



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

Marzo è mese dedicato alla programmazione didattica che quest'anno assume particolare rilievo essenzialmente per due motivi: da una parte sarà necessaria la valutazione preliminare di come si è realizzato l'insegnamento in questo primo anno di applicazione del nuovo Ordinamento perché si possano apportare sin d'ora quelle modifiche che l'esperienza vissuta dovesse suggerire; dall'altra, la pianificazione dei processi formativi non potrà non tener conto della nuova organizzazione dell'Esame di stato, così come è stata definita dal Decreto Ministeriale n. 445 del 19/10/2001 e pubblicato nella G.U. n. 299 del 27/12/2001.

Il nuovo esame infatti comporterà una prova scritta "suddivisa in due parti dirette rispettivamente a valutare: a) le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia; b) le capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere le questioni di deontologia professionale ed etica medica.

La prova include anche una serie di domande riguardanti problemi clinici afferenti alle aree della Medicina e della Chirurgia e delle relative specialità, della Pediatria, dell'Ostetricia e Ginecologia, della Diagnostica di Laboratorio e Strumentale e della Sanità Pubblica*.

Il neo-laureato sarà ammesso a questa prova solo dopo aver ottenuto una valutazione positiva e separata nei tre periodi, ciascuno di un mese, di tirocinio post-laurea trascorsi rispettivamente in Medicina, in Chirurgia e nello studio di un Medico di Medicina Generale.

Questo significa che il nuovo Esame di Stato rivaluterà, mediante il tirocinio, la competenza clinica accumulata nei dodici mesi (60 crediti) dedicati all'attività clinica professionalizzante e, mediante due prove basate su domande a scelta multipla, le conoscenze di base e quelle cliniche acquisite con la partecipazione alle attività di didattica frontale e tutoriale; significa anche che la formazione dello Studente dovrà rimodellarsi su questo riveduto punto di arrivo e conseguentemente adeguarsi al nuovo sistema di verifica.

Due strumenti potranno, in questo momento, risultare utili, l'adozione del *core curriculum* e la realizzazione di un'efficace attività formativa professionalizzante.

Il *core curriculum*, definendo i saperi minimi, distribuiti coerentemente nei diversi corsi di insegnamento, faciliterà l'acquisizione da parte dello Studente delle conoscenze indispensabili, sulle quali necessariamente verterà la prova scritta; d'altro canto l'attività formativa professionalizzante, costruita per obiettivi e finalizzata all'acquisizione della competenza clinica, conferirà allo Studente la capacità di risolvere, con metodologia adeguata, i problemi clinici.

Questa nuova formulazione dell'Esame di Stato deve pertanto essere accolta favorevolmente e con la consapevolezza che comporterà per le Facoltà una nuova organizzazione didattica a cui riservare maggiori risorse sia umane che strutturali.

Sarà quindi quella di quest'anno una programmazione nuova, nella quale particolarmente utili risulteranno quegli strumenti (*core curriculum*, attività formativa professionalizzante, attività di tutorato, apprendimento nel territorio) messi a punto dalla Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia e apparsi nell'ultimo numero del suo Bollettino, ora in distribuzione.

Prof. Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà

EDITORIALE 2

I codici deontologici dei professionisti della salute
e la guerra

di *Daniele Rodriguez*

LA RICERCA CLINICA 8

Soggiorno di studio del Professor Eran Zaidel

VITA DELLA FACOLTÀ 8

Una finestra su Gulliver - Corsi Monografici -
Seminari - Marzo in Facoltà - Forum interdisciplinari

DOSSIER LAUREE 13

Regolamento didattico dei Corsi di Laurea

MEMORIA ED ATTUALITÀ DELLA MEDICINA 21

La Reumatologia: dal salasso alla terapia genica
di *Walter Grassi*

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 29

a cura di *Maurizio Battino*

LIBRI 30

a cura di *Fiorenzo Conti*

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 32

DANIELE RODRIGUEZ

Cattedra di Medicina Legale
Università degli Studi di Ancona

Al rapporto dialettico fra gli organi dello Stato ed i gruppi legati da interessi comuni o portatori di istanze che compongono la nostra società e dotati di influenza nella formazione degli orientamenti che sono alla base delle decisioni politiche, è stata quasi sempre estranea, perché sostanzialmente inesistente, la parte rappresentata dalle professioni sanitarie unitariamente considerate. Di fronte alla decisione politica, recentemente accettata dalla maggioranza del nostro Paese, di sostenere le ragioni di una guerra, che è tale anche se da alcuni viene chiamata (eufemisticamente) con altri nomi (con riferimento al principio della lotta al terrorismo) e che aggiunge vittime civili innocenti ad altre precedenti, altrettanto innocenti, vittime civili, le quali sono alla base delle dichiarate ragioni della guerra, i professionisti della salute hanno perso un'occasione per proporsi come gruppo di cultura e di opinione, portatore di valori etici, in larga misura condivisi, a sostegno della persona umana ed

I codici deontologici dei professionisti della salute e la guerra*

intrinsicamente inconciliabili con qualsiasi giustificazione della guerra. Così i professionisti della salute restano relegati al ruolo, tradizionale nelle molte precedenti guerre, talora (anzi spesso) fulgido per impegno, dedizione, abnegazione ed eroismo, di fornire le migliori prestazioni terapeutiche, assistenziali e riabilitative alle vittime degli eventi bellici, rinunciando di dichiarare preventivamente il loro sgomento e la loro ferma avversione a qualsivoglia attività umana volta deliberatamente a ledere esseri umani. Se, dalla parte politica, sono stati correntemente esaltati i motivi che, da un punto di vista, mirano a rendere giusta la guerra, dalla parte dei professionisti sanitari, di coloro cioè che sono chiamati alla tutela della salute e della vita, non sono stati né sufficientemente descritti gli effetti della guerra sulle singole persone, né è stato esplicitato l'altro punto di vista, quello di chi ha l'esperienza diretta del coinvolgimento con le sofferenze umane, punto di vista che si può compendiare nel concetto che il mezzo utilizzato (la guerra) comporta danni

all'essere umano del tutto sproporzionati rispetto al risultato atteso (la giustizia).

Occorre perciò riflettere su come le professioni sanitarie potrebbero orientare, o per lo meno rendere più meditate o modulate, le scelte politiche, sottolineando i propri valori etici professionali ed assumendo posizioni precise ed intransigenti di fronte alla possibilità di essere chiamati a riparare danni alle persone, che sarebbero facilmente evitabili se non fossero voluti dai decisori politici con la scelta dell'intervento bellico.

Per una siffatta riflessione possono essere utilizzati come punto di riferimento i codici di deontologia delle professioni sanitarie, dato che essi costituiscono il complesso documentale che testimonia gli attuali orientamenti etici delle professioni stesse.

Conviene impostare il ragionamento partendo da una peculiarità, ancorché non costante, dei codici di deontologia delle professioni sanitarie: quella, cioè, che molti di essi fanno una *presentazione*¹ del professionista cui specificamente si riferiscono.

La presentazione riguarda soprattutto funzioni e competenze di natura tecnico-professionale, ma non pochi codici mostrano di voler estendere la caratterizzazione del professionista anche agli aspetti della vita extraprofessionale; alcuni codici, infatti, si propongono come guida etica per

¹ Cfr.: codice deontologico dell'infermiere, comma 1.1 (*L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica*); codice deontologico dell'ostetrica, paragrafo 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*); codice deontologico dell'ortottista-assistente in oftalmologia, art. 7 (*L'Ortottista-Assistente in Oftalmologia svolge autonomamente attività professionale. In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, elabora anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma riabilitativo*); codice deontologico del logopedista, art. 4 (*Finalità dell'intervento logopedico è il perseguimento della salute della persona, affinché possa impiegare qualunque mezzo comunicativo a sua disposizione in condizioni fisiologiche. Nel caso di un disturbo di linguaggio e/o di comunicazione e/o da loro eventuali esiti, l'obiettivo sarà il superamento del disagio ad esso conseguente, mediante il recupero delle abilità e delle competenze finalizzate alla comunicazione o mediante l'acquisizione ed il consolidamento di metodiche alternative utili alla comunicazione ed all'inserimento sociale*) ed art. 7 (*Gli ambiti di intervento del Logopedista sono rivolti: a) al trattamento logopedico finalizzato alla cura dei disturbi del linguaggio e della comunicazione ...; b) alla didattica, in qualità di tutor per il tirocinio degli allievi logopedisti, di docente delle discipline logopediche, di relatore esperto della materia, di coordinatore tecnico-pratico di tirocinio dei corsi di Diploma Universitario di Logopedista; c) alla ricerca scientifica; d) alla direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative*); codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica, comma 5.1 (*In conformità alle richiamate finalità delle professioni sanitarie il TSRM è consapevole del proprio ruolo nell'educazione dei cittadini alla salute ed identifica in particolare la propria competenza nei temi che riguardano i benefici ed i rischi per il singolo e per la collettività derivanti dall'uso delle energie utilizzate*).

* Si tratta della lezione svolta il giorno 8 marzo 2002 in questa Facoltà nell'ambito del Forum interdisciplinare "Scienze umane". Lo stesso testo è stato proposto come editoriale nella *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie* 2001; 4 (3); 212-218.





la condotta del professionista quale *cittadino*.²

Sarebbe velleitario immaginare che una siffatta funzione di guida possa giungere a plasmare una determinata categoria di professionisti della salute come gruppo di cittadini operanti in modo omogeneo in quanto ispirantisi a principi omogenei. Infatti, la funzione di guida del codice deontologico non va pensata come globale, cioè come rivolta comprensivamente a tutte le attività, le iniziative e le scelte extraprofessionali. La funzione di guida è però irrinunciabile in relazione a tutte le attività e le iniziative umane che, anche se non attinenti allo svolgimento della professione, anche se non svolte direttamente dal professionista, mettono in discussione proprio i principi che ispirano l'agire professionale. Ad esempio, posto che la tutela della vita e della salute dell'essere umano sono principi indicati espressamente in molti codici deontologici, allora il professionista della salute *difenderà* questi principi, anche al di fuori dell'esercizio professionale, osteggiando, o almeno non condividendo, tutto ciò che sia in contrasto con questi principi. E' in questa logica che si colloca il disposto del primo comma dell'art. 50³ del codice di deontologia medica, laddove è previsto che sia dovere del medico non solo di non collaborare e non partecipare in alcun modo ad atti esecutivi di pena di morte o di tortura né a trattamenti crudeli, disumani o degradanti, ma anche *semplicemente* di non presenziare ad essi.

Occorre tuttavia rilevare che, in quest'articolo, la logica cui si faceva cenno poco sopra non è portata alle sue

² Cfr.: codice di deontologia medica, art. 1 (*Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione. Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa. ...*); codice deontologico del farmacista, art. 1 co. 2 (*E' sanzionabile qualsiasi abuso o mancanza nell'esercizio della professione e comunque qualsiasi comportamento disdicevole al decoro professionale o che abbia causato o possa causare un disservizio o un danno alla salute del cittadino*); codice deontologico del logopedista, art. 3 (*Ogni atto professionale o personale, anche se compiuto al di fuori dell'ambito lavorativo, che sia in contrasto con i principi qui di seguito indicati, verrà perseguito con le sanzioni disciplinari previste dalle leggi vigenti*); codice deontologico del terapeuta della riabilitazione, art. 5 (*Anche al di fuori dell'esercizio professionale, il Ft (TdR) è tenuto sempre ad osservare un comportamento che sia moralmente ed eticamente irreprensibile*); codice di etica professionale del dietista, comma V (*Il Dietista deve evitare qualsiasi comportamento che possa screditare la professione*); codice deontologico del tecnico di sanitario di radiologia medica, comma 2.3 (*L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice Deontologico e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dall'art. 40 del D.P.R. 5 aprile 1950, n.221*).

³ Cfr.: codice di deontologia medica, art. 50 (*Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. ...*).

estreme conseguenze: ed è in apparenza inspiegabile il motivo per cui la formulazione dell'art. 50 non sia pienamente coerente con lo spirito del codice di deontologia. Il disposto dell'art. 50 può sembrare, ad una prima lettura, una mediazione fra scelte della società e principi etici del codice.

Ma una siffatta interpretazione può essere, al massimo, accettabile limitatamente alla pena di morte, non certo nei confronti della tortura o dei trattamenti crudeli, disumani o degradanti, che non sono accettati da alcuna società civile ed in particolare dalla cultura del nostro Paese e rispetto ai quali, dunque, non vi è alcuna opportunità di mediazione. Che cosa, allora, ha indotto gli estensori del codice di deontologia medica a non dare testimonianza, in questo articolo, della conferma, piena ed assoluta, dei principi etici che ispirano il codice nella sua globalità ed a partorire un testo, in fin dei conti banale, anche se genericamente riconducibile ai principi di base?

E' facile rendersi conto che l'art. 50 non è sufficientemente meditato: ha infatti il taglio formale e didascalico con cui vengono affrontati gli argomenti *di cui non si ha esperienza diretta*.

E' dunque perché la società attuale del nostro Paese non conosce pena di morte, tortura e trattamenti crudeli, disumani e degradanti che la formulazione dell'art. 50 è così asettica e schematica e pone l'accento sulla non partecipazione come se fosse il più alto livello di impegno etico possibile sul punto. E' allora evidente che la parola chiave rispetto a queste *attività* è solo e soltanto una: *opposizione*.

Quest'affermazione non è solo convincimento di chi scrive, ma discende dallo spirito che caratterizza qualsivoglia codice di deontologia di professione sanitaria si prenda in considerazione.

Riprendendo quanto in precedenza indicato, infatti, il filo conduttore dell'esportazione, anche nella realtà extraprofessionale, dei principi deontologici deve essere rappresentato dalla *coerenza*. Invocare coerenza significa che è impensabile che il professionista della salute si ispiri, nell'esercizio professionale, a principi che poi, nella vita extraprofessionale, viola o *accetta* che siano apertamente violati da altri.

Che vada considerato censurabile -anche se, eventualmente, qualora così si voglia, a diversi livelli di gravità- sia che il professionista violi, egli, *personalmente*, tali principi, sia che egli accetti che siano altri a violarli, scaturisce da alcune fondamentali indicazioni deontologiche condivise da più codici sul significato profondo di essere professionisti della salute: dai codici sono infatti contemplati per i professionisti della salute l'assunzione





di responsabilità anche sul piano etico⁴ ed il ruolo di educatore.⁵

⁴ Cfr.: codice di deontologia medica, art. 5 (*Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. ...*) ed art. 12 (*La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico. ...*); codice deontologico del farmacista, art. 1 co. 1 (*Il farmacista deve: ...operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto della vita;...*) ed art. 4 co. 2 (*Il farmacista, in qualsiasi atto professionale e comunque nell'attività di controllo e di consiglio, agisce secondo scienza e coscienza e nel rispetto della legge. ...*); codice deontologico dell'infermiere, comma 1.4 (*Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. ...*); codice deontologico dello psicologo, art. 2 (*L'inosservanza dei precetti stabiliti nel presente Codice deontologico, ed ogni azione od omissione comunque contrarie al decoro, alla dignità ed al corretto esercizio della professione, sono punite ...*); codice deontologico dell'ortottista, art.1 (*La deontologia professionale è l'insieme dei principi etici che impegnano gli iscritti al rispetto delle norme generali e specifiche di comportamento professionale. ...*); codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica, art. 1.2 (*In quanto professione sanitaria, la dimensione etica dell'attività del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica si caratterizza per la finalità primaria di tutela e promozione della salute di tutti cittadini, nonché per la prevenzione e cura della malattia. ...*) ed art. 5 (*Il TSRM riconosce che il cittadino (sano o malato) non è destinatario passivo degli interventi sanitari ma deve essere considerato come persona titolare dei diritti inviolabili dell'uomo, cui spetta un ruolo attivo nella tutela e promozione della propria salute. ...*).

⁵ Cfr.: codice di deontologia medica, art. 54 (*... Il medico che partecipi a iniziative di educazione alla salute, su temi corrispondenti alle sue conoscenze e competenze, deve garantire, indipendentemente dal mezzo impiegato, informazioni scientificamente rigorose, obiettive, prudenti (che non producano timori infondati, spinte consumistiche o illusorie attese nella pubblica opinione) ed evitare, anche indirettamente, qualsiasi forma pubblicitaria personale o della struttura nella quale opera*); codice deontologico dell'infermiere, comma 1.2 (*L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.*) e comma 4.1 (*L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori*); dell'ostetrica, paragrafo 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*); codice deontologico del farmacista, art. 14 co. 1 (*Il farmacista, nella sua qualità di operatore sanitario, collabora con le autorità coadiuvandole nel raggiungimento dei loro obiettivi e partecipa a iniziative di educazione sanitaria, farmacovigilanza, prevenzione, difesa dell'ambiente e protezione civile. ...*); codice di etica professionale del dietista, comma VI (*Il Dietista deve interessarsi al benessere della popolazione collaborando con istituzioni, società scientifiche o enti pubblici (scuole, comunità per anziani ecc.), industrie del settore alimentare e della ristorazione collettiva, istituti di ricerca, per l'organizzazione e la promozione di progetti di studio e di interventi a carattere divulgativo e/o educativo*); codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica, comma 5.1 (*In conformità alle richiamate finalità delle professioni sanitarie il TSRM è consapevole del proprio ruolo nell'educazione dei cittadini alla salute ed identifica in particolare la propria competenza nei temi che riguardano i benefici ed i rischi per il singolo e per la collettività derivanti dall'uso delle energie utilizzate*).

In nome di questa coerenza e dello specifico dettato dei codici di deontologia in argomento,⁶ si ricavano, dunque, tenuto presente quanto sinora discusso, due regole fondamentali:

- i principi indicati nel codice deontologico di riferimento hanno valore, per ciascun professionista, anche al di fuori dell'ambito lavorativo;

- a prescindere dai principi indicati, il professionista è sempre tenuto ad una condotta eticamente responsabile.

Queste regole, ricavate dai codici di deontologia, rendono ragione, di portata generale come sono, del perché manchino, negli stessi codici, norme di condotta in relazione a problemi e situazioni di grande interesse pubblico. Nessun codice di deontologia si sofferma su quali scelte operare di fronte alla mafia, alla povertà, alla fame, al terrorismo, alla guerra, per il semplice fatto che è superfluo dettare specifiche norme, dato che queste scelte discendono direttamente dal dover applicare, anche a queste tematiche, gli stessi principi che regolano l'esercizio professionale.

