



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Riprende l'attività didattica, dopo la pausa natalizia, con un consistente programma di Corsi monografici, cui i nostri Studenti potranno afferire in relazione alle proprie esigenze culturali e formative, e con una serie di Forum dedicati a I codici deontologici a confronto. Negli ultimi anni in realtà sono stati preparati ed approvati numerosi codici deontologici riguardanti le diverse professioni sanitarie, codici che, come sottolinea nella sua introduzione Daniele Rodriguez brillante coordinatore ed animatore di questi Forum, rappresentano non soltanto l'espressione del senso di responsabilità maturato nell'ambito delle varie professioni sanitarie, ma anche l'alleanza che si è stabilita fra di esse e l'impegno a ricercare, insieme con gli assistiti, una via per la promozione e la tutela della salute che salvaguardi l'appropriatezza delle cure e dell'assistenza, nel rispetto dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.

La frequenza a questi Forum è quindi caldamente raccomandata a tutti i nostri Discenti sia dei Corsi di Laurea che dei Diplomi Universitari perché nel momento di terminare gli studi in Facoltà e prima di iniziare l'attività professionale, conoscano anche questa nuova realtà e questa nuova alleanza che lega i professionisti fra di loro e con le persone.

Questo numero delle Lettere contiene due nuove rubriche, una dedicata a *Il Polo Universitario Ospedaliero*, la seconda a *Il Libro*.

Con la prima si intende dare informazione di quanto la collaborazione Facoltà di Medicina-Azienda Ospedaliera abbia prodotto nella nostra sede nell'ambito clinico: iniziamo dalla Clinica di Gastroenterologia, che ha avuto ad Ancona autorevole fondatore nella persona di Francesco Orlandi, che oggi vede continuare la propria opera da un suo brillante allievo, Antonio Benedetti; la citazione di questa Unità non è casuale ma vuole essere innanzitutto testimonianza di continuità di stima e di amicizia verso chi ha costruito questa realtà culturale ed assistenziale e che, anche da ex, continua con pari entusiasmo e stile singolare a partecipare alla vita universitaria, collaborando tra l'altro puntualmente con questo Bollettino.

La rubrica *Il Libro* non vuole essere l'abituale recensione di opere pubblicate, ma grazie all'opera intelligente di Fiorenzo Conti, una selezione accurata di quanto di più elevato l'editoria scientifica offre nell'ambito delle scienze mediche; in altri termini, con questa rubrica intendiamo presentare ai nostri Discenti, siano essi dei Corsi di Laurea che di tutti i Diplomi, opere che riteniamo utili, quando non fondamentali, per la loro formazione e quindi meritevoli di entrare a far parte di ogni personale biblioteca.

Prosegue intanto la pubblicazione della serie *Memoria ed attualità della Medicina*, il ciclo di conferenze introduttive alle professioni sanitarie, per gli studenti di tutti i Corsi di Laurea e di Diploma, che abbiamo tenuto nella prima metà d'ottobre.

E' il turno di Saverio Cinti, Coordinatore del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed autorevole Anatomico nella scia di una tradizione secolare che risale addirittura a A. Scarpa.

Prof. Tullio Manzoni
Presidente di Facoltà

MEMORIA ED ATTUALITÀ DELLA MEDICINA

De humani corporis fabrica libri septem 2

VITA DELLA FACOLTÀ

- Appunti dal verbale delle riunioni del 20/12/2000 6

- Corsi Monografici 8

IL POLO UNIVERSITARIO OSPEDALIERO 9

CONVEGNI 10

FORUM

Il codice deontologico dell'ostetrica/o 11

IL LIBRO 27

STORIA DELLA MEDICINA 28

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 29

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 30

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 31



SAVERIO CINTI

Istituto di Morfologia Umana Normale
Università degli Studi di Ancona

Lezione tenuta il 16 ottobre 2000, per il ciclo di conferenze Memoria ed attualità della Medicina, introduttive alle professioni sanitarie, agli studenti del primo anno dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Diploma della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona.

L'illustre anatomista viennese Giuseppe Hirtl (1810-1894) definisce l'anatomia nel seguente modo: "...la Scienza dell'organizzazione. Essa decompone gli organismi nelle intime parti costituenti, indaga il mutuo rapporto di queste, ricerca le loro esterne sensibili proprietà e la loro interna struttura, ed insegna dal cadavere quel che il vivente si fosse. Essa dirocca materialmente un compiuto edificio, per costruirlo di nuovo nell'intelletto, quasi creando novellamente un uomo" (Anatomia dell'uomo, 1883).

L'insegnamento di questa Scienza non può prescindere dalla ricerca che necessariamente deve precedere la didattica se questa vuole assumere le connotazioni del vero insegnamento universitario, come anche recentemente ricordato dall'anatomista scozzese Bruce Charlton nel British Medical

Andrea Vesalio e il *De humani corporis fabrica libri septem*

Evoluzione della ricerca
anatomica con particolare
riferimento alla Scuola
anatomica pavese

Journal (15:191-2.1991 ed. it.) proprio in riferimento alla disciplina anatomica:

".....insegnamento e ricerca devono muoversi l'uno verso l'altra perché la materia resti unita. Questa è la lezione del passato, una scienza vitale che richiede l'integrazione tra una rilevante funzione di insegnamento e un'attività sul tagliente filo della ricerca se vuole rimanere sana e salva." Se si vuole quindi entrare, anche solo superficialmente, nel mondo dell'Anatomia non ci si può esimere dal conoscere un minimo della storia della ricerca nell'ambito di questa disciplina. Questo processo condurrà più rapidamente lo studente nel mondo complessivo della materia e, forse, ne faciliterà la sua comprensione.

Poiché chi scrive non è uno storico della medicina, questa non sarà una lezione di storia della medicina, ma una breve e superficiale descrizione di come le fasi evolutive di ricerca e di didattica della materia si siano succedute pre-

valentemente nell'ambito della Scuola di Anatomia cui mi pregio di appartenere. Ciò permetterà da un lato di avere un saggio della storia della disciplina nelle sue due componenti e dall'altro permetterà di conoscere quali siano stati i nostri Maestri e quali siano stati i loro impegni di ricerca nell'ambito della morfologia da cui hanno tratto gli elementi culturali propulsori per la loro didattica anatomica.

La storia dell'Anatomia può essere divisa in tre grandi periodi.

Nel *primo periodo* (dai tempi più remoti alla metà del sedicesimo secolo) l'opera colossale di Claudio Galeno (II secolo d.c.) dominò incontrastata. Questo ricercatore si occupò soprattutto dell'anatomia macroscopica mediante dissezione di animali (i cadaveri, sebbene in grande abbondanza e derivanti anche per il solo sollazzo degli imperatori romani, non potevano essere toccati). Dalla osservazione diretta della struttura nasce istintivamente la deduzione funzionale, e una delle sue opere principali fu *Delle funzioni delle parti del corpo umano*. Elemento fondamentale delle sue ricerche fu l'esperimento anatomico (ad es: taglio dei nervi o legatura degli ureteri), per cui associando la funzione alla forma del viscere gli si faceva assumere la dignità di organo. Altro suo elemento di ricerca fu l'anatomia comparata.

La caduta dell'impero romano fu seguita da un periodo lunghissimo in cui l'Anatomia, come ogni altra scienza, non fu affatto approfondita anche perché i cadaveri umani continuavano ad essere intoccabili. Sicché in quel periodo le opere di Galeno costituirono l'unico testamento della medicina cui giurarono fede tutti i popoli occidentali che si dedicarono a tradurli e a commentarli.

Il *secondo periodo* dell'anatomia inizia nel sedicesimo secolo con tre grandi scienziati: Andrea Vesalio (1515-1564), Bartolomeo Eustachi (1510-1574) e Gabriele Falloppia (1523-1562). L'indiscusso artefice del passaggio dal primo al secondo periodo fu comunque Andrea Vesalio (fig. 1) che interruppe la decadenza dell'insegnamento della disciplina meramente dedotto dai sacri testi galenici riportandolo ai livelli universitari: deducendolo cioè dalla esperienza di laboratorio, cioè sul tavolo della dissezione anatomica, direttamente sul cadavere umano. L'osservazione diretta delle strutture così ottenute permetteva al grande anatomista di confutare le verità storicamente accettate dell'anatomia di Galeno suscitando non poche reazioni nell'ambiente culturale di allora così legato alle verità del grande Maestro dell'antichità da essere più disponibili a credere





Fig. 1 - Andrea Vesalio a 26 anni. Da: *Storia della medicina* di R.H. Major, Sansoni 1959, Firenze

che fosse piuttosto cambiata l'anatomia. Il desiderio di progredire nelle scienze in quel periodo però era tale che ben presto si diffuse la pratica settoria in Italia e in altri Paesi anche se Vesalio dovette lasciare il proprio paese di origine (Belgio) proprio a causa del suo zelo anatomico. A 23 anni fu nominato Professore di Anatomia all'Università di Padova e a 28 anni pubblica il suo capolavoro *De humani corporis fabrica libri septem* (Basilea 1543). Morì in naufragio presso l'isola di Zante di ritorno da un pellegrinaggio fatto a Gerusalemme per espiare le colpe di aver coltivato l'anatomia.

Il metodo di ricerca di diretta osservazione dell'anatomia introdotto da Vesalio fu il principale mezzo di ricerca e di didattica adottato nei successivi due secoli di storia e fu il principale mezzo di ricerca del capostipite della scuola anatomica pavese, Antonio Scarpa (1752 -1832). Questo insigne Anatomico non fu il primo dell'Ateneo

pavese (fondato nel 1361), ma viene considerato il capostipite della Scuola Anatomica in quanto fu il primo illustre personaggio della nuova era dell'Ateneo pavese voluta dall'imperatrice Maria Teresa d'Austria e dal figlio Giuseppe II, che risollevarono l'Ateneo da una profonda decadenza durata più di due secoli. Fu così che, su consiglio del chirurgo personale, nonché confidente, di Giuseppe II, Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800) fu chiamato a ricoprire la cattedra di Anatomia l'Allievo del grande Maestro patavino Giovan Battista Morgagni (1682-1771). Altro motivo che lo rende indiscusso caposcuola è il fatto che egli adottò il sistema di trasmettere le proprie caratteristiche di ricerca e insegnamento agli Allievi lavorando direttamente sul cadavere davanti a loro e facendoli partecipare direttamente alle attività di laboratorio e di corsia (fu anche nominato clinico chirurgo). In altre parole introdusse per primo il sistema didattico dell'internato che costituisce una delle glorie dell'Università di Pavia. Antonio Scarpa adottò oltre alla fine dissezione il metodo del cosiddetto artificio anatomico per alcune delle sue scoperte. L'anatomia studiata ed insegnata dal ricercatore veniva direttamente applicata in senso chirurgico. Egli descrisse la regione inguinale e le relative ernie, il nervo olfattivo, il nervo accessorio, i nervi cardiaci (fig 2), e fu particolarmente dedito allo studio dell'occhio e dell'orecchio (particolarmente studiati anche dagli Allievi diretti ed indiretti).

L'allievo di Scarpa, Bartolomeo Panizza (1785 -1867) gli succedette nel 1815.

Il metodo di ricerca principale era ancora quello della dissezione, ma Panizza sviluppò una tecnica già introdotta dallo Scarpa di iniezione di mercurio dei vasi per meglio studiarne la morfologia. Egli sviluppò questa tecnica studiando soprattutto il sistema linfatico dei rettili. Per questi studi l'Istituto di Francia lo insignì di un premio di Fisiologia. Sulla scorta del Maestro eseguì studi sia sui nervi cranici descrivendo le diverse funzioni dei nervi ed in particolare quelli della lingua, sia sull'orecchio interno e costruì un modello in cera di quest'ultimo che fu esposto a Londra nel 1860. Il Panizza fu il promotore del *terzo periodo* dell'Anatomia nella scuola pavese perché introdusse in essa l'uso del microscopio ottico come mezzo di indagine scientifica. Sebbene il padre dell'anatomia microscopica fu indubbiamente Marcello Malpighi (1628-1694) il Panizza ebbe il merito di importare un microscopio con obiettivo acromatico (1820, che rivoluzionava l'osservazione con questo strumento, eliminando la cosiddetta immagine illusoria ed aprendo così la strada alla moderna anatomia



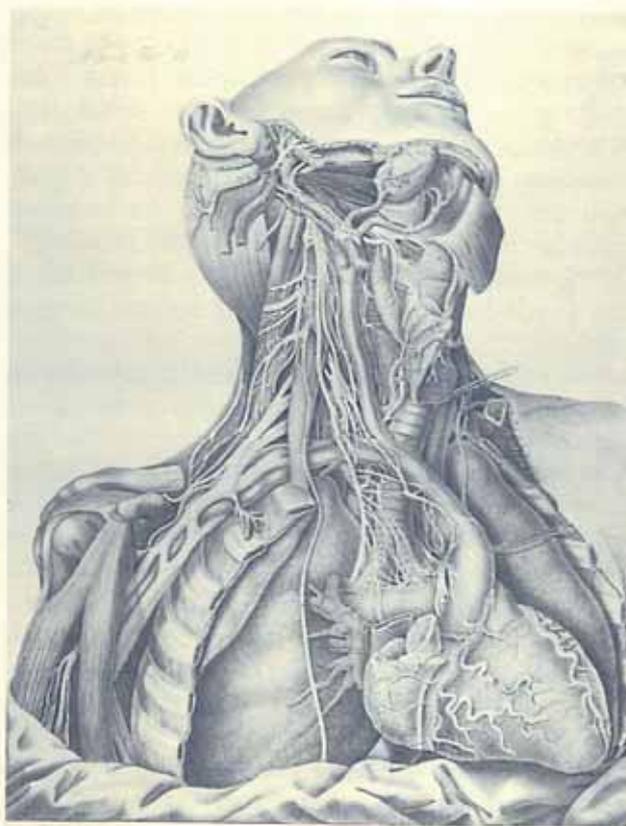


Fig. 2 - Innervazione del cuore secondo Antonio Scarpa. Da tavola originale n° 24 delle opere varie, disegnatore Muzzi, litografia Batelli. Da: *Atlante di tutte le opere* A. Scarpa, Tipografia e Calcografia della Speranza, Firenze 1836.

microscopica) costruito dal suo amico astronomo ed istologo Gian Battista Amici (1786-1863) e del quale si servì, in tarda età, per studi sull'ovaio.

Furono allievi di Panizza: Alfonso Corti (1822-1876) (descrisse il recettore auditivo che porta il suo nome) ed Eusebio Ohel (1827-1903, noto per i suoi studi sulla cute). Quest'ultimo fu professore di Istologia e Fisiologia ed ebbe tra i suoi allievi Giulio Bizzozero (1846-1901). Questi, che aveva frequentato anche il laboratorio di Rudolf Virchow (1821-1902) a Berlino a 21 anni divenne docente di Patologia Generale e scoprì la funzione emopoietica del midollo osseo nonché descrisse il fenomeno della fagocitosi. Il Bizzozero, nel suo piccolo laboratorio di medicina sperimentale, istruì all'arte della microscopia ottica Camillo Golgi (1843-1926).

La scoperta della "reazione nera" (cromo-argentina) fatta da Camillo Golgi nel 1873 fu riconosciuta nella sua importanza a livello internazionale soprattutto da Rudolf Albert

von Kölliker (1817-1905) dell'Università di Würzburg (famoso per aver scritto il primo testo di Istologia con i concetti di cellula e tessuti) e destò grande fermento nell'ambiente scientifico pavese, nazionale ed internazionale. Questa grande scoperta consentì per la prima volta di visualizzare l'intero neurone aprendo la strada alla teoria del neurone sostenuta dallo spagnolo Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) e permise giganteschi progressi nella conoscenza dell'anatomia funzionale del sistema nervoso. Golgi e Cajal divisero *ex aequo* il premio Nobel per la Fisiologia e Medicina nel 1906. Numerose altre furono le scoperte di Golgi (fig. 3) tra cui le più famose sono la scoperta dell'apparato cellulare di secrezione che da lui prende il nome (grazie al quale egli è, probabilmente, il biologo più citato nella letteratura scientifica internazionale) e l'identificazione delle fasi del ciclo malarico nell'uomo. La sua Scuola fu frequentata da numerosi scienziati destinati a diventare famosi per diverse scoperte tutte prevalentemente basate sulla osservazione della morfologia microscopica (ad es. Adelchi Negri - corpi del Negri nelle cellule infettate dal virus della rabbia -, Emilio Veratti - reticolo sarcoplasmatico -, Aldo Perroncito - rigenerazione del tessuto nervoso periferico -, Carlo Martinotti - cellule con il suo nome della corteccia cerebrale -, Gian Battista Grassi - identificò la zanzara della malaria - Vittorio Marchi - metodo per la colorazione della mielina -, Antonio Carini scoprì il protozoo *pneumocystis carini*).

Ben due allievi di Golgi si succedettero nella cattedra di Anatomia della scuola pavese che fu quindi così intensamente improntata allo stesso tipo di indagini microscopiche. I due allievi furono rispettivamente Luigi Sala e Antonio Pensa.



Fig. 3 - Museo di Storia dell'Università di Pavia. Area dedicata alle scoperte di Camillo Golgi. Cortesia del Prof. Alberto Calligaro.



Il primo succedeva al successore di Panizza, Giovanni Zoja (1832-1899) che tenne la cattedra di Anatomia dal 1864 al 1899. I suoi studi furono prevalentemente di Anatomia macroscopica (etmoide).

