Flight) (Vailas et al., 1990; Doty, 1990), ad esempio, fu notata una riduzione del ritmo di crescita,

Le caratteristiche meccaniche del piatto di crescita dipendono dalla presenza di collagene, fibre elastiche, acqua e proteoglicani (Cohen et al., 1992) e dalla distribuzione di queste componenti nelle varie zone del piatto di crescita (Gigante et al., 1996); alterazioni strutturali e biochimiche dovute alla microgravità possono quindi comportare un decadimento delle caratteristiche meccaniche dell'intero complesso di accrescimento, determinando secondariamente alterazioni della crescita e deformità.

Per comprendere questi fini meccanismi non è sufficiente una valutazione biochimica ed istomorfometrica, si rende necessaria anche una valutazione biomeccanica e, soprattutto, una correlazione tra le modificazioni anatomo-istologiche e quelle meccaniche. In letteratura tale duplice analisi è ancor oggi assente e, assenti, anche studi sul comportamento biologico dei tessuti capsulotendinei e legamentosi in condizioni di microgravità sebbene sia nota l'importanza di tali strutture nel mantenimento della stabilità articolare e della corretta trasmissione dei carichi in condizioni fisiopatologiche (Gigante et al., 1994; Greco et al., 1995).

I problemi aperti sono ancora tanti e il nuovo millennio

## Verso il terzo Millennio

Clinica Ortopedica  
Università degli Studi di Ancona





vede la Clinica Ortopedica e l'Istituto di Ingegneria Aerospaziale del Politecnico di Milano impegnati, con il finanziamento ottenuto dall'Agenzia Spaziale Italiana (ASI) per lo sviluppo di un programma di ricerca sui voli spaziali congiunti Agenzia Spaziale Europea e Americana (ESA e NASA), a perseguire tre obiettivi generali:

1. verificare ed ampliare le precedenti osservazioni delle risposte biologiche dei tessuti dell'apparato locomotore in accrescimento alle condizioni di microgravità su mammiferi roditori;
2. analizzare le caratteristiche biomeccaniche di tali tessuti, correlando i dati biologici con quelli meccanici;
3. estendere lo studio a tessuti non ancora studiati quali: il complesso di accrescimento epifiso-metafisario e le strutture capsulo-tendineo-legamentose;

Dopo le prove di fattibilità, concluse positivamente nel 1999, inizieranno nel 2000 le prove a gravità terrestre e in condizioni di microgravità, per poter iniziare la fase sperimentale sulla stazione orbitante programmata per l'inizio del 2001.

#### Bibliografia

- 1) Cohen B. et al.: *The microstructural tensile properties and biochemical composition of the bovine distal femoral growth plate*. J Orthop Res 10:263-275, 1992.
- 2) Doty S. et al.: *Cosmos 1887: Morphology, histochemistry, and vasculature of the growing rat tibia*. FASEB J 4: 16-23, 1990.
- 3) Gigante A., Specchia N., Greco F. *Age related distribution of elastic system fibers in the knee*. Clin Orthop 1994; 308:33-42.
- 4) Gigante A. et al.: *Distribution of elastic fiber types in the epiphyseal region*. J Orthop Res, 14: 810-817, 1996.
- 5) Greco F. et al.: *Growth plate cartilage metabolic response to mechanical stress*. J Ped Orthop 9: 520-4, 1989.
- 6) Greco F., Specchia N., Gigante A.: *La diartrosi: biomeccanica*. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*. 1995, 21 (Suppl.), 37-55.
- 7) Kazarian L.E.: *Strength characteristics of rat spinal columns*. *Cosmos 1129*. In: *Advances in physiological sciences, gravitational physiology*, ed. by J. Hideg and O. Gazonko. New York, Pergamon, 1981, Vol. 19, p. 129-138.
- 8) Montufar-Solis D., Duke J.: *Effect of strain, diet and housing on rat growth plates: a Cosmos'87 - Spacelab 3 comparison*. *Physiologist* 34(1) Suppl.: 5-183-4, 1991.
- 9) Snetkova E. et al.: *Effect of space flight on Xenopus laevis larval development*. J Exp Zool 273 (1): 21-32, 1995.
- 10) Vailas et al.: *Effect of spaceflight on rat humerus geometry, biomechanics, and biochemistry*. *FASEB J* 4:47-54, 1990.
- 11) Van Kampen G. et al.: *Cartilage response to mechanical force in high-density chondrocyte cultures*. *Arthritis Rheum* 28: 419-24, 1985.
- 12) Van Loon J.J. et al.: *Decreased mineralization and increased calcium release in isolated fetal mouse long bones under near weightlessness*. J Bone Miner Res 10 (4): 550-7, 1995.