In sintonia con questa impostazione, anche il tema della condotta da tenere, da parte del professionista, di fronte alla guerra è eluso nei codici di deontologia, per quanto - come poi meglio si vedrà - il codice del medico menzioni la guerra stessa. Tuttavia, in questi tempi di guerra, la prima superficiale osservazione è che un'indicazione del codice di deontologia non sarebbe stata fuori luogo, se non altro perché, scritta in altri tempi, non influenzata da fatti contingenti, avrebbe potuto essere oggettiva ed offrirsi come punto di riferimento per la riflessione di quanti, fra gli stessi professionisti della salute, acriticamente, oggi difendono le ragioni della guerra, appellandosi al valore degli obiettivi per giustificare l'abiezione dei mezzi. Un'indicazione del codice di deontologia non sarebbe stata inopportuna proprio rispetto al tema della guerra, perché essa non suscita pareri concordi sul *che fare*, pareri concordi che invece sono di più facile riscontro in relazione ad altri problemi dell'umanità, come fame e povertà; è risaputo, che da sempre la guerra ha diviso l'opinione degli esseri umani, soprattutto nella contingenza di una sua dichiarazione (almeno nei contesti storico-culturali -invero inattuati- in cui esisteva una formale dichiarazione di guerra), fra interventisti e non interventisti.

Per tutte queste ragioni, un'esplicita indicazione deontologica avrebbe avuto significato, anche se sarebbe risultata pleonastica, perché, essendo scontate le conseguenze devastanti che, in punto di vita e di salute dell'essere umano, qualsiasi guerra comporta, univoco è necessariamente l'atteggiamento che il professionista della salute,

⁶ Cfr. nota 2.





coerente con i principi deontologici, assume di fronte alla guerra.

Infatti, i fondamentali beni umani, intrinsecamente negati dalla guerra, sono tutti affermati nei codici di deontologia: la tutela della salute⁷ e/o quella del benessere⁸ è

sempre contemplata nei codici, quella della vita⁹ lo è frequentemente. La guerra è lesiva della dignità umana, vuoi dell'offensore vuoi dell'offeso; ed è da ricordare l'asserito, in quasi tutti i codici, rispetto della dignità¹⁰ umana. Il prin-

comunità per anziani ecc.), industrie del settore alimentare e della ristorazione collettiva, istituti di ricerca, per l'organizzazione e la promozione di progetti di studio e di interventi a carattere divulgativo e/o educativo).

⁸ Cfr.: codice di deontologia medica, art. 3 (Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona), art. 5 (Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. ...); codice deontologico del farmacista, art. 1 co. 1 (Il farmacista deve: ... tenere sempre una condotta consona al proprio ruolo di professionista sanitario responsabile della salute, ...) ed art. 4 co. 3 (Egli deve sempre ricordare che la sua professione è costantemente finalizzata alla tutela dello stato di salute e alla conservazione del benessere fisico e psichico della persona, nel rispetto dei diritti fondamentali della stessa); dell'infermiere, comma 1.3 (La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo).

⁹ Cfr.: codice di deontologia medica, art. 3 (Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. ...) ed art. 5 (Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità dell'individuo); codice deontologico dell'infermiere, comma 1.3 (La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo); codice deontologico dell'ostetrica, paragrafo 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); codice deontologico del logopedista, art. 4 (Finalità dell'intervento logopedico è il perseguimento della salute della persona, affinché possa impiegare qualunque mezzo comunicativo a sua disposizione in condizioni fisiologiche. ...); codice di etica professionale del dietista, comma 1 (Il Dietista deve considerare se stesso al servizio del genere umano. Il suo atteggiamento e il suo agire devono essere guidati dal rispetto per le persone e dal desiderio di promuovere la salute.); codice deontologico del tecnico di neurofisiopatologia, art. 9 (Il TNFP riconosce il cittadino, sano o malato, come persona titolare dei diritti inviolati dell'uomo, cui spetta un ruolo attivo nella tutela e promozione della propria salute e che non è destinatario passivo degli interventi sanitari passivi. ...); codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica, comma 1.2 (In quanto professione sanitaria, la dimensione etica dell'attività del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica si caratterizza per la finalità primaria di tutela e promozione della salute di tutti cittadini, nonché per la prevenzione e cura della malattia. ...).

⁷ Cfr.: codice deontologico dello psicologo, art. 3 (Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità. ...) ed art. 34 (Lo psicologo si impegna a contribuire allo sviluppo delle discipline psicologiche e a comunicare i progressi delle sue conoscenze e delle sue tecniche alla comunità professionale, anche al fine di favorirne la diffusione per scopi di benessere umano e sociale); codice deontologico del farmacista, art. 4 co. 3 (Egli deve sempre ricordare che la sua professione è costantemente finalizzata ... alla conservazione del benessere fisico e psichico della persona, nel rispetto dei diritti fondamentali della stessa); codice deontologico del logopedista, art. 17 co. 2 (Il Logopedista è tenuto al rispetto ed alla tutela della dignità e del decoro della professione, evitando in qualsiasi modo di: ... b) subire condizionamenti professionali che ledano la propria autonomia ed il benessere del paziente; ...); codice di etica professionale del dietista, comma VI (Il Dietista deve interessarsi al benessere della popolazione collaborando con istituzioni, società scientifiche o enti pubblici (scuole,





cipio della *solidarietà*,¹¹ affermato da alcuni codici, è in aperto contrasto con qualsiasi azione bellica. Quasi tutti i codici, poi, fanno riferimento ai *diritti umani*, esplicitamente¹² o implicitamente¹³; e la guerra stravolge questi diritti.

I codici di deontologia, dunque, non offrono alcuno spunto che, in qualche modo, consenta di giustificare la guerra. Anzi tutti i principi indicati nei codici contrastano con qualsiasi ipotesi di difesa della guerra.

Il fatto che i codici di deontologia dei professionisti della salute abbiano preferito limitarsi a prescrizioni generali e non siano entrati nel merito della condotta del professionista nei confronti della guerra può indurre in taluno il falso convincimento che il tema della guerra sia estraneo dalla sfera d'interesse del codice di deontologia. E' invece

¹¹ Cfr.: giuramento premesso al codice di deontologia medica, quarto capoverso (*Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro: ...di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;*); codice deontologico del farmacista art. 4 co. 2 (*Il farmacista... Deve offrire la massima disponibilità e cortesia e prestare il soccorso consentito dalla legge e suggerito da sentimenti di umana solidarietà*).

¹² Cfr.: codice di deontologia medica, art. 17 (*Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona*), art. 29 secondo comma (*...Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata. ...*) ed art. 69 (*... Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini. ...*); codice deontologico del farmacista, art. 4 co. 3 (*Egli deve sempre ricordare che la sua professione è costantemente finalizzata alla tutela dello stato di salute e alla conservazione del benessere fisico e psichico della persona, nel rispetto dei diritti fondamentali della stessa*); codice deontologico dell'infermiere, comma 2.1 (*Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche*); codice deontologico dell'ostetrica, paragrafo 3.1 (*Nel rapporto con la persona assistita l'ostetrica/o impronta la propria opera professionale al rispetto dei diritti umani fondamentali*); codice deontologico del tecnico di neurofisiopatologia, art. 9 (*Il TNFP riconosce il cittadino, sano o malato, come persona titolare dei diritti inviolati dell'uomo, cui spetta un ruolo attivo nella tutela e promozione della propria salute e che non è destinatario passivo degli interventi sanitari passivi. ...*); codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica, comma 1.2 (*... Il destinatario dell'intervento (cittadino sano o malato) deve essere considerato come protagonista attivo e responsabile, e nei suoi confronti valgono i principi generali di garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo e di pari dignità sociale di tutti i cittadini, affermati anche dalla Costituzione della Repubblica Italiana, che si realizzano in campo sanitario con il rispetto del diritto alla consapevole autodeterminazione*).

¹³ Cfr.: codice deontologico del logopedista, art. 17 co. 1 (*Il Logopedista deve rispettare i principi sociali, morali e legali della Società in cui esercita, riconoscendo che il discostarsi da tali principi può incidere sulla fiducia della pubblica opinione nella competenza del Logopedista e della sua Professione. ...*).

vero che il codice di deontologia sollecita il professionista della salute ad una riflessione sui principi del codice stesso da applicare alle problematiche connesse alla guerra: una tale riflessione acquista il senso di una ricerca, che è da considerare da un duplice punto di vista:

a) da un lato, vi è la ricerca di sé stessi: ciò vale soprattutto per chi, di fronte alla guerra, è disorientato, vivendo, in modo consapevole, le contraddizioni fra i danni della guerra e gli obiettivi della professione, e può giungere ad una chiarificazione anche con la guida del codice di deontologia;

b) dall'altro lato, vi è la ricerca di un percorso già tracciato: mal individuabile, frammentario, nascosto fra le pieghe di ogni codice di deontologia è proposto un discorso coerente che chiede solo di essere evidenziato e meditato.

Certo è che questa riflessione, quale sia la prospettiva in cui ci si pone, consente di confrontarsi con un punto di vista, quello del codice deontologico, che non è mediato dai mezzi di comunicazione di massa o da interessi economici: quindi offre una visione in cui la dimensione politica è subordinata alla tutela della salute, della vita, della dignità delle persone vittime della guerra in nome della solidarietà nei loro confronti.

Resta la difficoltà di orientarsi su ciò che è opportuno ed è possibile, concretamente, fare *contro la guerra*, sia nell'attività professionale sia nella testimonianza che può essere portata nell'attività extraprofessionale. Un punto è certo: nessuna delle ragioni che vengono addotte per giustificare la guerra trova conforto nei principi ispiratori della professione e quindi nessuna di queste ragioni può essere fatta propria dal professionista della salute che si ispiri alla *coerenza*. Nell'esercizio della professione non è facile trasmettere questo messaggio ai propri pazienti e/o assistiti. Ma per chi, fra i professionisti della salute, riveste un ruolo pubblico, è più facile far sentire la propria matrice etico-culturale nell'attività pubblica di pertinenza, insistendo sulle ragioni della vita, della salute, della dignità e della solidarietà umana. Ed anche Ordini e Collegi, in quanto esponenti della cultura e dell'etica delle professioni, sono chiamati a manifestare i contenuti dei codici di deontologia da loro stessi elaborati.

Puntuale indicazioni che compaiono in due codici di deontologia consentono alcune osservazioni conclusive su ciò che è possibile, concretamente, fare *contro la guerra*.

Il codice di deontologia medica, in un suo passo,¹⁴ parla

¹⁴ Cfr.: codice di deontologia medica, art. 3 (*Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. ...*).





espressamente delle condizioni di guerra, contemplando la tutela della vita, della salute e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, escludendo espressamente qualsiasi discriminazione di nazionalità e di ideologia in tempo di guerra oltre che in tempo di pace. Questo significa prendere una posizione ferma, che non si presta ad equivoci: addirittura *nessuna discriminazione di nazionalità neppure in tempo di guerra*: rispetto dunque della persona umana anche se appartenente al campo avverso.

Proprio questa è un'indicazione precisa che proviene dalla deontologia codificata: realizzare il proprio impegno professionale ponendo "amici" e "nemici" sullo stesso piano, dedicandosi in particolare all'assistenza ed alla cura di questi ultimi qualora essi dispongano di risorse inferiori.

Una seconda indicazione viene dal codice deontologico dell'infermiere.¹⁵ Si tratta del comma 2.5, che prevede, in caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, che l'infermiere si impegni, in primo luogo a trovare la soluzione attraverso il dialogo, ed in subordine, in presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, che egli si avvalga del diritto all'obiezione di coscienza. Non va dimenticato che l'art. 2, nel suo complesso, concerne i "principi etici della professione", talché le indicazioni di questo comma 2.5 non possono essere considerate come indirizzate solo all'assistito -cui è invece specificamente

dedicato un altro articolo, il 4-, ma, proprio perché rientrano fra i principi generali, sono rivolte a tutti i cittadini.

Obiezione di coscienza, dunque, come *scelta morale* (non è questa la sede per discuterne in chiave giuridica) e come concretizzazione dell'opposizione a decisioni politiche profondamente in contrasto con i principi ispiratori dell'agire professionale a tutela della salute e della vita.

Obiezione di coscienza, dichiarata da uno solo dei codici di deontologia delle professioni sanitarie, ma che anche gli altri codici potrebbero far propria nella prospettiva di una coesione etica e culturale delle professioni sanitarie

Obiezione di coscienza, di cui sarebbe il caso di discutere in modo approfondito per valutare se si tratti di opzione condivisibile e, in caso affermativo, concordare strategie e modalità di attuazione.

Bisogna prendere atto, nella prospettiva di concludere il ragionamento in sintonia con l'insegnamento del comma 2.5 del codice deontologico dell'infermiere, che la *parte* delle professioni sanitarie non si è, nella situazione attuale, impegnata a trovare la soluzione della situazione profondamente conflittuale fra principi etici della professione e violenza della guerra attraverso il *dialogo*. Occorre dunque che le professioni sanitarie prendano coscienza della loro unitarietà culturale complessiva e dei principi etici che condividono e si impegnino nel dialogo, manifestando un punto di vista comune, volto a contrastare le scelte politiche in favore della guerra.



¹⁵ Cfr.: codice deontologico dell'infermiere, comma 2.5 (Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza).





Nel mese di gennaio è venuto ad Ancona il Prof. Eran Zaidel, neuropsicologo dell'Università della California a Los Angeles (UCLA), in seguito a contatti presi con la Clinica Neurologica e con l'Istituto di Fisiologia della Facoltà di Medicina di Ancona.

Il Prof. Zaidel studia con metodi neuropsicologici la lateralizzazione emisferica del cervello umano e le interazioni interemisferiche, con particolare interesse per la rappresentazione del linguaggio nell'emisfero destro. Il Centro Epilessia della Clinica Neurologica dell'Università d'ora segue un gruppo di pazienti in cui è stata eseguita, negli anni '80 dal Prof. Isacco Papo e più recentemente dai Proff. Alessandro Ducati e Franco Rychlicki, la sezione chirurgica del corpo calloso a scopo terapeutico (pazienti split-brain). I pazienti che vengono sottoposti a sezione chirurgica, parziale o completa, del corpo calloso (callosotomia) sono pazienti epilettici, affetti da crisi generalizzate, che in genere non rispondono positivamente alla terapia farmacologica. Il primo stadio dell'intervento chirurgico terapeutico è solitamente una callosotomia parziale che interessa la metà anteriore del corpo calloso. Se il primo intervento non raggiunge lo scopo, si procede alla sezione completa del corpo calloso. A volte vengono sezionate anche le altre commessure cerebrali (la commessura anteriore, le commessure ippocampali dorsale e ventrale e la massa intermedia del talamo).

Soggiorno di studio del Professor Eran Zaidel

Questi pazienti sono stati già studiati, mediante risonanza magnetica funzionale combinata con tests neuropsicologici, da ricercatori della nostra Università e di altre Università italiane e straniere (Salvatore Aglioti, Giovanni Berlucchi, Maria Del Pesce, Mara Fabri, Elisabetta Ladavas, Maryse Lassonde, Tullio Manzoni, Gabriele Polonara, Angelo Quattrini, Ugo Salvolini, Giancarlo Tassinari).

Questi soggetti, definiti "split-brain" (cervello diviso), si sono rivelati fondamentali per lo studio delle funzioni cognitive e delle capacità percettive ed integrative dei singoli emisferi. Spesso si comportano normalmente nella vita di tutti i giorni; è infatti sorprendente che nella quotidianità questi pazienti siano indistinguibili dagli altri individui, a parte un periodo immediatamente successivo all'operazione in cui mostrano chiari segni di disconnessione (mutismo, debolezza del lato sinistro del corpo, incapacità di eseguire comandi verbali con la parte sinistra del corpo). Dopo qualche mese i sintomi acuti scompaiono. Permangono tuttavia alcuni sintomi caratteristici, che possono essere messi in evidenza solo con speciali metodi di studio, che di solito comportano la lateralizzazione degli

stimoli. Il primo sintomo è l'assenza di trasferimento interemisferico: le informazioni sensoriali provenienti da un lato del corpo e che raggiungono l'emisfero contralaterale, ed i comandi motori e le elaborazioni lateralizzati ad un emisfero non possono essere comunicati all'altro emisfero. Una conseguenza di ciò è, per esempio, l'incapacità di riconoscere con una mano un oggetto esplorato con l'altra. Un altro sintomo risulta dalla specializzazione emisferica. Ad esempio, un soggetto destrimane non è in grado di denominare o descrivere verbalmente un oggetto tenuto nella mano sinistra, anche quando ha la possibilità di manipolarlo adeguatamente. Questo perché le informazioni sensoriali provenienti dalla mano sinistra raggiungono l'emisfero destro, ma non possono, a causa dell'interruzione delle fibre callosali, arrivare al centro del linguaggio che di norma si trova nell'emisfero sinistro. I soggetti "split-brain" con il tempo sviluppano varie strategie per aggirare l'ostacolo costituito dall'impossibilità di scambiare informazioni tra i due emisferi. Un esempio comune è nominare ad alta voce l'oggetto palpato con la mano destra; i suoni raggiungono l'emisfero destro che ha la capacità di riconoscere molte singole parole, l'oggetto può successivamente essere identificato anche con la mano sinistra.

La presentazione di tests appropriati basati sull'uso di stimoli lateralizzati permette di evidenziare come gli emisferi disconnessi operino in questi pazienti per gran parte in maniera indipendente. Grazie al notevole sviluppo delle tecniche di "imaging", come ad esempio la risonanza magnetica, è ora possibile inoltre stabilire con esattezza quale parte del corpo calloso sia stata sezionata, e quali funzioni siano associate a ciascun segmento del corpo calloso.

Attualmente ci sono pochi gruppi di tali pazienti in tutto il mondo, uno dei quali si trova ad Ancona. Il Prof. Zaidel è venuto per lavorare con questo gruppo. Ha potuto esaminare cinque pazienti, quattro dei quali in due riprese. Ha presentato loro vari tests neuropsicologici. Alcuni tendevano ad individuare l'emisfero dominante per la comprensione del linguaggio (test di ascolto dicotico), altri a stabilire se ci fosse una rappresentazione del linguaggio nell'emisfero destro (denominazione di oggetti presentati per una frazione di secondo solo nel campo visivo sinistro, quindi solo all'emisfero destro); altri per capire se e quali tipi di informazioni visive presentate separatamente ai due emisferi potessero essere confrontate. Ha presentato anche un test per verificare la coscienza di sé nei due emisferi.