Luigi Sala (1863-1930, cattedratico di Anatomia dal 1899 al 1931) e Antonio Pensa (1874-1970, cattedratico di Anatomia dal 1931 al 1950) utilizzarono soprattutto la reazione nera di Golgi per studiare il sistema nervoso periferico e l'innervazione parenchimale degli organi. Così la principale attività di ricerca di questi anatomisti fu principalmente di tipo microscopico (Pensa fu il primo a dimostrare che l'apparato reticolare di Golgi era presente anche in citotipi non neuronali), ma alcuni lavori di Pensa furono di anatomia macroscopica vascolare (sulle arterie intercostali e sull'arteria polmonare dell'uomo).

Il successore di Pensa fu Gennaro Palumbi (1904-1968, cattedratico di Anatomia dal 1950 al 1968) che ebbe il grande merito di importare nella Scuola il microscopio elettronico a trasmissione. Questa nuova tecnica apriva notevoli orizzonti di studio che si immergevano ancora più approfonditamente nell'anatomia delle cellule e dei tessuti. Tra i giovani allievi di Palumbi, che estesero ad altre Sedi la cultura e la tradizione della scuola anatomica pavese, ci fu Francesco Maria Osculati (1938-) che iniziò la scuola anatomica dell'Università di Ancona nel 1974. Osculati organizzò un fornitissimo laboratorio di microscopia elet-

tronica. Nella piena tradizione di stampo golgiano egli utilizza le tecniche di interazione con i tessuti per trarre dati anatomo-funzionali dallo studio morfologico (ad es. studio dell'ultrastruttura dei neuroni dell'oliva bulbare contrastati per via retrograda con la perossidasi) e in pieno spirito scarpiano che propugnava "il bel preparato anatomico", divenuto al tempo di Sala e Pensa "il bel preparato istologico", Osculati ha sempre propugnato "il bel preparato ultrastrutturale". Tra i primi in Italia apre la via all'utilizzo diagnostico della microscopia elettronica.

Nel 1984 Osculati viene chiamato a ricoprire la cattedra di Anatomia dell'Università di Verona dove Egli costruisce dal nulla un nuovo laboratorio di microscopia elettronica e un modernissimo laboratorio di risonanza magnetica nucleare con *imaging* ad alta risoluzione che rappresenta, tuttora unico in Italia, un laboratorio di ricerca per l'anatomia microscopica in vivo.

Ad Ancona gli succede chi scrive, tuttora titolare della cattedra di Anatomia.

I nostri studi rimangono tenacemente nell'ambito morfologico per trarre il massimo giovamento psichico culturale di supporto alle necessità dell'insegnamento anatomico, ma all'indagine morfologica microscopica e submicroscopica si affianca ora l'immunologia (immunoistochimica e immunocitochimica), la biologia molecolare (ibridizzazione *in situ*) e l'ingegneria genetica (ricombinazione CRE-mediata nei topi blu ROSA26).

Credo sia da imputare alla mentalità di ricerca morfologica impressami dalla Scuola il merito di aver proposto al mondo scientifico osservazioni che derivano direttamente (oggi, nel 2000!) dalla dissezione macroscopica di un organo misconosciuto: l'organo adiposo. Queste osservazioni, accompagnate dai dati morfologici, immunoistochimici, morfometrici ed ultrastrutturali sono state recentemente apprezzate in ambito internazionale.

Spero che questa breve storia dell'evoluzione della ricerca anatomica possa servire agli studenti come introduzione nel mondo della morfologia e possa essere per loro di un qualche giovamento nell'affrontare lo studio di questa disciplina.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Prof. Tullio Manzoni dell'Università di Ancona, per i preziosi consigli bibliografici; il Prof. Alberto Calligaro dell'Università di Pavia, per la collaborazione iconografica; il Prof. Alessandro Riva dell'Università di Cagliari, per la revisione del manoscritto e il Prof. Manlio Caucci Primario Emerito dell'Ospedale Salesi di Ancona per il prezioso dono *Atlante di tutte le opere* del Professore Cav. Antonio Scarpa, Firenze 1836, da cui è tratta la figura 2 del manoscritto.



**APPUNTI DAL VERBALE DELLA RIUNIONE
DEL 20/12/2000**

Mercoledì 20 Dicembre 2000 si è riunita in Presidenza la Commissione Didattica della Facoltà.

Tra le delibere assunte segnaliamo:

- con poche eccezioni, legate ai diversi periodi di fase didattica, il Calendario delle verifiche dei Corsi di Laurea e dei Diplomi Universitari è stato omogeneizzato per un miglior funzionamento della Facoltà; sono state apportate poche modifiche rispetto a quanto già pubblicato su questo Bollettino nel marzo e nel maggio dello scorso anno. Il calendario definitivo sarà pubblicato nel prossimo fascicolo. È stato inoltre confermato che gli Studenti del Diploma Universitario Infermieri potranno godere del prolungamento dell'appello settembrino di recupero dal 1° al 31 marzo; per questi Studenti il 31 marzo è comunque la data ultima valida per il superamento degli esami superati ai fini dell'iscrizione all'anno successivo;
- si è confermata la necessità di attivare anche per il secondo semestre del primo anno del Diploma Universitario

Infermiere un secondo canale formativo considerato l'alto numero di Studenti. I Docenti che hanno dato la loro disponibilità sono riportati nella Tabella 1. La proposta della Commissione è stata successivamente approvata all'unanimità dal Consiglio di Facoltà;

- la Commissione Didattica ha approvato il Calendario dei Corsi monografici (Tabella 2) per i mesi di Gennaio e Febbraio e lo svolgimento di un Seminario, affidato al Dr. Tummarello su "Il trattamento chemioterapico dei tumori urogenitali inoperabili";

- infine la Commissione ha espresso parere favorevole circa il riconoscimento dei Presidi Ospedalieri di Jesi e di Fermo, quali sedi del tirocinio pratico per il Diploma Universitario Infermiere.

Queste due sedi sono state scelte non solo per l'alto numero di richieste degli Studenti locali ma anche perchè rispondenti ai criteri che il Comitato si è dato e che sono appunto la richiesta di un numero congruo di studenti, la disponibilità di un Tutore, la sede accreditata, l'esistenza, nel passato, di una Scuola Infermieristica.

L'attività di tirocinio in queste sedi sarà coordinata, per uniformità di obiettivi, dal Coordinatore regionale.





CANALE A			
<i>B1) C.I. Fisiologia e scienza dell'alimentazione</i>			
E04B	Fisiologia Umana	Prof. P. Barbaresi	35
<i>B2) C.I. Microbiologia e microbiologia clinica</i>			
F05X	Microbiologia Clinica	Prof. P. E. Varaldo	25
<i>B3) C.I. Patologia e Ftopatologia generale</i>			
F04A	Patologia Generale	Prof.ssa L. Possati	40
<i>B4) C.I. Immunologia, Immunoematologia e patologia diagnostica clinica</i>			
F04B	Patologia Clinica	Prof. A. Procopio (*)	10
F04A	Immunologia	Dott. A. Ferrari	15
<i>B5) C.I. Metodologia Infermieristica applicata</i>			
F23A	Scienze Infermieristiche Generali e SSR Cliniche	Sig. G. Corsetti	50
TOTALE ORE II SEMESTRE			175
CANALE B			
<i>B1) C.I. Fisiologia e scienza dell'alimentazione</i>			
E04B	Fisiologia Umana	Dott. A. Minelli	35
<i>B2) C.I. Microbiologia e microbiologia clinica</i>			
F05X	Microbiologia Clinica	Prof.ssa B. Facinelli	25
<i>B3) C.I. Patologia e Ftopatologia generale</i>			
F04A	Patologia Generale	Prof. A. Procopio	40
<i>B4) C.I. Immunologia, Immunoematologia e patologia diagnostica clinica</i>			
F04B	Patologia Clinica	Prof. A. Procopio	10
F04A	Immunologia	Dott. C. Ferrari	15
<i>B5) C.I. Metodologia Infermieristica applicata</i>			
F23A	Scienze Infermieristiche Generali e SSR Cliniche	Sig.ra G. Corsetti	50
TOTALE ORE II SEMESTRE			175

Tab. 1 - Diploma Universitario Infermiere. 2° Semestre del 1° anno: Insegnamenti, docenti e ore di didattica



**I ANNO**

CORSO	DOCENTE	DATA	AULA
CHIMICA E PROP. BIOCHIMICA CM2 Radicali liberi e modificazioni delle strutture biologiche indotte da radicali	Prof. G.P. Littarru	19-26 gen. / 2 feb / ore 8,30	A

II ANNO

ANATOMIA CM7 Anatomia dell'organo endocrino ediposo	Prof. S. Cinti	19-26 gen. / 2 feb / ore 10,30	A
---	----------------	--------------------------------	---

III ANNO

MEDICINA DI LABORATORIO CM14 Resistenza nel gram+	Prof.ssa P. E. Varaldo	19 gen / 2 feb / ore 8,30	B
MICROBIOLOGIA CM16 Le β -lattamasi	Prof.ssa P. E. Varaldo	19 gen / 2 Feb / ore 10,30	B

IV ANNO

METODOLOGIA CLINICA CM20 La metodologia clinica nel paziente affetto da neoplasia del colon retto	Prof. V. Saba	12 gen. / ore 8,30	C
CM21 Semeiotica funzionale renale	Prof. P. Russo	19-26 gen. - 2 feb. / ore 8,30	C
CM23 Introduzione alla medicina basata sulle evidenze	Prof.ssa F. Carle	12 gen. / ore 10,30	C
PATOLOGIA SISTEMATICA I CM24 Genetica delle malattie endocrine	Dott. A. Taccaliti	19-26 gen. - 2 feb. / ore 10,30	C
CM26 Obesità, aspetti specialistici	Dott.ssa E. Falao	12 gen / ore 14,30	C
PATOLOGIA SISTEMATICA II CM27 Linee guida per l'impiego clinico del laboratorio di immunologia	Prof.ssa M. Montroni	19-26 gen. - 2 feb. / ore 14,30	C

V ANNO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA CM34 Indicazioni cliniche della R.M.	Prof. E. De Nigris	12 gen / ore 8,30	E
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CM35 Problemi neurochirurgici nella fase acuta dei traumi cranici	Prof. A. Ducati	19-26 gen. - 2 feb. / ore 8,30	E
CM37 Riabilitazione dopo lesione del S.N.	Prof. L. Provinciali	12 gen / ore 10,30	E
CM38 Semeiotica Neuroradiologica	Prof. U. Salvolini	19-26 gen. - 2 feb / ore 10,30	E
MALATTIE INFETTIVE CM40 La malaria	Dott. F. Barchiesi	12-19-26 gen. / ore 16,30	E
MEDICINA INTERNA E GERIATRIA CM41 Approfondimento in tema di aterosclerosi e vasculopatie	Prof. P. Dessi Fulgheri	12 gen. / ore 14,30	E
CM42 Approfondimento in tema di ipertensione arteriosa	Prof. A. Rappelli	19-26 gen. - 2 feb. / ore 14,30	E

VI ANNO

CLINICA CHIRURGICA CM54 Ipertensione arteriosa d'interesse chirurgico	Prof.ssa C. Marmorale Dott. A. Taccaliti	12 gen. / ore 8,30	F
CLINICA MEDICA CM55 Medicina molecolare	Prof. A. Gabrielli	18-26 gen - 2 feb. / ore 8,30	F
GINECOLOGIA E OSTETRICIA CM57 I Tumori dell'apparato genitale femminile: diagnostica e terapia	Prof. G.G. Garzetti	12 gen. / ore 10,30	F
CM58 Monitoraggio della gravidanza	Prof. A. Tranquilli	19-26 gen - 2 feb. / ore 10,30	F
ONCOLOGIA CLINICA CM60 La qualità della vita nel paziente neoplastico	Prof. A. Piga	12 gen. / ore 14,30	F
CM61 Terapia del dolore e delle complicanze	Prof. R. Cellerino	19-25 gen. - 2 feb. / ore 14,30	F
PEDIATRIA CM63 Uropatie congenite	Prof. G. Amici	12 gen / ore 16,30	F

Tab. 2 - Calendario dei Corsi Monografici - Gennaio 2001





ANTONIO BENEDETTI
Clinica di Gastroenterologia

L'attività della Clinica di Gastroenterologia è basata sull'armonia tra i requisiti dell'ordinamento universitario e le ambizioni di eccellenza dell'Azienda Ospedaliera "Umberto I".

La Clinica è sede istituzionale della didattica interattiva del Corso Integrato bi-semestrale di Chirurgia e Gastroenterologia, IV e V anno del Corso di Laurea in Medicina, delle attività della Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia, del Dottorato di Ricerca Alimenti e Salute e del Corso di Perfezionamento in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Urgenza, Università di Ancona. Queste attività di formazione professionale e scientifica ispirano l'intera attività assistenziale quotidiana della Clinica, e sono una garanzia di qualità negli standard operativi.

Il sistema di note cliniche, dagli ambulatori al *day-hospital* e ai ricoveri, è orientato sui problemi del malato. Questo modello evita distorsioni specialistiche mirate alla sola malattia, ha grande efficacia didattica, e costituisce un richiamo costante alla razionalità degli interventi e del *timing* assistenziale. Un programma computerizzato, creato in collaborazione scientifica con la Computer Firm SpA, è operativo nella Clinica da tre anni. Esso fa parte di una politica di attenzione di tutto il personale verso un'assistenza centrata sul paziente.

La diagnostica strumentale corrente è conforme ai requisiti richiesti dallo Statuto di Ateneo per l'insegnamento pre-laurea e post-laurea, ed è aderente alle raccomandazioni specifiche della CEE. L'endoscopia diagnostica ed operativa dei tratti digestivi superiore ed inferiore, l'ecografia specialistica, ed i test fisiopatologici *di routine* seguono gli standard attualmente raccomandati per le singole procedure (Tabella 1).

E' patrimonio consolidato della Clinica una competenza trasversale che va da tecniche di biologia molecolare all'immunoistochimica, l'ibridazione *in situ* e alla microscopia elettronica combinate insieme nello studio di un problema in gastroenterologia. E' anche consolidata la collaborazione con gruppi italiani ed esteri per lo scambio di competenze complementari. Su tali basi la Clinica intende sviluppare anche in futuro le proprie aree di eccellenza scientifica ed assistenziale: la fisiopatologia biliare, la diagnostica dell'intestino tenue, la fibrosi epatica, la fisiopatologia digestiva della nutrizione.

La Clinica ha prodotto una serie di contributi sui meccanismi di trasporto di membrana nella secrezione biliare, sulle

vie intracellulari di trasduzione del segnale, sulla loro modulazione ormonale e neuroendocrina, con lo sviluppo di un nuovo modello sperimentale, le "unità biliari isolate". Accanto a ciò si è sviluppata la diagnostica endoscopica (colangiografia, coledocoscopia) delle vie biliari, e la moderna clinica delle *bile vanishing syndromes*. Le radici genetiche di questo interesse permanente per la fisiopatologia biliare sono peraltro curiosamente lontane: la stessa paziente che aveva introdotto nella nomenclatura degli anni '30 l'"ittero di Micheli-Dominici", i cattedratici torinesi che hanno originato la nostra Scuola, è stata assistita dalla Clinica fino a due anni fa.

Strumenti di sviluppo dell'esplorazione dell'intestino tenue nella Clinica sono, in attesa della capsula endoscopica, l'enteroscopia ed i test di assorbimento, respiratori e di biodisponibilità. La Clinica è uno dei pochi centri italiani di riferimento per l'enteroscopia, esame che essa ha sviluppato curandone in particolare l'accettabilità nella *routine* ambulatoriale. L'eccellenza clinica include una migliore nomenclatura della patologia del tenue.

Un nuovo modello di fibrosi epatica da dimetilnitrosamina, più aderente alla cirrosi

clinica, è entrato e si è consolidato nella ricerca sperimentale internazionale. Esso è stato proposto dai laboratori della Clinica, ed ha permesso una serie di studi sui meccanismi di fibrogenesi nelle cellule stellate e l'uso di inibitori specifici di messaggeri intracellulari (ad esempio la via Ras/ERK di interesse oncologico). Ciò conduce alla individuazione e sperimentazione di farmaci ostacolanti la fibrosi, bersaglio sanitario di prima grandezza. Su queste basi s'innestano gli studi clinici di prevenzione della cirrosi nelle epatiti croniche virali e nelle steatofibrosi non alcoliche, per le quali la Clinica ha una unità dedicata. Questo lavoro è orientato alla ottimizzazione del rapporto costo/eventi desiderati.

L'attività della Clinica è influenzata dal supporto istituzionale che essa dà, accanto alla Scienza e Tecnologia dei Prodotti Agroalimentari della Facoltà di Agraria, al Dottorato di Ricerca Alimenti e Salute. L'ottica si sposta qui dall'enfasi negativa per i fattori di rischio alla raccomandazione positiva per gli indicatori di salute negli alimenti. Ne risulta privilegiata, tra l'altro, la dieta tradizionale delle

Clinica di Gastroenterologia

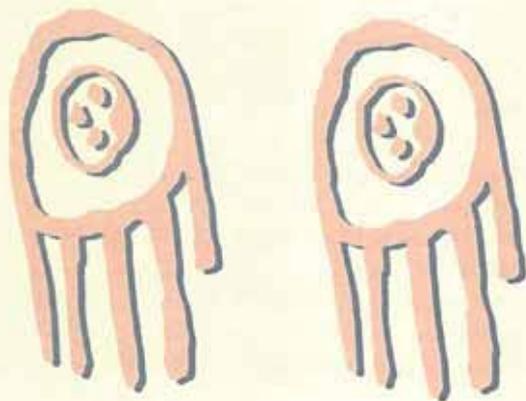


Marche. Collo di bottiglia del tema sono la digestione, l'assorbimento e la biotrasformazione degli alimenti. Il Dottorato è una prima risposta alla richiesta di nuove competenze e nuove professionalità dal mondo della produzione. La Clinica ha pubblicato sulla stampa medica internazionale i risultati di ricerche sul resveratrolo ed altri antiossidanti alimentari, ed intende sviluppare un tema che ha ricadute sanitarie notevoli in armonia con le ricerche di tecnologia alimentare.