La Scuola di Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica (Prof.ssa Maria Montroni) organizza il Seminario

#### Controllo del turnover e del ciclo cellulare nella infezione da HIV

27 marzo 2000 - ore 12.30 Polo Didattico Scientifico - Aula G

Relatore Prof. Giuseppe Piedimonte  
Università degli Studi di Messina

Il Centro Interdipartimentale di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica Medica (Prof.ssa F. Carle) organizza una Tavola Rotonda su

#### Il ruolo del Comitato Etico nella Ricerca Biomedica

6 aprile 2000 - ore 14.30 Polo Didattico Scientifico - Aula B

#### Moderatori:

Prof.ssa F. Carle (Coordinatore Centro EBI)  
Dott. C. Maffei (Direttore Sanitario Az. Osped. Torrette Umberto I)

L'Istituto Policattedra di Patologia e Clinica dell'apparato Locomotore (Direttore Prof. C. Cervini) e la Regione Marche-Azienda Sanitaria N. 5 Jesi organizzano il Convegno

#### Osteoporosi - Problemi, controversie, prospettive

14 aprile 2000 ore 9.30-18.30 Centro Congressi Hotel Federico II

Segreteria Organizzativa: Marcello Bozzi  
ASL 5 Regione Marche Tel.: 0731-534825 Fax: 0731-534833

Il Prof. U. Salvolini organizza una serie di Video Conferenze su "Pediatric neuroradiology"; per il mese di aprile si segnala

#### Patologia pediatrica dell'orbita

17 aprile 2000 - ore 17.00 Polo Didattico Scientifico - Aula D

Sono coinvolte le Università di Ancona, Toulouse(F), Marseille(F), Brussels(B), California - San Francisco (USA)




**APRILE**

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
03-apr	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. Mantero	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
3-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	<b>DL ; DS:</b> G, R, DD
3-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Il recupero dei disturbi spaziali dell'attenzione	Dott. M. Bartolini	<b>DS:</b> O, P
4-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Filiazione	Dott. M. Cingolani	<b>DS:</b> G, I, LL, T
4-apr	16.30	INRCA	Chirurgia bariatrica: orientamenti attuali	Prof. Saba, Dott. Gaggiotti	<b>DS:</b> D
5-apr	14.00/15.30	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	<b>DS:</b> O, S, FF
5-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Il trattamento della spasticità	Dott. G. Lagalla	<b>DS:</b> O, P
5-apr	15.00	Aula Ist. Discipl. Psichiatriche	La concezione operativa nei processi terapeutici del DSH	Prof. G. Borsetti, Dott. M. Mari, Dott. R. Coltrinari	<b>DS:</b> O, P, U, T, GG
5-apr	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Terapia antiipertensiva: ACE inibitori e antagonisti recettoriali	Dott.ssa E. Biondi, Dott.ssa G. Giacchetti	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
5-apr	16.00	Polo Didattico Torrette	Malformazioni congenite dell'apparato uro-genitale	Prof. G. Amici, M. Polito, G. Muzzonigro	<b>DL</b> Medicina
5-apr	17.00	Polo Didattico Torrette Aula Clinica Medica	Inquadramento nosografico delle epilessie Dott. Haghhighipour	Dott. Quattrini,	<b>DS:</b> P
5-apr	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
6-apr	13.00/15.00	Polo Didattico Torrette Auletta gastroenterologia	Malattie da accumulo di ferro	Prof. D. Conte (Univ. Milano)	<b>DS:</b> Tutte
6-apr	14.00/16.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Imaging integrato nella patologia dell'apparato genitale femminile	Dott.ssa P. Ercolani	<b>DS:</b> I
6-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	<b>DL ; DS:</b> G, R, DD
6-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette Aula H	Infortunio sul lavoro e malattie professionali	Prof. A. Tagliabracci	<b>DS:</b> N; O, LL, Q, S, FF
6-apr	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	<b>DS:</b> A; P; EE
7-apr	14.00/16.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	La capillaroscopia in Reumatologia	Dott.ssa R. De Angelis	<b>DS:</b> O, S, FF
10-apr	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. Mantero	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
10-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	<b>DL ; DS:</b> G, R, DD
11-apr	14.30/16.30	Biblioteca Medicina Legale	Marcatori gruppo-ematici e paternità	Prof. A. Tagliabracci	<b>DS:</b> G, LL
11-apr	16.30	INRCA	Trattamento delle ulcere degli arti inferiori	Prof. Saba, Dott. Boccoli	<b>DS:</b> B, D
12-apr	15.00	Aula Ist. Discipl. Psichiatriche	Il rapporto medico-paziente: aspetti generali	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa G. Mircoli	<b>DS:</b> L, O, P, DD
12-apr	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Tumori della mammella	Prof.ssa M. Scarpelli, Dott. A. Santinelli	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
12-apr	17.00	Aula Ist. Discipl. Psichiatriche	Corpo e psicosi	Prof. G. Borsetti, Dott. M. Brandoni, Dott. R. Coltrinari	<b>DS:</b> U, LL, P, DD, N, I
12-apr	17.00	Polo Didattico Torrette Aula Clinica Medica	Malattie del cervelletto	Dott. Logullo, Dott. Senigagliaesi	<b>DS:</b> P
12-apr	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG





## AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

APRILE

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
13-apr	13.00/15.00	Polo Didattico Torrette Auletta gastroenterologia	Pancreatite acuta: definizione del grado di attività ed opzioni terapeutiche	Prof. G. Cavallini (Univ. Verona)	<b>DS:</b> Tutte
13-apr	14.00/15.00	Aula didattica Reumatologia Osp. Jesimalattie reumatiche	Controversie in tema di terapia delle	Proff. C. Cervini, W. Grassi	<b>DS:</b> O, S, FF
13-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	<b>DL; DS:</b> G, R, DD
13-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette Aula H	Invalità civile	Dott. M. Cingolani	<b>DS:</b> L, N, O, DD, LL, Q, R, S, T, U, FF
13-apr	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Obesità: nuovi meccanismi etiopatogenetici e nuove terapie	Prof. F. Mantero, Prof. R. Vigneri(Univ. Catania)	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
13-apr	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	<b>DS:</b> A; P; EE
17-apr	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. Mantero	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
17-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	<b>DL; DS:</b> G, R, DD
18-apr	14.30/16.30	Biblioteca Medicina Legale	DNA e paternità	Dott. L. Buscemi	<b>DS:</b> G, LL
18-apr	16.30	INRCA	Carcinoma in situ della mammella	Prof. Saba, Dott. Mattioli	<b>DS:</b> D
19-apr	14.00/16.00	Polo Didattico Torrette Aula Cattedra Igiene	Interventi educativi per la prevenzione delle malattie in comunità	Prof. M. M. D'Errico	<b>DS:</b> I, L, M, O, R
19-apr	15.00	Aula Ist. Discipl. Psichiatriche	Corporeità e disturbi del comportamento alimentare	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa P. Iacopini, Dott. R. Coltrinari	<b>DS:</b> O, P, HH, DD, U, T, I
19-apr	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Iperteroidismo in gravidanza	Dott.ssa T. Mancini, Dott. A. Taccaliti	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
19-apr	15.30	Polo Didattico Torrette	Incontinenza urinaria e prolasso genitale	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi	<b>DL</b> Medicina
19-apr	17.00	Aula Ist. Discipl. Psichiatriche	Vissuti corporei nelle esperienze di depersonalizzazione	Prof. G. Borsetti, Dott. S. Biagiotti, Dott. R. Coltrinari	<b>DS:</b> U, LL, P, DD, N, I
19-apr	17.00	Polo Didattico Torrette Aula Clinica Medica	Diffusione e migliore utilizzo dei risultati della ricerca: Cochrane collaboration	Dott. Giuliani, Dott. Fiè	<b>DS:</b> P
19-apr	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	<b>DS:</b> I, L, P, T, U, CC, DD, GG
20-apr	14.00/16.00	Polo Didattico Torrette Aula Cattedra Igiene	Recenti acquisizioni in tema di tossinfezioni alimentari	Prof. M. M. D'Errico	<b>DS:</b> GG, L
20-apr	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	<b>DL; DS:</b> G, R, DD

**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. 3 Marzo 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** Lirici Greci  
**Impaginazione** Antonio Lepore  
**Stampa** Errebi srl Falconara