Durante il suo soggiorno ad Ancona il Prof. Zaidel ha tenuto un seminario intitolato "The split-brain: what's new" nel quale ha presentato una sintesi delle conoscenze attuali sulle competenze neuropsicologiche degli emisferi cerebrali. Il Prof. Zaidel si è dichiarato molto soddisfatto dell'ospitalità che ha ricevuto ad Ancona ed ha proposto di continuare la collaborazione.

MARA FABRI, MARCO BARTOLINI

Istituto di Fisiologia Umana
Clinica Neurologica

Università degli Studi di Ancona





ASSOCIAZIONI STUDENTESCHE

Rappresentanti della Lista Gulliver di Medicina

Con un ritardo affine alla concezione brasiliana del tempo comunichiamo i nuovi Rappresentanti della Lista Gulliver di Medicina:

Federica Franco - Consiglio di Facoltà

Luca Costantini - Consiglio di Facoltà

Irene Pacetti - Consiglio Studentesco/Consiglio di Amministrazione dell'E.R.S.U.

Serena Tomassetti - Consiglio Studentesco/Cus

Samer Abu-Sa - Consiglio Studentesco

Per rendere più fluida la comunicazione con i Rappresentanti, stiamo preparando la Carta dei Diritti degli Studenti e mettiamo a disposizione i seguenti recapiti:

TEL. 071-2206137

E-mail: medicina@gulliver.unian.it

Per informazioni sulla nostra attività, sulla Didattica, sul Diritto allo Studio ci trovate nell' Aula Gulliver (abbiate pazienza, i nostri orari sono un po' variabili).

In ogni caso ogni Martedì alle 21,30 ci riuniamo nella nostra sede in via Saffi (vicino all' E.R.S.U.). Naturalmente le Assemblee sono aperte a tutte/i.

Cogliamo inoltre l'occasione per presentare alcune iniziative che faremo a partire da Marzo a Medicina:

LUNEDÌ 4 MARZO: incontro con i volontari della "Tenda di Abramo" sul tema dell'immigrazione;

MERCOLEDÌ 13 MARZO: proiezione Video sui fatti di Genova.

Sono ancora "in cantiere" le seguenti idee:

Iniziativa sulla Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro nel 2002;

incontro-Dibattito sugli usi terapeutici della Cannabis e barriere legali;

gruppo di lavoro sui Brevetti dei farmaci.

Gli altri appuntamenti del Gulliver li troverete sugli spazi di affissione.

Associazione Regionale Emergenze Sanitarie e Sociali

Mercoledì 23 gennaio nella nostra Facoltà si è tenuto l'incontro con il Presidente dell' ARES (Associazione Regionale Emergenze Sanitarie e Sociali) Dr. Esposito, medico del Pronto Soccorso all'Ospedale di Torrette.

L'Associazione è nata dopo che un gruppo di volontari si è recato in Kosovo con la Missione Arcobaleno dove a prestare soccorso è stato il personale sanitario (medici e infermieri).

Gli associati devono avere conoscenze di base sulla medicina delle emergenze e, in più, particolari nozioni sulle emergenze massive: le catastrofi.

I membri si incontrano mensilmente nelle aule di Medicina, per rendere continuativa la loro preparazione e migliorare il profilo professionale.

Ovviamente oltre ai problemi prettamente sanitari, nei casi in cui l'ordine delle cose è totalmente sovvertito, si è reso necessario un forte supporto sociale, fornito da operatori del settore.

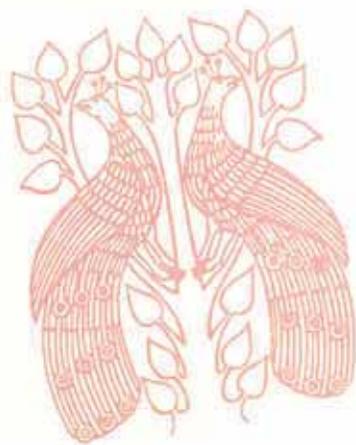
Anche alcuni studenti si sono iscritti all' ARES ,con lo scopo di avere una preparazione fin d'ora ,in prospettiva di partire dopo aver acquisito un certo grado di esperienza.

L'entusiasmo di partire per una missione umanitaria è stato da bilanciare con tutti i problemi che nascono quando si devono affrontare civiltà diverse dalla propria e stravolte da lotte interne .

L'ARES agisce soprattutto a livello nazionale ,data anche la sua recente nascita ,ma ha contatti anche con altre Associazioni come Medici Senza Frontiere ,e non è detto che un giorno non possa agire anche a livello internazionale.

Per ora chiunque voglia avere informazioni sull'Associazione può accedere al sito www.regionemarche.it/ares.

Una finestra su
Gulliver





CORSI MONOGRAFICI

SEMINARI

**Corsi Monografici
Marzo 2002****3° Anno**

8-15-22 marzo Ore 8.30 Aula A

Elettrocardiografia clinica

Prof. P. Russo (Metodologia clinica)

8-15-22 marzo Ore 14.30 Aula A

**Il trapianto di cellule staminali
e la terapia cellulare**

Dr. A. Olivieri (Patologia Sistemica I)

4° Anno8-15-22 marzo Ore 16.30 Aula G.
Morgagni**L'uso di marker tumorali
in anatomia patologica**

Prof. G. Fabris (Anatomia Patologica)

5° Anno

8-15-22 marzo Ore 8.30 Aula E

Malaria: aspetti particolari

Prof. A. Giacometti (Malattie Infettive)

8-15-22 marzo Ore 14.30 Aula F

Lupus eritematoso cutaneo

Prof.ssa A.M. Offidani (Malattie Cutanee e Veneree)

6° Anno

8-15-22 marzo Ore 8.30 Aula B

**Ipertensione arteriosa
d'interesse chirurgico**

Prof. C. Marmorale, Dott. A. Taccaliti (Clinica Chirurgica)

8-15-22 marzo Ore 10.30 Aula B

Laparoscopia d'urgenza

Prof. M. Guerrieri (Emergenze Medico Chirurgiche)

8-15-22 marzo Ore 14.30 Aula B

**Il rumore industriale: effetto
sulla salute e prevenzione**

Prof. M. Valentino (Medicina del Lavoro)

**Seminari Interdisciplinari
Marzo 2002****4° Anno**19 marzo Ore 16.30 Aula G.
Morgagni
(c/o Anatomia Patologica)**ANATOMIA PATOLOGICA**

Prof. G. Fabris

*Processi espansivi a carico del
Sistema Nervoso Centrale*In collaborazione con Neurologia
e Neurochirurgia**5° Anno**

19 marzo Ore 16.30 Aula C

MALATTIE CUTANEE E VENEREE

Prof. G. Bossi

Infezioni da Dermatofiti

In collaborazione con Malattie Infettive

6° Anno

19 marzo Ore 16.30 Aula A

CLINICA CHIRURGICA

Prof.ssa C. Marmorale

Urgenze addominali

In collaborazione con Urologia





MARZO IN FACOLTÀ

Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede-Ora
5, martedì	Scuola di Specializzazione	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	h.14.00 Clin. Reum.
6, mercoledì	Scuola di Specializzazione	Discussione casi clinici	Dott. M. Polito Jr.	h.16.00
7, giovedì	Scuola di Specializzazione	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	h 8.30
8, venerdì	Corso Monografico	Elettrocardiografia clinica	Prof. P. Russo	h. 8.30 Aula A
	Corso Monografico	Ipertensione arteriosa di interesse chirurgico	Prof. C. Marmorale, Dott. A. Taccaliti	h. 8.30 Aula B
	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	h. 8.30 Aula E
	Corso Monografico	Laparoscopia d'urgenza	Prof. M. Guerrieri	h. 10.30 Aula B
	Forum	Scienze Umane - Deontologia ed Etica Professionale	Prof. D. Rodriguez	h. 12.45 Aula D
	Corso Monografico	Il trapianto delle cellule staminali	Dr. A. Olivieri	h. 14.30 Aula A
	Corso Monografico	Il rumore industriale effetto sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	h. 14.30 Aula B
	Corso Monografico	Lupus eritematoso cutaneo	Prof.ssa A. M. Offidani	h. 14.30 Aula F
	Corso Monografico	L'uso di marker tumorali	Prof. G. Fabris	h. 16.30 Aula Morgagni
12, martedì	Scuola di Specializzazione	Derivazioni Urinarie dopo Cistectomia: Mainz pauch II° versus Ileal Conduit	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi Dott. M. Polito Jr	h. 15.30
14, giovedì	Scuola di Specializzazione	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	h. 8.30
15, venerdì	Corso Monografico	Elettrocardiografia clinica	Prof. P. Russo	h. 8.30 Aula A
	Corso Monografico	Ipertensione arteriosa di interesse chirurgico	Prof. C. Marmorale, Dott. A. Taccaliti	h. 8.30 Aula B
	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	h. 8.30 Aula E
	Corso Monografico	Laparoscopia d'urgenza	Prof. M. Guerrieri	h. 10.30 Aula B
	Forum	Scienze Umane - Deontologia ed Etica Professionale	Prof. D. Rodriguez	h. 12.45 Aula D
	Corso Monografico	Il trapianto delle cellule staminali	Dr. A. Olivieri	h. 14.30 Aula A
	Corso Monografico	Il rumore industriale effetto sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	h. 14.30 Aula B
	Corso Monografico	Lupus eritematoso cutaneo	Prof.ssa A. Offidani	h. 14.30 Aula F
	Corso Monografico	L'uso di marker tumorali	Prof. G. Fabris	h. 16.30 Aula Morgagni
	Seminario Interdisciplinare	Processi espansivi a carico del Sistema Nervoso Centrale	Prof. G. Fabris	h. 16.30 Aula Morgagni
19, martedì	Seminario Interdisciplinare	Infezione da Dermatofiti	Prof. G. Bossi	h. 16.30 Aula C
	Seminario Interdisciplinare	Urgenze Addominali	Prof.ssa C. Marmorale	h. 16.30 Aula A
20, mercoledì	Scuola di Specializzazione	*La cellula in interfase in diverse situazioni metaboliche: Modificazioni Morfo-Funzionali degli Organuli Citoplasmatici. (Dottorato di Ricerca in **Oncologia Urologica**)*	Prof. G. Gazzanelli, Prof. G. Muzzonigro	h. 15.30
21, giovedì	Scuola di Specializzazione	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	h 8.30
22, venerdì	Corso Monografico	Elettrocardiografia clinica	Prof. P. Russo	h. 8.30 Aula A
	Corso Monografico	Ipertensione arteriosa di interesse chirurgico	Prof. C. Marmrale, Dott. A. Taccaliti	h. 8.30 Aula B
	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	h. 8.30 Aula E
	Corso Monografico	Laparoscopia d'urgenza	Prof. M. Guerrieri	h. 10.30 Aula B
	Forum	Scienze Umane - Deontologia ed Etica Professionale	Prof. D. Rodriguez	h. 12.45 Aula D
	Corso Monografico	Il trapianto delle cellule staminali	Dr. A. Olivieri	h. 14.30 Aula A
	Corso Monografico	Il rumore industriale effetto sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	h. 14.30 Aula B
	Corso Monografico	Lupus eritematoso cutaneo	Prof.ssa A. Offidani	h. 14.30 Aula F
	Corso Monografico	L'uso di marker tumorali	Prof. G. Fabris	h. 16.30 Aula Morgagni
26, martedì	Scuola di Specializzazione	Il reflusso vescico-renale in età pediatrica e nell'adulto	Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Polito Jr	h 15.30
28, giovedì	Scuola di Specializzazione	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	h 8.30





FORUM INTERDISCIPLINARI

Scienze Umane

Coordinatore: Prof. Tullio Manzoni
Venerdì ore 12,45-14,15 - Aula D

DEONTOLOGIA ED ETICA PROFESSIONALE

Integrativo di Medicina Legale
Prof. Daniele Rodriguez

15 marzo 2002

Sulle manifestazioni di volontà espresse anticipatamente dalla persona in stato di incoscienza attuale
(Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 5° anno)

8 marzo 2002

Questioni etiche e deontologiche in materia di donazioni di organi
(Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 5° anno)

22 marzo 2002

I codici deontologici delle professioni della salute e la guerra
(Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 5° anno)

CONVEGNI

CENTRO UNIVERSITARIO DI STUDI Medicina e Scienze Umane "A. Murri"

XXII Colloquio sulla Interpretazione

Interpretazione e cura: curare e guarire

11-12 marzo 2002 - Università di Macerata - Antica biblioteca

Lunedì 11 marzo

Presiede: Carlo Cipolli (Bologna)

- ore 9,00 Giuseppe Galli (Macerata):
CURARE E GUARIRE. INTRODUZIONE
- ore 9,30 Giovanni Zaninetta (Brescia):
CURARE L'INGUARIBILE
- ore 10,15 *Discussione. Interventi preordinati di:*
Sandro Totti (Ancona);
Dorella Scarponi (Bologna)
- ore 11,15 *Discussione*

Presiede: Giovanni Danieli (Ancona)

- ore 15,30 Giancarlo Trombini (Bologna):
CURARE LOGORA. DINAMICA PSICOLOGICA DEI
FENOMENI DI BURNOUT
- ore 16,15 *Discussione. Interventi preordinati di:*
Pio Riccibitti (Bologna),
Franco Baldoni (Bologna)

ore 17,30

Stefania Fortuna (Ancona):
"MEDICE CURA TE IPSUM":

LA CURA DI SÉ NEL MONDO ANTICO

ore 18,15

Discussione. Interventi preordinati di:
Aldo Stella (Perugia)

Martedì 12 marzo

Presiede: Aldo Torsoli (Roma)

Paola Binetti e Allievi (Roma):

RICERCHE SULL'EFFETTO PLACEBO. UN'ESPERIENZA
DIDATTICA

ore 9,00

Discussione. Interventi preordinati di:
Italo Maistrello (Milano),
Lucio Sotte (Macerata)

ore 11,50-12,30

Tavola rotonda conclusiva:
GUARIGIONE, SALUTE, QUALITÀ DELLA VITA





I LAVORI DELLA COMMISSIONE
DIDATTICA

SOMMARIO

- Articolo 1 Corsi di Laurea dell'area sanitaria
- Articolo 2 Definizione degli obiettivi formativi qualificanti
- Articolo 3. Ammissione ai Corsi di Laurea
- Articolo 4. Comitato Didattico del Corso di Laurea
- Articolo 5. Comitato di Coordinamento dei Corsi di Laurea
- Articolo 6. Crediti Formativi Universitari (CFU)
- Articolo 7. Decadenza dalla posizione di studente
- Articolo 8. Ordinamento didattico
- Articolo 9. L'attività formativa
- Articolo 10. L'attività didattica obbligatoria
- Articolo 11. Attività formativa professionalizzante (tirocinio)
- Articolo 12. Attività didattica elettiva
- Articolo 13. Apprendimento autonomo
- Articolo 14. Obbligo di frequenza
- Articolo 15. Verifica dell'apprendimento e acquisizione dei CFU
- Articolo 16. Sbarramenti
- Articolo 17. Attività formative per la preparazione della prova finale
- Articolo 18. Esame di Laurea
- Articolo 19. Riconoscimento degli studi compiuti presso altre sedi o altri corsi di studio
- Articolo 20. Riconoscimento delle lauree di area sanitaria conseguite presso Università estere
- Articolo 21. Valutazione dell'efficienza e dell'efficacia della didattica
- Articolo 22. Sito Web
- Articolo 23. *Diploma Supplement*
- Articolo 24. Norme transitorie

Art.1 Corsi di Laurea dell'area sanitaria

I Corsi di laurea dell'area sanitaria, istituiti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona, sono i seguenti:

- Classe I - Laurea in Infermiere
- Laurea in Ostetrica/o
- Classe II - Laurea in Ortottista - Assistente in Oftalmologia
- Laurea in Fisioterapista
- Classe III - Laurea in Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Laurea in Tecnico di Radiologia Medica, per immagini e radioterapia
- Laurea in Tecnico di Neurofisiopatologia

I predetti corsi di laurea si articolano in tre anni accademici e, al termine del percorso formativo, rilasciano titoli di operatore delle professioni sanitarie, ai sensi della legge 10 agosto 2000 n.251 art.3, comma 1.

Art. 2 Definizione degli obiettivi formativi qualificanti

Gli obiettivi formativi qualificanti di ciascun corso di laurea sono quelle indicati negli allegati 1 dalle lettere

a) alla lettera g), parte integrante del presente Regolamento, come individuati nel Decreto interministeriale del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità del 2 Aprile 2001.

Regolamento Didattico dei Corsi di Laurea dell'area sanitaria

Art. 3 Ammissione ai Corsi di Laurea

a) Programmazione degli accessi

Possono essere ammessi ai Corsi di Laurea di cui all'art.1 del presente Regolamento i candidati che siano in possesso del Diploma di Scuola Media Superiore o di titolo estero equipollente e che si siano qualificati in posizione utile all'esame di ammissione.

Il numero programmato di accessi al primo anno di corso è definito ai sensi dell'art.3 c.2 della legge 264 del 2 settembre 1999.

Il termine ultimo per l'iscrizione al 1° anno di corso è fissato, di norma, al 1° ottobre, compatibilmente con le procedure concorsuali di ammissione.

Il termine ultimo per l'iscrizione agli anni successivi al primo è fissato, inderogabilmente, al 1° ottobre.



b) Debito formativo

L'organizzazione didattica dei Corsi di Laurea di area sanitaria, prevede che gli Studenti ammessi al 1° anno di corso possiedano una adeguata preparazione iniziale, conseguita negli studi precedentemente svolti.

Ciò premesso, tutti gli Studenti che hanno superato l'esame di ammissione al primo anno, rispondendo in modo corretto a meno della metà delle domande riguardanti i singoli argomenti di Matematica, Fisica, Chimica e Biologia, sono ammessi con un debito formativo, per una o più delle discipline in questione, che sono tenuti a sanare prima di sostenere gli esami del 1° anno.