La produzione scientifica della Clinica ha incluso, nel triennio 1998-2000, 22 articoli su riviste internazionali, con un *impact factor* complessivo di 212.

Esofagogastroduodenoscopia
Diagnostica, registraz/biopsie
Sclerosi varici esofagee
Legatura varici esofagee
Emostasi sanguinamenti esofagei
Emostasi sanguinamenti gastroduodenali
Polipectomia
PHmetria esofagea
Manometria esofagea
PHmetria gastrica
Enteroscopia, push senza tubo rigido
Colangiografia retrograda
Papillotomia
Estrazione calcoli
Coledocoscopia
Pancreatografia retrograda
Etc, inclusa morfometria, cellule isolate etc

Tab. 1 - Tecniche diagnostiche



La cultura come ponte

I lavori della conferenza di Ravenna sulla Cooperazione interuniversitaria nel bacino Adriatico-Ionico, che ha costituito il seguito di un precedente incontro svoltosi nel maggio scorso ad Ancona (dove l'Iniziativa Adriatico-Ionica è stata ufficialmente presentata), hanno ben configurato obiettivi importanti in ambiti di valori quali Sviluppo sostenibile, Economia e Ambiente, come ha sottolineato concludendo il Convegno, il Rettore dell'Università di Ancona Prof. Marco Pacetti.

Partecipando ai lavori congressuali ho avuto modo di cogliere realtà culturali-progettuali che vorrei portare a conoscenza di tutti i componenti della Facoltà di Medicina di Ancona, auspicando un sempre maggior coinvolgimento della stessa in tale operatività. La promozione ed il coordinamento interuniversitario di ricerca e sviluppo adriatico-jonico rappresentano obiettivi primari nella nostra realtà culturale, anconetana in particolare.

"Attraverso i contatti tra persone e società, crescenti in modo esponenziale, si accresce la conoscenza di forme di vita, valori e immagini del mondo...."

Pertanto tendono a crearsi nuove forme culturali che si basano non tanto sull'autonomia quanto sulle relazioni.

Piuttosto che di livellamento delle culture, si deve parlare di integrazione. Molte delle forme culturali del mondo attuale tendono anche a deterritorializzarsi subentrando ad esse alleanze culturali e sociali diverse: migranti, comunità, Internet, comunità di vita spirituale, culture giovanili, ecc." (Ina Zukrigl)

Queste considerazioni già oggetto di molteplici riflessioni, ben s'identificano con le realtà emerse dalla Conferenza di Ravenna. Come seguito della Conferenza di Ancona del Maggio scorso, con questa iniziativa di Ravenna si sono volute identificare, coordinare e ratificare le principali priorità programmatiche per la realizzazione e lo sviluppo del Network UNIADRION con collegamenti telematici tra i paesi che si affacciano sul bacino adriatico-jonico quale "ponte" reale tra due sponde, teso a migliorare tramite una stretta collaborazione d'intenti e sforzi, con l'istituzione di *focal points*, la qualità della realtà civile, culturale, economica di queste regioni del Mediterraneo. In essa si è sottolineato ulteriormente l'importanza di mettere in comune con questo ponte interuniversitario valori ed eccellenze delle singole culture in un quadro prospettico futuro ben ancorato, e non può essere diversamente, a condizioni antiche e caratterizzanti poi il singolo paese che si affaccia sull'Adriatico.

Al di là degli specifici interventi è questo il messaggio forte che io vedo emergere da tale conferenza. Poiché solo la molteplicità rende possibile il riconoscimento ed il rispetto reciproco, fondamentali per una collaborazione tra persone e culture.

Il programma dettagliato dei lavori di Ravenna e lo sviluppo futuro di questa iniziativa possono essere reperiti in rete sui web-site:

www.spfo.unibo.it/balkans/eurobalk.html;

www.adriatico.unian.it; <http://emagazine.italcultny.org>.

Graziella Biagini

Istituto di Morfologia Umana Normale
Università degli Studi di Ancona



DANIELE RODRIGUEZ

Istituto di Medicina legale
Università degli Studi di Ancona

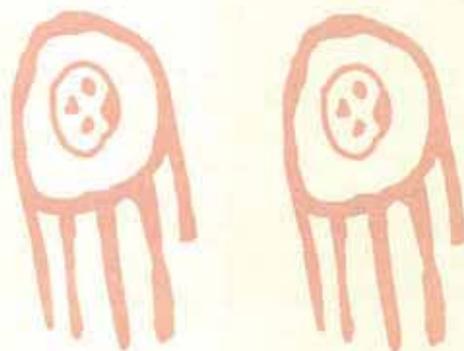
La rapida successione con cui, negli ultimi anni (in particolare a partire dal 1998), sono stati approvati codici di deontologia riguardanti gli esercenti varie professioni sanitarie è fenomeno di grande interesse e ricco di significato. Il contenuto dei codici è, innanzi tutto, l'espressione del senso di responsabilità maturato nell'ambito delle varie professioni sanitarie.

Ma la ragione della coincidenza cronologica che ha caratterizzato l'entrata in vigore di questi codici di deontologia va ricercata anche all'esterno delle professioni, in una qualche condizione che ne ha stimolato l'elaborazione quasi contemporanea. Questi codici sono anche documenti con cui si propone, fra i professionisti sanitari e gli altri esseri umani, una nuova alleanza, che si giustifica proprio in questa fase storica in cui la scelta politica in ambito sanitario è caratterizzata dalla prevalente valorizzazione data al contenimento dei costi. I codici, in altri termini, sono anche dichiarazioni con cui i vari professionisti sanitari si impegnano a ricercare, insieme con gli assistiti, una via per la promozione e la tutela della salute, che salvaguardi l'appropriatezza delle cure e dell'assistenza nel rispetto dell'appropriatezza dell'uso delle risorse. A conferma di ciò, molti passi dei codici deontologici sono tassativi sul fatto che sono da respingere condizionamenti alla libertà (ovviamente sulla base delle prove scientifiche) nell'esercizio della professione ed altrettanto tassativi sul punto che il fine dell'attività professionale è la tutela della salute e della vita della persona nel rispetto della sua dignità ed autonomia.

Sono tuttavia possibili numerose altre interpretazioni della predetta coincidenza cronologica. Questi Forum nascono proprio per analizzare insieme le ragioni del fenomeno, nel convincimento che una siffatta analisi sia strumento di crescita culturale ed etica per il discente, orientando la comprensione della funzione sociale che il futuro professionista è chiamato a svolgere e stimolandone il senso di solidarietà nei confronti delle persone che a lui si rivolgeranno. Da tutto ciò nasce l'opportunità di porre i codici di deontologia a confronto, e di porli a confronto su tematiche di ampio respiro, che contribuiscano a far chiarezza sul significato dell'agire professionale.

Ciò detto, è chiaro che la scelta di invitare alla frequenza dei Forum gli studenti dell'ultimo anno dei rispettivi Corsi di Laurea o di Diploma nasce da esigenze meramente organizzative e dalla considerazione che l'attività professionale non possa, oggi, essere assolutamente affrontata senza avere neppure un'idea di questa nuova alleanza che lega non solo professionisti e persone, ma gli stessi professionisti - esercenti professioni sanitarie diverse - fra

loro. Ciò non significa che gli altri studenti, quelli dei primi anni, non abbiano motivo per prendere parte ai Forum. E' vero, piuttosto, il contrario: il loro contributo all'analisi delle varie tematiche sarà certamente apprezzabile, e lo sarà tanto più quanto la loro sensibilità non sarà condizionata - come talora può accadere nella progressione degli studi - da quelle suggestioni tecnologiche che tendono ad allontanare dall'ascolto dei bisogni della persona.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ANCONA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
DIDATTICA INTERPROFESSIONALE

Per gli **STUDENTI** di: Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (VI anno); Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (IV anno); Diplomi Universitari di Fisioterapia, Infermiere, Ortottista, Ostetrica/o, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnico di Radiologia (III anno)

FORUM SU CODICI DI DEONTOLOGIA A CONFRONTO

Coordinatore Prof. Daniele RODRIGUEZ

12 Gennaio 2001, ore 12.45

Il significato di un Codice di Deontologia

Daniele RODRIGUEZ

26 Gennaio 2001, ore 12.45

Codici di Deontologia ed interruzione della gravidanza

Daniele RODRIGUEZ

19 Gennaio 2001, ore 12.45

Codici di Deontologia e tutela della salute

Mariano CINGOLANI

3 Febbraio 2001, ore 12.45

Codici di Deontologia e rapporti tra professionisti sanitari

Daniele RODRIGUEZ

Gli incontri si svolgeranno nell'Aula D nella sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Torrette di Ancona. Sono attribuiti otto crediti agli **STUDENTI** del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che hanno registrato la loro partecipazione. I Forum sono aperti agli iscritti alle Scuole di Specializzazione e a tutti gli interessati.





DANIELE RODRIGUEZ

Istituto di Medicina legale

Università degli Studi di Ancona

Il Consiglio nazionale della Federazione nazionale delle Ostetriche, nella seduta del 10-11 marzo 2000 ha approvato il Codice deontologico dell'Ostetrica/o. La nascita di un nuovo codice di deontologia in ambito sanitario è evento stimolante, perché è l'espressione di una riflessione attuale, scaturita dall'impegno di esperti di eccellenza: così accade che temi, magari da qualche tempo trascurati, magari scontati perché ormai ampiamente condivisi, vengono ad essere vivacizzati.

Anche questo Codice costituisce stimolo alla riflessione deontologica. Sviluppo dunque le mie riflessioni su ciascuno degli articoli che lo compongono. Nonostante questa impostazione dettagliata, il commento che propongo non ha la pretesa di essere un'analisi sistematica, ma è la semplice esposizione di alcuni spunti di riflessione.

Ometto valutazioni di carattere generale, in quanto già autorevolmente espresse da altri Studiosi. (1) Mi limito ad un'osservazione preliminare che reputo assolutamente necessaria. L'art. 1, comma 2, della Legge 26 febbraio 1999

Il codice deontologico dell'ostetrica/o. Spunti di riflessione

n. 42, recita: "... Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determina-

to dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di diploma post-base nonché degli specifici codici deontologici ...". Ricordato che tra le professioni sanitarie, alle quali si riferisce l'articolo citato, vi è quella di ostetrica/o; ciò significa che, per legge, questo Codice deontologico assume un valore particolare, poiché esso determina, insieme con profilo professionale ed ordinamento didattico, il campo proprio di attività e responsabilità dell'ostetrica/o stessa/o. Si può arrivare ad affermare che la legge stessa ha accettato "a scatola chiusa" questo Codice deontologico, avendone presupposto la validità ancor prima della sua stesura. Ma ciò significa anche che gli estensori del Codice stesso, consapevoli dell'investimento che, per legge, è stato fatto su di esso, ne hanno calibrato il contenuto proprio in funzione del suo ruolo determinante il campo proprio di attività e responsabilità dei professionisti ai quali è rivolto.

E' riportato di seguito il testo di ciascuno dei cinque arti-

coli in cui è suddiviso il Codice deontologico. Ad ogni articolo seguono le relative riflessioni.

1. PREMESSA

1.1. L'ostetrica/o è il professionista sanitario che, munita/o del titolo abilitante e iscritta/o all'Albo professionale, opera, per quanto di sua competenza, in ambito ginecologico-ostetrico-neonatale per garantire alla donna, al prodotto del concepimento e al bambino, le cure ed il sostegno di cui necessitano, nonché per realizzare interventi assistenziali di natura educativa e preventiva nei confronti della donna, della famiglia e della comunità.

1.2. L'ostetrica/o si impegna a promuovere e tutelare la salute sessuale/riproduttiva e non, in quanto diritto universale e pilastro della pari dignità della donna e dell'uomo.

1.3. Il presente Codice indica i principi e le regole che l'ostetrica/o deve osservare, nell'interesse esclusivo degli assistiti, ai fini del corretto esercizio della professione, ovunque e in qualunque forma svolta.

1.4. L'inosservanza di quanto stabilito dal presente Codice integra le ipotesi di abusi, mancanze e fatti comunque disdicevoli per la professione contemplate dal vigente ordinamento giuridico delle professioni sanitarie ed è punibile con le sanzioni disciplinari ivi previste, tenuto conto della gravità della infrazione.

1.5. La mancata conoscenza delle norme del presente Codice - che sarà comunicato dai Collegi a ciascun iscritta negli Albi - non esonera l'ostetrica/o dalla responsabilità disciplinare.

Commento

Dal punto di vista generale, si può osservare che nell'art. 1 sono introdotte due categorie tematiche fondamentali, che pare utile richiamare perché possono essere utilizzate come chiavi di lettura per la comprensione complessiva del Codice deontologico stesso; si tratta dell'*identità* e della *responsabilità*.

Il primo termine, quello di identità, indica l'insieme delle caratteristiche che rendono qualcuno o qualcosa quello che è, distinguendolo da tutte le altre persone o da tutte le altre cose. In quest'articolo sono descritti, nella loro rispettiva identità, l'ostetrica/o (comma 1.1) ed il Codice deontologico (comma 1.3).

La descrizione dell'ostetrica/o che figura nel comma 1.1 discende da una rilettura critica dell'art. 1, comma 1, del D.M. Sanità 14 settembre 1994 n. 740 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" (d'ora in poi indicato come "Profilo professionale" o semplicemente come "Profilo"). La tabella I riporta i due commi di interesse e consente di cogliere le differenze fra i due testi.

Balza agli occhi che nel Codice deontologico: figura la terminologia, appropriata, di "professionista sanitario" anziché quella più generica di "operatore sanitario",





Profilo professionale (D.M. 740 del 1994)

1.1. - ... l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

Codice deontologico dell'ostetrica/o

1.1. - L'ostetrica/o è il professionista sanitario che, munita/o del titolo abilitante e iscritta/o all'Albo professionale, opera, per quanto di sua competenza, in ambito ginecologico-ostetrico-neonatale per garantire alla donna, al prodotto del concepimento e al bambino, le cure ed il sostegno di cui necessitano, nonché per realizzare interventi assistenziali di natura educativa e preventiva nei confronti della donna, della famiglia e della comunità.

Tab. 1 - Le funzioni professionali dell'ostetrica/o nelle concezioni del Profilo professionale e del Codice deontologico

che compare nel Profilo professionale di cui al D.M.; si parla di "titolo abilitante" anziché di "diploma universitario abilitante" (nel Profilo professionale il concetto è comunque espresso nell'art. 4, ove si indica che "i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, sono equipollenti al diploma universitario"); si utilizza, per descrivere l'attività professionale, un verbo tecnico quale operare ("opera") e non si adotta -come fa il Profilo- "consiglia" che, per quanto riportato a completamento di un termine come "assiste", ha mantiene un carattere paternalistico (comunque, anche nel Codice deontologico, in un successivo comma, il 3.2, fa la sua comparsa il termine "consiglia"); si indica un ambito di attività, quello "ginecologico-ostetrico-neonatale", non già un preciso intervallo temporale limitato, come invece è riportato nel Profilo, che fa riferimento alla gravidanza, al parto ed al puerperio; risulta quindi che il Codice deontologico esprime una ben precisa concezione dell'attività professionale, che non è perfettamente coincidente, almeno nella forma, con quella del Profilo e che, se non si vogliono esasperare gli aspetti differenti dei due testi, può essere utilizzata come chiave di interpretazione (estensiva) delle indicazioni (riduttive, almeno apparentemente) che compaiono nel Profilo; sono previsti due obiettivi dell'attività dell'ostetrica/o: uno è quello finalizzato a "garantire alla donna, al prodotto del concepimento e al bambino, le cure ed il sostegno di cui necessitano" (rispetto al Profilo, fra gli assistiti viene inserito il "prodotto del concepimento" ed il termine "neonato" è sostituito da "bambino"); l'altro è volto a "realizzare interventi assistenziali di natura educativa e preventiva nei confronti della donna, della famiglia e della comunità"; i due obiettivi non sono confrontabili con quello del Profilo, che si limitava alla prospettiva di "portare a termine parti eutocici"; queste osservazioni rinforzano il convincimento

che il Codice miri proprio ad ampliare l'ambito di intervento professionale dell'ostetrica/o rispetto a quello che, a tutta prima, pare emergere dal Profilo.

Queste ultime considerazioni portano ad osservare che il comma 1.1 contiene, sia pure espresso implicitamente, un peculiarissimo principio, che può essere inteso o come affermazione della specificità delle indicazioni del Codice deontologico in merito all'ambito di esercizio della professionale o almeno come dichiarazione che compete al Codice stesso l'interpretazione delle norme di legge che disciplinano l'esercizio della professione.

Anche il comma 1.2 attiene all'identità, poiché presenta l'ostetrica/o come professionista che "si impegna a promuovere ed a tutelare la salute sessuale/riproduttiva e non". Di questo articolo merita una specifica riflessione l'aspetto relativo alla locuzione "e non", per quanto esso, espresso in forma così concisa, rischi di non essere adeguatamente considerato. Dopo quanto appena sopra considerato sul principio implicitamente contenuto nel comma 1.1, è inevitabile interrogarsi se, anche in questo passo, il Codice, con questo "e non", intenda estendere l'ambito di esercizio dell'attività. La risposta deve essere negativa: è pacifico che qui il Codice afferma che la salute è da intendere come complesso unitario, talché, anche se la specifica area di promozione e tutela garantita dall'ostetrica/o è quella sessuale/riproduttiva, l'attenzione deve essere posta sul concetto globale di salute.