Allo scopo di consentire l'annullamento del debito formativo, i Comitati didattici e delle Classi di Laurea, di cui al successivo art. 4, istituiscono attività didattiche propedeutiche che saranno svolte nell'arco del 1° semestre del primo anno di corso e che dovranno essere obbligatoriamente seguite dagli Studenti in debito. Tali attività didattiche propedeutiche saranno garantite dai Docenti di ciascun Corso di Laurea. La verifica dei risultati conseguiti nelle attività didattiche propedeutiche avverrà nell'ambito della valutazione dei corsi corrispondenti.

Art. 4 Comitato Didattico del Corso di Laurea

Ciascun Corso di Laurea è coordinato da un Comitato Didattico costituito da n. 1 Professore Ordinario, n.1 Professore Associato, n. 1 Ricercatore, n. 2 Docenti Dirigenti del Servizio Sanitario, docenti presso il Corso di Laurea, il Coordinatore di tirocinio e n. 1 Studente iscritto al Corso di Laurea, designato dalle Associazioni Studentesche.

I Comitati Didattici sono nominati dal Consiglio di Facoltà, su proposta del Preside, durano in carica tre anni accademici e svolgono funzioni istruttorie, propositive e consultive nei confronti del Consiglio di Facoltà.

Ciascun Comitato è presieduto dal Professore Ordinario. Il Comitato, in particolare, svolge i seguenti compiti:

- propone i corsi integrati nei quali si articola l'attività formativa di base, caratterizzante ed integrativa, nonché quella opzionale, con i corrispondenti settori scientifico-disciplinari. Per assicurare l'acquisizione delle competenze tecniche necessarie per l'esercizio delle attività professionali, i cui profili sono approvati con D.M. Sanità, individua le attività formative professionalizzanti sotto forma di tirocinio guidato e di addestramento diretto, per un monte ore complessivo almeno pari a quello previsto dagli standard comunitari per i singoli profili professionali;

- cura lo svolgimento delle attività didattiche e tutoriali fissate dal Regolamento; verifica e sovrintende all'attività didattica programmata segnalando al Preside even-

tuali inadempienze da parte del personale docente;

- propone, con la collaborazione dei Dipartimenti assistenziali, la fruizione da parte degli Studenti degli strumenti didattici essenziali per lo svolgimento di determinate attività formative previste dall'Ordinamento;

- propone nelle forme adeguate, un'equilibrata gestione dell'offerta didattica, in particolare con un attento controllo della regolamentazione degli orari e della fruizione delle strutture per evitare dannose sovrapposizioni delle lezioni e delle altre attività formative;

- esamina ed esprime parere entro i termini indicati dall'Amministrazione, sui piani di studio proposti dagli Studenti entro le normative degli Ordinamenti didattici;

- esamina, nei termini indicati dall'Amministrazione, le pratiche di trasferimento degli Studenti, regolamentazione della mobilità studentesca e riconoscimento degli studi compiuti all'estero formulando proposte al Consiglio di Facoltà;

- valuta, nei termini indicati dall'Amministrazione, le domande di iscrizione ad anni successivi al primo;

- propone le modalità dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi universitari per attività formative non direttamente dipendenti dall'Università.

- indice almeno una riunione l'anno, con tutti i Docenti di ciascuno Corso di Laurea, per la programmazione didattica ed almeno una riunione l'anno, per la valutazione dei risultati degli esami e delle altre prove di verifica e, nel complesso, della produttività della didattica, allo scopo di proporre eventuali interventi di recupero ed assistenza didattica;

- propone i Docenti universitari per la titolarità degli insegnamenti del Corso di Laurea sulla base del settore scientifico-disciplinare o di settore affine e gli insegnamenti vacanti ai fini della pubblicazione dei bandi per la loro copertura da parte di personale non universitario.

Propone al Consiglio di Facoltà la nomina annuale dei Docenti non universitari fra il personale di ruolo del Servizio Sanitario Nazionale. I criteri di assegnazione della titolarità annuale tenendo conto del curriculum formativo, della produzione scientifica e dell'esperienza didattica e professionale dei candidati. La nomina dei vincitori, su deliberazione del C.d.F., viene effettuata dal Magnifico Rettore senza oneri per l'Università e dopo il ricevimento del *nulla osta* del Direttore Generale dell'Azienda accreditata; l'assunzione della titolarità di insegnamento obbliga il Docente alla osservanza dei compiti didattici, secondo le modalità proprie della formazione universitaria.

Le proposte dei Comitati Didattici di Corso di Laurea sono sottoposte alla approvazione del Consiglio di Facoltà, acquisito il parere della Commissione Didattica di Facoltà.





Art. 5 - Comitato di Coordinamento dei Corsi di Laurea

Per le attività relative ai Corsi di Laurea è costituito il Comitato di Coordinamento formato dai Presidenti dei Comitati di Corso di Laurea. Al Comitato di Coordinamento compete formulare proposte al Consiglio di Facoltà, previa acquisizione del parere della Commissione Didattica di Facoltà, soprattutto relativamente a:

didattica trasversale;
 calendario didattico;
 orario didattico;
 calendario d'esame;
 guida dello studente (volume II°);
 rubrica, per la parte di competenza, del Bollettino di Facoltà.
 Il Comitato di Coordinamento elegge, nel suo seno, il Presidente che diviene membro di diritto della Commissione Didattica di Facoltà.

Art. 6 - Crediti formativi universitari (CFU)

L'unità di misura del lavoro richiesto allo Studente per l'esplicitamento di ogni attività formativa prescritta all'Ordinamento didattico per conseguire il titolo di studio è il Credito Formativo Universitario (CFU).

Per ciascun Corso di Laurea sono previsti 180 CFU complessivi, articolati in tre anni di corso, di cui almeno 60 da acquisire in attività formativa finalizzate alla maturazione di specifiche capacità professionali (tirocinio).

Ad ogni CFU corrispondono 25 ore (30 per infermieri ed ostetriche) di lavoro dello Studente, comprensive:

delle ore di lezione;
 delle ore di attività didattica tutoriale svolta nei laboratori, reparti assistenziali, ambulatori, day hospital;
 delle ore di seminario;
 delle ore spese dallo Studente nelle attività formative previste dall'Ordinamento didattico;
 delle ore di studio autonomo necessarie per completare la sua formazione.

I CFU corrispondenti a ciascuna attività formativa sono acquisiti dallo Studente con il superamento dell'esame o di altra forma di verifica del profitto, ferma restando la quantificazione in trentesimi per la votazione degli esami e in centodecimi per la prova finale, con eventuale lode.

Il Comitato Didattico paritetico, accerta la coerenza tra i crediti assegnati alle attività formative e gli specifici obiettivi formativi.

Art. 7 - Decadenza dalla posizione di studente

Lo Studente deve conseguire, nel periodo della durata legale del corso di studio, non meno di 30 crediti su 180. Nel caso in cui non raggiunga tale obiettivo, o qualora lo Studente

interrompa per tre anni accademici consecutivi l'iscrizione al Corso di Laurea o non abbia ottemperato per tre anni accademici consecutivi agli obblighi di frequenza o, infine, non abbia superato alcun esame per più di tre anni accademici consecutivi, lo stesso decade dalla posizione di Studente. Uno Studente non può superare gli otto anni per il conseguimento della laurea. Decorso tale termine il medesimo incorre nella decadenza e perde definitivamente la qualità di Studente.

Qualora lo Studente dichiarato decaduto, intendesse riprendere gli studi, dovrebbe superare nuovamente l'esame di ammissione e collocarsi in graduatoria in posizione utile per l'iscrizione. In tal caso il Comitato di cui al precedente art.4 valuta la non obsolescenza dei crediti acquisiti dallo stesso.

Art.7 bis - Sospensione della frequenza

Lo studente può, presentando apposita domanda documentata, sospendere o differire la frequenza per motivi quali: servizio militare o civile sostitutivo di questo, gravidanza o malattia superiore a 90gg., previo parere favorevole del Consiglio di Facoltà.

Art. 8 - Ordinamento didattico

L'ordinamento didattico dei Corsi di Laurea è definito nell'allegato n. 2 dalla lettera a) alla lettera g), quale parte integrante del presente Regolamento.

L'ordinamento didattico definisce:

gli obiettivi affidati ai vari ambiti disciplinari ed individua le forme didattiche più adeguate per il loro conseguimento, articolando le attività formative in Corsi di insegnamento integrato;

il numero di esami che occorre sostenere per accedere all'esame di laurea.

Il Coordinatore di un Corso di insegnamento integrato esercita le seguenti funzioni:

- coordina i programmi didattici in relazione agli obiettivi del Corso integrato stesso;
- rappresenta per gli Studenti la figura di riferimento del Corso;
- coordina la preparazione delle prove d'esame;
- presiede, di norma, la Commissione di esame del Corso da lui coordinato e ne propone la composizione.

Qualora nello stesso Corso integrato siano affidati compiti didattici a più di un Docente, è prevista la nomina di un Coordinatore di Corso Integrato.

Qualora si renda necessario apportare cambiamenti all'Ordinamento (contenuto, denominazione, numero dei Corsi e numero degli esami), il Comitato di cui al precedente art. 4, acquisito il parere della Commissione





Didattica, propone al CdF le necessarie modifiche del presente Regolamento.

Art. 9 - L'attività formativa

La formazione comprende 180 crediti comprensivi di attività didattica obbligatoria (*core curriculum*), attività formativa professionalizzante e attività didattica elettiva; una quota di crediti è riservata allo studio personale e ad altre attività formative.

Art. 10 - L'attività didattica obbligatoria

L'attività didattica obbligatoria avviene attraverso lezioni *ex cathedra* con la trattazione di uno specifico argomento identificato da un titolo e facente parte del curriculum formativo previsto per il corso di laurea; la lezione è effettuata da un Docente (Professore o Ricercatore Universitario o Dirigente del SSN) sulla base di un calendario predefinito ed è impartita agli Studenti regolarmente iscritti ad un determinato anno di corso. Costituisce attività didattica obbligatoria anche l'attività didattica tutoriale e a piccoli gruppi.

I docenti dei Corsi professionalizzanti possono essere coadiuvati da "tutori-esercitatori" per le esercitazioni pratiche dei medesimi corsi.

Svolge tale funzione il personale di ruolo che opera presso le strutture del percorso formativo appartenente allo stesso profilo professionale del Corso, in possesso della Laurea Specialistica o comunque del più alto livello formativo dello specifica professione, disponibile.

Acquisisce la funzione di "docente-consigliere" il docente al quale il singolo studente può rivolgersi per avere suggerimenti e consigli inerenti la sua carriera scolastica, ai sensi dell'art. 13 della L. 341/90. Tutti i Docenti del Corso sono tenuti a rendersi disponibili e a svolgere le mansioni di "docente-consigliere".

L'attività di tirocinio è curata dal Coordinatore di Tirocinio, dai Tutori, e dal "Tutore-guida" come meglio specificato nel successivo art. 11.

Art. 11 - Attività formativa professionalizzante (Tirocinio)

Durante i tre anni del Corso di laurea lo Studente è tenuto ad acquisire specifiche professionalità.

A tale scopo, lo Studente dovrà svolgere attività formative professionalizzanti frequentando le strutture del percorso formativo e nei periodi definiti dal Comitato di cui al precedente art. 4 per un numero complessivo di almeno 60 CFU. Il tirocinio obbligatorio è una forma di attività didattica tutoriale che comporta per lo Studente l'esecuzione di attività pratiche con ampi gradi di autonomia, a simulazione dell'attività svolta a livello professionale.

Il responsabile della pianificazione e dell'organizzazione del tirocinio è il Coordinatore di Tirocinio, appartenente alla professione propria del Corso di Laurea, in servizio presso una struttura del percorso formativo, in possesso di laurea specialistica o comunque del più alto livello formativo dello specifico profilo professionale disponibile. Il Coordinatore di Tirocinio è nominato dal Consiglio di Facoltà su proposta del Comitato di cui all'art. 4 del presente Regolamento e dura in carica un triennio accademico.

L'attività di tirocinio avviene presso idonee strutture sotto la guida di un "tutore-guida" di tirocinio.

Qualora il numero degli studenti fosse superiore a cento per ogni anno di corso, il coordinatore di tirocinio può essere coadiuvato da almeno ulteriori due tutori per ogni anno di corso, individuati tra il personale di ruolo operante nelle strutture ove si svolge il percorso formativo ed in possesso della laurea propria del profilo o comunque del più alto livello formativo dello specifico profilo professionale disponibile.

La competenza acquisita con le attività formative professionalizzanti è sottoposta a valutazione, con modalità stabilite dal Comitato di cui al precedente art. 4, ed è espressa in trentesimi. Il voto finale dell'attività di tirocinio sarà certificato, alla fine del tirocinio del terzo anno, da una commissione costituita dal Docente responsabile del Corso di laurea o altro Docente di insegnamento professionalizzante indicato dal Comitato, dal Coordinatore di Tirocinio e da eventuale Tutore di tirocinio.

Art. 12 - Attività didattica elettiva

Per essere ammesso a sostenere la prova finale, lo Studente deve aver acquisito complessivamente 9 CFU frequentando attività formative liberamente scelte (attività didattiche elettive ADE) entro un ventaglio di proposte offerte annualmente dal Comitato di cui al precedente art. 4 o sottoposte dallo Studente stesso all'approvazione del medesimo Comitato.

Le ADE proposte dal Comitato Didattico possono corrispondere a due tipologie diverse: a) corsi di tipo seminariale, che prevedono studio autonomo; b) attività pratiche e/o sperimentali, con una quota quasi nulla di studio autonomo.

Le proposte di ADE devono contenere l'indicazione degli obiettivi, dei programmi, delle modalità didattiche, del numero di Studenti ammessi, del numero e delle date delle lezioni, delle modalità di svolgimento delle prove di verifica del profitto e sono avanzate da Docenti o gruppi di Docenti e sottoposte all'approvazione del Comitato Didattico.

Le ADE programmate dai Docenti devono svolgersi in orari appositi (deliberati dal Comitato Didattico) ad esse riservati e non sovrapposti a quelli delle attività curriculari.





Le ADE, anche se assegnate ad un preciso anno di corso, non danno luogo a propedeuticità.

Lo Studente può liberamente scegliere come distribuire l'acquisizione dei 9 CFU nell'arco dei tre anni di corso.

L'attività didattica erogata dal Docente in ADE è riconosciuta come attività didattica a tutti gli effetti.

La frequenza alle ADE è obbligatoria. Il mancato raggiungimento di tale livello di frequenza comporta la non ammissione alla verifica di profitto e la non acquisizione dei crediti relativi alle ADE.

La verifica del profitto alle ADE dà luogo ad una valutazione espressa in trentesimi ed è effettuata da una commissione costituita dal o dai docenti responsabili dell'ADE stessa. Le modalità di tale verifica sono scelte dal/dai docente/i a seconda della tipologia dell'ADE ed approvate dal Comitato Didattico, possono essere rappresentate da colloqui, relazioni scritte, questionari e possono svolgersi anche al di fuori delle normali sessioni di esame. La verifica del profitto deve svolgersi entro la fine dell'anno accademico nel quale l'attività si è svolta. La frazione di CFU propria delle ADE si intende acquisita quando sia stata superata la relativa verifica di profitto. Lo Studente che, avendo frequentato una ADE, rinunci a sostenere la verifica di profitto non può acquisire i crediti. Qualora la verifica di profitto non venga superata, lo Studente può concordare con il Docente di sostenerla in altra data oppure rinunciare a ripresentarsi, in tal caso non potrà acquisire alcun credito.

L'Ordinamento didattico prevede l'acquisizione, da parte dello Studente, nell'arco del triennio, di 9 CFU complessivi di "altre attività formative", indicate e organizzate dalla Facoltà, anno per anno, e pubblicate sul Manifesto degli studi.

Art. 13 - Apprendimento autonomo

Il Corso di Laurea, in riferimento alle attività formative di base, caratterizzanti e affini o integrative, garantisce agli Studenti le disponibilità di un numero di ore (30% di ogni credito) completamente libere da attività didattiche condotte alla presenza dei Docenti, onde consentire loro di dedicarsi all'apprendimento autonomo e guidato.

Le ore riservate all'apprendimento sono dedicate:

- alla utilizzazione individuale, o nell'ambito di piccoli gruppi, in modo autonomo o dietro indicazione dei Docenti, dei sussidi didattici messi a disposizione dal Corso di Laurea per l'autoapprendimento e per l'autovalutazione, al fine di conseguire gli obiettivi formativi prefissati. I sussidi didattici (testi, simulatori, manichini, audiovisivi, programmi per computer, etc.) saranno collocati, nei limiti del possibile, in spazi gestiti da Personale della Facoltà;
- allo studio personale, per la preparazione degli esami.

Art.14 - Obbligo di frequenza

La frequenza all'attività didattica obbligatoria (*core curriculum*), all'attività didattica elettiva (ADE), alle attività integrative, (AI) e alle attività formative professionalizzanti (AFP) è obbligatoria.

Il passaggio agli anni successivi è consentito solo se lo Studente ha frequentato l'attività didattica obbligatoria, completato tutto il monte ore di tirocinio previsto, superato con valutazione positiva il tirocinio, e ove residuo non oltre 20 crediti.

La frequenza viene verificata dai Docenti. L'attestazione di frequenza alle attività didattiche obbligatorie di un Corso di insegnamento è necessaria allo Studente per sostenere il relativo esame. L'attestazione di frequenza viene apposta sulla scheda dello Studente dal Docente coordinatore del Corso oppure dall'Ufficio Segreteria studenti, sulla base degli accertamenti effettuati dai Docenti.

Lo Studente che non abbia ottenuto l'attestazione di frequenza per ciascun Corso ufficiale di un determinato anno, nel successivo anno accademico viene iscritto, anche in soprannumero, come ripetente del medesimo anno di corso, con l'obbligo di frequenza ai corsi per i quali non ha ottenuto l'attestazione. E' consentita la ripetizione dello stesso anno di corso massimo per tre volte, dopo di che si decade dalla condizione di studente.

Art. 15 - Verifica dell'apprendimento e acquisizione dei CFU

I CFU corrispondenti a ciascuna attività formativa sono acquisiti dallo Studente con il superamento dell'esame o di altra forma di verifica del profitto. La modalità con cui si perviene alla valutazione del profitto individuale dello Studente deve essere espressa mediante una votazione in trentesimi per gli esami e in centodecimi per la prova finale con eventuale lode.