Circa questo comma è da menzionare il richiamo ad un concetto (quasi una riscoperta), quello della "promozione della salute", che, sancito nella legge 23 dicembre 1978 n. 833, è stato poi solo saltuariamente ripreso nella normativa sopravvenuta.

Qualche dubbio può sorgere in merito all'identificazione del soggetto o dei soggetti al quale od ai quali è garantita promozione e tutela della salute. E' spontaneo risolvere il



dubbio richiamando il comma 1.1 che indica "donna", "prodotto del concepimento" e "bambino" come soggetti in relazione ai quali è svolta l'attività professionale. Ma, sul punto, è da tenere presente anche il comma 2.9, il quale indica, come unico valore di riferimento della professione, "la tutela della vita e della salute, intesa come diritto della madre, del bambino, della coppia nell'interesse della collettività". Il richiamo alla "coppia" che figura in quest'articolo è significativo, non rappresenta cioè semplicemente il completamento dell'elenco tutti i possibili soggetti che, in genere, hanno diritto alla tutela della salute: se quello fosse stato l'intendimento, non sarebbe stato necessario scendere nei dettagli, perché sarebbe stato sufficiente indicare un termine onnicomprensivo come "cittadino" o "persona". Il fatto di aver citato esplicitamente la coppia deve dunque essere inteso come individuazione di un insieme di persone cui l'attività professionale è specificamente rivolta.

Nel significato del Codice deontologico è fondamentale il postulato, che compare nel comma 1.3, per cui regole e principi devono essere osservati "nell'interesse esclusivo degli assistiti"; è assolutamente pacifico che il termine "interesse" sia qui da intendere non certo in una sua generica accezione edonistica o banalmente utilitaristica, bensì come specificamente riferito al concetto di salute (in sostanza: va inteso come interesse di salute); una siffatta interpretazione è autorizzata dai già citati commi 1.2 e 2.9 del Codice stesso.

In merito ai "principi" ed alle "regole", ai quali il comma 1.3 fa riferimento, occorre un'ulteriore riflessione. Le rego-

le sono facilmente identificabili, corrispondendo al dettato dei vari articoli del Codice deontologico. Meno chiara è l'individuazione dei principi, che - è scritto - "il presente codice indica": invero non vi è alcun articolo che li esponga. Essi vanno quindi ricercati nel testo del Codice deontologico, non tanto come enunciati formali, ma come indicazione di valori fondamentali di riferimento. I commi di possibile riferimento - con i valori dei quali, rispettivamente, ciascuno richiama la tutela - sono i seguenti: comma 1.2 - salute e dignità-; comma 2.5 - dignità e libertà -; comma 2.9 - salute e vita -. Il testo dei commi indicati è riportato nella tabella 2.

Nel Codice deontologico non figura una graduazione reciproca di questi quattro valori, graduazione cui l'ostetrica/o possa riferirsi in particolare quando non sia possibile salvaguardarli tutti contemporaneamente. In base al comma 2.9, sembra di dover privilegiare vita e salute (la cui tutela è assunta come valore fondamentale), rispetto a dignità e libertà.

Un ulteriore aspetto del comma 1.3 merita attenzione: il richiamo al fatto che esistano "forme" dell'esercizio professionale che possono condizionare la correttezza dell'esercizio professionale stesso. Non so se vi sia un'allusione a qualche specifica forma di attività, né so - qualora vi sia allusione - se essa sia rivolta a certe forme di attività svolte quale dipendente potenzialmente soggette a condizionamenti od alla libera professione. Probabilmente il richiamo è generico, ma non per questo perde in pregnanza: è infatti un ammonimento, forte, alla riflessione costante, nel

Comma 1.2 (salute e dignità)

L'ostetrica/o si impegna a promuovere e tutelare la salute sessuale/riproduttiva e non, in quanto diritto universale e pilastro della pari dignità della donna e dell'uomo.

L'ostetrica/o nel suo agire professionale prescinde da ogni distinzione di nazionalità, di razza, di condizione sociale, di appartenenza religiosa o ideologica, tenendo doveroso conto di tali fattori soltanto al fine di rispettare i valori e di salvaguardare la libertà e la dignità della persona assistita.

Comma 2.5 (dignità e libertà)

L'ostetrica/o deve salvaguardare in ogni circostanza la dignità e il decoro della professione, assumendo come unico valore di riferimento la tutela della vita e della salute, intesa come diritto della madre, del bambino, della coppia nell'interesse della collettività.

Comma 2.9 (salute e vita)

L'ostetrica/o deve salvaguardare in ogni circostanza la dignità e il decoro della professione, assumendo come unico valore di riferimento la tutela della vita e della salute, intesa come diritto della madre, del bambino, della coppia nell'interesse della collettività.

Tab. 2 - Valori fondamentali di riferimento citati nel Codice deontologico



corso dell'esercizio professionale, se esso venga limitato o comunque alterato da condizionamenti scaturenti proprio dal contesto lavorativo.

Il comma 1.4 introduce il concetto di responsabilità. Dal punto di vista generale, la parola responsabilità ha un duplice significato: non solo quello di essere chiamati a rispondere ad una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole, ma anche quello di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto. (2) L'aspetto primo indicato della responsabilità corrisponde ad un concetto "negativo" del termine, quello di essere chiamati a rispondere, in ambito penale, civile o disciplinare, quando ormai l'errore o l'omissione è stato commesso; detto aspetto è in contrapposizione a quello "positivo" dell'essere responsabili, dell'assumersi cioè le responsabilità che l'esercizio professionale comporta (a prescindere dalle conseguenze di danno derivate all'assistito). In questo comma 1.4, relativamente all'attività professionale, il concetto di responsabilità è proposto in senso positivo, nel senso del rispetto di principi e regole di correttezza. Anche in altri commi, il 2.8 ed il 2.10, del Codice deontologico ritorna questa concezione della responsabilità. Il comma 1.6, trattando della responsabilità disciplinare, si riferisce invece al concetto negativo.

Circa la responsabilità, deve essere tenuto presente che il comma 1.4 non riguarda la sola attività professionale, ma si riferisce anche ai comportamenti di "ogni momento della vita di relazione".

I commi 1.5 e 1.6 hanno carattere tecnico. Il comma 1.5 indica esplicitamente che l'inosservanza di quanto stabilito dal Codice deontologico integra le ipotesi di abusi, mancanze e fatti comunque disdicevoli per la professione contemplate dal vigente ordinamento giuridico delle professioni sanitarie ed è punibile con le sanzioni disciplinari ivi previste, tenuto conto della gravità dell'infrazione. Come noto, le sanzioni disciplinari previste dall'art. 40 del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 - si tratta della norma cui il comma 1.5 si riferisce - sono l'avvertimento, la censura, la sospensione (temporanea) dall'esercizio della professione e la radiazione dall'Albo. A differenza del sistema penale, che prevede specifiche pene per i singoli reati (art. 1 del Codice penale), la formulazione del Codice deontologico non si ispira a questo principio (noto come di tassatività o tipicità), talché il comma 1.5 non contempla una corrispondenza automatica fra infrazione deontologica e sanzione (3) (4): è solo prospettato - si tratta comunque di un principio di carattere generale nell'ambito della responsabilità disciplinare in genere dei professionisti (5) - che la misura della sanzione sia proporzionata alla gravità dell'infrazione. In merito ad una sola sanzione, la radiazione, sono indicati nel D.P.R. 221 cit. i criteri generali da adottare per la sua applicazione. L'art. 41 del D.P.R. recita infatti: "la radiazione è pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria."

Il comma 1.6 richiama un principio generale del Diritto (si confronti, ad esempio, l'art. 5 del Codice penale: "Nessuno

Responsabilità in senso positivo

1.4. - I principi e le regole di correttezza che contraddistinguono lo svolgimento eticamente responsabile dell'attività professionale, secondo il presente Codice, devono ispirare i comportamenti dell'ostetrica/o in ogni momento della sua vita di relazione.

2.8 - L'ostetrica/o presta la sua opera con la responsabile consapevolezza del livello di esperienza e competenza professionale raggiunto non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. ...

2.10. - L'ostetrica/o rende nota al pubblico la propria attività professionale nelle forme e nei limiti consentiti dalle disposizioni vigenti in materia di pubblicità sanitaria rendendosi responsabile delle proprie dichiarazioni. ...

Responsabilità in senso negativo

1.6 - La mancata conoscenza delle norme del presente Codice - che sarà comunicato dai Collegi a ciascun iscritta negli Albi - non esonera l'ostetrica/o dalla responsabilità disciplinare.

Tab. 3 - Le possibili accezioni del termine "responsabilità" come figurano nel Codice deontologico



può invocare a propria scusa l'ignoranza della legge penale") per cui la mancata conoscenza delle norme del Codice deontologico non esonera l'ostetrica/o dalla responsabilità disciplinare. Comunque il comma 1.6 integra l'enunciazione del principio con l'indicazione di un dovere, quello di comunicare il testo del Codice deontologico agli iscritti, che incombe ad ogni singolo Collegio professionale e che rende concreta la possibilità che ogni singolo professionista abbia consapevolezza delle norme del Codice.

2. DOVERI GENERALI

2.1. Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o opera secondo scienza e coscienza, ispirandosi in ogni momento ai valori etici fondamentali della professione e attenendosi alle conoscenze scientifiche validate e aggiornate, nonché alle linee guida emanate dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

2.2. L'ostetrica/o ha il dovere di curare con assiduità il proprio aggiornamento scientifico e tecnico, nel quadro di un processo di adeguamento continuo delle proprie conoscenze e competenze lungo l'intero arco della vita professionale.

Ha inoltre il dovere di contribuire alle attività di formazione e aggiornamento.

2.3. L'ostetrica/o promuove, attraverso gli opportuni strumenti, il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

2.4. L'ostetrica/o, al fine di contribuire al progresso scientifico nonché di perfezionare l'esercizio della professione e il miglioramento dell'assistenza, si impegna nell'attività di ricerca nel rispetto dei principi etici.

2.5. L'ostetrica/o nel suo agire professionale prescinde da ogni distinzione di nazionalità, di razza, di condizione sociale, di appartenenza religiosa o ideologica, tenendo doveroso conto di tali fattori soltanto al fine di rispettare i valori e di salvaguardare la libertà e la dignità della persona assistita.

2.6. L'ostetrica/o deve sempre rispondere alla richiesta di assistenza anche quando questa esuli dalla sua abituale attività o comporti disagio o rischio personale. Nei casi di urgenza deve attivarsi tempestivamente per assicurare adeguata assistenza. Il rifiuto di prestare soccorso costituisce in tali casi grave mancanza deontologica.

2.7. L'ostetrica/o, allorché individua situazioni potenzialmente patologiche che trascendono la sua sfera di competenza, chiede tempestivamente l'intervento del medico o il trasferimento della persona assistita nella struttura di cura più appropriata, praticando nel frattempo le inderogabili misure di emergenza.

2.8. L'ostetrica/o presta la sua opera con la responsabile consapevolezza del livello di esperienza e competenza professionale raggiunto non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Quando ritenga di non poter agire con la necessaria sicurezza, richiede l'opportuna consulenza.

2.9. L'ostetrica/o deve salvaguardare in ogni circostanza la dignità e il decoro della professione, assumendo come unico valore di riferimento la tutela della vita e della salute, intesa come diritto della madre, del bambino, della coppia nell'interesse della collettività.

2.10. L'ostetrica/o rende nota al pubblico la propria attività professionale nelle forme e nei limiti consentiti dalle disposizioni vigenti in materia di pubblicità sanitaria rendendosi responsabile delle proprie dichiarazioni. Sono comunque vietati i messaggi suggestivi e ingannevoli o che assumano le caratteristiche della pubblicità commerciale. L'ostetrica/o è tenuta in ogni caso a richiedere il preventivo nulla osta del proprio Collegio sull'informazione che intende diffondere.

2.11. L'ostetrica/o che venga a conoscenza di prestazioni professionali effettuate da persone non abilitate è obbligata a farne denuncia al Collegio di appartenenza.

Commento

L'art. 2 attiene sostanzialmente alla categoria della *responsabilità*, che è qui considerata negli aspetti pratici, operativi, del senso "positivo" del termine di cui poco sopra ho detto, con particolare riferimento alle necessità connesse alla tutela della salute (non solo quella riproduttiva e sessuale, nel senso già indicato a proposito del comma 1.2) della persona assistita. Prima di entrare nel dettaglio, bisogna indicare che, all'interno della categoria della responsabilità, possono essere distinte tre sottotipologie fondamentali, che riguardano, rispettivamente, l'assistenza alla persona, la formazione e l'attività di ricerca dell'ostetrica/o ed i rapporti con altri soggetti. L'art. 2, dopo aver ribadito alcune regole fondamentali, detta le norme che si riferiscono a ciascuna delle tre sottotematiche.

Le regole generali sono enunciate dai commi 2.1, 2.5 e 2.9. Il comma 2.1 esordisce con il richiamo alla locuzione "scienza e coscienza" di cui focalizza puntualmente il contenuto autentico, riferendosi, da un lato ai valori etici fondamentali della professione e dall'altro alle conoscenze scientifiche validate ed aggiornate, nonché alle linee guida della Federazione. I valori etici non sono enunciati in questo comma, talché rimando a quanto già argomentato, a proposito, nel commento al comma 1.3. Circa l'agire secondo scienza ed i connessi richiami pratico-applicativi, sono da fare due osservazioni. La prima riguarda proprio l'aver indicato che alla Federazione compete l'emanazione di linee guida che -assoluta novità- si propongono come una sorta di gemmazione del Codice deontologico, posto che è il Codice deontologico ad istituirle ed a farle proprie, nonché a postularne la validità. Il fatto che queste linee guida siano una derivazione diretta del Codice deontologico ha conseguenze giuridiche connesse al già citato detta-



to dell'art. 1, comma 2, della Legge 26 febbraio 1999 n. 42. Detto articolo contempla, fra l'altro, che "ambito di attività e responsabilità è dato ... dai codici deontologici", talché le "linee guida", che sono emanazione diretta del Codice deontologico (costituendone apparentemente parte integrante) hanno, in sostanza, analogo valore. Quest'affermazione, che di per sé sembra non comportare particolari conseguenze pratiche, deve essere considerata soprattutto in relazione alla seconda osservazione che avevo preannunciato e che ora esplicito. Il Codice non indica quale sia la scala gerarchica fra conoscenze scientifiche e linee guida della Federazione qualora esse risultino non coincidenti, come, ad esempio, potrà avvenire in ipotesi di un non tempestivo aggiornamento delle linee guida di fronte a progressi tecnico-scientifici in un dato settore intervenuti col tempo dopo l'emanazione delle linee guida stesse. Occorre dunque dichiarare esplicitamente che non vi è dubbio che, nonostante le linee guida siano emanazione diretta del Codice deontologico (a sua volta indicato dalla Legge 42 del 1999 cit. come parametro di riferimento per l'ambito di attività e responsabilità dell'ostetrica/o), su di esse hanno la prevalenza le conoscenze scientifiche validate ed aggiornate. Questa considerazione turba certamente quanti ormai si affidano, per l'attività professionale, alle linee guida in genere, ritenendo che le stesse assicurino la correttezza del comportamento. In realtà, le linee guida in genere -e quindi anche queste che saranno emanate dalla Federazione- non hanno, in sé, un valore assoluto ed immutabile nel tempo. Lo stesso comma 2.1 sottolinea che le stesse, oltre che validate, debbano essere aggiornate: è un richiamo a considerare le linee guida con senso critico, è un invito a riflettere su quanto il loro contenuto sia transeunte e difficile da aggiornare con tempestività di fronte al progredire delle conoscenze scientifiche. Le riflessioni fondamentali sui commi 2.5 e 2.9 sono già state svolte parlando del comma 1.3. Ora affronto un aspetto del comma 2.9 precedentemente trascurato: l'affermazione che la "tutela della vita e della salute" è "intesa come diritto della madre, del bambino, della coppia nell'interesse della collettività." L'indicazione sembra richiamare il disposto dell'art. 32 della Costituzione: analoghi sono molti termini, ma non è sovrapponibile la costruzione sintattica delle due norme. L'art. 32 della Costituzione recita infatti: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ...". Nella prospettiva della Costituzione, la tutela della salute è dunque vista -sostanzialmente sullo stesso piano- come diritto del singolo e interesse della collettività; per il Codice deontologico la tutela della salute come diritto del singolo

(sia esso madre, bambino o coppia) sembra invece rientrare nell'interesse della collettività. Ciò sta forse ad indicare che, nella concezione del Codice deontologico, in caso di conflitto di interessi, il diritto del singolo è subordinato all'interesse della collettività? La risposta a questa domanda è, stando al testo del comma 2.9, necessariamente affermativa. Tuttavia, poiché una tale interpretazione risulta gravida di conseguenze, è da considerare anche l'eventualità che si tratti di un semplice refuso lessicale e che quindi il testo del comma 2.9 del Codice sia da leggere in conformità a quello dell'art. 32 della Costituzione, come cioè se "interesse della comunità" fosse preceduto dalla congiunzione "e", anziché dalla preposizione articolata "nell".

Il comma 2.8 rappresenta il passaggio fra le indicazioni di carattere generale e quelle particolari, di natura strettamente pratico-operativa. Vi è dapprima un richiamo al concetto di responsabilità (positiva) in generale. Vi è poi un'esortazione ad avere consapevolezza del livello di esperienza e competenza (quest'ultima evidentemente intesa come conoscenza-capacità-abilità, non certo come pertinenza; ciò in perfetta sintonia con quanto figura nel comma 2.2) professionale raggiunto; detto livello è indicato come limite dell'agire responsabile. Fissato questo concetto, il comma descrive la condotta da tenere quando l'ostetrica/o ritenga di non poter agire con la necessaria sicurezza (sono assolutamente certo -ma esplicito il mio pensiero perché non so quanto il mio convincimento sia pacifico anche per altri- che il concetto di sicurezza qui richiamato vada riferito alla tutela della salute e/o della vita dell'assistito o degli assistiti): si tratta del dovere di richiedere consulenza. Il punto va sottolineato, perché, con questa indicazione, il Codice deontologico dell'ostetrica/o si colloca nello stesso solco che ha iniziato a tracciare, nel 1999, il Codice deontologico dell'infermiere: solco che reca, quale elemento di maggior novità ed interesse, proprio l'idea di una consulenza richiesta dall'infermiere o dall'ostetrica. La richiesta di consulenza va intesa come rivolta a colleghi esercenti sia la stessa professione ostetrica sia altre professioni sanitarie; è pacifico che il ricorso alla consulenza sia un atto doveroso per l'ostetrica/o quando ritenga di non poter agire con la necessaria sicurezza, che quindi possa (e debba) essere richiesta dall'ostetrica/o in piena autonomia e che la struttura sanitaria in cui l'ostetrica/o presta servizio quale dipendente renda effettivo tale diritto. Due commi, il 2.6 e il 2.7, concernono la prima delle tre sottotipologie di responsabilità da me precedentemente enunciate, quella nell'assistenza.

Il comma 2.6 pone in capo all'ostetrica/o un dovere ogget-





tivamente ben gravoso: quello di rispondere "sempre" alla richiesta di assistenza; il significato dell'avverbio "sempre" è chiaro ed il testo del comma, che si riferisce a tutti i casi e non solo - è da sottolineare - a quelli di urgenza (affrontati nella successiva frase del comma), non prevede alcuna deroga. Non è però specificato che cosa si intenda per "rispondere"; in particolare, l'uso di questo verbo significa che non è necessario che l'ostetrica/o debba tassativamente recarsi nel luogo ove la sua opera è richiesta, potendo vagliare, in rapporto alla richiesta ed alle integrazioni fornite dall'interlocutore, se sia il caso di intervenire di persona e se occorra intervenire tempestivamente. Certo è che lo spirito del comma 2.6 è chiaro: un'eventuale decisione dell'ostetrica/o di non intervenire affatto o di non intervenire subito è ammissibile solo qualora esistano precise condizioni che indichino che l'intervento sia superfluo. L'eventuale decisione di non intervenire non può comunque essere correlata a questioni di carattere personale, quali, da un lato, l'abituale attività, e, dall'altro, il rischio od il disagio.

Qualche riflessione meritano le due locuzioni "abituale attività" e "richiesta di assistenza". La latitudine applicativa del comma 2.6 varia in funzione del senso che si attribuisce al termine "assistenza". Ad una prima valutazione, si può ritenere che per "assistenza" si intenda *assistenza di pertinenza ostetrica*; ed in questa eventualità, per "abituale attività" è da intendere sostanzialmente *il regime libero professionale o con rapporto di dipendenza, pubblico o privato - in cui è svolta la professione di ostetrica/o*. Ma vi è una seconda ipotesi interpretativa: che al termine "assistenza" vada conferito un *significato più esteso*, per quanto *comunque circoscritto all'ambito sanitario*, quale potrebbe, ad esempio, essere quella correlata alla richiesta di intervento da parte di terzi per la febbre di un uomo anziano. Proprio in quest'ultima ipotesi interpretativa, la risposta dell'ostetrica/o ("deve rispondere") non necessariamente consiste nell'intervento personale anche in casi di non pertinenza ostetrica; in questi ultimi casi, è opportuno che l'ostetrica/o valuti se il coinvolgimento di altro professionista sanitario, il cui curriculum formativo sia pertinente al caso, sia possibile senza che il tempo necessario per il suo intervento comporti pericolo per la persona che chiede assistenza; se ciò non fosse attuabile, l'ostetrica/o potrà erogare (ovviamente se ha adeguate conoscenze e se ne è capace) prestazioni di pertinenza non ostetrica; e ciò avverrà in sintonia con le indicazioni del Codice, posto che la frase "anche quando esuli dalla propria abituale attività" che compare nel comma 2.6 può anche essere intesa facendo corrispondere l'"abituale attività" alla *professione*

di ostetrica/o, anziché al regime (libero professionale o dipendente) come fatto poco sopra nella prospettiva della più restrittiva interpretazione del termine "assistenza". Resta fermo che in caso di richiesta di assistenza non pertinente e di incapacità a fornire una, anche modesta, assistenza qualificata, la "risposta" che impone il codice deontologico può ben essere costituita dall'indicazione del professionista cui è opportuno rivolgersi. "Nei casi di urgenza" l'ostetrica/o dovrà attivarsi personalmente per assicurare che altri professionisti sanitari possano erogare l'adeguata assistenza. Sempre per quanto riguarda i casi di urgenza, è pacifico che, ove le prestazioni non esulino da quelle di cui il professionista ha competenza, l'adeguata assistenza può essere rappresentata dall'attività dell'ostetrica/o. Il comma conclude richiamando il rifiuto di soccorso "in tali casi": ritengo che il riferimento sia fatto ai soli casi di urgenza e non a tutti i casi (anche non di urgenza) individuati dal comma 2.6. Vale la pena di sottolineare che il Codice ritiene sussistere la "grave mancanza deontologica" comunque, anche in casi in cui l'ostetrica/o non sia presente sul posto e, ad esempio, sia stata richiesta di intervento telefonicamente; corollario di questa osservazione è che, in riferimento a questa norma, il concetto di urgenza va valutato in rapporto a come il caso è stato presentato all'ostetrica/o ed alle risultanze della connessa, doverosa, inchiesta anamnestica, piuttosto che alle circostanze reali (o per lo meno ricostruite come tali).

Il comma 2.7 sembra individuare una condizione diversa da quella prospettata dal comma 2.6: qui si tratta di situazioni potenzialmente patologiche che trascendono la sfera di competenza dell'ostetrica/o e che comportano la tempestiva richiesta di intervento del medico o il trasferimento della persona assistita nella struttura di cura più appropriata. Anche in questo comma non è precisato se le situazioni potenzialmente patologiche attengano all'ambito ostetrico o alla salute della persona in genere; l'indicazione dell'attività da porre in essere è chiara, nel senso del dovere di astenersi dal fare quanto non sia di pertinenza, salvo che sia necessario procedere, nel frattempo, ad inderogabili misure di emergenza. Il punto è delicato, in quanto non è detto che l'ostetrica/o sappia sia riconoscere la condizione di emergenza sia applicare le necessarie misure; probabilmente non è casuale che non sia stato usato il verbo *dovere*, non potendosi sollecitare l'ostetrica/o a fare ciò che non è in grado di fare. Il contenuto del comma 2.7 si avvicina a quanto ho sopra argomentato in merito alla seconda ipotesi interpretativa del termine *assistenza* in relazione al comma 2.6. Ciò rilevato, si potrebbe concludere con la proposta di circoscrivere la portata del comma 2.6





alla prima linea interpretativa. E' tuttavia da tener presente che il comma 2.7 limita moltissimo la facoltà di intervento -anche eccezionale- dell'ostetrica, ammettendola per le sole misure di emergenza, qualificate oltretutto come inderogabili. L'interpretazione del comma 2.6 mi aveva invece portato a conclusioni meno rigide: avevo ammesso infatti la facoltà di intervento dell'ostetrica/o per prestazioni di pertinenza non ostetrica nei casi nei quali il tempo necessario per l'intervento del professionista sanitario appropriato e competente comporti pericolo per la persona che chiede assistenza. La rigidità e le limitazioni del comma 2.7 sono comunque superabili; è sufficiente interpretare il termine "emergenza" in modo meno restrittivo rispetto alla radicata concezione per cui il sostantivo esprime il grado massimo di gravità -superiore alla stessa urgenza- di una condizione morbosa.

La seconda sottotipologia riguarda la responsabilità nella formazione e nell'attività di ricerca, affrontata nei commi 2.2, 2.3 e 2.4. Ho unificato questi due ambiti di responsabilità, in quanto il Codice deontologico stesso sembra volerli correlare, sia pure in relazione ad uno specifico aspetto, che è comunque assolutamente centrale rispetto all'attività professionale, quello della "promozione del miglioramento continuo delle prestazioni erogate." Ricerca e formazione possono infatti essere identificate con i principali "opportuni strumenti", richiamati dal comma 2.3, da utilizzare per la predetta *promozione del miglioramento*. L'approccio professionale a questo *miglioramento continuo delle prestazioni erogate* deve essere necessariamente basato sull'analisi sia dei fattori di qualità, sia degli indicatori di qualità, sia degli standard di qualità. Ciò comporta necessariamente un'attività di ricerca, il cui risultato diviene automaticamente contenuto di formazione per i professionisti che non hanno direttamente contribuito alla ricerca stessa.

Il comma 2.2, quello relativo a formazione ed aggiornamento, si sofferma in particolare su due doveri, da un lato quello di curare il proprio aggiornamento, dall'altro quello di contribuire alla formazione rivolta ad altri: si tratta di due concetti che non sono fra loro disgiunti, ma che si integrano a vicenda. Il comma è di estrema chiarezza e non necessita di particolari commenti. E' da sottolineare l'aspetto rigoroso che lo caratterizza; al riguardo, l'uso di espressioni quali "con assiduità" e "lungo l'intero arco della vita professionale" è significativo.

L'aver indicato come dovere quello di essere in prima persona artefice della propria formazione continua costituisce una ben precisa scelta del Codice deontologico: esso ha voluto responsabilizzare pienamente l'ostetrica/o, la/il

quale dunque, di volta in volta, dovrà attivarsi per promuovere la propria formazione o partecipare alle iniziative prese in tal senso dal Collegio professionale o dall'Azienda da cui eventualmente dipende. Ciò significa che, qualora gli enti, che istituzionalmente hanno il dovere di promuovere formazione, omettessero le pertinenti iniziative, vi è, in capo all'ostetrica/o, il dovere di integrare tale formazione o addirittura di realizzarla per intero quando non attivata.

Il comma 2.4 racchiude in sé due indicazioni, l'una delle quali può essere definita un'esortazione, quella di "impegnarsi nell'attività di ricerca", e la seconda un dovere, quello del "rispetto dei principi etici". In merito a questi ultimi, rinvio alle indicazioni di carattere generale già esposte in relazione al comma 1.2 e sintetizzate nella tabella II.

Rilevo che l'estrema sintesi di questo comma 2.4 lascia aperti alcuni interrogativi, soprattutto se l'attività di ricerca cui esso si riferisce è da intendere come riguardante anche la sperimentazione umana. In particolare non è fatto alcun cenno specifico all'attività di ricerca comportante interventi sul genoma o su embrioni umani o su neonati o bambini in genere. Le questioni etiche che siffatte attività di ricerca comportano sono di complessità tale, che avrebbero meritato qualche indicazione più specifica rispetto al troppo generico "rispetto dei principi etici". Inoltre, con riferimento ad embrioni e genoma, è da osservare l'insidiosa formulazione del comma 2.4; sono infatti indicate tre finalità della ricerca, cioè "contribuire al progresso scientifico", "perfezionare l'esercizio della professione" e "il miglioramento dell'assistenza". Non è chiaro se queste tre finalità debbano *congiuntamente* caratterizzare la ricerca: se così fosse non sussisterebbero problemi di sorta circa i fini della ricerca. Vi è però l'ipotesi alternativa, che cioè sia sufficiente una sola di queste tre finalità, anche disgiunta dalle altre, per motivare la ricerca: il problema si pone in particolare per la prima (anche perché non è facile che le ultime due siano disgiunte fra loro). Se, dunque, il comma 2.4 richiamasse esplicitamente una ricerca finalizzata anche al solo progresso scientifico, una ricerca, cioè, senza evidenti ricadute assistenziali, allora, sarebbe stato opportuno un più accurato richiamo da parte del Codice deontologico sui principi etici di riferimento nel caso di interventi sul genoma umano e su embrioni, escludendo in particolare la liceità di siffatti interventi se non finalizzati ad oggettive esigenze assistenziali o terapeutiche o preventive. Ciò non è stato fatto, perciò occorre concludere che gli estensori del Codice deontologico non intendessero ammettere la liceità della sperimentazione scientifica pura su embrio-





ni e genoma umani. Può tuttavia restare qualche incertezza interpretativa; il che non deve indurre a fossilizzarsi nella ricerca dell'interpretazione autentica, ma deve costituire spunto per porre l'attenzione sul fatto fondamentale, che, nell'ambito della ricerca e della sperimentazione, la riflessione etica deve essere una fase imprescindibile dell'attività che si intende realizzare. E' pacifico, in particolare, che questa riflessione vada condotta in modo più approfondito rispetto al dettato deontologico, in particolare quando esso sia generico, carente o contraddittorio. Tale riflessione assume aspetti peculiarissimi nella sperimentazione scientifica pura, quella cioè senza immediati miglioramenti assistenziali - e non solo per quanto attiene genoma umano ed embrioni - perché comunque una siffatta sperimentazione può comportare rischio per salute o dignità della persona, senza un concreto obiettivo di tutela o di promozione di salute della persona stessa.

In conclusione, se è da considerare del tutto favorevolmente il richiamo alla necessità che l'attività professionale sia basata sulla ricerca scientifica e che la stessa debba vedere l'ostetrica/o impegnata in prima persona, è tuttavia da rimarcare che alcuni aspetti, particolarmente delicati sotto il profilo etico, della ricerca scientifica di pertinenza anche ostetrica avrebbero meritato specifica attenzione. Questo non significa che, se la scelta degli estensori del Codice deontologico è stata quella di responsabilizzare, in tema di ricerca scientifica, l'ostetrica/o, conferendole/gli autonomia di valutazione etica, una siffatta scelta non sia condivisibile: rilievo tuttavia che, in relazione a questa tematica, considerato anche che essa è - almeno per parte delle/degli ostetriche/i - innovativa, diviene evidente l'eccessiva genericità dei principi etici richiamati dal Codice deontologico e schematizzati nella tabella 2.

L'ultima delle tre sottotipologie, quella relativa ai rapporti con altri soggetti, è rappresentata dai commi 2.10 e 2.11. Il comma 2.10 assume un atteggiamento interessante riguardo alla pubblicità sanitaria; essa è vista come una presentazione ("rende nota") della propria attività professionale, assumendo così carattere tipicamente informativo piuttosto che pubblicitario. Non a caso, nel comma, questa *comunicazione al pubblico* compare non come "permessa", bensì come funzione quasi intrinseca all'attività professionale. Non a caso l'ultima frase del comma 2.10 parla proprio di "informazione" e la seconda vieta messaggi con le "caratteristiche della pubblicità commerciale". Il comma 2.10 indica comunque il dovere di attenersi alle forme ed ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti in materia di pubblicità sanitaria, facendo implicito riferimento alla Legge 5 febbraio 1992 n. 175 come modificata ed integrata dal-

l'art. 3 della Legge 26 febbraio 1999 n. 42.

Il comma 2.11 prescrive l'obbligo di denuncia al Collegio, da parte dell'ostetrica/o, di prestazioni professionali effettuate da persone non abilitate. E' l'unico obbligo di denuncia al Collegio previsto dal Codice deontologico; i commi 4.4 e 5.1 contemplano *segnalazioni* (rispettivamente di "ogni abuso o comportamento delle colleghe contrario alle regole fissate dal presente Codice" e di "carenze e disfunzioni della struttura in cui opera") ed il comma 5.2 il *dare notizia* (di "qualunque tentativo di imporre [all'ostetrica/o] comportamenti non conformi ai principi e ai doveri deontologici"). Conviene ricordare che l'art. 348 del Codice penale prevede il delitto di *abusivo esercizio di professione sanitaria*: "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito ...". Il delitto è perseguibile d'ufficio. Di conseguenza, qualora l'ostetrica/o presti assistenza od opera in un caso in relazione al quale abbia la consapevolezza che vi sia stato un precedente intervento con le caratteristiche di cui all'art. 348 cit., oppure se, in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, ne abbia notizia, è tenuta/o a darne comunicazione all'Autorità giudiziaria (Procura della Repubblica), con lo strumento, rispettivamente, del referto o della denuncia. Di conseguenza, ogni qual volta si procede a denuncia al Collegio a mente di questo comma 2.11 del Codice deontologico, occorre valutare se ricorrono gli estremi (ed è da ritenere che quasi sempre ricorrano) anche per la segnalazione all'Autorità giudiziaria.

3. RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

3.1. Nel rapporto con la persona assistita l'ostetrica/o impronta la propria opera professionale al rispetto dei diritti umani fondamentali.

3.2. L'ostetrica/o assiste e consiglia la persona assistita informandola in modo esauriente, con linguaggio adeguato al livello intellettuale e culturale della stessa su tutte le pratiche e provvedimenti socio-assistenziali ritenuti necessari.

3.3. Ferma restando l'informazione prescritta dal paragrafo 3.2., l'ostetrica/o ha il diritto-dovere di acquisire il consenso informato prima di intraprendere sulla persona qualunque atto professionale.

Il consenso è espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge.

3.4. L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi in cui è ammessa dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica specialmente se compiuta a scopo di lucro.

L'ostetrica/o obiettrice di coscienza può rifiutarsi di intervenire





nella interruzione volontaria della gravidanza, sempreché non sussista una situazione di imminente pericolo per la vita della donna che non possa essere fronteggiata da altra collega.

3.5. L'ostetrica/o deve mantenere il segreto su quanto viene a sua conoscenza nello svolgimento dell'attività professionale, nonché sulle prestazioni assistenziali effettuate. L'obbligo del segreto non viene meno a seguito della morte della persona. La rivelazione è lecita, oltre che per ottemperare a specifici obblighi giuridici, soltanto quando sia richiesta o autorizzata dalla persona o dal suo legale rappresentante, ovvero quando sia imposta dalla necessità di salvaguardare la vita o la salute della persona medesima o di terzi, ferma restando in quest'ultima ipotesi la preventiva autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali, se richiesta dalla normativa in materia.

La rivelazione costituisce infrazione deontologica più grave se compiuta a fine di lucro proprio o altrui o se ne derivi nocimento per la persona assistita o per altri.

3.6. L'ostetrica/o deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso concernenti la persona assistita e i componenti della sua famiglia, con particolare riguardo ai dati sensibili. Nell'interesse esclusivo della persona assistita, la documentazione clinica che la concerne deve essere messa a disposizione della medesima o di altro soggetto da essa indicato per iscritto.

3.7. L'ostetrica/o assicura il rispetto del diritto della madre a conservare l'anonimato riguardo al prodotto del concepimento e al parto.

3.8. Nell'attività libero professionale si applica il principio dell'intesa diretta con la persona assistita, fermo restando che la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione nonché alle indicazioni tariffarie dell'organo professionale. L'ostetrica/o deve far conoscere all'assistita il suo onorario concordandone preventivamente l'ammontare, possibilmente per iscritto. L'ostetrica/o può svolgere a titolo gratuito la sua attività purché ciò non costituisca concorrenza sleale, illecito accaparramento di clientela e/o illecita attività economica.

Commento

L'art. 3 attiene sostanzialmente alla responsabilità nei rapporti con la persona assistita, con riferimento alla tutela dei suoi diritti.

Così, il comma 3.1 esordisce dichiarando che l'ostetrica/o impronta la propria opera professionale al rispetto dei diritti umani fondamentali; non specifica quali siano questi diritti, ma essi possono essere agevolmente desunti dalla Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo approvata dall'Assemblea Generale dell'O.N.U., in New York, il 10 dicembre 1948 o, con specifico riferimento al nostro Paese, dal Titolo I della Costituzione della Repubblica Italiana.

Dopo questa impegnativa dichiarazione d'esordio, l'art. 3 del Codice deontologico esemplifica l'attività doverosa in

relazione ad alcuni di questi diritti.

Il comma 3.2 è il riconoscimento del diritto all'autonomia della persona assistita, autonomia che diventa autenticamente tale solo se la persona è esaurientemente informata. Una riflessione merita il fatto che l'attività di informazione rientri nell'assistenza nonché nella funzione di consigliare attribuita all'ostetrica/o. L'aver focalizzato il primo aspetto, che l'informazione rientri cioè nell'assistenza, merita plauso: l'informazione all'assistito costituisce pertanto un'integrazione della prestazione professionale finalizzata alla tutela della salute, ed è quindi prestazione sanitaria essa stessa alla stregua, o meglio ad integrazione, dell'intervento assistenziale come comunemente inteso. In questa prospettiva, l'informazione alla persona assistita esce dalla sfera di discrezionalità dell'ostetrica/o, dovendo essere necessario corredo della sua prestazione professionale globale, anche in mancanza di un obbligo specifico di legge inerente all'informazione da fornire alla persona assistita. Nella prestazione sanitaria propria dell'ostetrica/o, volta alla soddisfazione del bisogno di salute della persona o della coppia assistita, entra dunque a pieno titolo, e imprescindibilmente, anche l'informazione. L'obbligo di informare è, in sintesi, connaturato alla prestazione professionale. Esiste evidentemente discrezionalità riguardo ai modi ed ai tempi di tale attività informativa: la scelta è chiaramente funzione della valutazione tecnica (scientifica ed etica) dell'ostetrica/o, nell'interesse primario della tutela della salute della persona assistita.

L'informazione costituisce una condizione da rispettare, indipendentemente dal fatto che essa eventualmente miri ad un ulteriore scopo, oltre a quello primario di tutela della salute. In altri termini, l'informazione è doverosa anche quando non sia orientata all'ottenimento del consenso e, chiaramente, anche nei casi in cui non abbia diretto rilievo sullo stato psico-fisico della persona o della coppia assistita. Tale osservazione apre un interessante aspetto di analisi, in quanto è evidente che nell'obbligo indicato vengono ad essere comprese sia le fattispecie informative che comportano una semplice "presa d'atto" da parte della persona (quelle che potrebbero essere definite come prive di rapporto con eventuali scelte in fatto di salute; da osservare che un'adeguata informazione può aiutare a convivere con la malattia e quindi essere finalizzata al migliore grado di benessere pur in relazione ad una condizione patologica), sia quelle che sono dotate di particolare pregnanza nei confronti della sua salute (tanto in modo diretto, che eventualmente indiretto, costituendo l'informazione presupposto per la scelta del trattamento o, secondo i casi, dell'intervento preventivo).



In apparente contrasto con quanto sopra osservato, il comma 3.2 non cita, fra i contenuti dell'informazione, le condizioni di salute attuali della/e persona/e assistita/e per quanto di pertinenza ostetrica. Una siffatta mancanza è facilmente spiegabile con un'elementare osservazione: che l'illustrazione delle condizioni di salute è da ritenere assolutamente scontata in quanto rientrante nell'attività assistenziale ed inoltre perché momento propedeutico a qualsiasi altra informazione di carattere sanitario; ciò porta alla conclusione che una precisazione circa il dovere di informare sulle condizioni di salute in genere sarebbe stato pleonastico.

Ciò detto sugli intimi rapporti fra assistenza ed informazione e sul dovere di informare sempre la persona proprio per il fatto che è destinataria dell'assistenza, occorre chiedersi perché, in questo comma 3.2 del Codice deontologico, l'informazione sia anche indicata come momento costitutivo anche dell'attività di consigliare. Prima di proseguire, rilevo che è scarsamente convincente il compito di consigliare, così come è espresso nel comma 3.2, cioè come attività da svolgere comunque (parrebbe anche senza una specifica richiesta) da parte dell'ostetrica/o: esso è poco convincente perché, se non proprio indicativo di un rapporto paternalistico, appare quanto meno riduttivo rispetto alla ricchezza della relazione dell'ostetrica/o con la persona assistita; più consona a detta relazione interpersonale sarebbe stata un'espressione del tipo "valutare insieme" (con la persona assistita i suoi bisogni di salute). Ma sull'uso del verbo consigliare si può soprassedere, dovendosi ipotizzare che il verbo sia stato usato per la sua immediatezza di comprensione e quindi per la sua efficacia in un testo che, come avviene per il Codice deontologico, deve basarsi su espressioni semplici e chiare.

Il comma 3.3 esordisce distinguendo chiaramente fra dovere di informare e dovere di acquisire il consenso. Ciò conferma quanto detto, a proposito del comma precedente, sul concetto che l'informazione nei confronti della persona assistita è atto doveroso in sé, a prescindere dal fatto che sia propedeutica ad una decisione della persona assistita. Il punto va ribadito, perché qualcuno potrebbe osservare -a mio avviso superficialmente, non tenendo conto del fatto che l'informazione è attività integrativa dell'assistenza- che nel comma precedente non si esplicita il dovere di informare sulle condizioni di salute, ma solo su procedure e provvedimenti, e di conseguenza potrebbe sostenere che, ove non vi siano procedure o provvedimenti possibili, l'informazione sia facoltativa, giungendo alla conclusione che l'unica informazione doverosa sia quella connessa alle scelte della persona assistita.

Invece è vero un diverso concetto. E' chiaro infatti che il dettato del comma 3.3 ribadisce il principio per cui l'informazione è doverosa in sé, sempre e comunque, a prescindere da eventuali scelte della persona assistita: infatti, nelle possibili incertezze interpretative (che comunque non condivido) del comma 3.2, occorre dar peso al fatto che il comma 3.3 indica chiaramente che l'informazione prescinde dall'obiettivo dell'acquisizione del consenso. La terminologia adottata nel comma 3.3 è invero parzialmente ambigua: si parla di "consenso informato" nella prima frase, quando, per evitare ambiguità sarebbe stato opportuno limitarsi al sostantivo "consenso"; si indica il "consenso" nella seconda frase, quando sarebbe stato conveniente richiamare in qualche modo l'informazione, perché, se si vuole che resti traccia scritta del processo di informazione e di consenso, conviene che la forma scritta non sia limitata all'espressione del consenso, con l'omissione cioè proprio della descrizione dei contenuti della previa informazione. In ogni caso, è superfluo approfondire la discussione al riguardo, posto che la scelta del Codice deontologico è quella di uniformarsi sul punto alla legge e posto che non vi sono norme di interesse ostetrico che prevedano la forma scritta dell'espressione del consenso.

Il comma 3.4 tratta dell'interruzione di gravidanza. La scelta del Codice deontologico in materia è quella di rimandare al disposto di legge; è appena il caso di ricordare che si tratta della Legge 22 maggio 1978 n. 194. Il lessico adottato nella prima frase del comma 3.4 desta qualche perplessità. La Legge 194, infatti, non contempla che l'ostetrica/o possa eseguire interruzioni di gravidanza; la frase in discussione va dunque intesa come riferita sia all'esecuzione (sempre illegale) sia alla partecipazione (illegale solo al di fuori dei casi previsti dalla legge) alla interruzione di gravidanza, ma l'inciso è da intendere come riguardante la sola partecipazione. Il senso della prima frase del comma 3.4 dovrebbe dunque essere: La partecipazione alle procedure volte all'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi in cui è ammessa dalla legge, o l'esecuzione della stessa costituisce grave infrazione deontologica specialmente se compiuta a scopo di lucro.

La seconda frase del comma 3.4 tratta dell'obiezione di coscienza; è da ritenere che anche qui si faccia riferimento -per quanto non sia esplicitamente dichiarato- al concetto di obiezione di coscienza di cui alla Legge 194. E' interessante l'indicazione per cui "l'ostetrica/o obiettrice di coscienza può rifiutarsi di intervenire ...". L'uso del verbo "può" è significativo; enfatizza il concetto che l'ostetrica, ancorché obiettrice, ha facoltà, nel singolo caso contingente, di scegliere se partecipare alle procedure di interruzione-



ne di gravidanza (ovviamente nei casi in cui è ammessa). Occorre però ricordare le conseguenze di una siffatta scelta, a mente del dettato dell'ultimo comma dell'art. 9 della Legge 194: "L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente". Il comma precedente cui si fa cenno recita: "L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo". È facile rendersi conto che questo disposto è stato sinteticamente ripreso nell'ultimo periodo di questo comma 3.4 (da "sempreché ..." in poi) sia pure con due varianti: a) che l'imminente pericolo sia quello "per la vita" (il testo del penultimo comma dell'art. 9 della Legge 194 lascia aperta l'ipotesi che possa trattarsi anche di pericolo per la salute) e b) che la situazione di imminente pericolo per la vita della donna "non possa essere fronteggiata da altra collega" (tale frase si riferisce ad una delle varie possibili condizioni rientranti nella "particolarità delle circostanze" contemplate dal penultimo comma dell'art. 9 cit.).

Il comma 3.5 ha una formulazione per alcuni aspetti vicina alle norme del Codice di deontologia medica in materia di segreto professionale. Alcune indicazioni del comma 3.5 meritano attenta riflessione. In primo luogo, è riduttivo il concetto di tutela del segreto che è proposto; esso è infatti piuttosto limitato rispetto sia alla cultura radicata in ambito sanitario e recepita, ove elaborati, nei codici di deontologia di altre professioni sanitarie, sia alla stessa formulazione dell'art. 622 del Codice penale. Parrebbe - così infatti è scritto nel comma 3.5 - che l'ostetrica/o debba mantenere il segreto soltanto su quanto viene a sua conoscenza nello svolgimento dell'attività professionale e solo sulle prestazioni assistenziali effettuate. Sarebbero così esclusi dalla tutela fatti dei quali l'ostetrica/o sia venuta/o a conoscenza al di fuori dello stretto esercizio dell'attività professionale, ma a lei/lui confidati in ragione della professione: ho usato il condizionale ("sarebbero") perché non vi è dubbio - per principio deontologico assolutamente condiviso, come già detto - che qualsiasi fatto conosciuto da professionista, per ragione della sua professione, anche al di fuori dell'esercizio della stessa, debba essere tutelato dal segreto.

Quanto alla liceità della rivelazione, il Codice deontologico è preciso, individuando alcuni casi ben circostanziati. In argomento, il disposto è dunque chiaro, perciò mi soffermo

solo su un paio di aspetti problematici. In primo luogo, appare troppo semplicistica l'indicazione per cui, qualora esista un legale rappresentante, la richiesta od autorizzazione di quest'ultimo sia sufficiente per rivelare il segreto. Infatti ritengo che l'ostetrica/o debba comunque sempre interpellare la persona assistita e tenere in considerazione le esigenze che questa manifesta in punto di tutela della propria riservatezza, arrivando a rispettarne integralmente la volontà - quando la persona abbia sufficiente consapevolezza - eventualmente anche in contrasto con un diverso avviso del legale rappresentante.

Il comma 3.5 disciplina anche l'annosa questione del come comportarsi nel caso sia opportuno informare terze persone per salvaguardarne la vita o la salute o per salvaguardare vita o salute dell'interessato e manchi la conforme autorizzazione della persona assistita. Secondo il Codice deontologico, occorre una preliminare valutazione se una siffatta comunicazione sia "imposta dalla necessità di salvaguardare la vita o la salute della persona medesima o di terzi", se, cioè non vi siano alternative praticabili. Sussistendo la necessità, bisogna poi richiedere ed ottenere "la preventiva autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali, se richiesta dalla normativa in materia". E tale autorizzazione andrà sempre chiesta posto che la normativa in materia, non prevede l'autorizzazione del Garante per il trattamento (e quindi anche per la comunicazione a terzi) di dati sanitari, solo in casi eccezionali, fra i quali non rientrano le circostanze sopra descritte.

In sintonia con il Codice di deontologia medica è stata operata la scelta di mantenere persistente l'obbligo del segreto anche dopo la morte della persona. Va da sé che qualora esistesse per gli eredi la necessità di disporre di alcune notizie sullo stato di salute, in vita, della persona assistita, occorre rifarsi al disposto appena citato della "necessità di salvaguardare la vita o la salute...". È però da notare che tale disposto non si attaglia adeguatamente a tutte le problematiche che è presumibile possano intervenire in questi casi; infatti gli eredi avranno necessità di disporre anche di notizie utili a salvaguardare interessi diversi dalla tutela della loro salute o della loro vita, quali potrebbero essere quelli inerenti ad un eventuale beneficio assicurativo. Per la soluzione di questi casi è sufficiente fare riferimento alla definizione del termine salute che compare nell'Atto costitutivo dell'O.M.S. del 22 luglio 1946, Atto che è stato reso esecutivo, in Italia, con il D.L.C.P.S. 4 marzo 1947 n. 1088: "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità."



Il comma 3.6, esprime in primo luogo il principio della tutela della riservatezza dei dati personali relativi non solo alla persona assistita, ma anche alla sua famiglia; ancorché non sia espressamente dichiarato, ma proprio per il fatto che non vi siano specificazioni di sorta, è evidente che si tratta di tutte le informazioni relative ai predetti soggetti, vale a dire sia quelle sanitarie sia quelle extrasanitarie. Questo comma, insieme con l'ultima parte del precedente, è correlabile ad un disposto della Legge 31 dicembre 1996 n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", il cui art. 31 prescrive che "il Garante ha il compito di ... h) promuovere nell'ambito delle categorie interessate ... la sottoscrizione di codici di deontologia". Tale prescrizione è meglio chiarita in una norma collegata alla Legge 675; si tratta dell'art. 17, comma 3, del Decreto legislativo 11 maggio 1999 n. 135: "Il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale da parte di organismi sanitari e di esercenti le professioni sanitarie è fatto oggetto di appositi codici di deontologia e buona condotta adottati ai sensi dell'art. 31, comma 1, lettera h), della legge dalle federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie ..."

Questo comma contiene gli unici passi del Codice deontologico in cui si parli di documentazione, definita dapprima "in suo possesso" e poi "clinica. Anche se potrebbe riguardare qualsiasi altro tipo di "scritto", il riferimento principale è alla cartella ostetrica. Ciò significa che ne è data per scontata l'esistenza, talché è da ritenere che sussista, anche se nessuna norma deontologica lo richiama espressamente, un dovere di documentare le condizioni della persona assistita e l'attività professionale svolta. Va da sé che dal dovere di documentare discende, quale corollario, il dovere di documentare il vero. Siffatte attività doverose, assolutamente non secondarie, avrebbero meritato, nel Codice deontologico, almeno un comma ad esse specificamente dedicato.

Anche il comma 3.7, che vincola l'ostetrica/o ad assicurare il rispetto del diritto della madre a conservare l'anonimato riguardo al parto (ed al prodotto del concepimento), è correlabile, sia pur implicitamente, ad una norma di legge; si tratta dell'art. 70 del regio Decreto 9 luglio 1939 n. 1238, così modificato dall'art.2 (Disposizioni in materia di stato civile e di certificazione anagrafica) della Legge 15 maggio 1997 n. 127: "La dichiarazione di nascita è resa indistintamente da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata."

Il comma 3.8 si riferisce all'attività libero professionale e

riguarda alcuni principi inerenti al compenso relativo alla prestazione d'opera professionale. La chiarezza dell'enunciato rende superflua ogni commento.

4. RAPPORTI CON COLLEGHE/I E ALTRI OPERATORI

4.1. Il rapporto tra ostetriche/ci deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della cooperazione nell'espletamento dell'attività professionale, indipendentemente dai ruoli funzionali ricoperti.

L'ostetrica/o, investita di compiti direttivi o di coordinamento, deve, per quanto possibile, coinvolgere le colleghe nelle attività istituzionali evitando il ricorso ad atteggiamenti autoritari ma privilegiando un leale confronto.

Eventuali diversità di opinioni in nessun caso devono riflettersi a danno delle persone assistite.

4.2. L'ostetrica/o riconosce e rispetta il ruolo, le prerogative e la dignità professionale degli altri operatori sanitari, pretendendo uguale rispetto nei suoi confronti. Nell'ambito dell'équipe sanitaria si adopera per contribuire, con l'apporto delle sue competenze, ad assicurare la più efficace assistenza.

4.3. E' vietato all'ostetrica/o di porre in essere iniziative o pratiche di sleale concorrenza verso le colleghe, finalizzate all'accaparramento di clientela.

4.4. L'ostetrica/o ha il diritto-dovere di segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento delle colleghe contrario alle regole fissate dal presente Codice.

Commento

I commi 4.1, 4.3 e 4.4 trattano dei rapporti fra le/i colleghe/i ostetriche/ci. Il dettato di tali commi è di chiarezza tale da non richiedere particolari commenti.

Sottolineo solo il disposto dell'ultima parte del comma 4.1, che raccomanda che "eventuali diversità di opinioni in nessun caso devono riflettersi a danno delle persone assistite", ribadendo con ciò quanto già indicato, in termini generali, nel comma 1.3 che postulava l'interesse esclusivo degli assistiti. Ricordo inoltre che il comma 4.4 contempla una seconda tipologia di denuncia nei confronti del Collegio, dopo quella prospettata dal comma 2.11; si tratta della segnalazione di ogni abuso o comportamento di colleghi o colleghe contrario alle regole fissate dal Codice deontologico. A qualcuno, forse, questa segnalazione può apparire come una delazione, ma in realtà tale non è: infatti occorre considerare l'interesse prevalente, che non è la solidarietà con la/il collega fine a se stessa, bensì l'efficace garanzia della tutela della salute della persona assistita, che è sicuramente compromessa da un atteggiamento dell'ostetrica/o, che non sia ispirato ai principi del Codice



deontologico e che verrebbe ad essere ulteriormente compromessa dal mancato attivarsi di una seconda/o ostetrica/o che, a conoscenza della situazione, mantenga un atteggiamento oneroso.

Particolare attenzione merita il comma 4.2. La prima parte è di grande chiarezza e fermezza: "L'ostetrica/o riconosce e rispetta il ruolo, le prerogative e la dignità professionale degli altri operatori sanitari, pretendendo uguale rispetto nei suoi confronti." Ad un primo esame, può lasciar perplessi l'uso, in un Codice deontologico del verbo "pretendere", quasi fosse inserito in senso polemico e costituisse istigazione nei confronti degli iscritti al Collegio a darsi da fare nei confronti di altri professionisti sanitari per ottenere rispetto. Che invece si tratti di un termine privo di intenti polemicici, si desume facilmente dalla frase successiva: "Nell'ambito dell'équipe sanitaria [l'ostetrica/o] si adopera per contribuire, con l'apporto delle sue competenze, ad assicurare la più efficace assistenza". E' nuovamente affermata, questa volta in relazione all'équipe sanitaria, la centralità del dovere di assistere la persona; il che chiarisce che il rispetto doveroso da parte degli altri professionisti sanitari verso l'ostetrica/o viene preteso per garantire la migliore assistenza alla persona. E' infine da notare che, in quest'ultima frase del comma 4.2, non è indicato un generico dovere "di contribuire", ma è espresso un concetto più qualificante: l'ostetrica/o "si adopera per contribuire": assume cioè un comportamento attivo ("si adopera") per ottenere questo risultato, in linea con l'impegno autonomo e spontaneo -a prescindere cioè da obblighi e vincoli dettati da norme- che caratterizza intimamente la condotta professionale responsabile, come già ho discusso commentando il comma 1.4.

5. RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI SANITARIE E CON IL COLLEGIO

5.1. Nell'esercizio della professione alle dipendenze di terzi o in qualità di socia/o l'ostetrica/o deve contribuire, con il suo quotidiano impegno, ad assicurare l'efficienza del servizio e il corretto impiego delle risorse, la qualità delle prestazioni e il rispetto dei diritti delle persone assistite.

E' suo peculiare dovere segnalare agli organi competenti carenze e le disfunzioni della struttura in cui opera, formulando, nei limiti del possibile, proposte atte a favorirne il superamento.

5.2. Per la doverosa tutela della dignità sua personale e della professione, l'ostetrica/o deve respingere qualunque tentativo di imporle comportamenti non conformi ai principi e ai doveri deontologici, dandone immediata notizia al Collegio professionale, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini. Nell'attesa della composizione della vertenza, deve assicurare il servizio,

salvo nei casi di grave violazione dei diritti delle persone assistite e della dignità e indipendenza della professione.

5.3. L'ostetrica/o, anche se libera professionista, non deve sottrarsi alle iniziative di interesse collettivo e deve dare, se richiesto dall'autorità sanitaria, il contributo della sua competenza alla realizzazione di programmi di prevenzione e di tutela della salute.

5.4. L'ostetrica/o, in quanto obbligatoriamente iscritta all'Albo professionale, è tenuta - qualunque sia la forma di esercizio della professione - alla massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il Collegio professionale, ottemperando in particolare alle convocazioni della Presidente e al dovere-diritto di voto per l'elezione degli organi collegiali.

L'iscritta presso altro Collegio è tenuta a rispondere alla convocazione della Presidente del Collegio nella cui circoscrizione esercita la professione, la quale deve a sua volta informare la Presidente del Collegio di appartenenza, circa i motivi della convocazione e le risultanze del colloquio ai fini delle conseguenti valutazioni di competenza.

Nell'ambito del procedimento disciplinare la mancata collaborazione e disponibilità dell'ostetrica/o convocata dalla Presidente costituisce ulteriore elemento di valutazione a fini disciplinari. L'Ostetrica/o eletta a qualunque delle cariche istituzionali del Collegio deve adempiere all'incarico con impegno, imparzialità, prudenza e diligenza nell'interesse della collettività e della comunità professionale.

Costituisce grave mancanza deontologica l'ingiusta o immotivata denigrazione da parte dell'iscritta degli organi collegiali democraticamente eletti.

Commento

L'articolo 5 si compone di 4 commi, omogenei, per taluni aspetti a due a due: quantunque ciascuno affronti un differente argomento, i primi due si riferiscono alla condotta doverosa in caso si manifestino ostacoli alla corretta pratica professionale e gli ultimi due richiamano prevalentemente alcuni aspetti del dovere di collaborare, sia con l'autorità sanitaria sia con il Collegio professionale.

Il comma 5.1 è l'unico che si riferisce a particolari condizioni di rapporto di lavoro in cui l'ostetrica/o espleta l'attività professionale. Esso riguarda infatti solo "l'esercizio della professione alle dipendenze di terzi o in qualità di socia/o"; in tale situazione "l'ostetrica/o deve contribuire, con il suo quotidiano impegno, ad assicurare l'efficienza del servizio e il corretto impiego delle risorse, la qualità delle prestazioni e il rispetto dei diritti delle persone assistite". Non è ben chiaro perché da queste prescrizioni sia stata esclusa l'ostetrica/o libero professionista operante al di fuori di associazioni. E' del tutto pacifico che qualunque ostetrica/o debba garantire "il quotidiano impegno" volto ad assicurare quanto sopra. Probabilmente nel comma 5.1



sono state citate soltanto le predette due tipologie di rapporto di lavoro non tanto per indicare l'attività doverosa per l'ostetrica, quanto piuttosto per creare la cornice in cui collocare l'ultima frase -quella di particolare interesse- che contempla due doveri: quello di segnalare agli organi competenti carenze e le disfunzioni della struttura in cui l'ostetrica/o opera e quello, contestuale, di formulare, nei limiti del possibile, proposte atte a favorirne il superamento. Visto il contesto, di lavoro dipendente o in associazione, in cui si colloca quest'ultimo disposto, ritengo che gli "organi competenti" siano da identificare, almeno in prima istanza, fra quelli dell'azienda o del dipartimento oppure, rispettivamente, dell'associazione. Qualora, dopo la segnalazione, l'ostetrica/o non riscontri alcun intervento volto a risolvere carenze o disfunzioni, la segnalazione dovrà essere inviata ad altri organi competenti, da individuare a livello dell'amministrazione comunale e/o regionale. E' possibile includere fra gli organi competenti anche il Collegio professionale, anche se la struttura tutta del comma lascia intendere che l'intenzione degli estensori dello stesso fosse quella di riferirsi ad organi con i poteri e l'autorità tali da consentire la risoluzione diretta dei problemi segnalati e non di stimolare un intervento esterno quale può garantire il Collegio professionale.

Al Collegio professionale deve essere invece inviata la segnalazione -contemplata dal comma 5.2- di qualunque tentativo di imporre all'ostetrica/o comportamenti non conformi ai principi e ai doveri deontologici. Il comma è drastico: un siffatto tentativo deve essere respinto dall'ostetrica/o e la segnalazione deve essere immediata. Il Codice parla poi di una "composizione della vertenza" di cui, è ovvio, si fa carico il Collegio professionale. Il comma, conclusivamente, ribadisce il principio dell'interesse esclusivo degli assistiti enunciato nel comma 1.3, prescrivendo che l'ostetrica/o "nell'attesa della composizione della vertenza, deve assicurare il servizio" ed ammettendo la deroga "nei casi di grave violazione dei diritti delle persone assistite" oltretutto "della dignità e indipendenza della professione". Gli ultimi due commi si riferiscono ad un dovere di collaborare rispettivamente con l'autorità sanitaria e con il Collegio professionale.

Il comma 5.3 non richiede particolari commenti. E' forse da sottolineare che le condotte lì indicate come doverose riguardano anche chi eserciti la libera professione. I compiti contemplati da questo comma possono risultare, secondo le circostanze, anche decisamente impegnativi. Non è comunque prescritto che le prestazioni richieste debbano essere fornite a titolo gratuito.

Di diversa natura è la collaborazione che la prima frase del

comma 5.4 richiede nei confronti del Collegio professionale; è in particolare raccomandato il rispetto delle "convocazioni della Presidente" ed il "dovere-diritto di voto per l'elezione degli organi collegiali". Seguono alcune indicazioni procedurali inerenti ad alcune tipologie di convocazione. E' inoltre conclusivamente specificato che "costituisce grave mancanza deontologica l'ingiusta o immotivata denigrazione da parte dell'iscritta degli organi collegiali democraticamente eletti": laddove è sui termini "ingiusta" e "immotivata" che deve essere posto l'accento, visto che critiche "giuste" e "motivate" devono essere ammesse. Credo poi che la "denigrazione" vada intesa come manifestata in pubblico, posto che un'interpretazione più estensiva del termine potrebbe portare ad inibire il dibattito interno agli organi collegiali.

Meritevole di specifica attenzione è un'indicazione quasi conclusiva. Da un lato è prescritto che "l'ostetrica/o eletta a qualunque delle cariche istituzionali del Collegio deve adempiere all'incarico con impegno, imparzialità, prudenza e diligenza" e questo è ovvio; forse meno ovvi -e per questo do loro risalto- sono gli obiettivi correlati ad un siffatto dovere, che sono costituiti dall'interesse non solo della comunità professionale, ma anche (e soprattutto, almeno a mio parere) della collettività. A parte il richiamo all'interesse della collettività, è significativa l'adozione di una locuzione quale "comunità professionale", la quale esprime una concezione dei professionisti intesi come insieme unitario accomunato non solo da conoscenze e competenze, ma anche da principi etici e deontologici: in questa visione l'interesse della "comunità professionale" non può non coincidere con quello della collettività. Ne scaturisce inoltre una visione del Collegio professionale, ampiamente condivisibile, quale organo di garanzia dei diritti del cittadino in materia di tutela della salute piuttosto che di tutela degli iscritti.

Bibliografia

- 1) APRILE A., BENCIOLINI P., Il codice deontologico dell'ostetrica/o: prime valutazioni, Rivista Diritto Professioni Sanitarie 3, 174, 2000.
- 2) BENCIOLINI P., APRILE A., Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso, in MENON C., RUPOLO G., *Pronto soccorso per l'infermiere professionale*, Ambrosiana ed., Milano 1995, p. 281.
- 3) BENCIOLINI P., Deontologia e Codice deontologico, Boll. Ordine Medici Chir. e Odont. Prov. Padova 23/2, 7, 1991.
- 4) RODRIGUEZ D., Intervento chirurgico praticato senza il consenso e radiazione dall'albo professionale, Rivista Italiana Medicina Legale 15, 971, 1993.
- 5) PIRAS P., I profili amministrativi, in IBBA C., LATELLA D., PIRAS P., DE ANGELIS P., MACRI' C., *Le professioni intellettuali*, UTET, Torino 1987, p. 130.

A CURA DI FIORENZO CONTI
con la collaborazione delle Librerie
Feltrinelli e Ragni di Ancona



Mirko Drazen GRMEK
La vita, le malattie
e la storia

Mirko Drazen Grmek: *La vita, le malattie e la storia* 1998, Di Renzo Editore, Roma - 57 pagine - Lire 16.000

Se qualcuno ritiene che la storia della medicina sia una disciplina stantia e un po' noiosa costruita su aneddoti o curiosità di scarsa importanza scientifica o applicativa, farà bene a leggere questo libro, perché troverà in Grmek la dimostrazione che esiste "un'altra" storia della medicina, attuale ed affascinante.

Mirko Grmek, croato ma cosmopolita di formazione, laureato in medicina ed in lettere, ha insegnato in varie università europee e statunitensi, anche se ha svolto la maggior parte della propria attività a Parigi, dove era stato chiamato sul finire degli anni '60 dal Collège de France per studiare e classificare i manoscritti di Claude Bernard. La sua propensione ad una storia della medicina "alta", molto filosofica e rigorosa, ne ha fatto uno dei più influenti storici delle scienze biologiche e della medicina della seconda metà del XX secolo. È autore di numerose opere, molte delle quali tradotte in italiano, tra le quali vanno ricordate: *Psicologia ed epistemologia della ricerca scientifica: Claude Bernard, le sue ricerche tossicologiche* (Milano, Episteme, 1976), *La scoperta scientifica: Aspetti logici, psicologici e sociali* (Roma, Armando, 1984), *Le malattie all'alba della civiltà occidentale: Ricerche nel mondo greco preistorico, arcaico e classico* (Bologna, Il Mulino, 1985), *Il Calderone di Medea: Sperimentazione sul vivente nell'Antichità* (Roma-Bari, Laterza, 1996) e la ponderosa *Storia del pensiero medico occiden-*

tale in tre volumi (Roma-Bari, Laterza, 1993-1998).

In *La vita, le malattie e la storia* è riassunta in 14 brevi capitoli gran parte del pensiero di Grmek. Cosa si può trovare in questo libro? Molto. Nei primi capitoli (*Scegliere senza abbandonare; Tra storia della medicina e storia delle scienze; Tra storia delle scienze e storia sociale*), una ricostruzione della propria storia di ricercatore ed una descrizione delle principali maniere di concepire la storia della medicina. Secondo Grmek, esistono quattro modi di praticare la storia della medicina: quello aneddotico, che mette in rilievo alcuni eventi singolari e divertenti; quello scientifico, che può essere iatrocetrico, scritto dai medici per i medici e gli studenti di medicina, e biocentrico, che privilegia lo studio delle idee scientifiche ed è perciò più dedito alla fisiologia ed alla biologia che alla clinica; quello storico propriamente detto, che può essere biografico o sociologico; e quello filosofico. Il fondamento della storia della medicina di Grmek è senza dubbio quello scientifico, ma su questo sono riconoscibili influenze storiche e filosofiche. In seguito, un bel capitolo sulla malattia e sulle malattie, sul normale e sul patologico (*Il concetto di malattia*), un'introduzione alla patocenosi (l'insieme degli stati patologici presenti in una data popolazione in un certo momento). *Un concetto nuovo: la patocenosi*, una lucida discussione sul problema dell'analisi e della sintesi "che dominano il nostro modo di investigare la natura" nell'evoluzione della professione medica (*Alcune antinomie fondamentali del pensiero scientifico*), una chiarificatrice discussione sulla natura della medicina e sulle medicine alternative (*La medicina non è una scienza*), due pagine sulle rivoluzioni del pensiero medico (*Rivoluzioni nella storia del pensiero biomedico*) e considerazioni importanti sulle malattie emergenti e sui limiti del progresso scientifico e tecnologico (*Aids, malattia nuova o emergente; Effetti perversi del progresso tecnologico*). Infine, alcuni capitoli ragguardevoli sulla morte, sulla sua ineludibilità e sulle molteplici implicazioni mediche (*Vinceremo le battaglie, ma non la guerra contro le malattie; Come e perché si muore; La certezza della fine*).

Globalmente, ciò che colpisce e affascina in questo breve libro di appena 57 pagine è la leggerezza e la semplicità con la quale vengono trattati in poche righe argomenti normalmente "pesanti" se non "pedanti", il rigore metodologico e la ponderatezza delle affermazioni e la profonda umanità che emana da ogni pagina. Grmek, scrivendo in prima persona con uno stile accattivante, dà un saggio di ciò che può essere la storia della medicina quando si sforza di isolare le idee-guida che segnano la storia dell'arte medica e le consideri nel contesto della storia della scienza, con un occhio agli aspetti filosofici (precisamente epistemologici), psicologici e sociali: una lettura affascinante, nella quale ogni capitolo, ogni paragrafo rivela un'analisi lucida e profonda ed è fonte di riflessione e ammirazione. Fino all'ultimo: ".....ho vissuto in vari luoghi, ho conosciuto ed apprezzato molte persone di grande valore, ho goduto le bellezze della natura e dell'arte. Mi pare esagerato chiedere di più! A 75 anni comincio a essere stanco della vita, ma non della conoscenza, che è il piacere più squisito, quello che non lascia né fastidio né rimorsi". Morirà suicida due anni dopo.

Florenzo Conti



FRANCESCO ORLANDI

Professore a contratto
Università degli Studi di Ancona

Gli aneddoti di storia della fisica sono stati sempre preziosi allo studente per l'esame del primo anno, e restano in memoria per decenni.

Alessandro Volta distende un filo metallico da Como a Milano. Invia da Como la sua "scintilla commovente", parte a Milano un colpo di pistola: ha inventato la "pistola elettrica". Sembra una curiosità da circo, ma Egli ha dimostrato la possibilità di trasporto dell'energia elettrica. Ne tirerà poi fuori l'eudiometro e, poiché le paludi circostanti ammorbano l'aria, analizza il gas, lo trova infiammabile a contatto con la sua "scintilla", e scopre il metano.

Tra i classici c'è soprattutto la lunghissima litigata con l'amico Galvani, rappresentata ormai anche a fumetti. Ne nascerà da una parte l'elettrofisiologia, dall'altra l'elettrodinamica: se tocco con un arco metallico il nervo lombare ed un muscolo della coscia di una rana morta, ottengo delle contrazioni. "Elettricità animale" o contatto tra conduttori eterogenei? A sostegno della teoria dei conduttori,

De l'étincelle à la pile, Invito a Parigi

Volta sviluppa decine di ingegnosi esperimenti. Assembla, ad esempio, dischi alternati di rame, di zinco, di cartone imbevuto di acqua salata. Si trova così a scoprire, appunto, la "pila". Lo

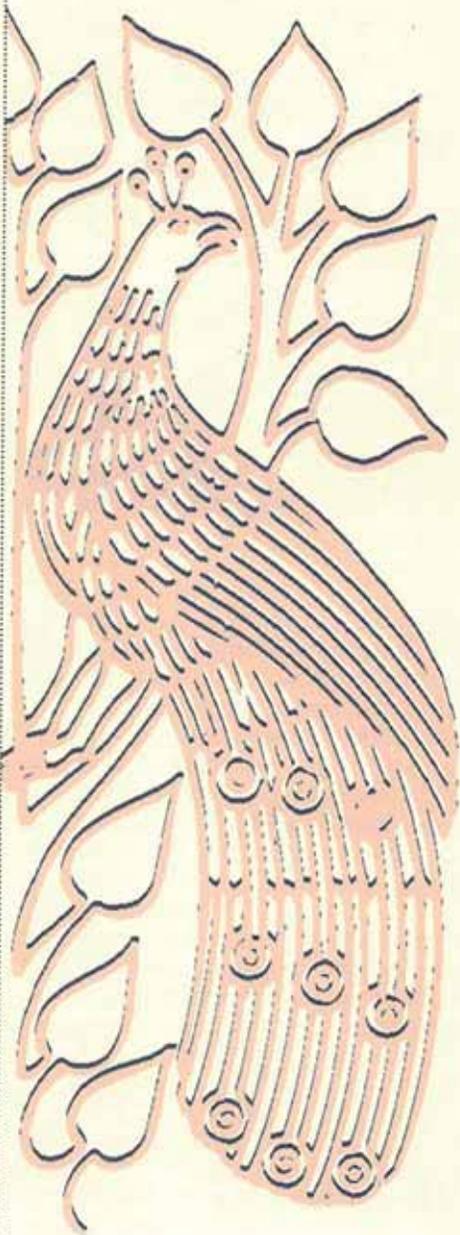
studente elenchi gli strumenti di uso quotidiano che *non* hanno una batteria.

Alessandro Volta sembra insomma un tipo fortunato. Qualsiasi cosa tocca, apre nuove strade nella ricerca applicata. State verificando la pressione dei pneumatici, naturalmente a freddo? Applicate nient'altro che la legge di espansione dei gas rispetto alla temperatura, enunciata e pubblicata da Volta nove anni prima di quel Gay Lussac che poi le ha dato nome.

Napoleone venerò grandemente questo comasco. Già a vent'anni Volta aveva esposto il concetto della "unità dei fenomeni elettrici e newtoniani", anticipando così di un secolo la fisica moderna. Con il rigore dell'evidenza scientifica aveva poi mandato in soffitta i giuochi di corte ed i "fluidi terapeutici" basati sull'elettricità. Il Bonaparte lo corona a Parigi, con onori e finanziamenti, nel 1801. E nel bicentenario, il 22 gennaio 2001, si aprirà la grande mostra storica intitolata *Volt(a): de l'étincelle à la pile*. Sarà nell'appena restaurato Conservatoire des Arts et Métiers, quello per intenderci del pendolo di Foucault, vicino a Place des Vosges ed al cosiddetto "Pompidouleium".

Chi più adatto di Alessandro Volta a queste celebrazioni

internazionali, iniziate nel settembre 1999? Rettore di Pavia, egli era felice per ogni successo scientifico italiano. "Gli articoli, scriveva, *chiudono la bocca a quegli scrittori ultramontani che non cessano mai di rinfacciare a noi Italiani una supina indolenza*". Non male, se si pensa che in quel momento, ad esempio, veniva proclamata la Repubblica Anconetana in una città occupata dalle truppe napoleoniche.





A CURA DI MAURIZIO BATTINO

SENATO ACCADEMICO DEL 19 dicembre 2000

Comunicazioni del Presidente

- Il Prof G. Fava membro del S.A. in qualità di rappresentante dei Professori Associati ha vinto un concorso a professore di I fascia e quindi decadrà dall'incarico a partire dal 1 marzo 2001.
- La preparazione della legislazione riguardante le Lauree specialistiche sta avanzando.

Modifica di Statuto

Viene inserito il Corso di Diploma in Viticoltura ed Enologia.

Piano annuale attività

Dopo aver udito il piano annuale delle attività di ciascuna Facoltà ed aver assunto il parere favorevole del Consiglio di Amministrazione e del Consiglio degli Studenti, il piano viene approvato.

Autorizzazione a risiedere fuori sede

I Professori ed i ricercatori che ne hanno fatto richiesta sono stati autorizzati.

Indennità art. 9 dello Statuto.

Viene istituita la possibilità di corrispondere una indennità forfettaria per il personale docente che svolge attività didattica nelle sedi staccate (es. Pesaro, Fermo, Fano, Fabriano, etc.) in sostituzione dei rimborsi finora previsti. Le indennità devono essere a carico dell'ente sovventore il corso di studi della sede periferica e non deve gravare sul bilancio dell'Ateneo. Tale indennità è diretta solo ai dipendenti dell'Università e l'ammontare viene deciso da ogni Facoltà nell'ambito della disponibilità economica prevista nel corso in oggetto. Tali cifre saranno pubbliche e presenti anche nel bando di supplenza relativo ai vari corsi.

Varie ed eventuali

- Grazie ad una convenzione con la USL di Fermo sarà messa a disposizione una borsa di studio in più per la Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione.
- Vengono confermati anche per il prossimo Anno Accademico il numero di posti riservati nei vari corsi ai cittadini extracomunitari.
- Modifica Regolamento Coadiutori: viene portato ad un massimo di 80 ore (dalle 70 attuali) il limite di impegno per i coadiutori didattici.

- Su richiesta del Dottor M. Battino, Istituto di Biochimica, Facoltà di Medicina, viene approvata la mobilità dei Dottori J.L. Quiles Morales e M.C. Ramirez Tortosa dell'Università di Granada, nell'ambito della convenzione in atto tra i due Atenei.

Piano pluriennale di sviluppo e parere su bilancio di previsione es.fin. 2001.

Sono stati entrambi approvati.

Poichè soprattutto il Piano pluriennale di sviluppo è estremamente complesso e articolato invito chiunque ne sia interessato a consultare le informazioni dedicate sul sito dell'Ateneo.

Facendo seguito a molteplici richieste fatte pervenire a chi scrive da colleghi e anche da personale non docente, ho avanzato l'idea che l'Ateneo, nell'ambito dei servizi resi ai dipendenti, e comunque senza gravare sul bilancio ma con spesa a totale carico degli interessati, si attivi per l'istituzione di un servizio di asilo-nido diretto ai figli dei dipendenti. E' questo un problema che si è acuitizzato di recente anche in considerazione del fatto che il Comune di Ancona non è attualmente in grado di soddisfare circa la metà delle richieste.

Suddivisione posti di ricercatore

Nel tentativo di "ringiovanire" i quadri della ricerca e di inserire nuove forze nelle varie Facoltà, il Rettore ha proposto l'attivazione di 20 nuovi posti di ricercatore che vengono così suddivisi in considerazione delle varie esigenze:

- Ingegneria 7 posti
- Medicina 4 posti
- Economia 3 posti
- Scienze 3 posti
- Agraria 3 posti





CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE del 7/12/2000

NOTIZIE SULLE PRINCIPALI DECISIONI FORNITE DALLA SEZIONE ORGANI COLLEGIALI DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- E' stato consegnato il 2° edificio della Facoltà di Scienze.
- Il Senato Accademico ha ripartito tra le Facoltà 46 annualità per assegni di ricerca.

E' stato approvato lo schema in oggetto richiesto dal Cineca per procedere alla contabilità integrata di Ateneo.

Sono state concesse le seguenti autorizzazioni ed individuate le seguenti procedure di spesa:

- Centro di Ateneo di Documentazione (CAD) per rinnovo banche dati.
- Centro Servizi Multimediali e Informatici (CSMI) per realizzazione sistema distribuzione su rete.
- Gara per l'appalto del servizio di raccolta, allontanamento, immagazzinamento, trattamento e smaltimento dei rifiuti radioattivi solidi e liquidi.

Sono state autorizzate le seguenti prestazioni d'opera:

- Ist.to di Malattie del Sistema Nervoso - Dott.ssa Rosanna Daniele
- Ist.to di Biologia e Genetica - Dott.ssa Fabiana Fancello
- Ist.to di Biologia e Genetica - Dott.ssa Silvia Modena

Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:

- Convenzione tra l'Ist.to di Studi storici, sociologici e linguistici e l'Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche.
- Contratto di comodato tra l'Ist.to di Malattie del Sistema Nervoso e la Casa Farmaceutica Lundbeck Italia.
- Convenzione tra il Centro E.B.I. e l'I.N.R.C.A..
- Convenzione con la dott.ssa Ester Castellucci per il conferimento dell'incarico di Esperto Qualificato per la sorveglianza fisica della protezione dalle radiazioni ionizzanti e la progettazione di presidi radioprotezionistici per le sorgenti;
- Convenzione con il dott. Claudio G. Donati per il conferimento dell'incarico di Esperto Qualificato per la sorveglianza fisica della protezione dalle radiazioni ionizzanti e la progettazione di presidi radioprotezionistici per le sorgenti;
- Convenzione con il dott. ing. Silvano Cazzoli per il conferimento dell'incarico di esperto qualificato di 3° grado per la sorveglianza fisica della protezione dalle radiazioni ionizzanti e la progettazione di presidi radioprotezionistici per le sorgenti.

Il Consiglio ha approvato il piano relativo agli immobili da cedere in compravendita e degli immobili da acquistare.

Il Consiglio ha espresso parere favorevole sia sul piano annuale delle attività che sul piano pluriennale di sviluppo.

Sono stati approvati i bandi sulle attività culturali studentesche e supporto al tutorato Facoltà di Scienze.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Contributo di L. 45.000.000 dall'Università degli Studi di Camerino all'Ist.to di Biochimica.
- Rinnovo, per l'A.A. 2000/2001 - Corsi di Perfezionamento.
- Definizione data superamento esami sostenuti in Università estere.
- Determinazione finanziamento ricercatori a tempo determinato.
- Approvazione conferimento assegni di ricerca.
- Nomina datori di lavoro.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 21/12/2000

NOTIZIE SULLE PRINCIPALI DECISIONI FORNITE DALLA SEZIONE ORGANI COLLEGIALI DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- E' stato approvato il bilancio preventivo per l'esercizio finanziario 2001.
- Il Consiglio ha adottato un provvedimento affinché ai sensi dell'art. 9 - 2° comma dello Statuto siano riconosciute specifiche indennità al personale dell'Ateneo impiegato in attività didattiche in sedi decentrate, allo scopo di coprire forfettariamente il disagio.
- Sono stati aumentati del 20% gli importi relativi alle cariche di: rettore, prorettore, preside, direttore di dipartimento, presidente dell'azienda agraria, revisore dei conti, componente nucleo di valutazione, nonché dei gettoni del Consiglio di Amministrazione, Senato Accademico e Consiglio Studentesco. L'aumento del 20% per i direttori di dipartimento non è applicabile qualora l'indennità superi il 2% del bilancio annuale del dipartimento.
- E' stato approvato il piano triennale per l'edilizia 2001-2003.
- Il Consiglio ha rinviato l'approvazione del progetto esecutivo dell'ampliamento della Facoltà di Medicina e Chirurgia a Torrette, perché non rientrante nel finanziamento stabilito.

Sono state autorizzate le seguenti individuazioni e procedure di spesa:

- Centro di Servizi di Risonanza Magnetica - acquisizione di un sistema di monitoraggio in vivo OMNI - TRAK 3150.
- Corsi liberi di cultura generale per l'anno 2001

- E' stato approvato il bando per l'anno accademico 1999/2000. Scadenza 31 gennaio 2000.

Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:

- Proroga convenzione tra l'Ist. di Malattie del Sistema Nervoso e la Casa di Cura "Villa Serena".
- Proroga convenzione tra l'Ist. di Malattie del sistema Nervoso e la Casa di cura "Villa Igea".
- Convenzione tra l'Ist. di Semeiologia Diagnostica e Terapia Strumentale e le Ferrovie dello Stato.
- Convenzione tra l'Ist. di Medicina Clinica e la Pharmacia & Upjohn.
- Contratto comunitario n. QLK3-CT-2000.01500.

- Sono state scaricate dall'inventario alcune macchine di calcolo.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Contributo di FB 262.000 dalla NATO.
- Assunzione di n.1 Ricercatore a tempo determinato Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- Autorizzazione al trasferimento specializzando Cesare Rossi.

Per ulteriori dettagli, consultare il sito www.unian.it





GENNAIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
8-gen	15.00	Istituto Patologia Sperimentale	Patogenesi dei mesoteliomi	Prof. A. Procopio et al.	=
8-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD
11-gen	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
11-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD
12-gen	15.00/17.00	Aula della Direzione Clinica Psichiatrica	Tecniche interpretative e tecniche supportive nelle psicoterapie dinamiche	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari	DS: H, I, L, M, N, O, P, R, T, U.
15-gen	14.00/16.00	Aula didattica	Discussione casi clinici Reumatologia-Ospedale Jesi	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O, S, FF
15-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD
16-gen	16.00	Polo Didattico Torrette	Le basi della personalità tra genetica e attaccamento	Dott. B. Nardi	DS: H, I, O, P, U, T, AA, BB, HH, L.
16-gen	15.30	Polo Didattico Torrette Aula H	Le disfunzioni minzionali	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi, Dott. M. Polito	DS: V, P, O, II, D, I, T, EE
18-gen	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
18-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD
19-gen	15.00/17.00	Aula della Direzione Clinica Psichiatrica	Il ruolo del sogno nel dilemma psicoanalitico tra narrazione e ricostruzione	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari	DS: H, I, L, M, N, O, P, R, T, U.
19-gen	13/15	Polo Didattico Torrette Auletta di Gastroenterologia	Nutrizione e malnutrizione in epatologia	Prof. C. Panella (Bari)	DS: tutte
19-gen	10.00	Aula Cattedra di Igiene	Malattie infettive: aggiornamenti legislativi	Prof. M.M. D'Errico	DS: L, M.
22-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD
23-gen	15.30	Polo Didattico Torrette Aula H	Discussione casi clinici	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi, Dott. M. Polito	DS: V, P, O, II, D, I, T, EE
24-gen	13.00/14.30	Polo Didattico Torrette Clinical Aula A3	Round di Gastroenterologia e Citopatologia	Prof. A. Benedetti	H, DD, R, D
24-gen	9.00/13.30	Polo Didattico Torrette Aula H	Lipidi e organo adiposo	Prof. N. Frega (Fac. Agraria), Prof. S. Cinti et all.	DS: C, H, CC, DD, GG
25-gen	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
25-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD



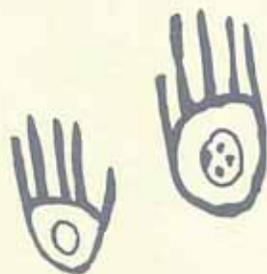


AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

GENNAIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
26-gen	15.00/17.00	Aula della Direzione Clinica Psichiatrica	Aspetto psicoanalitici critici: il sintomo tra segno, metafora e simbolo	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari	DS: H, I, L, M., N, O, P, R., T., U.
26-gen	15.00	Aula Anat. Patologica	Discussione casi clinici	Prof. A. Gabrielli, Prof.ssa M. Scarpelli	DS: A., G., DD
26-gen	14.00/15.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
29-gen	14.30/16.00	Aula Clinica Medica	Meeting clinico-patologici	Prof. P. Leoni	DS: A; G; R; CC; DD
30-gen	15.00	Aula Cattedra di Igiene	La prevenzione delle infezioni nelle unità di terapia intensiva	Proff. M.M. D'Errico, P. Pelaia, Dott.ssa E. Martini, S. Nataloni I. P. L. Fontana	DS: L., M., A, A,
31-gen	14.00/16.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	

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-Winkelhofer,
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 IV - n. 1 Gennaio, 2001
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 Danielli

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

Progetto Grafico
Stampa
Lirici Greci
Errebi srl Falconara