Il numero complessivo degli esami curriculari non può superare quello dei corsi ufficiali stabiliti dall'ordinamento e non deve comunque superare il numero di 18 nei tre anni di corso, più la prova di lingua straniera. La verifica dell'apprendimento può avvenire attraverso valutazioni formative e valutazioni certificative. Le valutazioni formative (*prove in itinere*) sono esclusivamente intese a rilevare l'efficacia dei processi di apprendimento e d'insegnamento nei confronti di contenuti determinati e non danno luogo a crediti. Le valutazioni certificative (esami di profitto) sono invece finalizzate a valutare e quantificare con un voto il conseguimento degli obiettivi dei corsi, certificando il grado di preparazione individuale degli Studenti.

Gli esami di profitto possono essere effettuati esclusivamente nei periodi a ciò dedicati e denominati sessioni





d'esame. I momenti di verifica non possono coincidere con i periodi nei quali si svolgono le lezioni, né con altri che comunque possano limitare la partecipazione degli Studenti a tali attività.

Le sessioni di esame sono fissate in tre periodi: 1° sessione nei mesi gennaio-febbraio, 2° sessione nei mesi giugno-luglio, 3° sessione nel mese di settembre, con prolungamento, in un unico appello, nel mese di dicembre. Le date di inizio e di conclusione delle tre sessioni d'esame sono fissate nella programmazione didattica. In ogni sessione sono definite le date di inizio degli appelli, distanziate di almeno due settimane. Il numero degli appelli è fissato in due per ogni sessione di esame. Per gli Studenti fuori corso possono essere istituiti ulteriori appelli d'esame.

Lo Studente che non abbia le condizioni di iscrizione all'anno successivo può iscriversi come ripetente e questo per non oltre tre volte per ciascun anno.

La Commissione di esame è costituita da almeno due Docenti eventualmente impegnati nel relativo Corso di insegnamento ed è presieduta, di norma, dal Coordinatore. Nel caso di assenza di uno o più componenti di una Commissione alla data di un appello d'esame, il Presidente della Commissione può disporre la sostituzione dei membri ufficiali con i membri supplenti della stessa.

Sono consentite modalità differenziate di valutazione, anche consistenti in fasi successive del medesimo esame:

- prove orali tradizionali e prove scritte oggettive e strutturate (per la valutazione di obiettivi cognitivi);
- prove pratiche e prove simulate (per la valutazione delle competenze cliniche e delle capacità gestuali e relazionali).

Art. 16 - Sbarramenti

E' consentito il passaggio da un anno al successivo esclusivamente agli Studenti che, al 30 settembre o, comunque, prima dell'inizio dei corsi del 1° semestre, abbiano superato tutti gli esami previsti nel piano di studi per quell'anno ed il tirocinio, con positiva valutazione, con un debito massimo di 20 crediti.

Lo Studente che, pur avendo ottenuto la regolare attestazione di frequenza ai Corsi previsti dal piano di studio per un determinato anno di corso, sia in debito di un numero di crediti superiore a 20, viene iscritto allo stesso anno con la qualifica di "fuori corso", senza obbligo di frequenza.

Non è consentita l'iscrizione allo stesso anno di corso con la qualifica di "fuori corso" per più di tre volte, dopo

di che si decade dalla condizione di Studente.

La prova di conoscenza della lingua inglese e le valutazioni delle attività didattiche elettive non rientrano nel computo del debito didattico.

Art. 17 - Attività formativa per la preparazione della prova finale

Lo Studente ha la disponibilità di 7 crediti finalizzati alla preparazione della Tesi di Laurea presso strutture universitarie cliniche o di base. Tale attività' dello Studente viene definita "Internato di Laurea". Lo Studente che intenda svolgere l'Internato di Laurea in una determinata struttura deve presentare al Direttore della stessa una formale richiesta corredata del proprio curriculum (elenco degli esami sostenuti e voti conseguiti in ciascuno di essi, elenco delle attività elettive seguite, stages in laboratori o cliniche o qualsiasi altra attività compiuta ai fini della formazione). Il Direttore della struttura, sentiti i Docenti afferenti alla stessa e verificata la disponibilità di posti, accoglie la richiesta ed affida ad un Tutore, eventualmente indicato dallo Studente, la responsabilità del controllo e della certificazione delle attività svolte dallo Studente stesso nella struttura.

Per accedere alla prova finale, lo Studente deve avere superato con esito positivo tutti gli esami previsti, compresi quelli relativi all'attività di tirocinio, e avere acquisito i rispettivi crediti. Per il conseguimento della Laurea, il Regolamento Didattico di Facoltà disciplina, accanto o in sostituzione di prove consistenti nella discussione di un elaborato scritto o di una prova scritta di varia entità, il sostenimento di una prova espositiva finalizzata ad accertare il raggiungimento degli obiettivi formativi qualificanti del Corso. Il Regolamento Didattico di Facoltà disciplina le modalità della prova finale, che deve tenere conto dell'intera carriera dello Studente, dei tempi di acquisizione dei crediti formativi, delle valutazioni sulle attività formative precedenti e sulla prova finale.





Art. 18 - Esame di Laurea

Per essere ammesso all'esame finale di laurea, lo studente deve aver superato tutti gli esami di profitto, ed avere avuto una valutazione positiva di tutti i tirocini.

L'esame finale, con valore di Esame di Stato abilitante alla professione, è organizzato in due sessioni in periodi concordati su base nazionale.

L'esame finale consiste nella redazione di un elaborato e nella dimostrazione di abilità pratiche.

L'esame finale non può essere ripetuto più di una volta. La Commissione per la prova finale è composta da non meno di 7 e non più di 11 membri, nominati dal Rettore su proposta del Comitato Didattico, e comprende almeno 2 membri designati dal Collegio professionale, ove esistente, ovvero delle Associazioni professionali individuate con apposito decreto del Ministro della Salute sulla base della rappresentatività a livello nazionale. Le date delle sedute sono comunicate al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e a quello della Salute, che possono inviare Esperti, come loro rappresentanti, alle singole sessioni. In caso di mancata designazione dei predetti componenti, il Rettore esercita il potere sostitutivo.

Art. 19 - Riconoscimento degli studi compiuti presso altre sedi o altri Corsi di studio

Gli studi compiuti presso corsi di Laurea di altre sedi universitarie della Unione Europea nonché i crediti in queste conseguiti sono riconosciuti con delibera del Consiglio di Facoltà su proposta del Comitato Didattico e acquisito il parere della Commissione Didattica di Facoltà, previo esame del *curriculum* trasmesso dalla Università di origine e dei programmi dei corsi in quella Università accreditati.

Per il riconoscimento degli studi compiuti presso Corsi di laurea di paesi extra-comunitari, il Comitato Didattico esa-

mina il *curriculum* ed i programmi degli esami superati nel paese d'origine. Il Comitato Didattico, acquisito il parere favorevole della Facoltà, propone al Consiglio di Facoltà il riconoscimento della congruità dei crediti acquisiti.

Qualora lo Studente abbia interrotto gli studi per tre anni accademici consecutivi nell'Università di provenienza, i crediti acquisiti presso tale Università saranno sottoposti a verifica di obsolescenza.

I crediti conseguiti da uno Studente che si trasferisce da altro Corso di Laurea della stessa o di altra Università possono essere riconosciuti dopo un giudizio di congruità, espresso dal Comitato Didattico, con gli obiettivi formativi di uno o più insegnamenti compresi nell'ordinamento didattico del primo triennio del Corso di Laurea. Dopo aver deliberato il riconoscimento di un definito numero di crediti, il Consiglio di Facoltà dispone per l'iscrizione regolare dello Studente ad uno dei primi tre anni di corso, adottando il criterio che stabilisce che, per iscriversi ad un determinato anno di corso, lo Studente deve aver superato tutti gli esami previsti per gli anni precedenti, con un debito massimo di 21 crediti e superato positivamente il tirocinio. L'iscrizione ad un determinato anno di corso è comunque condizionata dalla disponibilità di posti, nell'ambito del numero programmato.

Art. 20 - Riconoscimento delle lauree di area sanitaria conseguite presso Università estere

Le lauree di area sanitaria conseguite presso Università straniere vengono riconosciute ove esistano accordi bilaterali o convenzioni internazionali che prevedano l'equipollenza del titolo.

In attesa della disciplina concernente la libera circolazione dei laureati entro l'Unione Europea, le lauree rilasciate da Atenei dell'Unione saranno riconosciute fatta salva la verifica degli atti che ne attestano la congruità curricolare.

Ove non esistano accordi tra Stati, in base al combinato disposto dagli artt. 170 e 332 del T.U. sull'istruzione universitaria, le autorità accademiche possono dichiarare l'equipollenza caso per caso.

Ai fini di detto riconoscimento, il Comitato di cui al precedente art.4:

- accerta l'autenticità della documentazione prodotta e l'affidabilità della Facoltà di origine, basandosi sulle attestazioni di Organismi centrali specificamente qualificati;
- esamina il *curriculum* e valuta la congruità, rispetto all'ordinamento didattico vigente, degli obiettivi didattico-formativi, dei programmi di insegnamento e dei crediti a questi attribuiti presso l'Università di origine;
- deve inoltre essere preparata e discussa la tesi di laurea.





Qualora soltanto una parte dei crediti conseguiti dal laureato straniero venga riconosciuta congrua con l'ordinamento vigente, il Consiglio di Facoltà, su proposta del Comitato Didattico e acquisito il parere della Commissione Didattica di Facoltà, dispone l'iscrizione a uno dei tre anni di corso, in base al criterio che, per iscriversi ad un determinato anno, lo Studente deve aver superato tutti gli esami previsti per gli anni precedenti e, positivamente, il tirocinio, accusando un debito massimo di 20 crediti.

L'iscrizione ad un determinato anno di corso è comunque condizionata dalla disponibilità di posti nell'ambito nel numero programmato.

Per i laureati extracomunitari si richiamano le disposizioni del DPR 31 agosto 1999, n.394.

Art. 21 - Valutazione dell'efficienza e dell'efficacia della didattica

Il Corso di Laurea è sottoposto con frequenza annuale ad una valutazione riguardante:

- l'efficienza organizzativa del Corso e delle sue strutture didattiche,
- la qualità e la quantità dei servizi messi a disposizione degli Studenti,
- la facilità di accesso alle informazioni relative ad ogni ambito dell'attività didattica,
- l'efficacia e l'efficienza delle attività didattiche analiticamente considerate, comprese quelle finalizzate a valutare il grado di apprendimento degli Studenti,
- il rispetto da parte dei Docenti delle deliberazioni del Comitato Didattico, la *performance* didattica dei Docenti nel giudizio degli Studenti,
- la qualità della didattica, con particolare riguardo all'utilizzazione di sussidi didattici informatici e audiovisivi,
- l'organizzazione dell'assistenza tutoriale agli Studenti,
- il rendimento medio degli Studenti, determinato in base alla regolarità dei *curricula* ed ai risultati conseguiti nel loro percorso di studi.

Il Comitato Didattico, in accordo con il Nucleo di Valutazione dell'Ateneo, indica i criteri, definisce le modalità operative, stabilisce e applica gli strumenti più idonei per espletare la valutazione dei parametri sopra elencati e per garantirne il continuo miglioramento, come previsto dai modelli di *Quality Assurance*. La valutazione dell'impegno e delle attività didattiche espletate dai Docenti viene portato a conoscenza dei singoli Docenti, discussa in Comitato Didattico e considerata anche ai fini della distribuzione delle risorse.

Art. 22 - Sito Web

Il Corso di Laurea predispone un sito Web contenente tutte le informazioni utili agli Studenti, al personale docente, al

personale amministrativo e cura la massima diffusione del relativo indirizzo anche nel mondo della scuola, di organizzazioni rappresentative a livello locale, del mondo della produzione dei servizi e delle professioni.

Art. 23 - Diploma Supplement

Tenendo presente l'art. 11 comma 8 dei D.M. 509/99 in materia di autonomia didattica ed il Regolamento didattico di Ateneo, l'Università si impegna e rilasciare come supplemento alla fine del corso di studio un certificato che riporta secondo modelli conformi a quelli adottati dai corsi europei le principali indicazioni relative al *curriculum* specifico seguito dallo Studente per conseguire il titolo.

Art. 24 - Norme transitorie

Gli Studenti già iscritti al Diploma Universitario del rispettivo profilo possono optare per l'iscrizione al triennio del Corso di Laurea. Il Comitato di cui al precedente art. 4 e il Consiglio di Facoltà, per le rispettive competenze, sulla base di precostituite tabelle di equipollenza e della equivalenza ore-crediti, esaminati i *curricula* degli studenti, deliberano le modalità di passaggio dal vecchio al nuovo Ordinamento, incluso il riconoscimento dell'attività di tirocinio svolta.





WALTER GRASSI

Cattedra di Reumatologia
Università degli Studi di Ancona

Lettura tenuta presso la Facoltà di Medicina il 6 Ottobre 2001 per il ciclo di Conferenze Memoria ed Attualità della Medicina, introduttive alle professioni sanitarie, per gli Studenti del primo anno dei Corsi di Laurea e di Diploma

La Reumatologia è la specialità che si occupa delle malattie non chirurgiche dell'apparato locomotore e delle malattie sistemiche del tessuto connettivo.

Le malattie reumatiche comprendono un'ampia ed eterogenea gamma di affezioni di grande rilevanza sul piano epidemiologico, non risparmiano alcuna fascia di età e presentano un notevole polimorfismo clinico. La vastità delle competenze del reumatologo si desume dalla classificazione delle malattie reumatiche della Società Italiana di Reumatologia, che comprende tredici principali raggruppamenti nosografici:

1. Artriti primarie e spondilo-enteseoartriti (reumatismi infiammatori articolari).
2. Connettiviti e vasculiti (malattie reumatiche sistemiche).
3. Artriti da agenti infettivi.
4. Artropatie da microcristalli e dismetaboliche.
5. Artrosi.
6. Affezioni dolorose non traumatiche del rachide.
7. Reumatismi extra-articolari.
8. Sindromi neurologiche, neurovascolari e psichiche.
9. Malattie dell'osso.
10. Malattie congenite del connettivo.
11. Neoplasie e sindromi correlate.
12. Altre malattie con possibili manifestazioni reumatologiche.
13. Miscellanea.

Il gruppo delle artriti primarie comprende l'intera gamma dei reumatismi infiammatori cronici: artrite reumatoide, artriti croniche primarie giovanili, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, artrite della colite ulcerosa e del morbo di Crohn, spondilo-enteseoartriti reattive, sindrome SAPHO e artriti transitorie o ricorrenti. L'artrite reumatoide è l'affezione più rappresentativa di tale gruppo e per la sua rilevanza sul piano epidemiologico e clinico viene considerata la "regina" delle malattie reumatiche.

Le artriti croniche primarie giovanili costituiscono oggi le principali malattie reumatiche dell'infanzia. Le diverse forme vengono distinte a seconda del tipo di esordio. Tale distinzione resta ancor oggi valida, in quanto consente di differenziare efficacemente varianti ben distinte sotto il profilo clinico ed evolutivo (la variante sistemica e quella poliartritica hanno una prognosi peggiore rispetto a quella oligoarticolare).

Le spondilo-enteseoartriti comprendono un'ampia

gamma di varianti cliniche, accomunate dall'interessamento precoce delle entesi, che costituisce l'elemento caratterizzante rispetto alle altre artriti croniche. Tali affezioni costituiscono un modello di studio di particolare interesse sotto il profilo fisiopatologico, per la ben delineata interazione fra patodisposizione geneticamente determinata (presenza dell'antigene HLA B27) e fattori ambientali (infezioni batteriche).

Le artriti transitorie o ricorrenti includono una eterogenea gamma di affezioni dal profilo eziopatogenetico indistinto, dall'impronta flogistica marcata e dal decorso clinico alquanto variabile e non facilmente prevedibile.

Il gruppo delle connettiviti e vasculiti comprende molte delle malattie che comportano il maggiore impegno per il reumatologo sotto il profilo diagnostico e terapeutico, per il loro carattere sistemico, per la diagnosi spesso non agevole nelle fasi di esordio, per la mancanza di una terapia risolutiva e per le complesse problematiche di ordine iatrogenico, legate ai farmaci antiinfiammatori ed immunodepressivi.

Le artriti infettive ad innesco virale spesso impongono un complesso e non agevole iter diagnostico, mentre quelle di natura batterica costituiscono una vera e propria emergenza per il reumatologo, per l'elevato potenziale distruttore delle sinoviti settiche.

Nel gruppo delle artropatie da microcristalli, la gotta e la condrocalcosi sono le malattie più frequenti e rappresentative. Le accomuna il fatto di essere tra le poche condizioni di interesse reumatologico diagnosticabili sulla base di una singola indagine, che riveste valore patognomonico (presenza di cristalli all'interno dei polimorfonucleati all'esame del liquido sinoviale).

Il gruppo dell'artrosi include tutte le varianti della malattia, che sul piano della rilevanza epidemiologica e sociale non è seconda a nessun'altra. Quadro clinico, decorso e prognosi dell'artrosi sono polimorfi, essendo condizionati da molteplici fattori quali il peso corporeo, l'attività lavorativa, l'anomalo rapporto dei capi articolari su base congenita (displasie) o acquisita (traumi, postura), la precocità e l'efficacia di una corretta strategia terapeutica.

Le affezioni dolorose non traumatiche del rachide comprendono un lungo elenco di varianti anatomo-cliniche, la cui diagnosi risulta ancor oggi spesso problematica, nonostante i notevoli progressi che si sono registrati nel corso degli ultimi anni nel campo della diagnostica per immagini.

Di grande impatto sul versante epidemiologico-sociale

La Reumatologia: dal salasso alla terapia genica





sono anche i reumatismi extra-articolari (la fibromialgia è una delle più frequenti cause di consultazione del reumatologo), le sindromi neurologiche (che includono le neuropatie da compressione) e le malattie dell'osso, che hanno nell'osteoporosi la condizione più rappresentativa.

Di relativo minore impatto sul piano epidemiologico, ma di rilevante significato sul piano clinico e diagnostico sono i restanti gruppi, che comprendono le malattie congenite del connettivo, le neoplasie e sindromi correlate, le malattie con possibili manifestazioni reumatologiche e le malattie rare.

Le malattie reumatiche nella storia e nell'arte

Tra i molti primati che toccano alle malattie reumatiche (prevalenza, costo sociale, potenziale invalidante, ecc), uno dei più originali è costituito dalla eccezionale documentazione storica, letteraria, ed artistica, che testimonia, attraverso i secoli, la loro diffusione e le caratteristiche anatomo-cliniche.

Paleopatologia

Stigmate artrosiche sono state rilevate negli animali preistorici e nell'uomo di Neanderthal (40.000 a.C.). Il più antico esemplare di artrite multipla sembra essere rappresentato da un rettile anfibio, esposto nel museo dell'Università del Kansas: le sue falangi presentano una serie di evidenti anomalie che richiamano i noduli di Heberden (artrosi delle interfalangee distali). Anche nel *Pithecanthropus erectus* si è rinvenuta la presenza di esostosi femorali, simili agli osteofiti dell'artrosi. Studi di paleopatologia hanno documentato come già nella preistoria, i nostri antenati non andavano esenti da un'ampia gamma di malattie dell'apparato locomotore (osteomieliti, periostiti, artrosi, malattia di Paget, tumori ossei, rachitismo, acondroplasia). L'artrite reumatoide, invece, sarebbe di origine ben più recente, specie in Europa, non essendo state rilevate sicure prove dell'esistenza della malattia prima della scoperta dell'America. Segni indicativi di artrite reumatoide (ginocchia flesse, erosioni ossee multiple juxta-articolari) sono stati rilevati invece nei resti di un amerindo del periodo mississippiano (1650 a.C.- 700 d.C.).

Fra le malattie dell'apparato locomotore, l'iperostosi scheletrica idiopatica diffusa è quella di più agevole riscontro paleopatologico e non pochi sono i contributi al riguardo su scheletri di epoche diverse e di diverse specie animali (dinosauri, balene, ecc). Il più illustre paziente affetto da iperostosi scheletrica idiopatica diffusa nella casistica paleopatologica è indubbiamente San Ciriaco martire, vescovo e patrono della città di Ancona. Questa diagnosi

retrospettiva si basa sulla documentazione radiologica relativa alla ricognizione canonica, storica e scientifica delle spoglie di San Ciriaco.

Secondo la tradizione cattolica, San Ciriaco fu l'artefice del ritrovamento della croce di Gesù Cristo e subì il martirio nella città di Gerusalemme durante la persecuzione di Giuliano l'Apostata. Al santo è dedicata la Cattedrale di Ancona (secoli XI-XIII) che domina il porto della città. Le spoglie mortali di San Ciriaco sono custodite nella cripta della Cattedrale. Il martirio di San Ciriaco, vescovo di Ancona, viene fatto risalire al 4 maggio 363 d.C. La morte fu causata dalle bastonature e dalla somministrazione di piombo fuso. Secondo le fonti ufficiali, il corpo di San Ciriaco venne sepolto nella stessa grotta sul monte Calvario nella quale Ciriaco aveva ritrovato la croce di Gesù Cristo. La traslazione del corpo del santo risale al 430 d.C. Le spoglie mortali del santo riposarono nella Cattedrale di Santo Stefano per circa 6 secoli e vennero trasferite attorno all'anno mille nella attuale Cattedrale di San Ciriaco (allora chiesa di San Lorenzo).

L'ispezione dei resti del Santo ed i risultati delle numerose indagini microscopiche, istofisiche, istologiche, istochimiche ed ultrastrutturali hanno consentito di affermare che l'uomo, le cui spoglie mortali sono venerate da 15 secoli nella città di Ancona, fu sottoposto a protratte e pesanti torture culminanti con l'introduzione forzata di piombo fuso nel cavo orale e nelle vie respiratorie. Lesioni erosive della mucosa tracheale sono state documentate all'esame istologico. La spettrometria di assorbimento atomico ha rivelato che la concentrazione di piombo nella mucosa tracheale era 40 volte più elevata di quella rilevata a livello cutaneo e 320 volte superiore rispetto a quella reperibile nel sangue di soggetti normali. Il soggetto, al momento della morte, aveva circa 65 anni, era di corporatura robusta e presentava una frattura del collo del femore destro risalente a circa due mesi prima della morte. Le cause del decesso potrebbero essere ricondotte ad un violento trauma cranico che ha determinato una frattura dell'orbita destra, del mascellare e della fossa cranica.

A livello della regione dorsale (priva di rivestimento cutaneo), l'esame esterno dello scheletro dei resti del santo ha rivelato la presenza di "ponti ossei che uniscono le prime sette vertebre dorsali e che saldano questo tratto di colonna in un'unica formazione rigida".

L'esame radiografico del rachide ha confermato la presenza di un esteso processo di ossificazione "ondulata", che si estende per un esteso tratto della colonna dorsale lungo il margine destro della stessa e che è del tutto caratteristico dell'iperostosi scheletrica idiopatica diffusa. I voluminosi osteofiti presentano aspetti "a ponte romano" ed "a becco di uccello" e danno luogo alla caratteristica



accentuazione della concavità dei margini dei corpi vertebrali interessati (vertebre "a rochetto"). L'iperostosi scheletrica idiopatica diffusa (o polientesopatia iperostotante dismetabolica) è una malattia relativamente frequente nei soggetti anziani, caratterizzata dalla progressiva ossificazione delle inserzioni tendinee e legamentose (entesopatia ossificante), ad impronta generalmente oligosintomatica, con frequente dissociazione clinico-radiologica. Sovente concomitano quadri dismetabolici (diabete, obesità, gotta, dislipidemie).

Letteratura non medica e malattie reumatiche

Nella letteratura non medica di ogni epoca e latitudine sono rinvenibili innumerevoli testimonianze in merito alle malattie reumatiche ed al loro impatto drammatico sulla vita quotidiana.

Alla gotta, per intuibili motivi, spetta un indiscutibile primato: è la malattia della quale forse si è più scritto nei testi non medici. Se il nome "podagra" (trappola che afferra il piede) risale al V secolo a.C., la gotta era già conosciuta dagli asclepiadi (medici greci, che pretendevano di discendere da Asclepio, figlio di Apollo). Ippocrate (460-377 a.C.), il più celebre tra loro, rilevò la predilezione della podagra per l'uomo, la sua rarità nel fanciullo e nella donna prima della menopausa, l'influenza favorente dell'eredità e della iperalimentazione, la violenza delle crisi, la possibile comparsa di concrezioni lapidee periarticolari.

Sofocle, nel descrivere l'atroce male che affligge il piede di Filottete, protagonista della omonima tragedia (rappresentata nel 409 a.C. durante l'arcontato di Glaucippo), deve essersi ispirato proprio all'attacco acuto di gotta, per la descrizione drammaticamente realistica delle caratteristiche della malattia, quali l'andamento recidivante (...viene questo male, infatti, di tempo in tempo, quando forse è del suo errare sazio), l'intensità, il carattere trafittivo del dolore (oh! piede, quale male a me tu fai!), l'esacerbarsi del dolore per stimoli anche minimi (...tu mi uccidi, qualora tu mi tocchi). Per Filottete, ammalato per "divina vicenda", non v'è speranza di trovare rimedio alla propria sofferenza (...e riposo sappi di questo male grave non mai tu potrai ottenere, finché questo stesso sole da qui si levi e dall'altra ancora tramonti) (Figura 1).

Quattro secoli dopo (46 d.C.) Scribonio Largo, meno pessimista e più pratico, propone un originale protocollo di elettroanalgesia per la cura dell'attacco acuto di gotta: "...Appena il dolore acuto comincia, il paziente deve mettere sotto il piede una torpedine nera viva. Deve poi sostare sul bagnasciuga finché il piede e la gamba fino al ginocchio non siano intorpiditi".

L'importanza degli eccessi venerei e del potus viene

messa in evidenza in questi versi di Edilo (270 a.C.): "La figlia di Bacco, re del vino, che toglie le forze e di Afrodite, la regina dell'amore, che toglie le forze, è la gotta, che toglie le forze".

Il dissacratore Marziale (45-104 d.C.) negli Epigrammi, con spirito beffardo e grottesco, della gotta coglie gli aspetti comici e paradossali (Diodoro, sofferente di gotta, è sempre in mezzo alle liti, o Flacco, ma l'avvocato non paga: questa è gotta alle mani).

Le deformità, al pari del dolore, erano le manifestazioni più devastanti delle malattie dello scheletro. Le ripercussioni di tali problemi sono mirabilmente riportate con crudo realismo da William Shakespeare nel monologo di apertura del primo atto del Riccardo III: "Ma io, che non son davvero conformato per i dilettoosi svaghi, né per far la corte a un amorevole specchio, io, che venni fuor da un rude stampo e che sono affatto privo delle grazie d'amore per potermi pavoneggiare dinanzi ai capricci ancheggianti d'una ninfa, io, che son reso manchevole dell'armonica simmetria, cui la natura fraudolenta ha sottratto ogni onesta sembianza di figura umana, io, che son deforme, non finito, mandato anzitempo in questo spirante mondo, senza che m'avessi neppur plasmato a mezzo la forma, questa così azzoppata e storpia che i cani m'abbaiano contro se mi avvio zoppicando insieme a loro. Ebbene, io, in quest'effeminato e sufolevole tempo di pace, non ho altra distrazione che m'aiuti a passare il tempo, se non quella che consiste nel riguardare l'ombra mia nel sole e ricercar le variazioni della mia deformità".

In assenza di un trattamento risolutivo delle malattie

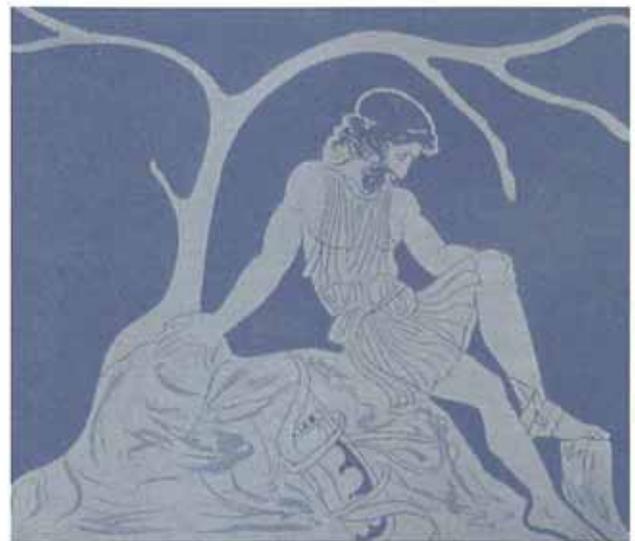


Fig. 1 - Filottete ferito a Lemno. Aryballos della collezione Castellani (metà del IV secolo a.C.). Il piede.

reumatiche, non mancavano proposte volte a minimizzarne le conseguenze o ad occultare i problemi da queste derivanti. Per i paramorfismi di grado non invalidante, in passato come oggi, si poneva il problema estetico, cui si cercava di ovviare occultando il più possibile il difetto, specie nelle donne. Ovidio (43 a.C.-17 d.C.) nella sua *"Ars amatoria"* consiglia con grande eleganza: *".. fa sparire piede malfatto in una scarpa bianca; non disciogliere mai magra caviglia dai suoi lacci. A scapole puntute rimedia con sottili cuscinetti"*.

Arti figurative e malattie reumatiche

Suggestive testimonianze artistiche di un'ampia gamma di malattie reumatiche sono rappresentate in molti dipinti di varie epoche. Le mani e le ginocchia di molti dei personaggi dei quadri di Pieter Paul Rubens (1577-1640) presenterebbero, ad esempio, le stigmate tipiche dell'artrite reumatoide: la mano sinistra di San Matteo (1609), il polso sinistro di Sant'Anna (Sacra Famiglia, 1635), le ginocchia di San Sebastiano (1604) e del Cristo (Sant'Agostino in mezzo a Gesù e alla Madonna, 1615). Questa osservazione, unitamente a quella della progressiva accentuazione di tali segni nelle opere più tardive, fanno pensare che Rubens abbia trasferito nei personaggi i segni della malattia, da cui egli stesso era affetto, secondo un costume non raro fra gli artisti: da Toulouse-Lautrec a Van Gogh, che dipinse la digitale con la quale credeva di curare la propria epilessia, a Beethoven, che trasferì in una singolare sonata il ritmo della sua aritmia.

La rappresentazione pittorica, altre volte, si riferisce alla malattia non dell'artista, ma dei personaggi dipinti. Ne è esempio famoso la *"Madonna del Canonico Van der Paele"* (Bruges, Museo comunale) di Jan Van Eyck (1390-1441), che costituisce probabilmente la prima ed unica rappresentazione pittorica dell'arterite temporale di Horton. A sostegno della diagnosi depongono le caratteristiche delle arterie temporali del Canonico (congeste e tortuose come nell'arterite temporale) e le annotazioni riportate nel diario del pittore fiammingo, che annotava quotidianamente e meticolosamente tutti i particolari del suo lavoro. Gli "acciacchi" del Canonico descritti da Van Eyck nel diario appaiono perfettamente ascrivibili ad una polimialgia reumatica con arterite temporale (oggi le due affezioni vengono considerate varianti sindromiche, non di rado coesistenti, di uno stesso processo di natura vasculitica).

Nei secoli passati, arti figurative e medicina hanno spesso trovato una eccellente embricazione con risultati di valore assoluto sul piano della qualità artistica (basti pensare ai disegni anatomici di Leonardo da Vinci).

Monumentale per le dimensioni ed impressionante per

la qualità delle tavole pittoriche (Figura 2) è l'*Atlante della Anatomia Patologica del corpo umano* (Batelli ed, Firenze, 1843) di D.J. Cruveilhier illustre anatomo-patologo dell'epoca (una splendida copia, di quest'opera è custodita presso la Biblioteca Comunale di Fermo). Proprio a Cruveilhier può essere attribuita la prima immagine delle erosioni ossee, che caratterizzano l'artrite reumatoide.

Anche se non si può individuare con sufficiente margine di certezza la prima dettagliata descrizione delle erosioni ossee in corso di artrite reumatoide, appare logico ritenere che tale data non può che essere successiva al 1895, anno della scoperta dei raggi X. In realtà, nel 1843, Cruveilhier produce una mirabile serie di disegni anatomici di una inequivocabile "mano reumatoide" (Figura 3) e delle singole ossa del carpo e delle dita. La nitidezza delle immagini e l'elevato livello di dettaglio dei particolari relativi al profilo dei capi articolari ed alla trabecolatura dell'osso dei preparati anatomici corrispondono a quelli di una radiografia di buona qualità. Tali immagini mostrano la presenza delle tipiche erosioni ossee dell'artrite reumatoide. Alla mirabile riproduzione pittorica si associa una descrizione estesa e dettagliata di tali lesioni ossee, che non lascia spazio al dubbio: *"In questo individuo la maggior parte delle artico-*

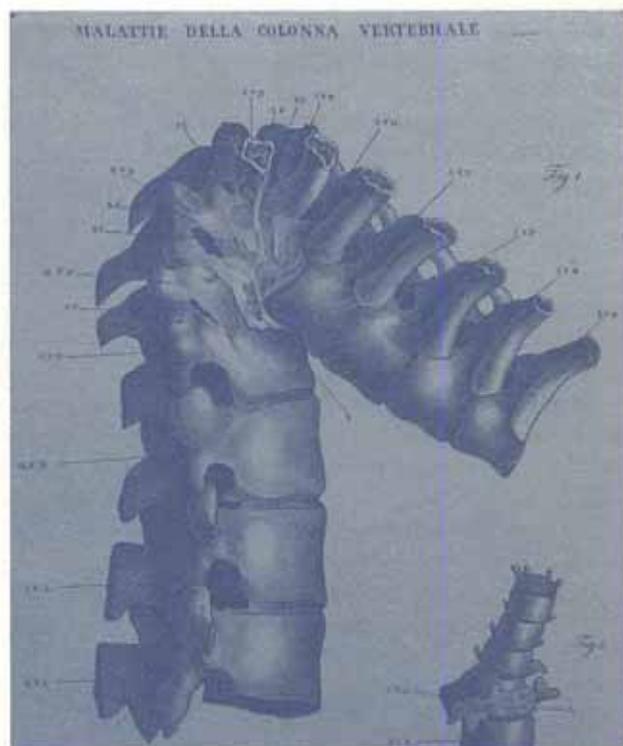


Fig. 2 - Spondilite batterica. D.J. Cruveilhier. *Atlante della Anatomia Patologica del corpo umano*, Batelli, Firenze, 1843.

lazioni erano sede di alterazioni più o meno spesso considerevoli"....."Avvenuta la morte, trovai tutte le articolazioni sprovviste di cartilagine con deformità più o meno considerevole delle superfici articolari. Non esisteva anchilosì e solo erano le ossa mantenute nello stato di immobilità in forza delle deformità delle superfici articolari e per la retrazione dei legamenti"....."Gli ossi del carpo mostransi confusi in una massa irregolare, nella quale, assai difficile riesce lo stabilire la singola posizione loro ed i loro reciproci rapporti. Veggonsi poi le estremità degli ossi del metacarpo incompletamente saldati col carpo. Nessun vestigio di cartilagine riscontrasi in alcuna di queste articolazioni"."Questo sì esteso consumo e questa specie di tarmatura delle superfici articolari della maggior parte delle articolazioni delle mani sono una conseguenza necessaria della distruzione delle cartilagini, indotta dalla affezione reumatica".

"La scomparsa della cartilagine operasi gradatamente; le cartilagini vengono assorbite, strato per strato, molecola per molecola, senza dar segno alcuno di vitalità, senza offrire cioè, la benché minima resistenza organica."...."Ora, al consumo delle cartilagini, che nel notato modo sembra operarsi, tien dietro immediatamente quello delle ossa, il quale è l'effetto necessario degli attriti o soffregamenti scambievoli delle superfici articolari."

Le malattie reumatiche nella letteratura medica

La storia della reumatologia è affascinante ed infinita. Nei testi di medicina di ogni epoca si possono rinvenire

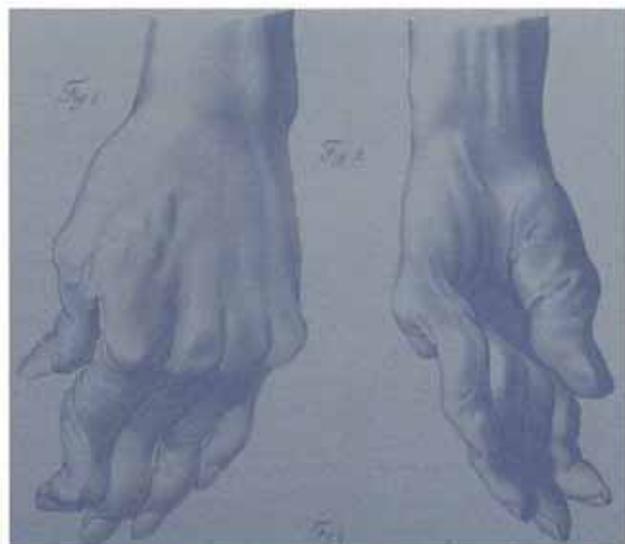


Fig. 3 - Mano reumatoide. D.J. Cruveilhier. Atlante della Anatomia Patologica del corpo umano, Batelli, Firenze, 1983.

innumerevoli testimonianze di approfondite descrizioni delle malattie dell'apparato locomotore e dei tanti rimedi, spesso alquanto singolari, utilizzati dai reumatologi "antelitteram". La letteratura medica del XIX secolo, in particolare, si caratterizza per la netta tendenza al progressivo superamento dell'impostazione dogmatica tradizionale. L'analisi dei problemi diviene sempre più minuziosa e razionale e grande valore viene attribuito anche ai minimi particolari dei diversi fenomeni biologici. Accanto a prese di posizione talora singolari, si registrano non poche affermazioni e messe a punto che, a distanza di oltre un secolo e mezzo, colpiscono per lo stile, la lucidità e la modernità.

Gotta

Nel monumentale *Dizionario Classico di Medicina Interna ed Esterna*, pubblicato nel 1834 per i tipi del veneziano Giuseppe Antonelli viene descritto ogni aspetto della malattia con rigoroso dettaglio.

Ai medici della prima metà dell'ottocento risultava ben chiara la natura ereditaria della gotta:

"In trentadue individui la gotta fu ereditata dal padre; in nove dalla madre; in tre da ambidue; sei ebbero soltanto l'avo gottoso; uno unicamente l'avola; quattro il zio o la zia".

Un grande impegno veniva rivolto alla identificazione dei tratti predisponenti allo "stato gottoso":

"lo scheletro molto sviluppato, la testa voluminosa, l'estremità degli ossi lunghi di dimensioni considerabili; la pelle bianca, poco coperta di peli; il respiro e la circolazione frequenti..., le passioni vivaci e... lo spirito attivo (col corpo infingardo)."

Anche il ruolo dell'alimentazione nella patogenesi della malattia risultava molto ben definito:

"Molti accusano l'uso di qualunque cibo animale; ma la carne di pesce marittimo, i salumi, gl'intingoli aromatizzati. .. Certi vini possiedono in ispecialità siffatta qualità nociva; come sono quelli delle sponde del Rodano, di Rossiglione, di Portogallo e simili."

La descrizione degli episodi di gotta acuta colpisce per l'affascinante combinazione di accuratezza descrittiva e stile narrativo:

"Un uomo si corica in perfetta sanità, e riputandosi disposto a fruire del miglior riposo; ma verso il mezzo della notte, è colto da dolore variamente acerbo, che simula dapprima quello del crampo, ed assume poscia, esacerbandosi, forme differenti in quasi ogni individuo. Giusta la espressione di taluni consiste in una tanagliatura; secondo altri è una sensazione analoga a quella che produrrebbe l'azione di un succhiello, di un chiodo introdotto nei nostri tessuti; quelli lagnansi di contorcimento, di lacerazione, di



morsicatura nella parte più profonda dell'articolazione. Da ultimo siffatto dolore riesce tanto acerbo, che il solo peso dei vestiti, delle coperte esercita sulla parte che n'è sede certa compressione insoffribile."

La sezione dedicata al trattamento della gotta è molto ampia ed articolata. La lunga lista di rimedi comprende "salassi, sanguisughe, bagni tiepidi prolungati, purganti, cataplasmi (farina di senape, prezzemolo), applicazioni emollienti (muschio, mirra, belzuino), fregagioni, embrocazioni con materie grasse ed oleose..".

Mentre non sono immaginabili i risultati dei predetti rimedi, si può ritenere che altri (soleggiamento ed esposizione dell'arto ad intenso fuoco) creassero più problemi che vantaggi, anche perché in caso di refrattarietà non ci si asteneva dal ricorrere all'applicazione di "qualche liquido bollente o di un ferro arroventato". Merita di essere menzionato il singolare "metodo perturbatore di Cadet-de-Veaux", che consisteva nel bere 48 bicchieri di "acqua caldissima".

Ma non tutti i rimedi erano singolari o raccapriccianti. Nell'armamentario terapeutico dei medici dei primi anni dell'800 figurano anche "l'applicazione locale del freddo mediante acqua congelata, l'estratto alcoolico del colchico ed il legno amaro del Suriman", la cui efficacia doveva risultare non trascurabile: la crioterapia locale resta uno dei cardini del trattamento della gotta acuta, la colchicina è ancora largamente usata, il legno amaro del Surinam può essere considerato un antenato dell'aspirina.

Purtroppo la globalità delle prescrizioni dei medici dell'epoca comportava al paziente dolorose rinunzie, che non erano limitate al solo versante alimentare. La ricetta per il tipico paziente gottoso (*ricco di capitali, uomo sanguigno, dedito al lauto vivere*) si concludeva infatti con l'imperativa prescrizione: "Si proibiranno severamente i piaceri venerei, e specialmente agl'individui inoltrati cogli anni".

Malattie dell'osso

Nella letteratura medica degli inizi del XIX, le malattie ossee sono oggetto di rilevante attenzione. Il tessuto osseo viene descritto con sorprendente chiarezza dal punto di vista anatomico e fisiologico (*Le ossa si nutrono, crescono, hanno vita*).

Degna di nota e meritevole di essere ricordata appare la descrizione della patologia ossea dell'anziano, che di certo non sfigurerebbe negli atti della più recente *consensus conference* in tema di osteoporosi: "Soffrono gli ossi nei vecchi alcuni mutamenti notabili; le cavità interne degli ossi lunghi e corti, ingrandiscono in seguito del riassorbimento interno della materia ossea, di maniera che lo sche-

letro dei vecchi è sempre meno pesante di quello degli adulti. A tale epoca inoltrata della vita, il tessuto osseo diventa altresì più denso, più secco, più fragile, né ha più flessibilità; vi abbonda assai più la sostanza terrosa".

Suggestiva è anche la descrizione dell'osteoporosi secondaria a flogosi: "Tutte le infiammazioni acute hanno per effetto di rammollire le porzioni di tessuto osseo che attaccano; e questa regola patisce poche eccezioni".

Terapia

L'armamentario terapeutico utilizzato per il trattamento delle malattie reumatiche nel corso dei secoli è particolarmente ampio e variegato. Diffuso era l'impiego di pozioni antalgiche di eterogenea composizione, la cui efficacia, in aggiunta al non trascurabile effetto placebo doveva essere di apprezzabile livello, se si considera che tra gli ingredienti usati figuravano anche anti-infiammatori e stupefacenti. Le proprietà del Papaver somniferum erano ben note già nella remota antichità (tavolete sumeriche). Gli egizi facevano risalire la preparazione dell'oppio al dio Thoth, raffigurato con la testa di babuino, dio della saggezza, della scienza e della Medicina. L'uso del giusquiamo e del papavero come antidolorifici è descritto nel papiro di Ebers.

L'altro versante, quello dei farmaci antidolorifici non stupefacenti, è rappresentato dall'acido acetilsalicilico, la cui scoperta ufficiale risale al 1899 e si deve a Felix Hoffmann, giovane chimico della Bayer, che voleva rendere più gradevole il sapore del terribile acido salicilico per il padre affetto da reumatismi. In realtà, le proprietà analgesiche della corteccia di salice erano ben note da molti secoli in tutto il mondo (dagli ottentotti agli amerindi) e già 2000 anni fa era comunemente impiegata dai romani per la lombosciatalgia, come risulta testimoniato da Plinio il Vecchio (23-79 a.C.) e Galeno (129-201 d.C.).

Nel I secolo, Dioscoride descriveva nel suo erbario l'efficacia delle foglie di salice sminuzzate e bevute con una piccola quantità di pepe e di vino nella terapia della gotta e delle coliche. Il primo "clinical trial" sul prezioso contenuto della corteccia di salice venne eseguito molti secoli dopo dal reverendo Edward Stone, pastore della contea di Oxford, che cercava con accanimento un rimedio alternativo al costosissimo chinino per la cura della malaria. Il 2 giugno 1763, il reverendo Stone scriveva alla Royal Society di Londra che "In Inghilterra cresce un albero la cui corteccia è dotata di una potente azione astringente ed è molto efficace nella cura della malaria e delle altre malattie con febbri intermittenti".

Con l'orticazione (ancor oggi i revulsivi locali hanno un posto in terapia reumatica), Antonio Musa, medico di Augusto, curò l'imperatore affetto da sciatica (*..femure et*





crure sinistro non perinde valebat ut saepe etiam inde claudicaret).

E' pur vero, peraltro che spesso ci si rendeva conto della inefficacia di molti rimedi, se si pensa all'amara constatazione di Ovidio (che fu egli stesso gottoso): *"Tollere nodosam nescit Medicina podagram"*.

Il salasso ha rivestito per secoli un ruolo centrale nella terapia delle malattie reumatiche. In uno dei più autorevoli testi di medicina degli inizi del XIX secolo si legge: *"In un attacco però gravissimo di gotta infiammatoria, il calmante più efficace consiste nel salasso"*.

I recenti progressi in materia di terapia ormonale delle malattie reumatiche hanno radici profonde nella organoterapia, che all'inizio del XX secolo riscuoteva consensi talora entusiastici. Una interessante rassegna delle applicazioni dell'organoterapia a base di "ghiandole sessuali" si ritrova nel "manuale di organoterapia, batterioterapia, vaccinoterapia e sieroterapia, citoterapia" di Luigi Ferrannini, pubblicato nel 1902 (*Amministrazione della "Terapia Clinica"*, Palermo). L'organoterapia ovarica (*"ovaie fresche e finemente tritate in boli avvolti in ostia, distese sul pane imburato o mescolate in brodo alla dose quotidiana di grammi 10-20, o disseccate sotto forma di polvere"*) vanta buoni effetti in casi di malattie costituzionali apparse o aggravate in occasione della menopausa: come gotta, psoriasi, affezioni cerebrali. Dalché e Lépinos se ne sono giovati nel reumatismo cronico osseo.

Anche "l'organoterapia testicolare" riscuoteva ampi consensi. Il "succo testicolare", ottenuto con procedure singolari da animali (preferibilmente il toro) preparati "con una eccitazione sessuale violenta, senza alcun effetto secretorio", venivano somministrati per via ipodermica o intramuscolare!

"Buoni effetti" della organoterapia testicolare vengono riportati da Pohl *"nella nevralgia, nella gotta, nell'artrite deformante, nel reumatismo articolare acuto, nella psoriasi"*. *"Nel reumatismo articolare acuto Waterhouse in 6 casi ha avuto un gran miglioramento con 15 iniezioni di succo testicolare fatte in 3 settimane e identici risultati vantano Brainerd e Lang. Altrettanto ha osservato Goizet nel reumatismo articolare cronico"*.

Il "succo testicolare o "sequardina" (in onore di Brown-Séquard) trovava nel padre della organoterapia un convinto assertore: *"il Brown-Séquard potette sempre più convincersi che la secrezione testicolare fornisce al sangue principii che danno energia al sistema nervoso e muscolare; ed a 72 anni praticò a se stesso delle iniezioni di succo testicolare di cane e di cavia, ottenendone il ritorno del vigore muscolare e dell'energia nervosa, tanto da proclamarsi ringiovanito alla Società di Biologia di Parigi il 1° giugno 1889"*.

Libera nos a malo (quando il reumatologo non basta)

Nella religione cattolica, il potere taumaturgico rientra fra gli attributi naturali della divinità. In questo contesto, la figura del medico trova spesso una collocazione a dir poco riduttiva: *"Colui che pecca contro il proprio creatore sarà lasciato nelle mani dei medici"* (Ecclesiastico; 38, 15-16). L'attività taumaturgica divina è caratterizzata da una forte componente reumatologica: il miracoloso imperativo *"alzati e cammina"* ha proprio nei malati reumatici i naturali destinatari. I malati reumatici possono contare anche sull'aiuto di numerosi santi, molti dei quali possono considerarsi specialisti "per malattia". Ben cinque sono i santi protettori dei gottosi (Andrea, Armagilo, Gibuino, Gregorio Magno, Urbano di Langres). San Lorenzo e San Dodone di Haske sono invocati dai pazienti affetti da dolore lombare, mentre San Livino e San Mauro sono specialisti in sciatica e Sant'Andrea apostolo e San Biagio di Sebaste in dolori cervico-nucali. Tra i santi "reumatologi" meritano di essere ricordati anche San Giovanni Maria Liguori (spondilite anchilosante), San Macuto, San Germano di Parigi, Sant'Adelino di Chelles (rachitismo), San Servazio di Tongres (malattie delle ossa), San Giuliano di Brioude e Santa Clotilde (zoppia).

Le malattie reumatiche: presente e futuro

La Reumatologia è una branca in rapida e costante espansione. I progressi in campo diagnostico e terapeutico che si sono registrati nel corso degli ultimi venti anni hanno reso possibile una radicale modifica della strategia di trattamento delle malattie reumatiche ed hanno reso ormai anacronistica quella radicata rassegnazione nei confronti dei "reumatismi", mirabilmente sintetizzata nelle affermazioni del grande Sir William Osler (1849-1919): *"Quando un artritico bussava alla mia porta, mi vien voglia di fuggire dall'uscio posteriore"* e di Walter Bauer, che negli anni '50 dava libero sfogo alla sua frustrazione sentenziando: *"Stiamo scoprendo tutto dei reumatismi, tranne l'eziologia e la terapia"*.

Oggi si può affermare invece, con legittimo orgoglio, che le malattie reumatiche possono essere diagnosticate precocemente e trattate con efficacia. La prognosi *"quoad vitam"* e *"quoad valetudinem"* è radicalmente migliorata nel corso degli ultimi anni, tanto da poter garantire una ottima qualità della vita a pazienti che in un passato molto recente erano condannati a sofferenze indescrivibili, in un clima di fatalistica rassegnazione. Restano ovviamente molti i problemi da affrontare, ma l'entità e la rapidità dei progressi compiuti in pochi anni inducono a guardare al futuro prossimo con fondato ottimismo.





La diagnosi precoce riveste ovviamente un ruolo fondamentale ai fini prognostici. L'attuazione di una terapia corretta ma tardiva può comprometterne l'efficacia, se si sono già instaurate lesioni tessutali irreversibili.

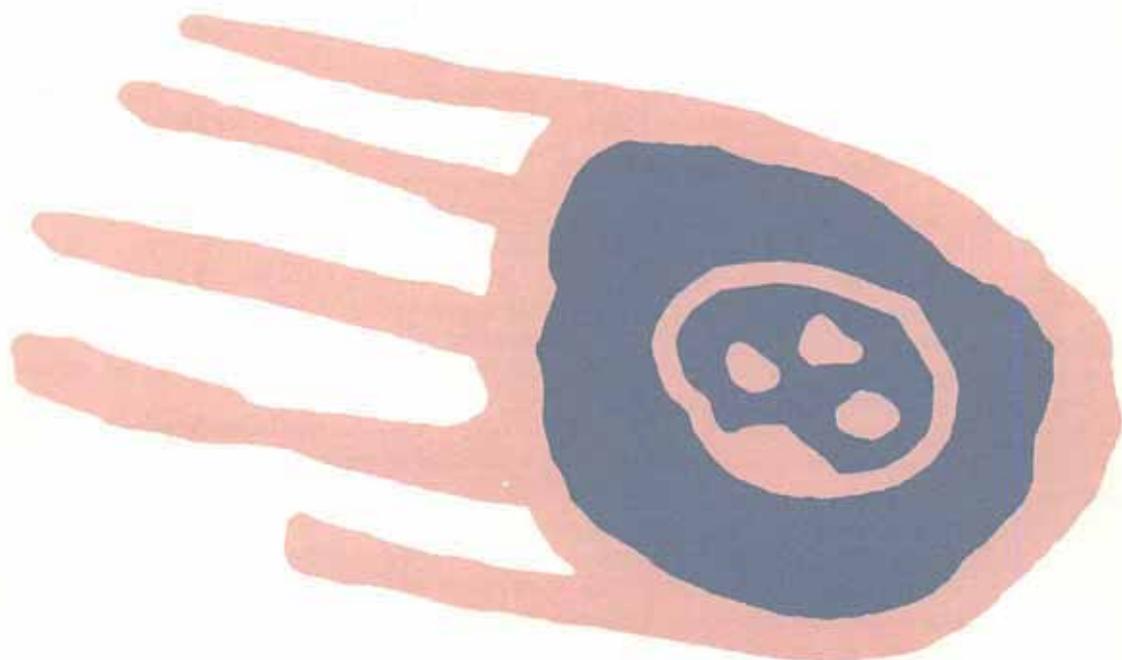
I risultati del trattamento sono condizionati dalla correttezza e dalla completezza dei protocolli di monitoraggio dell'attività e della evoluzione di malattia. Non deve essere dimenticato che il conseguimento degli auspicabili traguardi della terapia può comportare il ricorso a farmaci costosi ed a rischio di effetti collaterali clinicamente rilevanti. Per il razionale impiego di questi farmaci è necessario creare i presupposti per una rigorosa personalizzazione della terapia, anche allo scopo di evitare un inopportuno ed imprudente approccio aggressivo in situazioni nelle quali non trova giustificazione il potenziale rischio di complicanze iatrogeniche.

L'espandersi delle conoscenze nel campo della terapia delle malattie reumatiche è un fenomeno di dimensioni tali da costituire una sfida culturale molto impegnativa per il reumatologo. In questo scenario, appare più che mai attuale la lucida affermazione di Leonardo da Vinci (gottoso, secondo alcuni):

"Le medicine, se ben adoperate, rendono sanità ai malati e colui che ben le conosce ben l'adopererà".

Bibliografia

- 1) Cervini C, Grassi W. *Reumatologia clinica*. SEU, Roma 1986.
- 2) Cervini C, Grassi W. La Reumatologia fra arte e storia. *Il Reumatologo* 1988; 9:64-8.
- 3) Cervini C, Grassi W. *Reumatologia: dall'immagine alla diagnosi*. UTET, Torino, 1991.
- 4) Grassi W, Cervini C. L'osteoporosi nella letteratura medica del XIX secolo. *Reumatismo* 1998; 50 (S2): 229.
- 5) Mariuzzi L., Grassi W., Rucco V., Mariuzzi G.M., Cervini C.: The spine of San Ciriaco: paleopathological findings. *Reumatismo* 1998; 50(S2): 37-42.
- 6) Grassi W, Farina A, Cervini C. The foot of Philoctetes. *Lancet*. 1999; 355: 2156-7.
- 7) Grassi W, Farina A, De Angelis R, Cervini C. 1843: prima immagine delle erosioni ossee nell'artrite reumatoide. *Reumatismo* 2001; 53 (S4): 414.





A CURA DI MAURIZIO BATTINO

SENATO ACCADEMICO DEL 29 GENNAIO 2002

Internazionalizzazione

E' stato presentato il piano globale di internazionalizzazione dell'Università di Ancona ricordando che nella strategia complessiva l'Ateneo Dorico ha definito:

- A. *Accordi bilaterali* con le Università di Albania, Algeria, Argentina, Brasile, Canada, Cina, Croazia, Cuba, Egitto, Germania, India, Indonesia, Israele, Perù, Polonia, Regno Unito, Romania, Spagna, Tunisia, Ucraina, Vietnam.
- B. *Accordi multilaterali*: UNIADRION che raggruppa tutte le Università del bacino del Mediterraneo e dello Jonio.
- C. *Convenzioni con il MAE* per Algeria e Libia.
- D. *Socrates-Erasmus*: raddoppio della "borsa" assegnata agli studenti in mobilità
- E. Pacchetti di sostegno per Docenti provenienti da paesi in via di sviluppo.

Modifiche di Statuto

Nei Centri di Servizio d'Ateneo (Documentazione, Informatico e Linguistico) viene prevista la presenza anche di 2 studenti nei rispettivi Comitati Tecnico Scientifici, che saranno designati dal Consiglio Studentesco.

Ratifica Decreto Rettorale Contingente Studenti Stranieri

E' stato ratificato il D.R. che recepisce le indicazioni delle varie Facoltà riguardo i posti riservati a studenti extracomunitari per il prossimo anno accademico. Nel dettaglio: 25 ad Agraria, 30 ad Economia, 65 ad Ingegneria, 8 a Medicina e 30 a Scienze.

Borse di Studio

Approvate le richieste presentate: responsabili Dott.ssa La Teana (1 borsa) e Dott.ssa Fazioli (2 borse).

Designazione Rappresentante Comitato per lo Sport Universitario

E' Stato confermato il Prof. Barigelli.

Varie ed eventuali

- Accordo di Cooperazione con l'Accademia delle Scienze della Repubblica Ceca.
- Approvata la mobilità Docenti nel Programma Erasmus-Socrates
- Scade il 28/2 il Progetto riservato ai Giovani Ricercatori.
- Autorizzati a risiedere fuori sede i docenti che ne hanno fatta richiesta.
- Le richieste di nulla-osta per supplenze fuori sede dovranno essere presentate prima del 15 ottobre.
- Approvato il Regolamento della Facoltà di Ingegneria.

Suddivisione Fondi Funzionamento

Dopo aver scorporato dal budget complessivo la cifra destinata al Centro di Documentazione d'Ateneo (Biblioteche), per il funzionamento di Istituti e Dipartimenti le Facoltà riceveranno le seguenti quantità:

- Agraria	234,5 KEuro
- Economia	703,5 KEuro
- Ingegneria	1.440 KEuro
- Medicina	703,5 KEuro
- Scienze	268 KEuro

Suddivisione Assegni di Ricerca

Sono state suddivise le prime 40 annualità (altre 20 verranno rese disponibili in seguito) nel seguente modo:

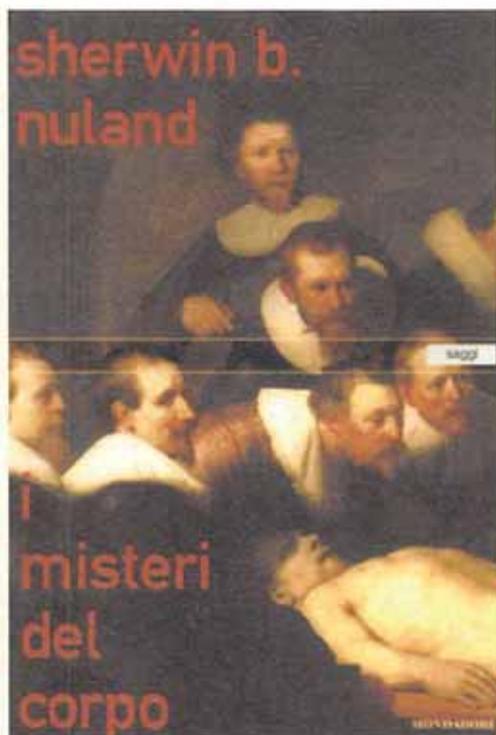
- Agraria	4
- Economia	8
- Ingegneria	16
- Medicina	8
- Scienze	4

Suddivisione Fondi per Attrezzature

I 1.000 KEuro disponibili sono stati ripartiti nel seguente modo:

- Agraria	100 KEuro
- Economia	120 KEuro
- Ingegneria	450 KEuro
- Medicina	230 KEuro (finalizzati ad un Centro di Biologia Molecolare)
- Scienze	100 KEuro





Sherwin B. Nuland, *I misteri del corpo* 2001, Mondadori, Milano ix + 306 pagine Euro 17,56

I misteri del corpo di Sherwin B. Nuland è un appassionato ed affascinante viaggio nella storiografia degli organi più nobili e "discussi" del nostro corpo. Con straordinario rigore, l'autore è riuscito sapientemente a ricostruire e delineare le dinamiche, le tappe storiche, i canali di trasmissione ed il percorso che dalle iniziali congetture hanno condotto alle moderne teorie della scienza attuale. Grazie alle sue erudite ed approfondite conoscenze storiografiche Nuland guida agevolmente il lettore in quel complesso labirinto in cui aneddoti, superstizione, magia, religione e conoscenze scientifiche si sono intrecciati nel corso dei secoli, facendoci scoprire un'incredibile continuità nell'evoluzione dei concetti dalle credenze irrazionali alle oggettive conoscenze attuali.

Alcuni episodi della sua esperienza chirurgica fanno da sfondo e spunto per entrare nel vivo di riferimenti etimologici e di un'accurata e piacevole esposizione relativa ai miti ed alle leggende che hanno accompagnato i nostri organi nel corso dei secoli. E così scopriamo che per i Greci lo stomaco è l'organo del malumore, della tristezza e della collera, che la milza, sede sia della melanconia che dell'allegria, è un incredibile freno nella corsa per cui deve essere asportata per migliorare la velocità degli atleti, che il fegato, sorgente della vita, ha straordinaria capacità rigenerative ed era utilizzato dai Babilonesi e dagli Etruschi per la divinazione, addirittura che l'utero è "un animale nell'animale" in grado di vagabondare nel ventre della donna

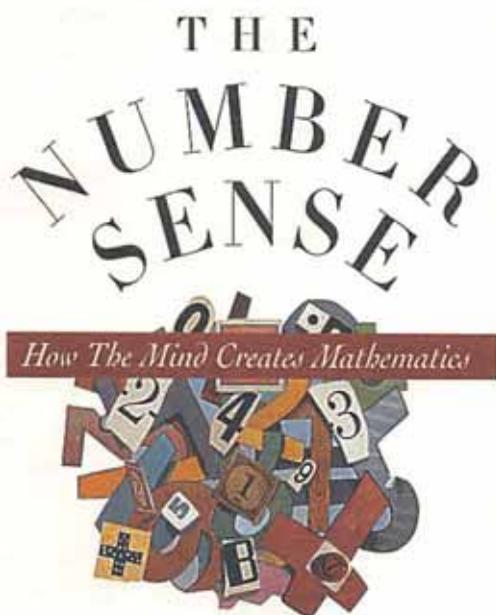
salendo addirittura fino al collo. Teorie astruse e bizzarre unioni di superstizione, religione, preconcetti, teorie vitalistiche pervase dalla presenza imperscrutabile ma vivificante della divinità o della natura e l'oggettività scientifica si intrecciano in una narrazione gradevole, fluida, rigorosa e ricca di particolari. Filo conduttore rintracciabile in ogni pagina, è la convinzione incrollabile dell'autore che scienza e religione debbono percorrere vie distinte, parallele tra loro. La scienza moderna deve prescindere dalla religione e dalla superstizione e deve muoversi tra criteri empirici rigorosi, pensiero critico induttivo, scrupolosa oggettività, osservazione riproducibile, corretta interpretazione, giusta deduzione. "La superstizione, la religione e la medicina hanno iniziato insieme il loro lungo cammino e sono tuttora incapaci di separarsi l'una dall'altra. La religione è la riluttante compagna di viaggio della superstizione, e la scienza cerca invano di rinnegarle entrambe. I legami che le uniscono sono però indissolubili e non potranno mai essere distrutti". La lenta ma continua evoluzione della scienza medica tra credenze irrazionali ed oggettività sperimentale viene brillantemente ricostruita partendo dagli albori dell'umanità, dalle esperienze egizie, dalla teoria dei quattro elementi di Empedocle, per passare al corpus Hippocraticum, alla teoria galenica degli umori, per giungere, passando attraverso Vesalio, all'affermazione del metodo empirico e scientifico propugnati da Francesco Bacone nella seconda metà del 600.

Negli episodi narrati della sua esperienza chirurgica, quello del neonato con una strana massa epigastrica di inimmaginabile natura, quello della rottura traumatica del fegato, assimilato genialmente ad un libro di 10 capitoli aperto proprio alla fine del settimo, ove la "fortuna cieca" salvò sia la paziente che il chirurgo, ed ancora nel ragazzo con rottura di milza, per finire con la delicata valvulotomia mitralica salvavita in una giovane moglie e madre, in tutti trasmette il rigore metodologico, la tensione emotiva, l'umanità e la sacralità della sala operatoria, luogo in cui la capacità tecnica e la totale dedizione di alcuni uomini vengono messe a servizio per salvare la vita ad altri uomini. I racconti di Nuland gratificano qualunque chirurgo per il realismo, la coinvolgente complicità che evocano e per l'ironica rivalsa nei confronti della "sciocca vanità" degli internisti, che "spesso amano considerarsi più intelligenti e preparati del chirurgo".

Nuland dà chiara dimostrazione di grande sensibilità, senso profondo di responsabilità, ferma determinazione e dedizione assoluta ed incondizionata alla sua funzione ed al suo ruolo. Nonostante il suo fermo ateismo e la sua totale laicità, l'autore suggerisce che "il medico non deve mettere in dubbio la fede del paziente, ma anzi incoraggiarla" e confessa, "io sono molto scettico ma ho visto con i miei occhi i miracoli che la fede può compiere tra i malati e le loro famiglie", ed ancora, in uno slancio significativo, "anche il medico ateo si sente confortato nel vedere che la mente umana è capace di un credere in modo così sublime".

Eduardo Landi

con la collaborazione delle Librerie
Feltrinelli, C.so Garibaldi 35, Ancona
Ragni, Via G. Bruno 54/B, Ancona



Stanislas Dehaene

Stanislas Dehaene: *The Number Sense - How The Mind Creates Mathematics*.
Oxford University Press, New York, Oxford, 1997, pag. 274, \$ 25

La lettura di questo libro desta meraviglia sin dall'inizio. Negli ultimi 10-15 anni con una perspicace sperimentazione psicologica è stata dimostrato che il bambino, dalla nascita a 4 anni, ha una innata capacità di intuire piccole quantità numeriche, a somiglianza di molti altri animali adulti, (dal piccione ai primati). L'acquisizione di questo dato contraddice i risultati di Piaget e di tutti gli psicologi della età evolutiva che hanno seguito il suo metodo sul quale, in parte, si fonda la teoria del Costruzionismo. Dimostra invece che il cervello ha una predisposizione per calcoli semplici e approssimativi di piccole quantità, predisposizione che nell'essere umano, grazie al concorso del linguaggio e allo sviluppo della corteccia cerebrale, è venuto evolvendosi, in diversi millenni, con numerazione ben oltre il 3, con l'aritmetica e la matematica. Alla fine per altro, rimane verosimile che anche nell'espletamento del calcolo più avanzato, il cervello continui a funzionare come un elaboratore analogico (quantità espresse in numeri) e non già logico, come il computer, nel quale i numeri esprimono le quantità.

Già 30-20 mila anni fa l'omo sapiens utilizzava i numeri come si deduce dalla incisione di aste in lunghe fila in alcune ossa dell'epoca Aurigiaciana. Nel conteggio orale di tutte le culture la numerazione è avvenuta e in parte ancora avviene con impiego delle dita delle mani, in alcuni casi anche quelle dei piedi. In alcune popolazioni aborigene, nelle quali mancano parole per i numeri, questi vengono indicati con altre parti del corpo - giunture e prominente del tronco. Ciò sembra una dimostrazione che la

prima indicazione dei numeri e la frequente scelta dei numeri 10 (due mani) e 20 (due manie e due piedi) come numeri base per la progressione del conteggio sia riferita al proprio corpo. Facilmente il lettore è portato a riferire questo processo a quello analogo del linguaggio messo in evidenza da Lakoff e Johnson in tema di metafore di base, uno degli argomenti a sostegno della Embodied Mind. Prendendo in considerazione una notevole mole di dati sulla evoluzione storica della numerazione orale e scritta e delle differenti "grammatiche" aritmetiche nelle varie culture e lingue, Dehaene riassume le difficoltà che la mente ha dovuto superare per giungere all'attuale numerazione ed ai relativi calcoli. Tale storia male si concilia con la concezione platonica dei numeri quali concetti ideali trascendenti e tali da consentirci di penetrare nella verità matematica, indipendente dalla mente umana. Al contrario tutto dimostra che i numeri sono il prodotto di un lungo lavoro della mente mediante il linguaggio e lo sviluppo del pensiero. Nasce spontanea la domanda attraverso quali strutture il cervello umano sia stato in grado di sviluppare conteggi e calcoli matematici avanzati, cioè l'attuale patrimonio dell'omo sapiens sapiens. Da oltre 60 anni è nota in Neurologia Clinica la sindrome di Gerstmann caratterizzata da una incostante tetraide sintomatologica: agnosia delle dita, acalculia, mancanza di riconoscimento dello spazio destro e sinistro e difetto di scrittura. La sindrome consegue a lesione dell'area parietale postero-inferiore situata all'apice di una piramide tra le aree occipitali e parietali. Le nuove tecniche di neuroimmagine (PET e fMRI) hanno confermato di recente l'attivazione di queste aree (prevalente quella di sinistra) quando il soggetto è impegnato con i numeri. Come prevedibile, comunque, numerose altre aree corticali si attivano in parallelo, a dimostrazione che le operazioni sono un processo dinamico di connessioni multiple tra differenti abilità di aree corticali, prima di divenire concetto ed espressione cosciente. Purtroppo le tecniche di neuroimmagine non sono in grado di seguire i tempi di attivazione delle differenti aree corticali impegnate nel calcolo. Una simile informazione è offerta dalla tecnica EEG dei potenziali evento-correlati che per altro, a loro volta, non sono in grado di dare indicazioni esatte sui distretti coinvolti in rapida successione.

Sembra comunque sufficientemente dimostrato che la evoluzione del calcolo e quindi della matematica si sia compiuta attraverso la specializzazione di differenti distretti corticali che hanno acquisito abilità di astrazione e di specializzazione in vari compiti, forse inizialmente non inerenti alla matematica come è stato per l'area parietale postero-inferiore sviluppatasi inizialmente per seguire il fluire degli oggetti e degli eventi nello spazio. Tale flusso, secondo Dehaene, rappresenta il mezzo ideale per ottenere la linea dei numeri codificati. I numeri emergono quale rappresentazione più astratta della permanenza degli oggetti nello spazio - è possibile definire i numeri quale unico parametro costante se si rimuove la identità dell'oggetto e la traiettoria della successione di questi.

Spero che questi pochi concetti, costretti dalla spazio limitato, siano sufficienti a dare un'idea dell'importante sintesi con cui Dehaene apre alla psicologia cognitiva una nuova materia e le sue implicazioni pedagogiche e filosofiche.

Franco Angelieri



AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

Data	ora	sede	argomento	docenti	scuola
5-mar	16:00	Aula Didattica Clinica Reumatologica	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF, O, S
6-mar	16:00	Facoltà di Medicina Polo Didattico Torrette	Discussione casi clinici	Dott. M. Polito Jr	D, V, I, R, AA, DD, II
7-mar	8:30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	
12-mar	15:30	Facoltà di Medicina Polo Didattico Torrette	Derivazioni urinarie dopo cistectomia: <i>Mainz pouch II^o versus Ileal Conduit</i>	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi Dott. M. Polito Jr	A, D, R, I, U, V, AA, DD, EE, II
14-mar	8:30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	
20-mar	15:30	Facoltà di Medicina Polo Didattico Torrette	La cellula in interfase in diverse situazioni metaboliche: modificazioni morfo-Funzionali degli organuli citoplasmatici. (Dottorato di Ricerca in Oncologia Urologica)*	Prof. G. Gazzanelli, Prof. G. Muzzonigro	A, D, R, V
21-mar	8:30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	
26-mar	15:30	Facoltà di Medicina Polo Didattico Torrette	Il reflusso vescico-renale in età pediatrica e nell'adulto	Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Polito Jr	D, E, I, R, T, V, AA, II
28-mar	8:30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica neuroradiologica con correlazioni cliniche e patologiche	Proff. U. Salvolini, F. Rychlicki, L. Provinciali, M. Scarpelli	



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

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

LETTERE DALLA FACOLTA
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona Anno V - n. 3, Marzo 2002
Aut. del Tribunale di Ancona n.17/1998
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara