



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Cari Studenti,

un saluto di benvenuto a tutti nel momento di avvio del nuovo anno didattico.

Alle matricole che cominciano oggi il loro cammino ed agli studenti che hanno ormai un'esperienza consolidata della Facoltà, indico le linee essenziali della loro formazione.

Voi iniziate oggi o avete già iniziato un percorso formativo nel campo delle scienze mediche, che scienze sono in quanto basate sul metodo sperimentale, sull'osservazione cioè di un fenomeno e sulla verifica della validità o della fallacia di una teoria esplicativa avanzata; questo metodo sarà il presupposto, ma anche il riferimento costante della vostra futura professionalità.

Contestualmente la Facoltà vi assicura un altro percorso, quello nel campo delle Scienze umane. Perché Medicina è sì scienza, ma è scienza basata sui valori umani che sono quelli eterni dell'onestà culturale e dell'equità, della fede e dell'onore, dell'amore e dell'empatia.

Nella vostra futura Professione voi sarete chiamati a risolvere non solo i problemi di salute, ma anche quelli morali, spirituali, psicologici e sociali della persona malata che si affida a voi.

Competenza e umanità, ricercate e coltivate tali virtù nella nuova sede di formazione, noi della Facoltà saremo al vostro fianco in questa fondamentale fase costruttiva della vostra vita.

Prof. Antonio Benedetti
Preside della Facoltà

VITA DELLA FACOLTÀ 2

Appunti dal Regolamento Didattico, a cura di *Loreta Gambini* e *Francesca Campolucci*, 2 - Notizie dalla Segreteria Studenti, a cura di *Francesca Campolucci*, 4 - Calendario Didattico, 5 - Settimana Introduttiva alla Facoltà, 6 - Piani di Studio dei Corsi di Laurea Magistrale e Triennale, 7

SCIENZE UMANE 21

Conciliazione e Mediazione. Parte II - , La "media conciliazione", un obbligo volto a diminuire il contenzioso anche in sanità, 21
di *Monica De Angelis, Giovanni Mazzoni, Giuditta Ferrini*
Filosofia per i professionisti della salute e della cura. Una riflessione sulle parole chiave, 26
di *Maurizio Mercuri*
Per una filosofia della sanità tra cura e umanità, 31
di *Giancarlo Galeazzi*

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ 36

La Farmacia Sant'Elena dell'Ospedale S. Croce di Fano
di *Marco Belogi*

LIBRI 42

Corteccia cerebrale e funzioni cognitive, di *Tullio Manzoni*, 42
Dio, io e l'altro, di *Manlio Caucci*, 44



Appunti dal Regolamento Didattico

a cura di Loreta Gambini e Francesca Campolucci

1) Il Sistema Universitario Italiano

Il Sistema Universitario italiano è articolato in tre cicli, il primo dei quali costituito dalle Lauree triennali, il secondo dalle Lauree Magistrale e dai Master di primo livello, il terzo dai Master di secondo livello, dalle Scuole di Specializzazione ed dal Dottorato di ricerca; queste ultime tre le tipologie di corso di studio sono destinate a studenti in possesso della laurea magistrale. Ogni ciclo formativo, oltre ad avere una durata stabilita, è caratterizzato da un numero determinato di crediti che lo Studente deve acquisire per conseguire il titolo di studio e, se è nei suoi programmi, passare al successivo.

2) Crediti Formativi Universitari

Il credito rappresenta la quantità di lavoro di apprendimento, compreso lo studio individuale, richiesto, ad uno studente in possesso di adeguata preparazione iniziale, nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio. Ad un credito corrispondono 25 ore di lavoro per studente, 30 per i Corsi di Laurea in Infermieristica e in Ostetricia.

Il lavoro di un anno corrisponde convenzionalmente a 60 crediti.

I crediti si considerano acquisiti quando lo Studente, dopo aver regolarmente frequentato le attività didattiche, ha superato la prova di esame finale attraverso la quale viene valutata, per l'intero corso di insegnamento, la qualità e quantità del suo apprendimento.

3) Corsi Integrati e Piano di studi

I Corsi ufficiali di insegnamento sono definiti "Integrati" quando, seppure costituiti da più moduli didattici affidati dalla Facoltà all'inizio dell'anno a diversi docenti, hanno un programma unico e condiviso e un'unica valutazione. La responsabilità di ogni Corso Integrato è affidata ad un Coordinatore nominato dalla Facoltà.

Il Piano di studi dei Corsi di Laurea, riportati a pagina 4 e seguenti, comprende l'elenco dei Corsi ufficiali di insegnamento, con l'indicazione della loro successione temporale negli anni ed il momento delle rispettive verifiche; riporta anche i crediti dell'attività didattica frontale, di quella pratica e di quella formativa professionalizzante.

4) Attività formative e Studio individuale

I contenuti del Piano di studio sono acquisiti dagli stu-

denti attraverso la partecipazione alle attività didattiche irrinunciabili (Core Curriculum) ed a quelle a libera scelta (elettive); le prime racchiudono i saperi essenziali che devono essere possedute da tutti i Discenti, le seconde una loro libera amplificazione.

Rientrano nelle attività didattiche irrinunciabili le lezioni ex cathedra, dette anche formali o frontali per la posizione che assume il Docente rispetto ai Discenti e la didattica pratica (esercitazioni per piccoli gruppi) prevista da alcuni insegnamenti, le attività formative professionalizzanti e l'Internato. Per quest'ultima attività viene lasciata allo studente la scelta della struttura didattico/clinica presso cui svolgerla.

Per gli studenti dei CdL triennali l'attività di Internato è sostituita da quella di tirocinio svolta presso le strutture cliniche inserite nel percorso formativo; sulla base del nuovo ordinamento viene inoltre prevista una attività di laboratorio preclinico obbligatoria e quantificata in n. 3 crediti formativi distribuiti sui tre anni di corso.

Sono invece espressione della libera scelta dello Studente e si identificano quindi nella didattica elettiva, i Corsi monografici e Forum Multiprofessionali di Scienze Umane.

I Corsi monografici costituiscono un approfondimento dei contenuti essenziali definiti dal core curriculum; sono parte integrante della programmazione didattica del corso integrato di studi che lo ha proposto.

I Forum multiprofessionali di Scienze Umane sono corsi monografici seguiti congiuntamente da Studenti di più Corsi di studio con lo scopo di fornire loro occasioni di incontro e di formazione comune, nello spirito del lavoro di squadra che caratterizzerà il loro futuro operare.

Una frazione dell'impegno orario complessivo è riservata allo studio individuale e all'autoapprendimento. Attraverso questa attività lo Studente approfondisce la propria preparazione senza la presenza fisica dei Docenti, educandosi a ricercare ed organizzare, in modo autonomo, tutte le conoscenze necessarie a costruire il proprio sapere su un determinato argomento.

5) Internato

Lo Studente è tenuto a scegliere l'Attività di Internato del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti. Non è consentita la scelta di attività di anni successivi, né lo svolgimento di internati in più rispetto





a quelli previsti dall'Ordinamento ottenendo crediti in soprannumero.

L'accesso alle attività di Internato per la struttura prescelta è vincolata al numero di posti disponibili; lo Studente accede alle strutture cliniche secondo il criterio temporale di iscrizione. La domanda di Internato si effettua mediante la presentazione on line del proprio piano di studio.

6) Attività Didattiche Elettive

Gli Studenti iscritti in corso, ovvero quelli ripetenti, ogni anno e limitatamente alle attività didattiche elettive, sono tenuti a compilare il proprio piano di studi scegliendo le ADE (nel numero minimo previsto per ogni anno dal proprio piano di studi), indifferentemente tra corsi monografici e forum. Il numero di eventi può aumentare, rispetto a quello previsto nell'anno di corso, soltanto per il recupero di eventuali debiti di anni precedenti dovuti a modifiche alle proprie scelte, frequenza non effettuata ovvero assenza di scelte.

Lo studente è tenuto a scegliere le attività didattiche del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti (non è consentita la scelta di attività di anni successivi al proprio anno di corso).

Non è consentita la presentazione del piano di studio e quindi la scelta dei corsi monografici/forum agli studenti fuori corso in quanto tale qualità comporta la sola necessità di sostenere gli esami di profitto, avendo ottenute tutte le attestazioni di frequenza.

Lo studente, per presentare il piano degli studi ed effettuare la scelta dei Corsi Monografici/Forum, deve essere in regola con l'iscrizione avendo pertanto ottenuto tutte le attestazioni di frequenza dell'anno precedente ed avendo superato gli esami che determinano sbarramenti all'iscrizione, improrogabilmente entro la sessione d'esame di settembre.

Il piano di studio una volta presentato vincola lo studente alla frequenza delle sole attività scelte (non è consentito allo studente frequentare attività non previste nel proprio piano di studio) e non è modificabile per tutto il corso dell'anno. Modifiche potranno essere richieste l'anno successivo, con la compilazione del piano.

7) Propedeuticità

La propedeuticità indica la successione logica, temporale degli insegnamenti ed esprime vincolo nell'affrontarne alcuni prima di aver superato la verifica di altri. Il Con-

siglio di Facoltà di Medicina nell'approvare ogni anno i piani di studio determina le propedeuticità in vigore per ciascuna Corso di laurea.

8) Frequenza

La frequenza alle attività curriculari (lezioni, seminari, esercitazioni ed attività formativa professionalizzante) ed a quelle elettive, una volta scelte dallo Studente, è obbligatoria e verificata attraverso procedure informatizzate e altre forme decise dal docente e rese note agli studenti.

9) Tutorato

Assistono gli Studenti durante il loro corso di studio e costituiscono punto di riferimento per gli stessi:

- il Tutore consigliere, che è un docente, al quale il singolo Studente può rivolgersi per avere suggerimenti e consigli inerenti la propria carriera scolastica; è scelto liberamente dallo Studente tra i Professori e Ricercatori del Corso ed è lo stesso per tutta la durata del corso di studi o per parte di esso;
- il Tutore didattico, che guida piccoli gruppi di studenti nello svolgimento delle attività pratiche previste dalla programmazione didattica, nel rispetto degli obiettivi generali del corso di studi;
- il Tutore/Referente della attività formativa pratica svolta presso le strutture cliniche.

Rientrano in questa categoria anche:

- 1) i Coadiutori didattici che, laddove nominati, hanno il compito di condurre attività didattica a piccoli gruppi, integrativa e non compresa tra quelle generatrici di crediti;
- 2) il Coordinatore della Attività Formativa Pratica e Tirocinio Clinico, il Tutore di tirocinio e la Guida di Tirocinio per ciò che concerne l'attività di laboratorio e l'attività di tirocinio svolta presso le strutture cliniche nel rispetto della programmazione didattica definita dai vari corsi di studio.

10) Progress Test

Per gli studenti del CDLM a ciclo unico in Medicina e Chirurgia è previsto per il 16 novembre 2011 il "Progress Test": progetto su scala nazionale di autovalutazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia volto a valutare la progressione della formazione medica in Italia.

Il test prevede 2 prove (una di Scienze di Base ed una di Scienze Cliniche), ognuna delle quali richiede la risoluzione di 150 quiz a risposta multipla ed è aperto agli studenti iscritti a tutti gli anni di corso.





11) Calendario Didattico

L'anno didattico è diviso in due periodi, convenzionalmente definiti semestri, il primo compreso tra Ottobre 2011 e Febbraio 2012, il secondo tra il Marzo e Giugno 2012; in ciascun semestre si realizza di norma l'insegnamento di tre corsi integrati.

Nei periodi non interessati dall'attività didattica si svolgono le sessioni d'esame: la prima, quella di Febbraio, interessa gli insegnamenti del primo semestre; la seconda, quella di giugno, interessa quelli del secondo semestre; una terza sessione a settembre insieme al suo prolungamento di Dicembre costituisce la sessione di recupero per gli esami non affrontati o non superati nelle sessioni precedenti.

Al fine di incrementare il numero delle sessioni d'esame, dall'a.a. 2011/2012 è stata prevista una sessione d'esame nel periodo pasquale con inizio il 02/04/2011 e termine l'11/04/2011 (nel periodo in cui sono previste le lezioni gli esami potranno essere svolti in orario pomeridiano) e due sessioni di "recupero" (una a semestre - in orario pomeridiano).

Non si svolge didattica nei giorni: 1 Novembre: Festa di tutti i Santi; 8 Dicembre Festa dell'Immacolata Concezione; 25 Dicembre: Santo Natale; 26 Dicembre: Santo Stefano; 1° Gennaio: Capodanno; - 6 Gennaio: Epifania; 9 Aprile: Lunedì dell'Angelo; 25 Aprile: Anniversario della Liberazione; 1 maggio: Festa del lavoro; 4 maggio: festa di S. Ciriaco; 2 giugno: Festa della Repubblica; 15 agosto: Assunzione B.V.Maria.

Notizie dalla Segreteria Studenti

a cura di Francesca Campolucci

Attività didattiche elettive

Gli studenti iscritti in corso, ovvero quelli ripetenti, ogni anno e limitatamente alle attività didattiche elettive, sono tenuti a compilare il proprio piano di studi scegliendo minimo tre eventi, indifferentemente tra Corsi monografici e Forum, ad eccezione degli studenti immatricolati dall'anno 2009-2010, per i quali il numero di eventi è di due in Medicina Chirurgia e di uno in Odontoiatria e PD.

La scelta delle Attività didattiche elettive avviene mediante modalità on-line dal 5.10.2011 al 30.11.2011.

Internato

Riservato agli Studenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria e P.D.

L'internato consiste nella frequenza degli Studenti nei Reparti clinici o nei Laboratori di ricerca; tale frequenza avviene sulla base del numero dei posti messi a disposizione dai Responsabili delle strutture cliniche.

La domanda d'internato si effettua mediante presentazione on-line del piano di studio dal 5.10.2011 al 30.11.2011.

I prossimi appuntamenti

29 settembre 2011 ore 15.00-17.00

Presentazione dei Corsi di Laurea, Facoltà di Medicina, Torrette di Ancona

30 settembre ore 8.30-18.00 -

Memoria ed attualità della Medicina

Conferenze Introduttive - Aula Magna di Ateneo, Monte Dago

1 ottobre ore 8.30-12.30

Memoria ed attualità della Medicina

Conferenze Introduttive - Aula Magna di Ateneo, Monte Dago

3 Ottobre ore 8.00 - Polo didattico-scientifico di Torrette

Inizio dell'Attività didattica frontale per tutti gli Studenti dei Corsi di Laurea magistrale e per quelli del 2° e 3° anno dei Corsi di laurea delle Professioni sanitarie

5 Ottobre ed entro il 30 Novembre

Presentazione dei Piani di studio in modalità *on-line*

8 Ottobre ore 9.00-14.00 - Polo didattico-scientifico di Torrette

Corso sulla protezione e la sicurezza degli Studenti nei luoghi di lavoro

10 Ottobre ore 8.00 - Polo didattico-scientifico di Torrette

Inizio dell'Attività didattica frontale per tutti gli Studenti del 1° anno dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie





Calendario Didattico

Dal 29 settembre all'8 ottobre 2011	Settimana Introduttiva alla Facoltà
1° semestre	
Dal 03/10/2011 al 09/12/2011	Attività formative didattiche e professionalizzanti (10 settimane) - CdLM in Medicina e Chirurgia - CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria - CdL triennali (2° e 3° anno)
Dal 12/12/2011 al 16/12/2011	Prolungamento III sessione 2010/2011
Dal 10/10/2011 al 16/12/2011	Attività formative didattiche e professionalizzanti (10 settimane) - CdL triennali (1° anno)
Dal 19/12/2011 al 6/1/2012	Interruzione delle attività formative
Dal 9/1/2012 al 3/2/2012	Attività formative didattiche e professionalizzanti (4 settimane)
Dal 6/2/2012 al 2/3/2012	1°-2° appello I sessione

2° semestre	
Dal 5/3/2012 al 4/4/2012	Attività formative didattiche e professionalizzanti (4 ½ settimane)
Dal 2/4/2012 al 11/4/2012	Interruzione delle attività formative – Appello di esami**
Dal 12/4/2012 al 15/6/2012	Attività formative didattiche e professionalizzanti (9 ½ settimane)
Dal 18/6/2012 al 13/7/2012	1°-2° appello II sessione
Dal 16/7/2012 al 31/8/2012	Interruzione delle attività formative
Dal 3/9/2012 al 28/9/2012	1°-2° appello III sessione





UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE - FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



Settimana introduttiva alla Facoltà per gli Studenti del 1° Anno dei Corsi di Laurea magistrale e triennale

29 settembre - 8 ottobre 2011 Facoltà di Medicina e Chirurgia

Polo didattico scientifico, Torrette di Ancona - Aula Magna d'Ateneo, Monte Dago

29 Settembre ore 15,00 - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Poli Murri ed Eustachio

Presentazione dei Corsi di Laurea

Il Preside, i Presidenti ed i Coordinatori dei Corsi di Laurea

30 Settembre - 1 Ottobre - Aula Magna d'Ateneo - Montedago

Memoria ed Attualità della Medicina

Conferenze introduttive

Venerdì 30 settembre - ore 8,30

Saluto del Preside, Prof. Antonio Benedetti, Intervento del Dott. Fulvio Borromei, Presidente Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Ancona - Prof. Franco Rustichelli, *Le scoperte della fisica come basi di progresso della medicina moderna* - Prof. ssa Laura Mazzanti, *Acqua, dalla biochimica alla medicina* - Prof. Pietro Emanuele Varaldo, *La scoperta del mondo invisibile* - Dott. Gianni Mazzoni, *L'evoluzione delle professioni sanitarie tra storia ed attualità* - Prof. Saverio Cinti, *L'insegnamento dell'Anatomia nella storia* - Prof. Antonio Procopio, *Origini e trionfi della Medicina scientifica* - Prof.ssa Maria Montroni, *Introduzione all'Immunologia clinica* - Prof. Ugo Salvolini, Prof. Gian Marco Giuseppetti, *La Radiologia per il Medico di ieri, oggi, domani*

Sabato 1° Ottobre - ore 8,30

Prof.ssa Marina Scarpelli, *L'evoluzione dell'Anatomia Patologica: dalla pratica dell'autopsia all'utilizzo di biomarker* - Prof. Maurizio Procaccini, *Odontoiatria, passato, presente e futuro* - Prof. Leandro Provinciali, Dott.ssa Simona Luzzi, *Come le malattie neurologiche hanno aiutato a comprendere il funzionamento del cervello* - Prof.ssa Cristina Marmorale, *Progressi in chirurgia: uno sguardo al futuro* - Prof. Giovanni Danieli, *Presentazione di Lettere dalla Facoltà*

8 Ottobre ore 9,00 - Facoltà di Medicina - Poli Murri ed Eustachio

Corso sulla protezione e la sicurezza degli Studenti nei luoghi di lavoro

Prof. M. Valentino, Prof.ssa L. Santarelli, Dott.ssa M. Amati, Dott. M. Bracci

La partecipazione è obbligatoria per tutti gli Studenti iscritti al 1° anno dei Corsi di Laurea





Piano di studi del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Presidente Prof. Ugo Salvolini | Tel. 071 5964071 | email: u.salvolini@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	ESAME SI/NO	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI
FISICA MEDICA	SI	FIS/07	FISICA	Prof. Franco Rustichelli	4	4
BIOLOGIA E GENETICA	SI	BIO/13	STRUTTURA E FUNZIONE DELLA CELLULA	Prof. Giovanni Principato	5	9
			GENI - EREDITA' E MUTAZIONI	Prof.ssa Franca Saccucci	4	
ISTOLOGIA (FR)		BIO/17	ISTOLOGIA I	Prof. Roberto Di Primio	2	
CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA	SI	BIO/10	CHIMICA MEDICA	Prof. Gianpaolo Littarru	3	6
			CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA	Prof. Maurizio Battino	3	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	ESAME SI/NO	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI
SCIENZE UMANE E CONOSCENZE LINGUISTICHE	SI	L.LIN/12	INGLESE SCIENTIFICO	Dott.ssa Silvia Modena	4	7
		MED/02	STORIA DELLA MEDICINA	Prof.ssa Stefania Fortuna	3	
ANATOMIA	SI	BIO/16	ANATOMIA TOPOGRAFICA, ORGANOGENESI E NEUROANATOMIA	Prof. Saverio Cinti	9	18
			SPLANCNOLOGIA	Prof. Mario Castellucci	0	
			ANATOMIA APPARATO LOCOMOTORE	Prof. Giorgio Barbatelli	0	
PATOLOGIA GENERALE (FR)		MED/04	IMMUNOLOGIA	Prof.ssa Francesca Fazioli	0	
			FISIOPATOLOGIA GENERALE	Prof. Alfonso Catalano	0	
			PATOLOGIA GENERALE I	Prof.ssa Francesca Fazioli	2	
			PATOLOGIA GENERALE II	Prof. Antonio Procopio	4	
FISIOLOGIA (FR)		BIO/09	FISIOLOGIA I	Prof. Fiorenzo Conti	6	
			FISIOLOGIA II	Prof. Fiorenzo Conti	0	
FISIOLOGIA	SI	BIO/09	FISIOLOGIA I	Prof. Fiorenzo Conti	0	15
			FISIOLOGIA II	Prof. Fiorenzo Conti	9	
PATOLOGIA GENERALE (FR)		MED/04	IMMUNOLOGIA	Prof.ssa Francesca Fazioli	6	
			FISIOPATOLOGIA GENERALE	Prof. Alfonso Catalano	0	
			PATOLOGIA GENERALE I	Prof.ssa Francesca Fazioli	0	
			PATOLOGIA GENERALE II	Prof. Antonio Procopio	0	
N. ESAMI	3			TOTALE	43	40

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	ESAME SI/NO	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI
PATOLOGIA GENERALE	SI	MED/04	IMMUNOLOGIA	Prof.ssa Francesca Fazioli	0	18
			FISIOPATOLOGIA GENERALE	Prof. Alfonso Catalano	6	
			PATOLOGIA GENERALE I	Prof.ssa Francesca Fazioli	0	
			PATOLOGIA GENERALE II	Prof. Antonio Procopio	0	
MICROBIOLOGIA	SI	MED/07	MICROBIOLOGIA DI BASE E MEDICA, GENETICA MICROBICA	Prof. Piero Emanuele Varaldo	2	6
			MICROBIOLOGIA CLINICA MICETI	Prof.ssa Maria Pia Montanari	2	
			VIRUS E INFEZIONI VIRALI	Prof.ssa Patrizia Bagnarelli	2	
MEDICINA DI LABORATORIO	SI	MED/07	MICROBIOLOGIA CLINICA	Prof. Piero Emanuele Varaldo	2	6
		MED/05	PATOLOGIA CLINICA	Prof. Antonio Procopio	2	
		BIO/12	BIOCHIMICA CLINICA	Prof. Gianpaolo Littarru	2	





VITA DELLA FACOLTÀ

4° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	ESAME SI/NO	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI	di cui AFP
Patologia sistematica II	FP	MED/13	Endocrinologia	Prof. Marco Boscaro	4	7	2
		MED/14	Nefrologia	Prof. Giovanni Frascà	1		
		MED/24	Urologia	Prof. Giovanni Muzzonigro	2		
Anatomia patologica	==	MED/08	Anatomia Patologica I	Prof. Italo Bearzi	==	==	==
		MED/08	Anatomi patologica II (A)	Prof. Rodolfo Montironi	==		
		MED/08	Anatomi patologica II (B)		==		
		MED/08	Anatomia patologica III(A)	Prof.ssa Marina Scarpelli	==		
		MED/08	Anatomia patologica III(B)		==		
Patologia sistematica III	FP	MED/21	Chirurgia toracica	Prof. Aroldo Fianchini	2	6	2
		MED/22	Chirurgia vascolare	Prof. Francesco Paolo Alò	2		
		MED/11	Cardiologia	Prof. Alessandro Capucci	1		
		MED/10	Pneumologia	Prof. Stefano Gasparini	1		
Igiene e sanità pubblica	FP	MED/42	Igiene e sanità pubblica I	Prof. Marcello Mario D'Errico	3	6	1
			Igiene e sanità pubblica II		1		
		MED/42	Organizzazione e programmazione sanitaria	Prof. Francesco Di Stanislao	1		
Farmacologia	F	BIO/14	Farmacologia e tossicologia medica generale	Prof. Salvatore Amoroso	==	==	==
			Farmacologia e Tossicologia medica speciale I		==		
			Farmacologia e Tossicologia medica speciale II		==		
			Farmacologia e Tossicologia medica speciale III		==		

5° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	ESAME SI/NO	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI	di cui AFP
Chirurgia generale e gastroenterologia	FP	MED/18	Chirurgia generale	Prof.ssa Cristina Marmorale	2	3	1
		MED/12	Gastroenterologia	Prof. Antonio Benedetti	1		
Malattie del sistema nervoso	FP	MED/26	Neurologia clinica	Prof. Leandro Provinciali	2	5	2
		MED/34	Medicina riabilitativa	Prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo	1		
		MED/37	Neuroradiologia	Prof. Ugo Salvolini	1		
		MED/27	Neurotraumatologia e Neurochirurgia	Prof. Massimo Scerrati	1		
Medicina interna e geriatria	F	MED/09	Medicina interna e terapia medica	Prof. Paolo Dessì Fulgheri	==	==	==
		MED/09	Geriatría	Prof. Paolo Dessì Fulgheri	==		
		MED/09	Fisiopatologia medica	Prof. Riccardo Sarzani	==		
Anatomia patologica	F	MED/08	Anatomia Patologica I	Prof. Italo Bearzi	==	==	==
		MED/08	Anatomi patologica II (A)	Prof. Rodolfo Montironi	==		
		MED/08	Anatomi patologica II (B)		==		
		MED/08	Anatomia patologica III(A)	Prof.ssa Marina Scarpelli	==		
		MED/08	Anatomia patologica III(B)		==		
Medicina legale	FP	MED/43	Medicina legale	Prof. Adriano Tagliabracci	4	6	1
		MED/43	Tossicologia Forense	Prof. Raffaele Giorgetti	1		
		IUS/09	Istituzioni di diritto pubblico	Dott.ssa Monica De Angelis	1		
Malattie dell'apparato locomotore	FP	MED/33	Malattie Interesse ortopedico	Prof. Francesco Greco	2	5	2
		MED/33	Malattie Traumatiche	Prof. Luigi De Palma	1		
		MED/16	Malattie Interesse reumatologico	Prof. Walter Grassi	2		

6° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	ESAME SI/NO	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI	di cui AFP	
Pediatria	FP	MED/38	Malattie pediatriche	Prof. Orazio Gabrielli	5	7	3	
		MED/20	Aspetti chirurgici della Pediatria	Dott. Giovanni Cobellis	1			
		MED/38	Malattie del neonato e puericultura	Prof. Virgilio Carnielli	1			
Ginecologia e ostetricia	FP	MED/40	Ginecologia e Ostetricia I	Prof. Andrea Luigi Tranquilli	4	6	2	
			Ginecologia e Ostetricia II		2			
Clinica medica	F	MED/09	Clinica Medica I	Prof. Armando Gabrielli	==	==	==	
			Clinica Medica II		==			
			Clinica Medica III		==			
			Terapia medica e molecolare		==			
Clinica chirurgica	F	MED/03	Genetica Medica	Prof.ssa Franca Saccucci	==	==	==	
			MED/18	Clinica Chirurgica I	Prof. Aroldo Fianchini			==
			MED/18	Clinica Chirurgica II (A)	Prof. Aroldo Fianchini			==
			MED/18	Clinica Chirurgica II (B)				==
			MED/19	Chirurgia Plastica	Prof. Giovanni Di Benedetto			==
MED/18	Chirurgia Geriatrica	Prof.ssa Cristina Marmorale	==					





Piano di studi del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e P.D.

Presidente Prof. Maurizio Procaccini | Tel. 071 2206219 | email: m.procaccini@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI	di cui AFP	ESAMI
Fisica Applicata	Fisica	FIS/07	Dott. Fabrizio Fiori	5	5		SI
Chimica medica	Chimica	BIO/10	Prof. Adolfo Amici	5	10		SI
	Propedeutica biochimica	BIO/10	Prof.ssa Monica Emanuelli	3			
	Biologia molecolare	BIO/11	Prof.ssa Monica Emanuelli	2			
Biologia medica	Biologia applicata	BIO/13	Prof. Giovanni Principato	6	8		SI
	Genetica Medica	BIO/13	Prof.ssa Franca Saccucci	2			
Istologia (FR)	Istologia	BIO/17	Prof. Roberto Di Primio	2			
Anatomia Umana (FR)	Anatomia umana	BIO/16	Prof. Saverio Cinti	5			

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI	di cui AFP	ESAMI
Fisiologia umana	Fisiologia umana	BIO/09	Prof. Paolo Barbaresi	8	8		SI
Microbiologia Clinica	Virus e infezioni virali	MED/07	Prof.ssa Patrizia Bagnarelli	2	6		SI
	Microbiologia di base, batteriologia, micologia e parassitologia	MED/07	Prof.ssa Bruna Facinelli	4			
Igiene generale ed applicata (FR)	Igiene generale ed applicata	MED/42	Prof.ssa Emilia Prospero	3			
Farmacologia (FR)	Farmacologia	BIO/14	Dott. Vincenzo La Riccia	3			
TOTALE SEMESTRE				20	14		

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	DOCENTI	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI	di cui AFP	ESAMI
Anatomia ed Istologia Patologica	Anatomia ed Istologia Patologica	MED/08	Dott. Corrado Rubini	3			
Patologia Speciale Odontostomatologica	Patologia Speciale Odontostomatologica	MED/28	Prof. Francesco Sampalmieri	3			
Odontoiatria Restaurativa	Morfologia	MED/28	Dott.ssa Orsini Giovanna	3			
	Conservativa	MED/28	-	0			
	Endodonzia	MED/28	-	0			
	Clinica Restaurativa	MED/28	-	0			
Protesi Dentaria	Protesi Fissa	MED/28	Prof. Giorgio Rappelli	3			
	Protesi Rimovibile	MED/28	-	0			
	Protesi Adesiva e su Impianti	MED/28	-	0			
	Clinica Protesica	MED/28	-	0			
Radiologia generale e spec. odonto.	Radiologia generale e spec. odonto.	MED/36	Prof. Andrea Giovagnoni	6	6		SI
Malattie infettive	Malattie infettive	MED/17	Prof. Francesco Barchiesi	3	3		SI
Materiali Dentari	Materiali Dentari	MED/28	Prof. Francesco Sampalmieri	3			
Scienze mediche	Medicina interna	MED/09	Dott.ssa Emma Espinosa	3			
	Gastroenterologia	MED/12	Dott. Gianluca Svegliati	3			
	Pediatria generale e specialistica	MED/38	Prof. Carlo Catassi	3			
	Endocrinologia	MED/13	-	0			
	Neurologia	MED/26	-	0			
Dermatologia	Dermatologia	MED/35	Dott.ssa Oriana Simonetti	3	3		SI





VITA DELLA FACOLTÀ

4° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	DOCENTI	ESAM/ FREQUENZA	CFU singolo m.d.	di cui AFP	TOTALE CREDITI
Parodontologia (FR)	Parodontologia	MED/28	Prof. Matteo Piemontese	F	5	3	0
Clinica odontostomatologica (FR)	Clinica odontostomatologica	MED/28	Prof. Maurizio Procaccini	F	5	3	0
	Anestesiologia	MED/41	Prof. Rocco Romano		0	0	
Ortodonzia (FR)	Ortodonzia	MED/28	Dott. Antonio Sabatucci	F	3	1	0
Protesi Dentaria (FR)	Protesi Dentaria	MED/28	Prof. Giorgio Rappelli	F	4	2	0
	Bioingegneria	ING/INF 06	Prof. Fioretti		0	0	0
Chirurgia Orale (FR)	Chirurgia Orale	MED/28	Prof. Fabrizio Bambini	F	4	2	0
Odontoiatria restaurativa (FR)	Odontoiatria restaurativa	MED/28	Prof. Angelo Putignano	F	3	1	0
TOTALE SEMESTRE					24	12	0

5° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	DOCENTI	ESAM/ FREQUENZA	CFU singolo m.d.	di cui AFP	TOTALE CREDITI
Parodontologia (FR)	Parodontologia	MED/28	Prof. Matteo Piemontese	F	2	0	0
Clinica odontostomatologica (FR)	Clinica odontostomatologica	MED/28	Prof. Maurizio Procaccini	F	2	0	0
	Anestesiologia	MED/41	Prof. Rocco Romano		0	0	
Ortodonzia (FR)	Ortodonzia	MED/28	Dott. Antonio Sabatucci	F	3	1	0
Protesi Dentaria (FR)	Protesi Dentaria	MED/28	Prof. Giorgio Rappelli	F	3	1	0
	Bioingegneria	ING/INF 06	Prof. Fioretti		0	0	
Chirurgia Generale (OD042)	Chirurgia Generale I	MED/18	Dott. Roberto Ghiselli	FP	2	0	5
	Chirurgia Generale II	MED/18	Dott. Roberto Ghiselli	FP	3	1	
Discipline chirurgiche distretto cefalico	Chirurgia maxillo-facciale	MED/29	Prof. Matteo Piemontese	FP	4	2	12
	Otorinolaringoiatria	MED/31	Dott. Massimo Re		4	1	
	Chirurgia plastica generale	MED/19	Dott. Alessandro Scalise		2	0	
	Chirurgia plastica del distretto cefalico	MED/19	Prof. Giovanni Di Benedetto		2	0	
Medicina Legale	Medicina Legale	MED/43	Prof. Adriano Tagliabracci	FP	3	0	3
TOTALE SEMESTRE					20	4	20

Piano di studi del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Presidente Prof. Andrea L. Tranquilli | Tel. 071 5962055 | e-mail: a.l.tranquilli@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSO INTEGRATO	CFU	SSD	MODULI DIDATTICI	DOCENTI
Diritto Sanitario, Programmazione ed Economia Sanitaria (CFU 7)	2	IUS/07	DIRITTO DEL LAVORO	Dott.ssa P. Catalini
	3	IUS/09	ISTITUZIONI DI DIRITTO PUBBLICO	Dott.ssa Monica De Angelis
	2	MED/42	PROGRAMMAZIONE SANITARIA	Prof. Francesco Di Stanislao
Promozione della salute (CFU 6)	2	MED/07	MICROBIOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA	Prof. Pietro E. Varaldo
	2	MED/04	FISIOPATOLOGIA GENERALE	Dott. Carlo Ferrari
	2	MED/42	SANITA' PUBBLICA	Prof. Francesco Di Stanislao
Scienze umane e psicopedagogiche (CFU 8)	2	MED/02	STORIA DELLA MEDICINA	Prof.ssa Stefania Fortuna
	2	M-PED/03	PEDAGOGIA SPERIMENTALE E SANITARIA	Dott. Marco Paolo Della Bianca
	2	M-PSI/04	PSICOLOGIA DELL'APPRENDIMENTO	Dott.ssa Bianca Maria Ventura
	2	M-PSI/01	PSICOLOGIA GENERALE	Dott.ssa Marisa Campanelli
Metodologia della Ricerca (CFU 5)	2	MED/09	EBM E METODOLOGIA DELLA RICERCA	Dott. Domenico Maddaloni
	3	ING-INF/05	SISTEMI DI ELABORAZIONE DELL'INFORMAZIONE	Dott. Alessandro Ganzetti
TOTALE SEM.	26			



Piano di Studi del Corso di Laurea per Educatore Professionale

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Francesco Di Stanislao | Tel. 071/2206177 | email: f.distanislao@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Daniela Saltari | Tel. 071/2206275 | e-mail: d.saltari@univpm.it; verdecolibri@alice.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Scienze mediche di base 1	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Antonio Giordano
	Fisiologia	BIO/09	3	Prof.ssa Mara Fabri
Scienze mediche di base 2	Patologia generale	MED/04	2	Dott. Carlo Ferrari
	Farmacologia e Primo soccorso	BIO/14	3	Dott.ssa Maria Cecilia Tonnini
	Radioprotezione	MED/36	2	Prof. Gian Marco Giuseppetti
Metodologie dell'educazione professionale	L'osservazione educativa	MED/48	3	Dott.ssa Annamaria Ciuccarelli
	La relazione educativa	MED/48	3	Dott.ssa Monica Rizzieri
	Metodi e pratiche dell'intervento educativo	MED/48	3	Dott.ssa Barbara Mobili
TOTALE			22	

2° anno - 1° semestre

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Psichiatria	Psichiatria	MED/25	3	Dott. Bernardo Nardi
Neurologia e assistenza infermieristica	Neurologia	MED/26	3	Prof. Mauro Silvestrini
	Scienze infermieristiche	MED/45	2	Dott.ssa Serenella Fattori
Farmacologia e primo soccorso	Farmacologia	BIO/14	3	Dott.ssa Maria Cecilia Tonnini
	Anestesiologia	MED/41	1	Dott.ssa Erica Adrario
Metodologie dell'educazione professionale 1	Pedagogia sperimentale	M-PED/04	5	Prof. Piero Crispiani
	Didattica e pedagogia speciale	M-PED/03	5	Dott.ssa Daniela Saltari
	Pedagogia generale e sociale	M-PED/01	4	Dott.ssa Angela Gardini
Lingua straniera	Inglese Scientifico	L-LIN/12	4	Dott. Mauro Barchiesi
TOTALE			30	

3° anno - 1° semestre

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Metodologie dell'educazione professionale 2	Didattica e pedagogia speciale	M-PED/03	4	Sig.ra Marina Di Foglia
	Medicina fisica e riabilitativa	MED/34	3	Dott.ssa Marianna Capecci
Sociologia dell'organizzazione e del lavoro	Sociologia processi economici e lavoro	SPS/09	2	Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli
	Organizzazione aziendale	SECS-P/10	2	Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli
Organizzazione dei servizi socio-sanitari	Igiene generale e applicata	MED/42	4	Prof. Francesco Di Stanislao
TOTALE			15	

Piano di Studi del Corso di Laurea per Fisioterapista

Presidente del Corso di Laurea: Prof.ssa M. Gabriella Ceravolo | Tel. 071/5964526 | email: m.g.ceravolo@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott. Mauro Pennacchioni | Tel. 071/2206041 Fax 071/887262 | email: m.pennacchioni@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Scienze biomediche 1	Anatomia umana	BIO/16	4	Prof. Manrico Morroni
	Istologia	BIO/17	2	Dott.ssa Monica Mattioli Belmonte
	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa Monica Emanuelli
Metodologia della ricerca clinica	Ricerca clinica in riabilitazione	MED/34	3	Prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo
	Statistica medica	MED/01	3	Dott.ssa Rosaria Gesuita
Abilità informatiche e relazionali	Laboratorio informatico	INF/01	3	Dott. Stefano Bompadre
TOTALE			17	



VITA DELLA FACOLTÀ

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Clinica del movimento	Reumatologia	MED/16	3	Prof. Fausto Salaffi
	Ortopedia e traumatologia	MED/33	3	Prof. Luigi De Palma
	Chinesiterapia	MED/48	4	Dott.ssa Emilia Calderisi
Scienze psichiatriche	Psichiatria	MED/25	2	Dott. Bernardo Nardi
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Prof. Cesario Bellantuono
Medicina interna	Medicina interna	MED/09	3	Prof.ssa Maria Giovanna Danieli *
	Farmacologia	BIO/14	2	Prof. Salvatore Amoroso
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. Enrico De Nigris
			TOTALE SEM.	20

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Riabilitazione speciale	Riabilitazione sfinterica	MED/24	2	Dott. D. Minardi
Riabilitazione neuropsicologica	Neuropsicologia	MED/26	2	Dott. M. Bartolini
	Medicina fisica e riabilitazione	MED/34	3	Dott. Giovanni Lagalla
			TOTALE	7

Piano di Studi del Corso di Laurea per Igienista dentale

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Angelo Putignano | Tel. 071/2206224 | email: a.putignano@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott. ssa Scilla Sparabombe | Tel. 071/5963145 – 071/2206221 | email: scilla.s@alice.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Fisica e statistica	Fisica ad indirizzo biomedico	FIS/07	2	Prof. Franco Rustichelli
	Statistica	MED/01	3	Prof. Luigi Ferrante
Scienze biomediche di base	Biologia	BIO/13	2	Dott.ssa Tatiana Armeni
	Genetica medica	MED/03	2	Prof.ssa Franca Saccucci
	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa Monica Emanuelli
Scienze morfologiche umane e fisiologia	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Antonio Giordano
	Istologia	BIO/17	2	Dott.ssa Eleonora Salvolini
	Fisiologia generale	BIO/09	3	Prof.ssa Mara Fabri
Lingua inglese e informatica	Lingua Inglese	L-LIN/12	2	Dott.ssa Howell Sarah M.
	Sistemi di elaborazione informazioni	ING-INF/05	3	Dott. Alessandro Ganzetti
			TOTALE	24

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Scienze Mediche	Medicina interna	MED/09	3	Prof.ssa Maria Giovanna Danieli *
	Farmacologia	BIO/14	2	Prof. Salvatore Amoroso
	Patologia generale	MED/04	4	Prof. Antonio Procopio
Biomateriali e Odontoiatria Restaurativa	Materiali dentari	MED/28	2	Dott. Gorrieri Oliviero
	Odontoiatria Restaurativa	MED/28	2	Prof. Angelo Putignano
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. Enrico De Nigris
Ulteriori conoscenze linguistiche	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	Dott. Mauro Barchiesi
			TOTALE	18



Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Ancona

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Marcello M.D'Errico | email:m.m.derrico@univpm.it
 Coordinatori AFPTC: Dott. Sandro Ortolani | tel. 071/2206160 email: s.ortolani@univpm.it
 Dott. ssa Augusta Cucchi | Tel. 071/2206179 - 071/2206159 email a.cucchi@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI	
				CANALE A	CANALE B
Scienze sociopsicologiche	Psicologia generale	M-PSI/01	2	Prof.ssa Paola Marangolo	
	Sociologia generale	SPS/07	2	Dott.ssa Norma Barbini	
Biologia e Biochimica	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa Laua Mazzanti	
	Biologia	BIO/13	2	Prof. Giovanni Principato	
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Mario Castellucci	
Igiene generale e applicata	Igiene generale e applicata	MED/42	2	Prof. Marcello Mario D'Errico	
Infermieristica generale e teorie del nursing	Infermieristica generale	MED/45	2	Dott. Sandro Ortolani	Dott. Paolo Antognini
	Teorie del nursing e pianificazione assistenziale	MED/45	3	Dott.ssa Manuela Silvestrini	Dott.ssa Augusta Cucchi
	Infermieristica clinica di base	MED/45	3	Dott.ssa Sabrina Anibaldi	Dott.ssa Cinzia Borgognoni
Inglese e Informatica	Inglese	L-LIN/12	3	Dott.ssa Emanuela Paci	
	Informatica	INF/01	2	Dott. Alessandro Ganzetti	
		TOTALE	26		

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI	
				CANALE A	CANALE B
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. Gianluca Moroncini	
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott.ssa Pasqualina Castaldo	
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Prof.ssa Maria Giovanna Danieli	
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. Marco Bartolini	
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Prof. Cesario Bellantuono	
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott. Corrado Canonici	Dott.ssa Elisabetta Simonetti
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott.ssa Ivana Sbaffi	Dott.ssa Luciana Bianchetti
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. Enrico De Nigris	
		TOTALE	20		

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI	
				CANALE A	CANALE B
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Prof. Mario Guerrieri	
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Dott. Alessandro Scalise	
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott.ssa Barbara Fabiani	Dott. Maurizio Mercuri
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa Antonella Giachetta	Dott.ssa Vianella Agostinelli
		TOTALE	9		

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Pesaro

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Antonio Benedetti | Tel. 071/2206271 a.benedetti@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Milena Nicolino | Tel. 0721/366327 m.nicolino@ospedalesansalvatore.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI	
				CANALE A	CANALE B
Scienze sociopsicologiche	Psicologia generale	M-PSI/01	2	Dott.ssa Chiuselli Lauretta	
	Sociologia generale	SPS/07	2	Dott.ssa Ridolfi Luciana	
Biologia e Biochimica	Biochimica	BIO/10	2	Prof. Maurizio Battino	
	Biologia	BIO/13	2	Prof.ssa Franca Saccucci	
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Antonio Giordano	
Igiene generale e applicata	Igiene generale e applicata	MED/42	2	Prof.ssa Emilia Prospero	
Infermieristica generale e teorie del nursing	Infermieristica generale	MED/45	2	Dott.ssa Floriana Brizi	
	Teorie del nursing e pianificazione assistenziale	MED/45	3	Dott.ssa Milena Nicolino	
	Infermieristica clinica di base	MED/45	3	Dott.ssa Paola Colasanti	
Inglese e Informatica	Inglese	L-LIN/12	3	in corso di nomina	
	Informatica	INF/01	2	Dott. Rosotti Alberto	
		TOTALE	26		





VITA DELLA FACOLTÀ

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. Giorgio Maniscalco
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott. Luigi Patregnani
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. Andrea Costantini
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. Luigi Maria Bianchini
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. Nazareno Balestra
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa Tiziana Benedetti
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott.ssa Francesca Barbarini
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. Gabriele Polonara
TOTALE SEM.			20	

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. Costantino Zingaretti
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Prof. Giovanni Di Benedetto
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott.ssa Nadia Di Giovanni
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa Beatrice Marchionni
TOTALE			9	

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Macerata

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Salvatore Amoroso | Tel. 071/2206176 s.amoroso@univpm.it
 Coordinatore AFPTC, in corso di nomina

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Scienze sociopsicologiche	Psicologia generale	M-PSI/01	2	in corso di nomina
	Sociologia generale	SPS/07	2	Dott. Cutini Alberto
Biologia e Biochimica	Biochimica	BIO/10	2	Dott. Giuseppe Orsomando
	Biologia	BIO/13	2	Dott.ssa Tatiana Armeni
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Manrico Morroni
Igiene generale e applicata	Igiene generale e applicata	MED/42	2	Dott. Marco Morbidoni
Infermieristica generale e teorie del nursing	Infermieristica generale	MED/45	2	Dott.ssa Simonetta Concettoni
	Teorie del nursing e pianificazione assistenziale	MED/45	3	Dott. Sandro Di Tuccio
	Infermieristica clinica di base	MED/45	3	Dott.ssa Simona Bacaloni
Inglese e Informatica	Inglese	L-LIN/12	3	in corso di nomina
	Informatica	INF/01	2	Prof. L. Ferrante *
TOTALE SEM.			26	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. Giancarlo Balercia
	Farmacologia	BIO/14	3	Prof. Salvatore Amoroso
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. Andrea Costantini
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott.ssa Simona Luzzi
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott.ssa Cristina Paci
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa Marisa Galassi
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott.ssa Annalisa Cardinali
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. Luca Salvolini
TOTALE			20	





3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. Federico Mocchegiani
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Prof. Giovanni Di Benedetto
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott. Enato Rocchi
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa Alessandra Cecapoli
		TOTALE SEM.	9	

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Fermo

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Mario Castellucci | Tel. 071/2206086 email_ m.castellucci@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott. Adoriano Santarelli | Tel. 0734/622482 - 0734/622482 | email: santado@alice.it adsanta@libero.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Scienze sociopsicologiche	Psicologia generale	M-PSI/01	2	Prof.ssa Paola Marangolo
	Sociologia generale	SPS/07	2	in corso di nomina
Biologia e Biochimica	Biochimica	BIO/10	2	Dott.ssa Gianna Ferretti
	Biologia	BIO/13	2	Dott.ssa Tatiana Armeni
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Mario Castellucci
Igiene generale e applicata	Igiene generale e applicata	MED/42	2	Dott.ssa Giovanna Faccenda
Infermieristica generale e teorie del nursing	Infermieristica generale	MED/45	2	Dot.ssa Laura Mariani
	Teorie del nursing e pianificazione assistenziale	MED/45	3	Dott.ssa Luisa Meriggi
	Infermieristica clinica di base	MED/45	3	Dott. Enrico Ceroni
Inglese e Informatica	Inglese	L-LIN/12	3	in corso di nomina
	Informatica	INF/01	2	Dott. Franca Alberto
		TOTALE SEM.	26	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. Nicola Blasi
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott. Stefano Bompadre
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. Michele Maria Luchetti
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. Mario Signorino
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. Terenzio Carboni
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa Katia Manocchi
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott. Antonio Longobardi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. Luca Salvolini
		TOTALE SEM.	20	

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. Francesco Bernetti Evangelista
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Dott. Alessandro Scalise
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott. Mirco Gregorini
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa Amelia Falleroni
		TOTALE	9	





VITA DELLA FACOLTÀ

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Ascoli Piceno

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Giovanni Principato | Tel. 071/2204641 principato@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Luciana Passaretti | Tel. 0736/345518 - 0736/6345526 luciana.passaretti@libero.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Scienze sociopsicologiche	Psicologia generale	M-PSI/01	2	in corso di nomina
	Sociologia generale	SPS/07	2	Dott.ssa Anna Giuseppina Mandolini
Biologia e Biochimica	Biochimica	BIO/10	2	Prof. Enrico Bertoli
	Biologia	BIO/13	2	Prof. Giovanni Principato
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. Giorgio Barbatelli
Igiene generale e applicata	Igiene generale e applicata	MED/42	2	Dott. Antonio Santone
Infermieristica generale e teorie del nursing	Infermieristica generale	MED/45	2	Dott.ssa Luciana Passaretti
	Teorie del nursing e pianificazione assistenziale	MED/45	3	Dott. Silvano Troiani
	Infermieristica clinica di base	MED/45	3	Dott.ssa Raffaella Paci
Inglese e Informatica	Inglese	L-LIN/12	3	in corso di nomina
	Informatica	INF/01	2	in corso di nomina
TOTALE			26	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. Giuseppe Fioravanti
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott. Stefano Bompadre
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. Carlo Rasetti
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. Roberto Gobatto
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. Adelmo Tancredi
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa Agnese Gionni
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott. Roberto Sabbatini
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. Carlo Marinucci
TOTALE			20	

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. Walter Siquini
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Dott. Alessandro Scalise
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chirurgia generale	MED/45	3	Dott.ssa Mirella Dallavalle
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa Mariella Amadio
TOTALE			9	



Piano di Studi del Corso di Laurea in Ostetricia

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Andrea L. Tranquilli | Tel. 071/5962171 email a.l.tranquilli@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Giuditta Ferrini | Tel. 071/2206254 Fax 071/2206254 email: g.ferrini@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Scienze sociopsicologiche	Storia della medicina	MED/02	2	Prof. Stefania Fortuna
	Discipline demoeitnoantropologiche	M-DEA/01	2	Dott.ssa Volante Laura
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Prof. Cesario Bellantuono
Biochimica e biologia	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa Laura Mazzanti
	Biologia applicata	BIO/13	2	Prof. Giovanni Principato
Morfologia ed istologia	Istologia	BIO/17	2	Prof. Roberto Di Primio
	Anatomia umana	BIO/16	2	Prof. Mario Castellucci
Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche (I)	Inf. spec. ost. Midwifery	MED/47	2	Dott.ssa Giuditta Ferrini
	Igiene generale ed applicata	MED/42	2	Prof. Marcello Mario D'Errico
	Infermieristica generale e clinica	MED/45	2	Dott.ssa Gaia Amicucci
Inglese e Informatica	Laboratorio Informatico	INF/01	2	Dott. Alessandro Ganzetti
	Inglese scientifico	L-LIN/12	3	Dott.ssa Paci Emanuela
TOTALE			25	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Farmacologia	Farmacologia	BIO/14	2	Dott.ssa Pasqualina Castaldo
Travaglio-parto	Ginecologia ostetrica	MED/40	2	Dott. Andrea Ciavattini
	Assistenza travaglio e parto	MED/47	5	Dott.ssa Benvenuta Iencenella
	Assistenza puerperio e allattamento	MED/47	3	Sig.ra Simonetti Silenzi
Metodologia clinica in ostetricia e ginecologia	Ginecologia e Ostetricia	MED/40	2	Prof. Andrea Luigi Tranquilli
	Endocrinologia	MED/13	2	Dott.ssa Emanuela Faloia
	Psichiatria	MED/25	2	Dott. Bernardo Nardi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. Enrico De Nigris
TOTALE			19	

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTI
Tecniche diagnostiche	Genetica medica	MED/03	2	Prof.ssa Franca Saccucci
Emergenze medico-chirurgiche	Anestesiologia	MED/41	2	Dott.ssa Erica Adrario
	Patologia ed emergenze ostetriche	MED/47	4	Dott.ssa Lorena Branchini
	Ginecologia e ostetricia	MED/40	2	Dott. Nelvio Cester
TOTALE			10	



VITA DELLA FACOLTÀ

Piano di Studi del Corso di Laurea per Tecnico di Laboratorio Biomedico

Presidente del Corso di Laurea: Prof.ssa Marina Scarpelli | Tel. 071 5964814 email: m.scarpelli@univpm.it
 Coordinatore AFPTC Dott. Giorgio Bettarelli | Tel. 071/5965656 - Fax 071/889985 email: g.bettarelli@ao-umbertoprime.marche.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Scienze propedeutiche	Fisica medica	FIS/07	3	Prof. Franco Rustichelli
	Statistica	MED/01	2	Dott.ssa Rosaria Gesuita
	Misure elettriche ed elettroniche	ING-INF/07	3	in corso di nomina
Biologia generale e Chimica biologica	Biochimica	BIO/10	3	Prof.ssa Monica Emanuelli
	Biologia applicata	BIO/13	2	Dott.ssa Tatiana Armeni
	Organizzazione di laboratorio e sicurezza	MED/46	2	Dott. Massimo Gambella
Anatomia e istologia	Anatomia umana	BIO/16	2	Dott.ssa Daniela Marzioni
	Istologia	BIO/17	2	Dott.ssa Monica Mattioli Belmonte
Lingua straniera	Lingua inglese	L-LIN/12	4	Dott. Mauro Barchiesi
TOTALE			23	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Patologia generale	Patologia generale	MED/04	4	Prof. Antonio Procopio
Economia aziendale in sanità e sistemi di elaborazione delle informazioni	Economia aziendale	SECS-P/07	3	in corso di nomina
	Sistemi di elaborazione delle informazioni	ING-INF/05	3	Dott. Ganzetti Alessandro
Microbiologia clinica	Virologia	MED/07	2	Dott.ssa Paola Pauri
	Batteriologia	MED/07	2	Dott.ssa Marina Mingoa
	Micologia medica	MED/07	2	Dott.ssa Emily Tili
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. Enrico De Nigris
TOTALE			17	

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Tecniche diagnostiche di patologia clinica e biochimica clinica	Metodologia biomediche	MED/46	2	Dott.ssa Carla Campolucci
	Medicina interna	MED/09	2	Prof.ssa Maria Giovanna Danieli
	Nefrologia	MED/14	2	Dott. Marco Moretti
Tecniche diagnostiche di microbiologia, virologia, micologia e parassitologia	Microbiologia applicata	MED/07	2	Prof.ssa Bruna Facinelli
	Metodologie e biotecnologie applicate alla parassitologia	MED/46	2	Prof. Andrea Giacometti
	Malattie infettive	MED/17	2	Prof. Andrea Giacometti
Tecniche diagnostiche di anatomia patologica	Tecniche di biologia molecolare applicata all'anatomia patologica	MED/46	2	Dott.ssa Daniela Stramazotti
	Metodologie molecolari in patologia clinica	MED/46	2	Dott.ssa Fabiola Olivieri
	Correlazioni anatomo patologiche	MED/08	2	Dott.ssa Gaia Goteri
	Urologia	MED/24	1	Dott. Daniele Minardi
	Malattie cutanee e veneree	MED/35	1	Dott.ssa Oriana Simonetti
TOTALE			20	





Piano di Studi del Corso di Laurea per Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Presidente del Corso di Laurea: Prof.ssa Lory Santarelli | Tel. 071 2206059 email: l.santarelli@univpm.it
 Coordinatore AFPTC Dott.ssa Catia Pieroni | Tel. 071 2206276 email: c.pieroni@univpm.it

1° anno - I semestre

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE 11/12
Scienze propedeutiche	Chimica generale organica e inorganica	CHIM/03	3	Prof. A. Amici
	Fisica applicata	FIS/07	3	Prof. F. Rustichelli
	Statistica medica	MED/01	2	Prof. L. Ferrante
Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari	Scienze tecniche mediche applicate - ruolo ed organizzazione delle tecniche della prevenzione	MED/50	3	Dott.ssa Cinzia Pieroni
	Scienze tecniche mediche applicate - Il sistema della prevenzione secondo i principi comunitari e nazionali. Le figure della prevenzione in azienda	MED/50	4	Dott. Andrea Aloisi
Inglese e informatica	Inglese scientifico	L-LIN/12	3	Dott.ssa Howell Sarah M.
	Informatica	INF/01	2	Dott. S. Bompadre
TOTALE SEM.			20	

2° anno - I semestre

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE 11/12
Scienze medico chirurgiche (32271)	Malattie apparato locomotore (32572)	MED/33	5	Dott. A. Gigante
	Audiologia (32700)	MED/32	4	Dott. M. Re
Diritto penale (32274)	Diritto processuale penale (32790)	IUS/16	4	Avv. Paolo Tartuferi
	Diritto penale (32320)	IUS/17	4	Prof. G. Zampini
Lingua straniera (32796)	Inglese scientifico	L-LIN/12	3	Dott. Barchiesi Mauro
TOTALE SEM.			20	

3° anno - I semestre

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE 11/12
Igiene sanitaria (32275)	Ingegneria sanitaria ambientale (32791)	ICAR/03	4	Prof. P. Battistoni (Fac. Ingegneria)
	Igiene generale applicata (32792)	MED/42	6	Dott.ssa P. Barbadoro
Medicina legale e del lavoro (32276)	Medicina del lavoro (32544A)	MED/44	6	Prof.ssa L. Santarelli
	Prevenzione e Protezione dei rischi: Modulo C (32994)	ING-IND/11	2	Dott.ssa C. Paciarotti
	Medicina legale (32581)	MED/43	3	Dott. M. Pesaresi
	Scienze Tecniche Mediche applicate (32388A)	MED/50	2	Dott.ssa Catia Pieroni
TOTALE SEM.			23	





VITA DELLA FACOLTÀ

Piano di Studi del Corso di Laurea per Tecnico di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Andrea Giovagnoni | Tel. 071 5964076 | email: a.giovagnoni@univpm.it
Coordinatore AFPTC: Dott. Giovanni Mazzoni | Tel. 071/2206180 - 339/5465019 - 071/2206180 | email: g.mazzoni@univpm.it

1° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Scienze fisiche ed informatiche	Fisica medica	FIS/07	2	Prof. Franco Rustichelli
	Informatica generale	INF/01	2	Dott. Stefano Bompadre
	Fisica applicata alle scienze radiologiche	FIS/07	2	Dott.ssa Alessandra Giuliani
Scienze anatomico-fisiologiche	Anatomia umana	BIO/16	4	Prof. Manrico Morroni
	Istologia	BIO/17	2	Dott.ssa Eleonora Salvolini
	Fisiologia	BIO/09	3	Prof.ssa Mara Fabri
Scienze biomediche e radiobiologiche	Biochimica	BIO/10	2	Prof. Adolfo Amici
	Biologia	BIO/13	2	Dott.ssa Tatiana Armeni
	Radioprotezione e radiobiologia	MED/36	2	Prof. Gian Marco Giuseppetti
Inglese	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	Dott. Mauro Barchiesi
TOTALE			25	

2° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Patologia	Patologia Generale	MED/04	3	Prof. Antonio Procopio
Tecniche e Apparecchiature di Diagnostica per Immagini I	Radiologia Convenzionale (II)	MED/36	2	Prof. Gian Marco Giuseppetti
	Neuroradiologia	MED/37	2	Prof. Ugo Salvolini
	Computed Radiography (CR)	MED/36	2	Dott. Calogero Ferrara
Tecniche e Apparecchiature di Diagnostica per Immagini II	Ultrasuoni	MED/36	2	Dott. Giulio Argalia
	Tomografia Computerizzata	MED/36	2	Dott. Luca Salvolini
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. Enrico De Nigris
TOTALE			14	

3° anno - 1° semestre

CORSI INTEGRATI	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTI
Tecniche e Apparecchiature di Diagnostica per Immagini III	Risonanza Magnetica	MED/36	3	Prof. Andrea Giovagnoni
	Controlli di Qualità	FIS/07	3	Dott.ssa Stefania Maggi
Tecniche e Apparecchiature di Medicina Nucleare II	Apparecchiature in Diagnostica MN II	MED/36	2	Dott. Giorgio Ascoli
	Tecniche di Terapia MN	MED/36	2	Dott.ssa Giuseppina Biscontini
Tecniche e Apparecchiature di Radioterapia I	Apparecchiature e tecniche in radioterapia	MED/36	2	Dott.ssa Giovanna Mantello
	Radioterapia applicata I	MED/36	2	Dott.ssa Letizia Fabbietti
TOTALE			14	



MONICA DE ANGELIS, GIOVANNI MAZZONI,
GIUDITTA FERRINI
Università Politecnica delle Marche

Conciliazione e mediazione

Parte II: La “media conciliazione”, un obbligo volto a diminuire il contenzioso anche in sanità

1. L’attuazione delle norme: la mediazione finalizzata alla conciliazione (la “media conciliazione”)

Con l’emanazione del d.lgs n. 28 del 2010 si dà attuazione alla delega conferita al Governo, l’art. 60 della legge n. 69/2009 relativa all’introduzione della mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Con tale provvedimento si stabilisce per la prima volta una disciplina generale sulla materia, apportando alcune importanti modifiche rispetto al contesto normativo precedente. La finalità ultima del decreto è quella di utilizzare la mediazione come strumento deflattivo del contenzioso giudiziario ordinario: ciò è evidente scorrendo l’elenco delle materie (art. 5, co.1) per le quali la mediazione costituisce condizione di procedibilità a partire dai dodici mesi successivi dall’entrata in vigore del provvedimento; si tratta di materie ad alto tasso di litigiosità e per le quali si registra un altissimo ricorso alla giustizia ordinaria: si va dal condominio e le successioni ereditarie, al risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli alla responsabilità medica. In tutte le altre materie la mediazione potrà essere avviata su base volontaria, sia prima che durante il processo: il decreto in parola prevede, infatti, che una delle parti, in qualsiasi momento possa depositare una domanda di mediazione presso un organismo accreditato per la risoluzione della controversia civile e commerciale. E’ altresì previsto che la mediazione possa essere sollecitata dal giudice. In pratica, quando il processo è stato già avviato, il giudice, valutati elementi come la natura della causa e il comportamento delle parti, può invitare i soggetti convenuti a ricorrere agli organismi di mediazione. Se le parti aderiscono all’invito del giudice il processo verrà rinviato per il tempo strettamente necessario.

Schematizzando le previsioni del decreto n. 28/2010, è possibile, quindi, distinguere due diverse modalità di mediazione finalizzata alla conciliazione: una prima definibile “facilitativa”, nel quale il mediatore aiuta le parti al raggiungimento di un accordo sul loro rapporto; ed una seconda di tipo “aggiudicativo”, che consiste nella proposta di conciliazione da parte

del mediatore qualora l’accordo non venga raggiunto spontaneamente.

Resta ovviamente salva la facoltà delle parti di decidere se accettare o meno la proposta e ciò perché, a prescindere dalle modalità con cui si raggiunge l’accordo, occorre tenere sempre in mente che il presupposto logico della conciliazione risulta essere la condivisione dei risultati, per il raggiungimento dei quali bisogna avere la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti (le parti, i consulenti delle parti e il mediatore).

Oltre a tracciare un quadro normativo generale della mediazione e del relativo procedimento e a porre la conciliazione quale condizione di procedibilità, il d.lgs. n. 28 del 2010 disciplina in modo originale anche gli organismi di mediazione e il ruolo svolto dagli ordini professionali: l’art. 16 infatti prevede che gli enti pubblici o privati che diano garanzia di efficienza e serietà, su istanza della parte interessata, possono costituire organismi deputati a gestire il procedimento di mediazione relativa ad una controversia civile e commerciale, vertente su diritti disponibili. In questo ambito un ruolo importante è giocato dagli ordini professionali che, avendo la possibilità di istituire organismi di conciliazione nelle materie riservate alla loro competenza (art. 19), provvederanno alla diffusione e alla concreta applicazione dello strumento della mediazione.

1.1 Una serie di considerazioni sull’attuazione della normativa

Tenendo conto di quanto precedentemente scritto, si può sostenere che lo sviluppo e l’attuazione della conciliazione in Italia è il frutto del fallimento della conciliazione giudiziale, della perdurante lentezza della giustizia civile ordinaria e della spinta alla diffusione di questo istituto proveniente sia dal livello internazionale che comunitario. Come visto, il codice di procedura civile italiano conosce da sempre l’istituto del tentativo di conciliazione che viene affidato al magistrato con la presenza diretta delle parti (conciliazione giudiziale). Tuttavia, laddove il tentativo è esperito, esso è vissuto come un intralcio, dal momento che la procedura giudiziale è ormai avviata e tendente a perseguire risultati di altro tipo, non certamente conciliativi. Peraltro, tale tentativo è guidato da un soggetto, il giudice, che non ha una specifica preparazione sulle tecniche conciliative: non si può negare del resto che è difficile far convivere nello stesso soggetto l’atteggiamento del conciliatore, il cui scopo precipuo è quello di favorire l’accordo tra le

parti, e lo stile del giudice che, in caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, sarà chiamato ad esprimersi giudizialmente sulla stessa controversia. L'idea che il conciliatore non appartenga al potere giudiziario trova anche in ciò le sue ragioni: il tentativo di accordo avviene al di fuori di un giudizio e la gestione della conciliazione è affidata ad un soggetto che *professionalmente* funge da mediatore.

Del resto vi era ormai da tempo la consapevolezza della scarsa idoneità dei tradizionali strumenti processuali a garantire una tutela effettiva per quelle posizioni giuridiche soggettive ritenute diritti essenziali di ogni cittadino in quanto consumatore o utente dei beni e servizi immessi sul mercato, ciononostante va notato che la diffusione delle pratiche conciliative si è avuta soprattutto nell'ambito civile e commerciale, con una decisa sproporzione rispetto alla sfera più tipicamente amministrativa: forse perché nel rapporto fra pubbliche amministrazioni e utenti risultano già sulla carta una serie di strumenti volti a filtrare i ricorsi giurisdizionali. L'utilizzo di tali strumenti, tuttavia, non ha prodotto e non produce gli effetti sperati (difensore civico, carta dei servizi, URP, etc.) e dunque si potrebbe presumere che presto l'istanza di un maggiore uso delle ADR investa con più forza le pubbliche amministrazioni, grazie anche all'applicazione del d.lgs. n. 28/2010.

2. La conciliazione nel settore sanitario

La conflittualità tra pazienti e operatori sanitari è un fenomeno in crescita al punto tale che si registra un consistente aumento delle richieste di risarcimento danni da presunta responsabilità professionale medica; si ricorre all'autorità giudiziaria, canalizzando tali controversie nei processi civili e penali e si generano pesanti conseguenze (come la c.d. medicina difensiva) che incidono sul rapporto fra classe medica e collettività.

Con l'entrata in vigore del d.lgs n. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, il legislatore italiano ha offerto una ulteriore modalità – complementare e alternativa a quella tradizionale – per affrontare l'assai complesso fenomeno della malasanità. Si introduce, come visto, la responsabilità medica tra le materie per le quali il ricorso alla *mediaconciliazione* è obbligatorio a pena di improcedibilità. In realtà l'obbligo sembra estendersi a qualsiasi altra causa che contempli un danno da responsabilità in ambito sanitario: in ogni caso, si apre un varco ad un differente modo di affrontare un certo

tipo di conflitto, ristabilendo probabilmente la centralità della relazione medico-paziente, una relazione assolutamente ignorata dall'approccio in sede di giudizio. Nell'ambito di quest'ultimo, infatti, proprio per le regole procedurali previste dai codici, è negata la possibilità di un confronto diretto fra i protagonisti; la struttura del procedimento impedisce che gli aspetti relazionali e i vissuti soggettivi delle parti siano affrontati e ricomposti. Nel giudizio, si seguono percorsi che si concludono con una sentenza la quale, pur ponendo fine alla controversia, lascia aperto e irrisolto il conflitto tra i protagonisti. Il ricorso alla *mediaconciliazione* potrebbe rivelarsi, sotto questo profilo, più adatto a fornire risposte adeguate e maggiormente corrispondenti ai bisogni delle parti, creando le condizioni affinché le parti stesse, ristabilita la comunicazione, possano assumere atteggiamenti collaborativi e non più contrapposti, che li portino a ridefinire i termini del conflitto, riportandolo ad un problema comune e reciproco da risolvere.

Le potenzialità di uno strumento conciliativo sono molteplici; la sua applicazione in ambito sanitario potrebbe declinarsi in vari modi e trovare impieghi nuovi in grado di dare risposte assai diverse rispetto allo strumento giurisdizionale. Tuttavia il percorso di conciliazione in ambito sanitario è tutto da inventare. Il modello che esiste in Italia, infatti, è quello utilizzato in campo commerciale: si tratta di un modello che può essere preso come base di riferimento, ma va in buona parte riscritto e adeguato alla complessità delle controversie del settore sanitario. Anche le sperimentazioni già avviate nel contesto nazionale si sono mosse finora con cautela e sono in attesa di conferme da parte dei soggetti che le hanno promosse.

La conciliazione in sanità dovrebbe, comunque, non solo ristabilire la centralità della relazione medico-paziente, ma dovrà riconoscere anche un ruolo di rilievo alle compagnie assicurative, la cui partecipazione è altrettanto centrale e determinante per la buona riuscita dell'intera procedura. Infatti, come è stato sottolineato a livello comunitario, l'esperienza acquisita gioca un ruolo fondamentale, per cui se nel settore commerciale l'esperienza della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (CCIAA) è basilare, così per costruire il percorso conciliativo migliore nel settore sanità bisognerebbe sfruttare le competenze professionali già esistenti in materia di sinistro medico-sanitario: non si può quindi prescindere dall'apporto dei manager assicurativi e dei dirigenti ospedalieri che da anni si



occupano di *risk management*, ad esempio. Il primo nodo da sciogliere, tuttavia, sembra essere la definizione e l'ambito di preparazione del mediatore: dovrebbe essere un bravo *psicologo*, esperto in comunicazione nonché in tecniche di negoziazione e, non da ultimo, capace giurista con doti di saggezza e autorevolezza. Merita sottolineare, infatti, che la conciliazione non si improvvisa, dovendo essere esercitata da figure professionali esperte sia dell'oggetto della lite che delle tecniche di mediazione e che proprio questa caratteristica costituisce il punto di forza della conciliazione ed è tra le principali ragioni del successo che l'istituto ha raccolto in altri Paesi. Si tratta di una sfida, i risultati della quale potranno essere visti con la sperimentazione e il tempo.

2.1 Alcune esperienze

Per costruire il modello di conciliazione specifico per il settore sanitario occorre dunque guardare *in primis* alle esperienze fatte e/o in corso. Fra quelle degne di menzione va ricordata l'attuazione della legge regionale Veneto del 31 luglio 2009, n.15 rubricata *Norme in materia di gestione stragiudiziale del contenzioso sanitario*¹. La disciplina reca disposizioni ispirate principalmente dalla crescita esponenziale delle controversie sanitarie in tema di *malpractice* e per arginare il fenomeno della c.d. *overcompensation*, cioè l'aumento dell'entità dei risarcimenti e del contenzioso. L'*overcompensation* produce una ulteriore preoccupante conseguenza riassumibile nella *overdeterrence* della classe medica e della struttura ospedaliera, nonché (come logico effetto) delle compagnie di assicurazione: in sostanza, il rischio di subire procedimenti giudiziari ed eventualmente condanne per il risarcimento dei danni provocati, indurrebbe i medici ad abbandonare le specialità più a rischio o a ricorrere ad esami diagnostici superflui prima di ogni intervento azionando il citato meccanismo della medicina difensiva. Ciò determinerebbe un aumento dei rischi a carico della salute del paziente, dei costi per la spesa sanitaria e dei premi assicurativi con l'uscita dal mercato, in qualche caso, delle compagnie di assicurazione o, addirittura, nel rifiuto di assicurare medici operanti nei settori maggiormente esposti al rischio di richieste di risarcimento danni.

La regione Veneto, al fine di prevenire le controversie giudiziarie connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie e quindi a ridurre l'ammontare dei risarcimenti, ha fissato regole volte proprio a porre rimedio all'aumento dei premi assicurativi e a contenere il fenomeno

della medicina difensiva: è stato messo a disposizione dei cittadini e delle aziende sanitarie pubbliche e di quelle private accreditate uno strumento tecnico-giuridico di facilitazione e di supporto delle trattative che i soggetti interessati possono liberamente intavolare al fine di individuare soluzioni condivise in relazione a pretese risarcitorie nascenti da attività sanitaria, consentendo agli utenti un più rapido soddisfacimento delle proprie richieste ed alle amministrazioni sanitarie una riduzione del peso finanziario ed amministrativo dovuto a lunghi e costosi contenziosi. Su questa legge è intervenuta anche la Corte Costituzionale (Sentenza 14 maggio 2010 n.178), stabilendo che le sue norme non violano le statuizioni del D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 e in particolare proprio l'art. 5 secondo cui l'esperimento del procedimento di mediazione si impone quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale con la previsione di uno specifico sistema sanzionatorio. La Corte ha affermato che le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, possono predisporre servizi come quello configurato dalla legge veneta prevedendo organi e procedimenti specificamente adatti alla natura delle attività coinvolte, nel rispetto del limite generale della non obbligatorietà delle procedure e della non vincolatività delle proposte conciliative. Si apre legittimamente quindi per le Regioni la possibilità di individuare percorsi innovativi all'interno delle regole dettate a livello nazionale.

Qualche anno fa, nel 2005, allo scopo di cercare soluzioni diverse volte a dare soddisfazione alle parti evitando le aule dei tribunali, l'Ordine dei medici di Roma aveva realizzato una procedura conciliativa: il progetto *Accordia*². Il Progetto si pone l'obiettivo di sperimentare un specifica procedura di conciliazione in molte controversie tra medico/odontoiatra e paziente, abbassando in questo modo il livello di conflittualità. Il meccanismo è semplice e si divide sostanzialmente in due fasi. Nella prima fase il paziente che lamenta un danno da responsabilità professionale si rivolge allo sportello *Accordia*, il quale accoglie la segnalazione e la trasmette entro 30 giorni alla Commissione Tecnica, organo indipendente composto da un magistrato (presidente), due avvocati, due medici legali e un esperto assicurativo. La Commissione svolge un primo esame della richiesta di rimborso, valutandone la fondatezza e l'ammissibilità ed esprime (sempre entro 30 giorni) un parere sulla possibilità di procedere alla definizione amichevole della controversia. Solo in caso di parere positivo si apre la seconda fase, ovvero la vera e propria



fase conciliativa, durante la quale vengono interpellati il sanitario e la sua eventuale compagnia assicurativa circa la loro disponibilità ad accettare la procedura conciliativa; in caso di disponibilità, le parti possono attivare la procedura di conciliazione davanti alla Camera di Conciliazione di Roma, istituita presso la Corte di Appello che decide sulla definizione della controversia³.

Uno degli aspetti più interessanti della sperimentazione è il costo della procedura. Non vi è, infatti, alcun costo, essendo quest'ultimo sostenuto dall'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri e dalle Compagnie Assicuratrici che aderiscono al progetto. Gli unici costi posti a carico del cittadino sono quelli relativi agli onorari del legale da cui eventualmente – e facoltativamente – decida di farsi assistere.

Sempre qualche anno fa, un'altra regione, l'Emilia-Romagna, ha lavorato ad un diverso progetto per la gestione del rischio e del contenzioso allargato alla sanità. Più esattamente il progetto che ha visto coinvolte alcune Aziende USL della Regione, in collaborazione con le assicurazioni, sembra indicare risultati incoraggianti rispetto al controllo sia della numerosità, sia del costo dei sinistri⁴. Il progetto si articola su tre aree: mediazione dei conflitti, conciliazione stragiudiziale, ruolo della medicina legale. Per quel che riguarda la mediazione dei conflitti si è tenuto conto del fatto che il principale strumento di costruzione e mantenimento della fiducia e quindi di contenimento del contenzioso sanitario è rappresentato da una comunicazione efficace con l'utente e dalla capacità di instaurare relazioni positive, o di recuperare quelle che si sono interrotte o sono degenerare in reciproche accuse.

A partire dal 2005 allora è stata realizzata una consistente attività formativa per dotare ciascuna Azienda sanitaria di mediatori del conflitto che, attraverso le tecniche di ascolto e mediazione apprese e sperimentate, possano creare spazi e tempi appositi per incontrare i cittadini e i professionisti (e – ove possibile - farli incontrare tra loro).

In riferimento alla conciliazione stragiudiziale, va sottolineato che da qualche anno diverse Aziende sanitarie della regione in oggetto hanno potenziato l'impegno nei settori legali, assicurativi e medico-legali, instaurando un rapporto più stretto con gli incaricati della gestione delle pratiche assicurative, ottenendo migliori risultati nel reperimento delle compagnie di assicurazione e migliorando sensibilmente la soluzione dei sinistri. Inoltre, per migliorare la gestione del contenzioso attraverso tecniche di conciliazione, si sta procedendo con la

realizzazione di linee guida attraverso: a) un progetto di addestramento/formazione per l'introduzione nelle Aziende della funzione di conciliazione; b) una valutazione dell'impatto delle nuove modalità di gestione del contenzioso sul contesto organizzativo aziendale, stipulando accordi specifici con le compagnie di assicurazioni per la gestione dei sinistri; c) la possibilità di trasferire i risultati del progetto a tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale.

3. Qualche riflessione conclusiva

Da quanto presentato, è evidente come nella fase di *preparazione* per l'attuazione definitiva del d.lgs n. 28 chi ha fatto già esperienze nel settore della mediazione si trova avvantaggiato e potrà gestire la nuova procedura con maggiore efficienza. È lecito domandarsi, tuttavia, se la mediazione finalizzata alla conciliazione sarà in grado di rispondere all'istanza di maggiore giustizia e rappresentare un valido investimento per contribuire a vincere la *malattia della lentezza* che invade il sistema italiano della giustizia. Una malattia quasi cronica per l'Italia che, come noto, si trova da tempo sotto osservazione del Consiglio d'Europa per la sua incapacità a garantire la durata ragionevole dei processi, come previsto dall'art. 6 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e dall'art. 111 della Costituzione. Nel *Doing Business 2010 Report* emerge chiaramente come la lentezza dei processi costituisca uno dei principali ostacoli allo sviluppo produttivo dell'Italia poiché genera incertezza negli scambi e allontana gli investitori stranieri: su 178 paesi analizzati, l'Italia risulta al 156 posto⁵. Non si deve dimenticare, tuttavia, che la crisi della giustizia affiorava già dalle pagine de *I difetti della giurisprudenza*, pubblicate da Ludovico Antonio Muratori nel 1742: le sue cause hanno radici antiche e pervicaci, legate all'affastellamento delle leggi, all'oscurità del loro dettato, alla molteplicità delle interpretazioni date dai giudici, alla litigiosità esorbitante alimentata spesso in modo futile⁶. Non si può essere troppo esigenti, dunque, nei confronti dello strumento della conciliazione che – quindi - non può essere la panacea del male che affligge il processo giurisdizionale.

L'efficacia che gli Alternative Dispute Resolution (ADR) hanno avuto in altri Paesi sul piano della risoluzione dei conflitti dimostra che il successo dell'opera mediatrice e conciliativa sarà tanto maggiore quanto più vi sia una convinzione generale nella bontà di questi strumenti, un coinvolgimento diretto e indiretto delle



istituzioni, la volontà concreta delle parti di contribuire alla soluzione della lite.

I detrattori della giustizia alternativa sostengono che l'ADR è in realtà un ostacolo alla giustizia stessa perché solo in pochi casi evita l'avvio del giudizio, l'unico in grado di garantire una soddisfazione legittima delle parti contrapposte⁷. Tuttavia, al di là di questa posizione, non si può non ammettere che la conciliazione può sciogliere la lite, decomponendo i suoi contorni conflittuali, avvicinando i confliggenti che, dunque, perdono la loro identità costruita antagonisticamente⁸. La via conciliativa, poi, è decisamente meno costosa della via giudiziale, la prima avendo peraltro una finalità di "prevenzione" rispetto ad una definitiva contrapposizione delle parti, la seconda una funzione "terapeutica" nei confronti di una "patologia" già insorta.

Sicuramente la conciliazione deve essere considerata come una delle risposte alle attuali esigenze di giustizia avanzate dalla collettività e l'incremento dell'attività conciliativa nei settori diversi è forse una dimostrazione di come gli utenti richiedano un nuovo modo di avere ragione dei loro interessi lesi. Poiché non tutte le conciliazioni sono uguali né tutte soddisfacenti (sono soddisfacenti quelle conciliazioni che riescono a trovare un buon punto di equilibrio tra le parti e una adeguata risposta in termini qualitativi, anche in riferimento a tempi e modi utilizzati per fornirla), sarà estremamente interessante fra qualche anno valutare gli effetti di questo nuovo modello anche nel settore sanitario, che ha incominciato ad applicare obbligatoriamente questo istituto a partire dal 20 marzo 2011⁹.

Bibliografia

- 1) G.U. 3° Serie Speciale - Regioni n. 4 del 23 gennaio 2010.
- 2) Progetto Accordia si rinviene in: <http://www.ordinemediciroma.it/OMWeb/Files/Documenti/accordia.htm#SchedaTecnica>.
- 3) Solo parte delle controversie possono essere conciliate con Accordia. E precisamente quelle: inerenti esclusivamente il rapporto medico-paziente, con espressa esclusione di strutture pubbliche o private eventualmente coinvolte; aventi natura civilistica, con esclusione di quelle di natura penale; aventi per oggetto un evento che si è verificato nella provincia di Roma ed ha coinvolto medici iscritti all'Ordine di Roma e che si è verificato entro il biennio precedente la data di presentazione della domanda di conciliazione; che riguardino medici che abbiano preventivamente aderito all'iniziativa; per le quali non vi sia stata alcuna precedente richiesta di risarcimento inoltrata tramite un legale né vi sia procedimento giudiziario in corso. Inoltre la richiesta di risarcimento per essere esaminata deve avere un valore inferiore ai 40.000 euro
- 4) A. De Palma, *Il progetto regionale per la gestione extragiudiziale del contenzioso* in http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/20041129_conv_rischio/link_rel/de_palma/de_palma_abs/depalma_abs.pdf.
- 5) Il Report si rinviene in <http://www.doingbusiness.org/economyrankings/>.
- 6) Guido Alpa, *Intervento per la inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte di Cassazione Anno 2006*, Roma,
- 7) Alcuni dei quali non mancano di mettere in dubbio la stessa costituzionalità dell'art. 60 e specificamente la previsione dell'obbligatorietà dell'istituto per alcune materie. Si veda l'art. cit in nota 17 parte I
- 8) Eligio Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*, in «Politica del diritto», 1999, 4, 564.
- 9) Si osservino attentamente le esperienze in corso dell'Ospedale S. Paolo di Milano e altre citate in *ILSole24ore Sanità* del 22-28 marzo 2011



MAURIZIO MERCURI

Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche

Filosofia per i professionisti della salute e della cura

Una riflessione sulle parole chiave

Il grande merito della filosofia è avere suggerito il senso e i contenuti di parole e di concetti che altrimenti rimarrebbero nascosti nel flusso caotico delle vicende umane. L'opera dei grandi pensatori del passato ci costringe a illuminare le nostre percezioni e a dare ordine alle nostre emozioni e ragionamenti mediante preposizioni universali, meditate e fatte proprie, dibattute, dimenticate e ritrovate, quali patrimonio del sapere umano. Essi scavano nelle profondità dell'animo e scovano mondi intellettualmente esplorabili. Suggestiscono istanze e domande, forniscono risposte culturali, inserite in sistemi di riferimento più ampi spesso in contrasto tra loro, in un tempo in cui il problema più grande è il rifiuto di investire energie della elaborazione di idee partecipate e la perdita di condivisi riferimenti valoriali, e soprattutto partecipano, come noi, alla umanità più alta, quella che tiene in primo piano il bene comune. La filosofia può contribuire ad acclarare quelle parole chiave, di cui proviamo qui a dire qualche cosa: di esse vivono i professionisti della salute e della cura e le persone assistite, malate, sofferenti. Esse sono "dolore", "compassione", "pudore", "casualità" e "pazienza", le prime di un lessico molto ampio, in cui potrebbero entrare anche "ragionamento" e "virtù" e chissà quante altre parole...

Dolore - Parlare del *dolore* è sempre imbarazzante¹. Già *Simmel* in punto di morte osservava quanto sia sorprendente che poco dolore umano sia entrato nella filosofia degli uomini. Eppure il dolore è contagioso. *Thomas Nagel* riassume il punto di vista oggettivistico della scienza: rimane in profondità del ricercatore la cosapevolezza spaesante fatta del ricordo dei dolori vissuti e dell'anticipazione di quelli possibili: la sofferenza appartiene al comune destino di ogni vivente². L'essere umano non può realizzare quella condizione di spettatore assoluto che Epicuro immaginava: prima o poi è destinato a soffrire³.

Ludwig Wittgenstein ha impiegato la sensazione individuale del dolore e la

sua espressività linguistica per confutare la credenza che esistano sensazioni incomunicabili. L'incomunicabilità e l'isolamento sembrano caratteristiche essenziali dell'esperienza dolore, eppure non esiste un accesso privato e privilegiato dell'io alle proprie sensazioni. Solo il suo utilizzo pubblico, diffuso nella comunità dei parlanti di appartenenza e assunto dal singolo con l'apprendimento del linguaggio è accessibile. Anche nella simulazione del dolore ci si deve rifare al linguaggio appreso. Il gioco linguistico del dolore, che abbraccia comportamento dolente e reazioni del mondo che lo circonda è espressione delle regole di volta in volta poste dalla comunità dei parlanti⁴. L'esperienza del dolore è un fatto intrinsecamente intersoggettivo. I giochi linguistici si apprendono nel contesto simbolico di una determinata cultura, che ci insegna a dire il dolore o a tacerlo, che è un modo di dirlo, ma solo il confronto con altre culture ci consente di cogliere ciò che effettivamente mostra il dolore. La fenomenologia del dolore ci insegna che l'uomo sofferente tende al silenzio, ma i silenzi possono essere eloquenti e da essi non ci si può distrarre o sì per indifferenza o insostenibilità. Il linguaggio presuppone l'incontro con l'altro, lo scambio dialogico, l'intenzionalità delle emozioni. Anche gli animali soffrono e provano dolore, ma nell'uomo si trasforma anche nella distanza del lutto, dell'angoscia, dell'insoddisfazione, nel senso di colpa, nel male esistenziale e anche nella malattia mentale. Si può provare a distinguere *douleur* come esperienza subita prevalentemente sul corpo e proveniente dall'esterno, dalla *souffrance* propriamente detta, quella forma di dolore di cui riesco a prendere possesso, giungendo a trasformarlo persino in occasione morale di senso⁵.

La sofferenza è individualizzante: "perché proprio a me?" Non posso sostituirmi al mio dolore, che risulta esperienza intraducibile poiché le parole diventano impertinenti. L'uomo dolente nella forma dell'*experimentum crucis* è solo, di una solitudine oggettiva, emarginato dagli altri, e di una solitudine soggettiva, poiché egli stesso si ritrae, anche dalla sua esperienza precedente, provando l'esperienza del limite e anticipando la morte come limite assoluto, privazione. L'uomo è l'animale più coraggioso e



Fig. 1 - Ernesto Treccani (1920-2009), Popolo di volti, olio su tela, 1975.

più abituato al dolore, non nega la sofferenza, la ricerca posto che abbia senso, purché si riconosca un perché alla sofferenza. Non la sofferenza è stata una maledizione per l'umanità, ma la sua absurdità⁶. Oggi nella civiltà occidentale la tecnica promuove la rimozione del dolore, creando una nuova ed inedita scena, che non è più quella della tradizione greca, riassumibile nella figura del tragico, limite e contrasto insanabile che mette l'uomo davanti alla duplice necessità della ineluttabilità della morte e della ebrezza della vita, né quella della tradizione giudaico-cristiana, che nella speranza annuncia il suo superamento. Il rimedio tecnico la mette semplicemente a tacere⁷. Nell'esperienza greca il dolore è innocente, non ha bisogno di essere giustificato o redenteo. È l'orizzonte dell'esperienza vitale immediata che mette alla prova. Se sopportato con coraggio e fermezza, senza cedere all'impulso caotico dionisiaco, diviene principio apollineo di sapere ed elemento che rafforza e struttura l'esistenza, come in *Eschilo*: "con il dolore s'impara" dell'*Agamemnone* (177) e "giova alla saggezza il dolore" delle *Eumenidi* (520-1). Il dolore tragico è *pena*, come esplicitato da *Kierkegaard* in *Enten-Eller*: "la pena contiene sempre in sé qualcosa di più sostanziale che non il dolore. Il dolore suppone sempre una riflessione sulla sofferenza, che la pena non conosce"⁸. Nella teologia ebraica del patto il dolore non è più espressione di immediatezza innocente, ma viene inserito in un sistema storico e cosmico di giustificazione e di redenzione incentrato sui concetti di colpa e punizione; in discontinuità la tradizione cristiana dove il Servo sofferente di Yahwh conduce al *Christus patiens*. Quindi il dolore diventa una forma di adesione alla sofferenza di Cristo ed una via per incontrare Dio⁹, vero *medicus*. Al centro del progetto moderno di assolutizzazione dell'uomo sta l'idea di *rimozione del dolore*. La tecnica scompone e parcellizza il nesso che le figure simboliche antiche avevano posto

tra vita e dolore. Il dolore si parcellizza, diviene questo o quel dolore, ma rimane nella prospettiva ultima della sofferenza prima della morte. I potenti mezzi della medicina contemporanea contribuiscono a creare la comunità di chi si avvicina alla morte pensandola, con un destino non sperimentato dalle generazioni precedenti, per le quali non ci voleva molto a morire. "Ci vuole tempo per morire; la morte allunga uno strano tempo che compromette il tempo che uno si prefigura, un tempo senza futuro, senza possibilità, in cui non c'è altro da fare che sopportare la presenza del tempo. Quello che incombe è assolutamente al di fuori della nostra portata"¹⁰. Il dolore nell'epoca contemporanea viene rimosso, ne rimane solo l'ombra nell'angoscia e nell'ansia, paure prive di oggetto. Eppure il dolore può diventare, come scrisse *Nietzsche* "l'estremo liberatore dello spirito". *Jaspers* riconosce al dolore l'effettività di una situazione-limite. L'esistenza diviene consapevole di se stessa attraverso il dolore, "lo sopporta per mantenere il proprio atteggiamento anche nel naufragio"¹¹. Di fronte alla forza anestetizzante messa in campo dalle scienze mediche cresce anche la sensibilità al dolore. Già *Junger* osservava che il dif-

fendersi del progresso, della sicurezza e del benessere, con la lotta al dolore a tutti i livelli sociali avesse prodotto un aumento della sensibilità nei confronti della sofferenza¹². Il dolore reclama la sua parte. La anestesia della cultura tecnico scientifica ha lasciato una sofferenza dilatata sotto forma di noia e di dolore a vivere, come non senso che travolge l'esistenza nella sua interezza. L'utilitarismo che confina il dolore nel sintomo e nella applicazione immediata della terapia condanna l'umanità alle figure dell'inutilità e dell'assurdo. I casi di sofferenza inutile tendono aumentare sotto forma di accanimento terapeutico o al prolungarsi di esistenze vegetative, dove a fatica si riconosce il confine tra macchina di supporto e una qualche spontaneità di vita.

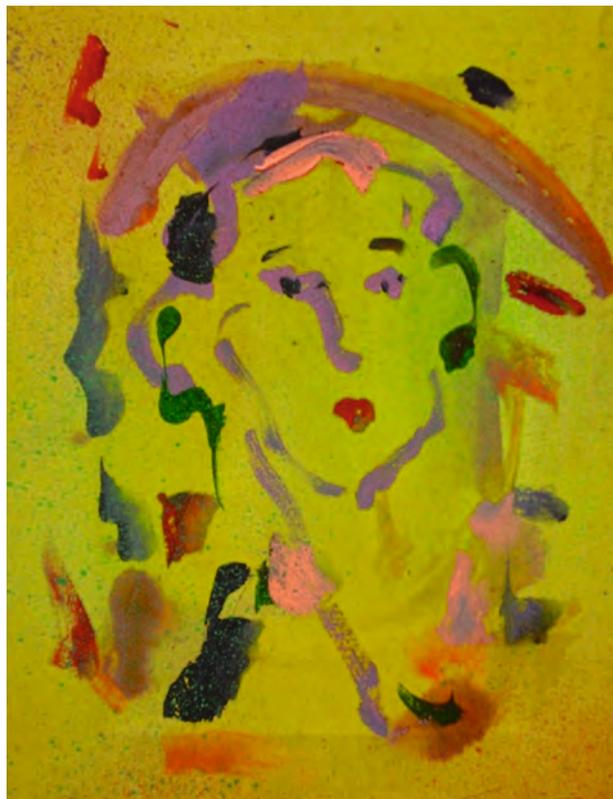


Fig. 2 - Ernesto Treccani (1920-2009), Volto, olio su tela, 1990.

Pareyson definiva la sofferenza inutile come quella che "per eccesso del dolore o per incapacità del paziente, non può diventare né via alla purificazione e alla redenzione, né mezzo di maturazione interiore"¹³. Il dolore può diventare una sorta di disincarnazione, una occasione di lucidità, di comprensione chiaroveggente¹⁴. Gadamer in un intervento presso la clinica di ortopedia di Heidelberg affermava. "nulla rende più sopportabile il dolore della sensazione di qualcosa che si va chiarendo, che viene alla mente. C'è un intero arsenale di questioni rimaste in sospeso che desideriamo che siano risolte. Il dolore costituisce in questo senso una grande opportunità, forse la maggiore delle opportunità, per venire finalmente a capo di ciò che ci è stato imposto. Se gli impediremo di sconfiggerci, il dolore ci permetterà di intuire la vera dimensione dell'esistenza"¹⁵. Il dolore è utile anche sotto forma di condivisione e di sacrificio non di qualcosa, ma per qualcosa¹⁶. L'orizzonte del pensiero cristiano permette all'ammalato di non sostare in un ruolo passivo, ma reattivo. Il dolore è un sacro "oggetto" che rimanda a tre imperativi: "Tu non arrecherai dolore", "Tu fuggirai il dolore", "Tu imparerai dal dolore"¹⁷, questi sono gli imperativi della specie uomo.

Compassione - La *compassione* già nella *Retorica* di *Aristotele* riguarda la sofferenza di persone estranee, ma simili a noi¹⁸. La maggior parte degli uomini vede e conosce innumerevoli creature che soffrono, ma non si sa decidere a offrire un sollievo perché questo significherebbe privazione, mentre l'animo compassionevole riduce al minimo la differenza con l'altro. Nell'uomo che ha fatto suo tutto il dolore dell'universo le sofferenze altrui commuovono, come se fossero proprie. Le differenze tra gli uomini che al malvagio appaiono smisurate non sono che illusorie e passeggere¹⁹. La compassione diventa la capacità di portare il fardello dolente del male nel corso dell'andirivieni del tempo vissuto²⁰.

Oggi, nell'era della patologia molecolare, la medicina s'è fatta eccellenza tecnica. La vita, la malattia e la morte costituiscono ora una trinità tecnica e concettuale. S'è vicini d'un velo a verità offuscanti, ma s'è perso l'uomo e lo sguardo religioso del personale medico, e con tristezza conviene ricordare le parole di John Aikin, chirurgo settecentesco, amico del dottor Percival, membro della Società Reale di Londra: "Proprio entrando negli asili in cui languono la miseria e la malattia riunite, egli (il personale medico) proverà emozioni dolorose, la commiserazione attiva, il cocente desiderio di portare il sollievo e la consolazione, l'intimo piacere che scaturisce dal buon esito e che lo spettacolo della felicità diffusa aumenta. Proprio qui imparerà ad essere

religioso, umano, compassionevole".²¹

Pudore - Nel mito di *Alceste*, *Admeto* fugge il dolore della morte trovando sostituti a se stesso: la moglie, il padre anziano che però si rifiuta di morire per lui. *Admeto* accetterà di morire scoprendosi nello specchio dell'altro per il lutto e la perdita di *Alceste*. "Avrei dovuto saper morire". *Admeto* scopre il *pudore*. C'è pudore quando non ci si riconosce nel modo in cui gli altri ci vedono o potrebbero vederci se ci trovassero in una certa situazione. Il pudore dissimula il dolore, ed è sempre un sentimento di difesa, una resistenza allo sguardo altrui, un ritorno su se stessi²². Rappresenta il conflitto fra il piano dei valori che ci distinguono spiritualmente e la pura volontà di vivere, caratteristica di ogni vivente. Nella malattia corrisponde alla "vergogna del male" del *Corpus Ippocraticum*. Eppure proprio nel male, nel dolore il corpo che custodisce il suo segreto trova forza nel pudore che diviene riserva di libertà, spazio per la resistenza al potere che il potere e la società ci impongono.

Casualità - La *casualità* dell'ammalarsi è espressa anche nelle parole: sintomo significa cadere (*piptein*) insieme. Il caso è ciò che ci fa cadere la terra sotto i piedi, ciò che accade a qualcuno, l'evento di cui parlava



Fig. 3 - Ernesto Treccani (1920-2009), Figura astratta, olio su tela, 1970.

Heidegger, l'*Ereignis*, il proprio (*eigen*). Il caso è la radicalità del nuovo, ma anche l'incoerenza caotica del vissuto, che è frammento, enigma, orrida casualità²³, il lancio dei dadi dei crociati davanti al castello di Al sar, da cui il verso dantesco di Purgatorio VI, 1.3 "Quando si perde il gioco della zara, / colui che perde riman dolente, / restando le volte e tristo impara". E' l'esperienza di una passività che sconvolge, perché lascia in balia del caso, che genera sempre vertigine e smarrimento. "Che senso ha tutto questo?" è il gemito all'irrompere del caso, che è un irrompere del caos. In quanto caos è enigma, ci mette alla prova, ci giudica. In quanto è personale è cruciale, mette in gioco la vita. La soluzione è provare a fornire senso al non senso, a ciò che si esprime per metafore, mettendo insieme cose impossibili²⁴. Il caso in questa accezione non corrisponde ad un evento di rischio misurabile con la strumentazione statistica, ma un evento prorompente che può riguardare chiunque, ma ciascuno per sé solo.

Pazienza - Il paziente è la personificazione della pazienza. Ma nella malattia non c'è nulla di più difficile che la capacità di attendere e di stare. "Si tratta del legame tra pazienza e corpo. La malattia tematizza il corpo, concentra l'attenzione dell'individuo su ciò che prima

rimaneva sullo sfondo, inespresso, quasi trasparente. Io sono il mio corpo, io sono nel mio corpo: nell'uomo la relazione con la corporeità è un rapporto tra sé e sé. Sentire, agire, parlare o pensare presuppongono il dato di questa situazione logicamente ambivalente - essere il corpo/essere nel corpo, ovvero sia essere un corpo (*Leibsein*)/avere un corpo (*Körperhaben*) - e, allo stesso tempo, antropologicamente originaria. Già *Eraclito*, in uno dei frammenti pervenutoci in versione latina, diceva: "come il ragno, stando in mezzo alla tela, immediatamente avverte quando una mosca spezza qualche suo filo, e così li accorre velocemente, quasi provasse dolore per la sua rottura (quasi de fili persectione dolens), così l'anima dell'uomo, ferita in qualche parte del corpo, vi accorre celermente, quasi non riuscisse a sopportare la lesione del corpo (quasi impatiens laesionis corporis), al quale è congiunta saldamente e secondo una ragione precisa" (fr. 67a)²⁵.

La malattia nel corpo si installa nel centro e impedisce qualsiasi progetto. Il corpo diventa il nemico intimo, più la malattia si avvicina più la sua intimità diviene paradossale. La frase "io ho dolore" attesta la pazienza dell'io, cioè la pretesa di dominio sulla propria sofferenza, vissuta come un'estranea da sopportare, che può cedere il passo quando l'interessa di sé è risucchiata nella sofferenza, negli spasmi di dolore o nella sofferenza psichica, lasciando spazio all'espressione testimone dell'estrema forma di pazienza "io sono dolore". La pazienza iscrive il tempo del corpo, che paradossalmente emerge con evidenza quando viene a mancare. E' un tempo dal quale la condizione umana può cogliere la coscienza esistenziale della propria finitezza. *George Simmel* definiva il nostro tempo come *l'età dell'impazienza*²⁶. La malattia con la sua improvvisa memoria del corpo, impone un nuovo ritmo. *Emmanuel Levinas* dedica qualche pagina alla pazienza scagliandosi contro la violenza contemporanea che non è solo barbarie, né solo egoismo, ma si propone come forma di salvezza e contro la vergogna degli intellettuali di contemplare perché le essenze eterne sprigionano noia. "Il mondo moderno ha dimenticato la virtù della pazienza. L'azione rapida ed efficace, dove si impegna tutto in una sola volta, ha offuscato l'oscuro splendore della capacità di attendere e patire"²⁷. Ma questa illusione di immediatezza altro non è che dipendenza dai voleri sotterranei della società²⁸. Pazienza è *krateria*, forza ed *hypomoné*, persistenza e sostanza, quel mantenere la posizione in modo coraggioso. E' virtù. Nel *Lachete* platonico la pazienza si identifica col coraggio (*Lachete* 190e 4-6)²⁹. In *Aristotele* il termine si arricchisce di significati, tra cui risaltano la continenza, la mansuetudine, la



Fig. 4 - Ernesto Treccani (1920-2009), Due volti, olio su tela, 2007.

magnanimità. "Se dunque la situazione è tale anche nel caso del coraggio, la morte e le ferite saranno dolorose per l'uomo coraggioso, che le subirà contro voglia, ma le affronterà perché è bello affrontarle, ovvero perché è brutto non farlo"³⁰. L'epicureismo trovava nella riduzione della sofferenza a pura dimensione corporea, spogliandolo della dimensione immaginativa e proiettiva, una via anestetica della pazienza nell'*ataraxia* e nell'*apatheia*. Contro questa tipologia di pazienza si scagliano i Padri della Chiesa: *Tertulliano* ed *Agostino* (*De patientia*). La pazienza è indissolubilmente legata alle tre virtù teologali. La temporalità del patire è necessaria per giungere al compimento. La pazienza è la virtù di chi non si dà mai per vinto. Se la pazienza non è l'antidoto al dolore è almeno il suo governo. Scrive *Montaigne*: "concedo volentieri che il dolore sia il peggiore accidente della nostra esistenza; di fatto io sono un uomo che lo odia quanti altri mai, e quant'altri mai lo fugge, per non aver avuto finora, grazie a Dio, grandi rapporti con esso. Ma sta in noi, se non annullarlo, per lo meno diminuirlo, con la pazienza e, quant'anche il corpo ne fosse scosso, mantenere tuttavia l'anima e la ragione ben salde"³¹. Accanto all'*hypomoné-patientia*, la pazienza tipica dell'uomo, la tradizione cristiana affianca la *makrothymia* o *longanimitas*, la lentezza all'ira, virtù divina. La *longanimitas* di Dio si rispecchia nella *patientia* umana, che, come afferma *Tommaso d'Aquino* commentando il versetto "la carità è paziente" (I Cor 13,4): "Bisogna, però, che quel bene per cui accetta di patire un male sia più voluto e più amato del bene la cui privazione causa il dolore che si sopporta con pazienza. Ora preferire il bene della grazia a tutti i beni naturali, la cui perdita può causare dolore, è proprio della carità, che ama Dio sopra ogni cosa. Quindi è chiaro che la pazienza, in quanto virtù, è causata dalla carità"³².

Vale per noi professionisti sanitari quello che *Kafka* scrisse al padre: "c'è solo un peccato capitale: l'impazienza. E' impaziente chi non aspetta che il ragionamento che l'altro sta provando ad articolare si chiuda e frettolosamente completa per lui il pensiero che forse stava esprimendo. E' impaziente chi di fronte ad un'immagine ricca di dettagli e colori si limita a un'impressione veloce, per passare ad un'immagine successiva. E' impaziente colui che non si ferma ad aspettare chi ha un passo più lento del suo. E' impaziente chi non ha il tempo per osservare il gesto sfrontato o umile del mendicante che intralcia il suo cammino protendendo una mano verso di lui. E' impaziente chi corre a leggere la fine di un articolo, perché intanto ha già compreso dove vuole arrivare. E' impaziente chi è semplicemente disattento".

Bibliografia

- 1) Corrado R, Tagliapietra A, *Il senso del dolore. Testimonianza ed argomenti*, San Raffaele, Milano 2011, p. 18
- 2) Nagel T, *The view from nowhere*, Oxford University Press, Oxford-New York 1986
- 3) Blumenberg H. *Il naufragio con spettatore. Paradigma di una metafora dell'esistenza*, tr. it. F. Rigotti, B. Argenton, il Mulino, Bologna, 1985.
- 4) Wittgenstein L, *Ricerche filosofiche*, tr. it. R. Piovesan, Einaudi 1995, I, 244, 303.
- 5) Lavelle L, *Le mal e la souffrance*, Plon, Pasis 1940
- 6) Nietzsche F, *Genealogia della morale. Uno scritto polemico*, tr. it. Masini, Adelphi, Milano 1977, III § 28, p. 170.
- 7) Natoli S, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Feltrinelli Milano 2006, pp. 48-185; 357.
- 8) Kierkegaard S, *Enten-Eller. Un frammento di vita*, tr. it. di A. Cortese, Adelphi, Milano 1976-89, pp. 17-50: 29-30.
- 9) Natoli S, *L'esperienza del dolore*, cit. p. 351.
- 10) Lingis A, *The Community of Those Who Have Nothing in Common*, Indiana University Press, Bloomington 1994, pp. 173-4.
- 11) Jaspers K, *Filosofia*, tr. it. U. Galimberti, Utet, Torino 1978, pp. 706-9.
- 12) Junger E, *Sul dolore* in Id, *Foglie e pietre*, tr. it. F. Cuniberto, Adelphi, Milano 1997, pp. 139-185.
- 13) Pareyson L, *Dostoevskij*, Einaudi, Torino 1993, p. 172.
- 14) Nietzsche F, *Aurora. Pensieri sui pregiudizi morali*, tr. it. F. Masini, Adelphi, Milano 1977, pp. 83-5.
- 15) Gadamer H G, *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, Apeiron, Roma 2001, pp. 27.28.
- 16) Scheler M, *il senso della sofferenza*, in Id, *Il dolore, la morte, l'immortalità*, tr. it. di A. Rizzi, Elledici, Torino, 1983
- 17) Maurensig P, *La variante di Lünemburg*, Adelphi, Milano 2003, p. 100-101.
- 18) Aristotele, *Retorica*, tr. it. A. Plebe Laterza, Roma-Bari 1991, II, 1385b 13-18.
- 19) Schopenhauer A, *Il mondo come volontà e rappresentazione*, tr. it. G. Riconda, Mursia, Milano 1982, IV, § 66.
- 20) Corrado, Tagliapietra, *Il senso del dolore*, cit., p. 31.
- 21) Aikin J, *Observations sur les hôpitaux*, tr. fr. M. Verlac, Briand, London-Paris 1777, p. 103.
- 22) Scheler M, *Pudore e sentimento del pudore*, tr. it. A. Lambertino, Alfredo Guida Editore, Napoli 1979, pp. 35-7; 19-20.
- 23) Nietzsche F, *Così parlò Zarathustra*, tr. it. M. Montinari, Adelphi, Milano 1976, vol 1, p. 170.
- 24) Aristotele, *Poetica*, tr. it. M. Valgimigli, Laterza, Roma-Bari 1991, 22, 1458a, 26-28, p. 247.
- 25) Corrado, Tagliapietra, *Il senso del dolore*, cit., pp. 98-99.
- 26) Simmel G, *La moda*, tr. it. L. Perucchi, SE, Milano, 1996, p. 28.
- 27) Lévinas E, *Difficile libertà. Essais sur le judaïsme*, Albin Michel, Paris 1976, pp. 218-9.
- 28) Adorno TW, *Minima Moralia. Meditazioni sulla vita offesa*, tr. it. R. Solmi, Einaudi, Torino 1979, pp. 202-203.
- 29) Platone, *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, tr. it. di MT Liminta, Rusconi, Milano 1991, p. 727.
- 30) Aristotele, *Etica nicomachea*, tr. it. A. Plebe, Laterza, Roma-Bari 1988³, III, 9, 1117b 7-9, p. 71.
- 31) De Montaigne M, *Saggi*, tr. it. F. Garavini, Adelphi, Milano 1992, vol. 1, p. 69.
- 32) D'Aquino T, *Summa Theologiae* II, IIae, q. 136, a. 3.

GIANCARLO GALEAZZI
Istituto Teologico Marchigiano
Ancona

Per una filosofia della sanità tra cura e umanità

1. Medicina e metamedicina

1.1. Modelli di medicina

Muoviamo da una puntualizzazione storiografica, operata da Edward Shorter, il quale distingue tra medicina tradizionale, medicina moderna e medicina contemporanea: una distinzione che ha una valenza *storica* ma anche *teoretica*, e fa comprendere la novità dell'impianto attuale. Infatti, la *medicina tradizionale* è contrassegnata *a parte medici* dal cosiddetto "occhio clinico", dal "toccar con mano", per cui si è parlato di assoluta *approssimazione diagnostica*. Invece la *medicina moderna* (che si può collocare tra il 1890 e il 1950) è caratterizzata, sempre *a parte medici*, dalla capacità di stabilire *diagnosi esatte*, per cui si parla di vera e propria rivoluzione diagnostica, anche se gli strumenti terapeutici non sono molto più validi di quelli della tradizione. In entrambi i modelli (premoderno e moderno), se riguardati *a parte patientis*, ci si trova di fronte al malato che ha fiducia nel medico (tradizionale o moderno) e a lui si affida. La *medicina postmoderna* è connotata da una ulteriore rivoluzione: infatti si dispone di mezzi sia per una diagnosi razionale sia per una terapia razionale, e si afferma un'ottica della patologia che porta a trascurare la globalità del malato e della sua cura, per privilegiare un processo di settorializzazione del malato che fa propendere verso un *disimpegno* del medico nei confronti del malato: più che sulla persona in quanto tale, l'attenzione si concentra su specifici aspetti patologici. Si badi: di questo fatto non è responsabile solo il *medico* ma anche il *paziente*: infatti l'uno e l'altro si collocano in un orizzonte culturale contraddistinto da una preoccupazione per la salute che ha del...patologico, nel senso che viene intesa come valore assoluto.

È, questa, la *situazione attuale*, per cui si potrebbe dire che, passati da un concetto di salute come "dono" a un concetto di salute come "diritto", si è finito con il concepire questo come un assoluto. Al riguardo è stato osservato che *nel postmoderno* la ricerca della sicurezza non è che sia maggiore del passato; piuttosto ha una connotazione nuova, data dalla forma sanitaria, che ha assunto, e che si traduce in quella che è stata definita "*l'ossessiva preoccupazione per la salute*" (François Laplantine).

* Docente di Filosofia morale all'Istituto teologico marchigiano aggregato alla Facoltà di Teologia della Pontificia Università Lateranense, Docente nel Dottorato di ricerca della nostra Facoltà.

Conseguenze di questa interpretazione sanitaria della sicurezza sono la *crescente medicalizzazione* della vita e una *nuova morale* su base medica, per cui si assiste a due tendenze, che risultano del tutto coerenti (Corrado Viafora): per un verso, la medicina tende a connotarsi come "una nuova e totalizzante organizzazione normativa" e, per altro verso, il medico postmoderno tende "a ritrarsi dal coinvolgimento personale in rapporto al malato".

1.2. Rapporti tra medicina e filosofia

In presenza di questa situazione si avverte in misura crescente l'esigenza di una riflessione che accompagni la medicina, una riflessione filosofica che, però, sia in grado di rinnovare quel *rapporto tra medicina e filosofia* che si è diversamente configurato nel tempo, e che, schematizzando, possiamo caratterizzare come *medicina filosofica* prima e *filosofia della medicina* poi, mentre oggi mi sembra giunto il momento di elaborare una *filosofia della sanità*, che, tenendo conto di quanto di valido c'è nelle due precedenti impostazioni, sappia aprirsi al nuovo in direzione di un *umanesimo sanitario*. Chiariamo schematicamente queste tre impostazioni.

Per *medicina filosofica* si intende quell'insieme di considerazioni a carattere filosofico riguardanti il sapere medico, la natura umana e le influenze ambientali che si trovano in alcuni testi medici dall'antichità in avanti e che appaiono debitori al pensiero filosofico. Per *filosofia della medicina* s'intende la riflessione che filosofi e medici hanno svolto nei confronti del sapere medico a partire dalla sua svolta sperimentale e che si è articolata in diversi modelli (*biologico, antropologico-culturale e biopsico-sociale*). Infine, di *filosofia della sanità* si potrebbe parlare nel senso che, ferme restando le acquisizioni dei precedenti modelli, l'attuale situazione richiede un ulteriore sviluppo filosofico in direzione di una riflessione sul sistema sanitario che tenga conto della molteplicità degli aspetti a livello di persone e di strutture coinvolte da prendere in considerazione secondo logiche non sommativistiche bensì sistemiche.

Ciò richiede la consapevolezza della *complessità del sistema sanitario*, a partire dal riconoscimento della *complessità della medicina*. Infatti, nella medicina si possono individuare (per adattare al nostro caso una metafora cara a Platone e Agostino) *tre navigazioni*: con la prima l'imbarcazione della medicina procede *a vele spiegate*, grazie cioè all'esperienza: è la *medicina come arte*; con la seconda navigazione l'imbarcazione della medicina procede con la forza dei *remi*, grazie cioè all'uso di metodi e strumenti: è la *medicina come scienza*; con la terza navigazione, infine, l'imbarcazione della medicina procede con la potenza del *motore*, grazie cioè al progresso

tecnico: è la *medicina come tecnologia*. Ebbene, non si tratta di passare dall'una all'altra navigazione in termini *sostitutivi*, bensì di procedere in maniera *integrativa*, utilizzando secondo opportunità ora le vele, ora i remi, ora il motore. Fuor di metafora, si tratta di coltivare la *medicina come arte, come scienza e come tecnologia*, cioè di evitare ogni riduttivismo, per realizzare una *medicina integrata*.

Non solo: è da dire che (per proseguire nella metafora marinaresca) la navigazione si effettua tenendo conto anche dei naviganti: cioè dell'equipaggio e, soprattutto, dei viaggiatori, per i quali la navigazione si effettua: è tenendo presenti le competenze degli uni e le esigenze degli altri che il viaggio risponderà alle attese degli uni e degli altri. Fuor di metafora, ciò comporta il non chiudersi in una mentalità naturalistica o riduzionistica o scientificistica, ma l'aprirsi ad una mentalità conflittuale, decisionale.

2. La complessità della sanità, oggi

2.1. Requisiti per una sanità umanistica

In questo contesto l'impegno di una *medicina integrata* è quello di coniugare la *tecnicità della medicina e la filosoficità della medicina*: insomma "scienza e coscienza", come si usava dire, ovvero "cura e umanità", come si può tradurre oggi, per dire rigore epistemologico e responsabilità morale nel rispetto antropologico: sono, questi, tre requisiti cui attenersi per realizzare una sanità umanistica. Vediamoli più da vicino.

Dal punto di vista della *epistemologia medica* (o sanitaria), va rivendicato il *rigore scientifico* in risposta all'attuale *crisi*, la quale può essere intesa in due modi: secondo la scientificità tradizionale si tratta di crisi "della" medicina, mentre seconda la nuova scientificità si tratta di crisi "nella" medicina. Per *crisi della medicina* s'intende una crisi relativa a specifici aspetti o settori della medicina, mentre per *crisi nella medicina* s'intende la crisi del sistema, cioè dell'impianto, dell'apparato della medicina con riferimento allo *statuto* (possibilità e limiti) al *canone* (criteri) e ai *procedimenti* (regole) della medicina. In altri termini, si può dire che, in questa seconda ottica, ciò che viene messo in discussione è la nozione positivista di evidenza e di verità, per cui dalla "medicina basata su prove", che fornirebbero evidenze, si passa alla "medicina delle scelte" in un contesto di rischio e di incertezza; ciò significa passare da una impostazione fondata su affermazioni apodittiche, caratterizzate da evidenza, proprio perché basate sui fatti, sulla statistica, ad una impostazione in cui si tratta di decidere caso per caso nella consapevolezza della ineliminabilità di un

criterio fatto dall'osservatore. Tuttavia, il problema non è optare per una medicina basata su prove, e quindi sulle evidenze, oppure per una medicina chiamata alle scelte, e quindi soggetta al rischio e all'insicurezza; si tratta piuttosto di orientarsi verso una *medicina integrata*, che realizzi un'idea di *rigore epistemologico* in grado di coniugare insieme i due paradigmi, che, se assolutizzati, portano rispettivamente alla *medicina tecnocratica* o alla *medicina anarchica*.

Dal punto di vista della professione medica (o sanitaria) è centrale la categoria di responsabilità morale, che va vista in relazione alle persone e alle strutture. La responsabilità nei confronti del malato comporta sia la responsabilità specifica per la singola malattia, sia la responsabilità complessiva per i bisogni dell'individuo che comportano conseguenze sul piano terapeutico e su quello umanitario. Non solo: in presenza delle crescenti strutture sanitarie, è chiaro che il problema dell'etica medica si sta dilatando: infatti va oltre il rapporto interpersonale che il medico ha con il paziente, dal momento che il sistema sanitario pone con crescente urgenza e pressione tutta una serie di responsabilità legate a questioni gestionali, ma che hanno una sicura valenza etica: pensiamo, per esempio, al rapporto tra *etica e allocazione delle risorse in sanità*, al rapporto tra *etica e giustizia in sanità*, alla *gestione di qualità in sanità* e ai *dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie* (per utilizzare i titoli di alcuni recenti volumi collettanei).

Dal punto di vista della antropologia medica (o sanitaria) è richiesto il rispetto della persona, in nome della dignità della persona, che è tale in qualsiasi stato della sua esistenza, anzi nei momenti di maggiore fragilità essa reclama di essere meglio tutelata. Occorre precisare che la rivendicazione della dignità della persona può rischiare di essere una mera dichiarazione di principio, se non è calata nella concretezza individuale e relazionale della persona, la quale infatti è caratterizzata dalla *diversità* e dalla *dialogicità*. Occorre aver chiaro che le differenze individuali e relazionali non si aggiungono estrinsecamente alla persona, ma la costituiscono, e la dignità non può essere disgiunta dalla differenti individualità: per questo tali differenze non debbono trasformarsi in disuguaglianze; queste sono incompatibili con l'uguale dignità delle persone, mentre quelle specificano la dignità senza comprometterla. Altrettanto deve dirsi per le "asimmetrie" di ruoli, che sono legittimi se non mettono a repentaglio la "pariteticità" delle persone. Purtroppo, a volte, e il rapporto medico-malato non ne è indenne: accade che la diversità di ruoli produca non solo una funzionale asimmetria, ma una vera e propria disuguaglianza a livello di persone, con evidente declassamento



per il malato, che si trova in una situazione di maggiore precarietà.

Dunque, un sistema sanitario delle "tre R" (rigore, rispetto e responsabilità) ha bisogno di fare riferimento ad una *antropologia della integralità*, e questa è da intendere in un duplice senso. In primo luogo, è integrale perché guarda all'uomo nell'unità del suo essere persona, superando quindi monismi e dualismi di ieri e di oggi. In secondo luogo, è integrativa perché riesce a mettere insieme antiche e nuove acquisizioni, facendo giustizia di ogni ricorrente riduttivismo.

2.2. La struttura ospedaliera

La rivendicazione del *rispetto* della persona nel perseguimento del *rigore* scientifico e nell'esercizio della *responsabilità* morale è una triplice esigenza indispensabile per un *umanesimo della sanità*, e quindi da tenere presente nella medicina in generale e in quella ospedaliera in particolare, dove -occorre sottolineare- i tre aspetti vanno considerati non solo tra loro connessi, ma vanno anche connessi con l'impianto stesso del sistema sanitario e dei sottosistemi sanitari.

Ne consegue la necessità di una *cultura della complessità sanitaria*, una cultura che la filosofia può contribuire a diffondere, sottolineando, com'è suo costume, non solo l'esigenza di trovare "le *risposte* del sistema sanitario alla complessità", ma, anzitutto e soprattutto, di suscitare delle *domande* sulla complessità del sistema sanitario, nella consapevolezza, richiamata da La Torre, di "una nuova missione della sanità", per cui si devono, in modo inedito, coniugare insieme il "curare" (*to cure*) e il "prendersi cura" (*to care*).

A questo programma deve ispirarsi anche l'ospedale se vuole effettivamente essere -per dirla con Giorgio La Pira- uno degli elementi essenziali della città, e trasformarsi -come ha auspicato il cardinale Dionigi Tettamanzi- "da luogo di dolore in luogo di speranza, dove l'attenzione e il servizio alla persona che soffre siano qualcosa di più di una somministrazione di terapie o di modernissimi sistemi diagnostici". Invece, "oggi troppo spesso i cittadini sentono l'ospedale come luogo dove la loro dignità personale viene offuscata o persino annullata, dove la persona è ridotta a numero, a letto, a caso, dove, in quel momento di particolare fragilità che per tutti è la malattia, nessuno si sente protetto e aiutato, anche se viene curato con le più sofisticate terapie".

Si potrebbe applicare alla sanità l'osservazione che Henri Bergson faceva a proposito della società contemporanea: di fronte alla crescita del corpo delle tecnologie sanitarie, l'anima è rimasta piccola: c'è pertanto bisogno di un "supplemento d'anima". Che è, peraltro, quanto

auspicato dal cardinale Carlo Maria Martini nel testo *della lectio magistralis per il conferimento della laurea honoris causa* in medicina e chirurgia all'Università "Vita e Salute" dell'Ospedale "San Raffaele" di Milano: in quella occasione è stato posto in evidenza il divario esistente fra la capacità di "diagnosi precise" e di "medicine efficaci" e l'incapacità di "guardare al benessere complessivo della persona". Da qui l'imperativo a "prendersi cura del malato nella sua totalità, nelle sue debolezze, nel suo bisogno di essere compreso, sostenuto, aiutato e amato".

A queste richieste, avanzate dalle due note personalità del mondo ecclesiale, si possono affiancare analoghe richieste da parte di non meno noti esponenti del mondo sanitario. Valga per tutti Umberto Veronesi, il quale ha operato tutta una serie di puntualizzazioni di carattere insieme tecnico ed etico, a riprova che l'esigenza di un *umanesimo della medicina* è largamente condivisa, al di là delle diverse competenze e dei diversi orientamenti. Secondo Veronesi, per prima cosa l'ospedale "dovrebbe girare attorno al paziente", dove già il verbo "girare" richiama il senso di una rivoluzione: non gli operatori (medici, infermieri, tecnici, ricercatori), non l'azienda (strumenti e strategie), bensì il paziente è l'asse attorno a cui deve ruotare il sistema ospedaliero, tutta la struttura ospedaliera: nell'ospedale il malato deve vedere "riconosciuta la sua identità umana. Le esigenze e i bisogni del paziente vanno compresi parlandogli e ascoltando con attenzione i suoi familiari". In una sanità *personocentrica* e non *profittocentrica*, va perseguita tanto la gestione come impresa, quanto la cosiddetta umanizzazione degli ospedali e dei servizi preposti alla salute del cittadino: obiettivi che non si possono raggiungere senza "una cultura nuova, di valorizzazione professionale di medici, biologi, tecnici e infermieri" che dovrà avere come punto di riferimento la persona nel suo complesso e non solo la preparazione scientifica e tecnica. Ho voluto fare riferimento alla posizione di Veronesi, in quanto ci sembra che, in linguaggio piano ed essenziale, abbia saputo indicare i requisiti che devono contraddistinguere l'ospedale, e comunicare mediaticamente il bisogno del rinnovamento sanitario ("l'ospedale è l'immagine della sanità"), che consiste nel passare "dalla medicina della malattia alla medicina della salute".

3. Le relazioni nel sistema sanitario

3.1. Il rapporto del malato con le strutture sanitarie

Per quanto riguarda le relazioni che il malato intrattiene con le strutture sanitarie, è da dire che diverse sono le modalità di intendere il rapporto. Si possono, schematizzando, ricondurle a tre. Il primo modello è quello dell'as-



sistenzialismo, che è caratterizzato da una conduzione per così dire, artigianale, dove aleggia uno spirito in un certo senso familistico, che è certamente preoccupato di misurarsi con le persone, ma in termini volontaristici, nel senso che è soprattutto l'iniziativa dei singoli operatori a contare, e molto dipende dalla personalità di chi dirige, cura o assiste. Il secondo modello è quello dell'aziendalismo, che è caratterizzato da economicismo ed efficientismo; la razionalizzazione che vi viene operata rischia di far passare in secondo piano la persona del malato, in quanto, al di là delle dichiarazioni di principio sulla sua dignità, le scelte sono dettate da ragioni relative alla sistematicità organizzativa, al funzionamento ottimizzato, ai risultati conseguiti. E' evidente che, queste richieste hanno la loro parte di verità, il loro difetto sta nel fatto che finiscono per essere il metro per misurare ogni altra richiesta ed esigenza, a partire da quelle legate proprio all'essere persona del malato. Il terzo modello è quello del partecipazionismo ed è caratterizzato dalla esigenza di coniugare insieme cura e umanità, non privilegiando l'umanità come nel primo modello né privilegiando la cura come nel secondo modello. La razionalizzazione in questo terzo modello c'è, e si traduce nel perseguimento dell'efficacia delle politiche sanitarie, che, proprio per evitare di essere incentrate in modo astratto sul malato, ne riconoscono il primato ma nel contesto di una logica che fa i conti con numerosi altri aspetti, che possono sembrare estranei o incompatibili con quel primato, eppure rappresentano le condizioni affinché quel primato possa essere rivendicato in modo concreto. Questo modello ha un carattere partecipativo, solidaristico e sinergico, in quanto persegue i suoi risultati coinvolgendo in termini collaborativi i molteplici attori del sistema sanitario: competenza e comunicazione appaiono, quindi, indispensabili, non meno che disponibilità e sensibilità.

Tutto ciò reclama un'ottica complessa, che si evidenzia nel fatto che, non solo il medico condivide la sua opera con il paziente, con altri professionisti sanitari e con altri operatori gestionali, ma che ciò avviene nel contesto di un sistema sanitario all'insegna della complessificazione. Pertanto, i rapporti interpersonali (del paziente con gli operatori sanitari e degli operatori sanitari tra di loro) vanno collocati nel più ampio contesto sanitario e sociale, per cui bisogna fare i conti sia con l'accrescimento delle possibilità e delle esigenze di cura, sia con l'allungamento della durata della vita e dell'inserimento di culture diverse (il malato è portatore di bisogni e valori nuovi e diversificati), sia con l'esistenza di strutture caratterizzate da rilevanti modificazioni di tipo tecnologico (terapeutico e gestionale) e democratico (welfare dello Stato o della società).

Tutto ciò modifica anche i rapporti personali del malato con il personale medico e sanitario, o, meglio, obbliga a rileggere tali rapporti, affinché possano avere un carattere effettivamente personale: umano e umanizzante. Il primato della persona va certamente ribadito, ma va pure inevitabilmente ripensato, perché possa essere effettivamente rispettato. Vogliamo con ciò dire che, senza mettere tutto sullo stesso piano (le persone -a cominciare dai malati per arrivare ai vari professionisti sanitari- conservano ovviamente il primato), è da riconoscere che i fattori che entrano in gioco nella teoria e nella prassi sanitarie vanno a costituire un insieme complesso da progettare e gestire secondo una logica sistemica, cioè rispettosa della specificità del sistema e della centralità che in esso la dignità della persona umana deve mantenere.

In questo contesto, una particolare attenzione va riservata al rapporto malato e personale sanitario con specifico riguardo al rapporto medico-paziente, e al rapporto malato e strutture sanitarie: su entrambe queste relazioni ritengo opportuno richiamare l'attenzione.

3.2. Rapporti del malato con il personale sanitario

Nell'ambito dei rapporti tra malato e personale sanitario va anzi tutto chiarito che quello fondamentale è il rapporto medico-paziente da qualcuno definito "la relazione che guarisce". Essa si può configurare sulla base di tre diverse impostazioni. Il primo modello è quello del paternalismo del medico, secondo cui la figura del medico prevale su quella del malato: la sua superiorità gli deriva dalle sue conoscenze e dalle sue competenze; al malato spetta di fidarsi e affidarsi al medico. Una tale impostazione è stata sottoposta a critica, in quanto rischia l'autoritarismo. Il secondo modello è quello dell'autonomismo del malato, secondo cui è alla figura del malato che va riconosciuto il primato; pertanto il rapporto terapeutico scaturisce da un accordo tra medico e paziente che lascia al paziente la decisione ultima sul trattamento da adottare. Il terzo modello è quello della beneficenza nella fiducia, secondo cui occorre andare oltre il paternalismo che è autoritario e oltre l'autonomismo che è rischioso, e instaurare un rapporto in cui il malato, data la sua limitata autonomia in quanto malato, si affida al medico, il quale, fra "tradizione e innovazione nell'etica medica", opera "per il bene del paziente" (Edmund Pellegrino e David Thomasma), ed in effetto questo terzo modello si configura come una conciliazione del principio tradizionale (*il paternalismo*) e di quello innovativo (*l'autonomismo*) nel tentativo di rendere effettivo il rispetto antropologico: per la persona del malato e per le persone di coloro che lo hanno in cura.

Si badi: un tale garantismo terapeutico, che salvaguar-



da tutte le componenti, si fonda su quella che è stata chiamata da Sandro Spinsanti "alleanza terapeutica" intesa non come una somma di esigenze, bensì come una relazione complessa chiamata a soddisfare esigenze che appaiono anche contrastanti, e che pure sono coesenziali e devono, quindi, conciliarsi. A quelle di sempre oggi si aggiungono quelle legate al multiculturalità; questa, infatti, ha conseguenze anche sul piano sanitario, tanto che si è cominciato a parlare "bio-etno-etica".

Altre relazioni che il paziente intrattiene riguardano il personale sanitario paramedico operante a diversi livelli, ma in tutti i casi essenziale per il buon funzionamento dell'ospedale. In proposito mi sembra fuorviante l'impostazione dualistica, per cui al personale medico si attribuisce la cura e al personale paramedico l'umanità. In realtà cura e umanità devono costituire un mix che caratterizza l'attività degli operatori sanitari, a partire dai medici, tanto che (parafrasando un celebre espressione di Immanuel Kant) potremmo dire che la cura senza l'umanità è cieca (perché perde di vista la persona del malato) e l'umanità senza la cura è vuota (perché finisce per essere inefficace).

Tenendo dunque presente la necessità dell'una e dell'altra, e facendo attenzione a non identificare la cura con il "padreternismo" e l'umanità con il "moralismo", si può affermare che il binomio cura-umanità dovrebbe costituire lo "stile" dell'impegno sanitario, uno *stile comunitario*, perché espressione dell'*equipe*, del *team*. Infatti, senza misconoscere lo specifico individuale che connota l'umanità del singolo operatore, è l'atteggiamento complessivo del gruppo degli operatori che crea un "clima" all'insegna della sicurezza e della fiducia. In questa ottica, doti di sensibilità e di disponibilità appaiono importanti in tutti, ma particolarmente in coloro che, professionalmente, hanno responsabilità diverse da quelle dei medici, anche per un rapporto più frequente e più immediato con i pazienti.

Vorrei allora, in merito ai rapporti del malato con il personale e con le strutture della sanità, rilevare che va emergendo la necessità di elaborare una *filosofia della complessità sanitaria* che aiuti a misurarsi adeguatamente con le persone (malate e curanti) e con le strutture (terapeutiche e organizzative).

4. Conclusione

Per concludere, possiamo affermare che rimane valida la precisazione che ci si debba ispirare al binomio

"cura e umanità", ma bisogna avere consapevolezza che tale binomio si può adeguatamente attuare se lo si colloca nella realtà effettuale cui siamo pervenuti a livello epistemologico, morale e antropologico, per cui il rigore del curare e la responsabilità del prendersi cura convergono nel rispetto della persona, che deve essere tanto maggiore quanto maggiore è la sua fragilità.

E', dunque, tenendo presenti le *res novae* che sono intervenute, è richiesto di tradurre nel concreto quanto ci hanno ben sintetizzato un cardinale e un filosofo, con i quali voglio terminare la mia ricognizione. Il cardinale Paul Paupard ci ricorda che "il vanto della medicina, e insieme la sua più grande difficoltà, sta nell'alleanza del dovere scientifico con il dovere umano", nel senso che essa esige un'alleanza tra scienza e amore, tra competenza e umanità, per non trovarci di fronte a medici umani ma incompetenti, o medici competenti ma disumani". Dal canto suo, il filosofo Karl Jaspers, aveva già espresso la necessità che nel rapporto terapeutico si tengano presenti tanto le caratteristiche del medico quanto quelle del malato: nel rapporto il medico è chiamato a mettere a disposizione del malato non solo le sue conoscenze scientifiche ma anche un comportamento umanitario; al malato va sempre riconosciuta la sua dignità umana e la sua decisionalità soggettiva, con le quali il medico si deve misurare e alle quali si deve commisurare.

Ne consegue che appaiono unilaterali tanto l'antico adagio, secondo cui "*nemo medicus nisi philosophus*", nel senso che la medicina o è umanistica o non è, quanto la nuova convinzione, secondo cui "*nemo medicus nisi tecnicus*", nel senso che la medicina è impregnata di tecnologie sempre più sofisticate. Pertanto, il problema non è optare astrattamente per l'una o l'altra impostazione, ma puntare a conciliare queste due connotazioni del medico, che non può essere solo "*philosophus*" ma non può nemmeno ridursi ad essere solo "*tecnicus*": riuscire ad essere "*philosophus*" e "*tecnicus*", cioè a coniugare insieme "filo-sofia" e "filo-tecnicia" (Giorgio Cosmacini), è l'imperativo cui richiama il binomio "cura e umanità". La capacità di soddisfare le due istanze ci sembra essere la condizione per realizzare un umanesimo sanitario come aspetto niente affatto trascurabile di un autentico umanesimo integrale.



La Farmacia Sant'Elena dell'Ospedale Santa Croce di Fano

Tra le farmacie fanesi dei secoli passati soltanto della Sant'Elena rimangono importanti testimonianze che permettono di ricostruirne la storia.

Fondata nel gennaio del 1804, in alcuni locali del complesso ospedaliero Santa Croce dentro la città murata, con i suoi eleganti arredi, con gli ampi magazzini per la conservazione dei medicinali e soprattutto con la moderna fonderia, vero e proprio laboratorio per distillati, sciroppi, estratti, balsami, lavande, cerotti, unguenti e pillole varie, rappresentò una autentica ventata di novità per la città di Fano.

Motivi della sua istituzione

Volgevano tempi non lieti per lo Stato della Chiesa che, dopo l'invasione napoleonica del 1797, aveva dovuto firmare il trattato di Tolentino con il quale il Papa veniva spogliato delle province più ricche del suo regno, cioè delle Legazioni di Bologna, Ferrara, Ravenna e Forlì fino a comprendere, per alcuni anni, anche la città di Pesaro.

Il territorio di Fano, dunque, si veniva a trovare proprio sulla linea di confine franco-pontificia.

Già nel settembre del 1791 il popolo fanese aveva dato segni di profondo malessere. Si era infatti violentemente ribellato all'autorità del governatore pontificio per ragioni annonarie. Dopo aver preso d'assalto i depositi del grano e delle farine, aveva occupato la fortezza, impadronendosi anche dei cannoni in essa posizionati.

Con la sua nota abilità diplomatica il vescovo diocesano,

Relazione presentata al Convegno Annuale di Facoltà del 18 maggio 2011, Farmaci e farmacie, industrie farmaceutiche e farmacie di tradizione delle Marche.

MARCO BELOGI

Medico Primario e Storico
Fano

Antonio Gabriele Severoli, aveva indotto i rivoltosi ad uscire dal forte e deporre le armi.

Nonostante promesse di grazia da parte della curia romana, alla rivolta erano seguiti numerosi arresti e condanne ad opera di monsignor Frosini, governatore di Ancona inviato in missione straordinaria a Fano.

Tutto ciò non fece altro che aumentare lo scontento e l'istigazione alla rappresaglia tra la popolazione.

L'aumento del prezzo del pane aveva poi ulteriormente acceso gli animi dei più facinorosi ed aumentato i contrasti.

Furono questi i motivi che indussero il dinamico vescovo fanese, a maturare l'idea di una farmacia per l'ospedale dei poveri infermi. Pochi anni dopo, al tempo dell'invasione napoleonica, quel presule avrebbe conosciuto prima il confino poi la nomina di nunzio apostolico a Vienna.

La nuova farmacia doveva rivolgersi in prevalenza alle fasce più povere della popolazione.

Era un'istituzione auspicata da più parti: dalla confraternita Santa Croce, dal corpo sanitario cittadino e da un alto prelato della curia romana, il concittadino monsignor Morganti.

Questo religioso fanese, trapiantato a Roma, fin dal 1803 aveva donato per questo nobile fine una considerevole somma di denaro.

Si voleva dare insomma, tra tanti contrasti, una dimostrazione concreta in favore delle classi più misere, facendo intravedere, con il mutato clima politico, quella nuova era da più parti tanto attesa.

A questi motivi, tutti politici, si aggiungevano poi quelli economici.

L'ospedale fanese era privo di una spezieria interna. Nei registri della Confraternita, fin dalla metà del Cinquecento, venivano annotati minuziosamente gli acquisti dei medicinali. Era la bottega di Matteo il merciaro a rifornire l'ospedale dei vasi di spezieria con medicinali e distillati.

La consuetudine dell'approv-



Fig. 1 - Esterno dell'antica farmacia S. Elena nell'angolo sud del vecchio complesso ospedaliero S. Croce, da una foto dei primi del Novecento.



Fig. 2 - Madonna col Bambino in trono tra i Santi Elena, Zaccaria, Rocco, Sebastiano, già pala dell'altare maggiore della chiesa del vecchio ospedale, detta anche di S. Elena, eseguita da Giovanni Santi (1485 c.), Pinacoteca Civica di Fano.

vigionamento esterno veniva però ad incidere pesantemente sul bilancio dell'opera pia tanto da diventare la voce più cospicua.

Un ulteriore passo verso la razionalizzazione della spesa farmaceutica si ottenne con la decisione, da parte dei confratelli, di ricorrere ad un solo speciale esterno. Il farmacista prescelto avrebbe dovuto mostrare un occhio di riguardo verso questa opera caritativa praticando degli sconti sul prezzo dei medicinali.

Verso la metà del Settecento la scelta cadde su Antonio Orsini che iniziò a servire l'ospedale con l'impegno di somministrare agli infermi ogni tipo di medicamento, semplice e composto. Il prezzo era quello stabilito a Roma pochi anni prima con uno sconto di dieci scudi romani ogni semestre.

La soluzione non arrecò quella diminuzione della spesa farmaceutica tanto ricercata.

L'ultimo fornitore, prima dell'istituzione della farmacia Sant'Elena, fu Gerolamo Pandini.

Aveva la farmacia in piazza presso il palazzo Bambini, angolo via De Cuppis, attività che poi passò in proprietà di *Giacomo Mongermain*, padre di quell'*Alessandro*, pure farmacista, carbonaro e vessillifero della rivoluzione fanese del 1831. Negli anni che precedono l'unità d'Italia, le due farmacie fanesi in oggetto furono punti di incontro della carboneria locale. Questi luoghi, infatti, meglio di altri riuscivano ad eludere la stretta sorveglianza della polizia pontificia.

Tra i cospiratori, oltre i farmacisti c'erano anche altri operatori sanitari: medici, chirurghi, cerusici, flebotomi e salassatori.

Nel citato registro della Confraternita per parecchi anni ricorre la consueta formula che confermava l'incarico al dottor Pandini: "Lo speciale Domenico Pandini somministra ottimi medicinali in servizio dei poveri infermi onde merita di essere riconfermato per un altro anno con i soliti oneri e pesi".

Gli speciali della città, ai quali si prospettava una nuova temibile concorrenza, non salutarono di buon viso questa novità.

Il loro stato d'animo è ben descritto nei verbali delle adunanze della Confraternita Santa Croce.

Tutti i colleghi furono solidali con il dottor Pandini chiedendo il saldo dei debiti accumulati per la fornitura dei farmaci nell'anno precedente. La somma era di 512 scudi.

I confratelli, costretti al pagamento immediato del debito, decisero di ricorrere ad un prestito.

Gli speciali bussarono anche alla porta del vescovo,

giustificando la richiesta del saldo "non soltanto perché il denaro serviva per comprare le droghe alla prossima fiera di Senigallia ma soprattutto perché questo venerabile ospedale non si serviva più delle loro spezierie".

Le difficoltà furono comunque superate in breve tempo.

La nuova farmacia fu aperta con il titolo di Sant'Elena. La direzione venne affidata ad un valente professionista, Marco Ricciarelli, insegnante presso la locale Università Nolfi.

Perché il nome Sant'Elena

La nuova farmacia veniva a completare l'antico complesso ospedaliero della città, dedicato alla Santa Croce.

Già alla fine del Quattrocento era stato chiamato da Urbino Giovanni Santi, padre di Raffaello per dipingere la pala d'altare della piccola chiesa dell'ospedale Santa Croce. Nella sacra scena, tra i Santi che circondano il trono della Vergine, in primo piano, spicca la figura dell'imperatrice Elena, pellegrina alla ricerca del santo legno.

Da allora i fanesi erano rimasti molto legati a questa immagine. Nelle antiche guide della città, infatti, la chiesa dell'ospedale si trova sotto il titolo di Sant'Elena, dal nome con cui veniva comunemente chiamata.

aceto di Saturno e aceto dei 4 ladri;
acqua alluminosa di Falloppio;
corno di cervo preparato;
elettuario lenitivo, elettuario mitridato e triaca romana;
elisir di Paracelso, empiastro di cicuta;
essenza di menta piperita, estratto di cicuta;
fango di Malta, Frutti di coccole di Levante;
grasso di anitra, grasso di orso, grasso di vipera;
crine di cavallo, pietra infernale;
pillole ad logam vitam, pillole marziali;
pillole di Storace del Silvio, pillole venete dette del pievano;
pillole di Santa Fosca;
pomate per l'erpete, sapone veneto;
sangue di drago in lacrima, sangue di drago rosso;
sciropo acetoso, sciropo balsamico;
capel venere, cinque radi;
spirito di cerase nere, spirito di nitro fumante;
tintura di mirra, vetriolo bianco e di Cipro;
verderame di Marsiglia, unguento della Contessa.

Fig. 3 - Queste erano le armi della medicina utilizzate per curare le malattie, per lenire i dolori, per medicare ferite.

Nel dare il titolo alla nuova spezieria non si poteva non tener conto di questo sentimento popolare.

Elena, lo dice il nome stesso, è *colei che risplende*. Ella, infatti, regge la torcia per illuminare quella verità tanto desiderata e finalmente trovata nella Croce.

Straordinaria figura femminile, Elena rappresenta proprio l'emblema di quella ricerca di verità che accompagna ognuno di noi per tutta la vita.

Da locandiera *-stabularia-* della Bitinia, regione dell'Asia Minore, era diventata accompagnatrice e consigliera prediletta del figlio Costantino nella sua inarrestabile ascesa ai vertici del potere, sancita nel 330 dalla nascita di Costantinopoli, nuova capitale dell'impero.

Tormentata dal desiderio di *quaerere Deum*, aveva deciso di andare in Palestina per cercare, fra le rocce e gli orti dove era nato Gesù, la Croce.

Partì da Roma verso la fine dell'anno 326 senza saper quando fosse tornata. Se mai fosse tornata. Aveva 76 anni. Un seguito immenso, scorta armata, dame di compagnia, truccatori, sarte, medici personali, lettori, traduttori, custodi di forzieri.

Attraversò metà della terra per ricercare il sacro legno. Devo trovarlo *-chiedeva a tutti-* sono venuta per questo. Incontrava tutti, informatori falsi e venali. Avrebbe voluto credere a tutti ma alla fine non credeva a nessuno.



Fig. 4 - Vaso di farmacia proveniente dalla Schola di S. Michele. Pinacoteca Civica Fano.

Troppe illusioni svanite, troppe bugiarde promesse. Troppe borse di denaro interamente svuotate tra quelle ripide strade della Palestina, bruciate dal sole, battute dal vento, sferzate dalla neve e dalla pioggia.

A Gerusalemme non c'era più casa né piazza dove non si parlasse della vecchia e velata signora seguita da vescovi e confessori.

Andava ovunque le avessero indicato il nome di chi, per sentito dire, poteva sapere qualcosa sul luogo della crocifissione di Cristo.

Lasciate le vesti sontuose, abbandonati gioielli e tiare, liberate le dita da anelli e da sigilli imperiali, ripulito il viso dal carminio che le tingeva le guance e dal nerofumo che le sottolineava le palpebre, Elena indossò un bigio mantello, si calò un velo fin sopra gli occhi e lentamente a piedi si avviò verso la cima del monte Moriah.

Così l'aveva raffigurata Giovanni Santi nella piccola chiesa medievale dell'ospedale fanese.

Con le mani giunte in preghiera la fiammeggiante pellegrina camminava scalza, perché i luoghi percorsi a piedi da Gesù a piedi non potevano essere visitati a cavallo.

Finalmente dal ventre roccioso di Gerusalemme riuscì a trovare la verità.

Da allora tutto il mondo cristiano la venera come simbolo della luce e della verità.

E' patrona di Pesaro e di Ascoli Piceno; degli archeologi, dei matrimoni difficili, dei divorziati e delle imperatrici. E' invocata contro l'epilessia e il cancro, malattie che si credevano direttamente inoculate dal demonio.

In Russia il 18 agosto, giorno della sua festa, si semina il lino perché cresca lungo come i suoi capelli. Porta il suo nome la capitale del Montana, negli Stati Uniti, e l'isola atlantica, scoperta nel 1502 da Giovanni Hora, luogo in cui morì Napoleone.

Vita della farmacia

Dopo una preparazione durata circa un anno, la nuova farmacia fu inaugurata nel gennaio del 1804. Venne dotata di un pregevole corredo ceramico, di cui oggi rimangono 129 pezzi (85 *albarelli*, 32 *orcioi*, 12 *coppe* o *pillolieri*), custoditi nella pinacoteca civica fanese.

Sono ceramiche rese caratteristiche dalla decorazione realizzata intorno all'emblema della farmacia: una croce giallo ocre, infissa su un monte costituito da tre piastrelli verdi che rappresentano il Calvario. Vasi importanti per numero e completezza, sono lavorati con il caratteristico decoro "alla rosa", tipica espressione delle fabbriche

pesaresi di fine Settecento.

L'ingresso al laboratorio venne decorato con un dipinto su tavola, da *Carlo Magini*.

Raffigura la Vergine, vestita di rosso con manto azzurro, tra due angeli recanti svolazzi che portano la scritta *Salus Infirmorum*. Rotto in quattro pezzi sotto i bombardamenti dell'aprile del 1944, il dipinto fu in seguito restaurato e per molti anni rimase l'unica testimonianza della vecchia spezieria ospedaliera nella moderna farmacia Sant'Elena, attiva per molti anni lungo il Corso Matteotti, centralissima via della città.

L'inaugurazione dell'antica Sant'Elena ebbe grande risonanza. Fu salutata, seguendo il costume del tempo, con rime celebrative in onore del vescovo vicario Monsignor Paolucci, che aveva portato a termine l'opera.

Nei primi anni di attività tutto procedette regolarmente. Il vescovo diocesano, in una sua relazione del 1807, sottolineava i risultati ottenuti con l'erezione della spezieria, valido mezzo per far sopravvivere l'ospedale degli infermi.

I nostri pensieri e le nostre fatiche -scriveva il presule- hanno raggiunto l'intento in favore della misera e desolata umanità. Nonostante le vistosissime spese per l'opera del muratore, falegname, e per l'acquisto dei vasi e dei cristalli, dei rami, nonché di tutte le droghe e medicinali, siamo giunti a raggiungere un credito che supera di 800 scudi il debito... Noi abbiamo avuto il contento di dare una mano adiutrice all'esistenza della confraternita che soccorre la languente umanità. Vi promettiamo finché avremo il bene di essere tra voi per continuare quest'opera con tutta la nostra assistenza e pre-

mura. Anche voi confratelli dovrete ugualmente impegnarvi per la felice esistenza di questa pia e salutare istituzione.

Monsignor Paolucci era ottimista.

Dopo alcuni decenni la farmacia, stretta dai debiti causati da una crescente richiesta di assistenza sanitaria e da una non sempre trasparente gestione dei vari direttori, versava in cattive acque.

La relazione, scritta nel 1910 dall'ispettore generale Antonio Mosconi, entra con chiarezza e in modo impietoso nello stato delle cose.

Già precedenti commissioni *ad hoc* avevano auspicato maggior vigilanza sulla farmacia, in particolare sulla somministrazione dei medicinali gratuiti, tanto che nel 1905 lo stesso presidente della Congregazione di Carità impartiva al direttore della farmacia precise disposizioni.

Nello stesso anno il direttore dell'ospedale veniva incaricato di redigere l'elenco dei farmaci gratuiti per poveri.

Nonostante ciò, scrive il Mosconi, la gestione della farmacia è tale che da molti, compreso il direttore, ne è ritenuta opportuna la soppressione.

Per le necessità dell'ospedale sarebbe stato sufficiente un semplice armadio farmaceutico. La mancanza più

grave, attribuita al direttore della farmacia, era quella di non redigere, a fine anno, l'inventario delle giacenze. Mancava, inoltre, un registro per i medicinali dati a credito. Gli acquisti poi venivano fatti direttamente dal farmacista senza alcuna autorizzazione. Stessa trascuratezza era riservata alla distribuzione dei medicinali gratuiti ai poveri, settore in cui si verificavano molti abusi. La tessera di povertà

Scaurostano 9 Marzo 1893
all'Esposito Luigi di Scaurostano
affetto a rachitismo, quindi curato col me-
dicamento di una lunga cura, con olio di fegato di
merluzzo e un vitto eccelsivo e ricostituito te-
lento più ha bisogno di cura in quanto che per
la cura che si va si tratti con maggior spe-
ranza di guarigione.
Giuseppe Scaurostano

Fig. 5 - 1. Ricetta medica del condotto di S. Costanzo (1893) dove si prescrive terapia a base di olio di fegato di merluzzo, sciroppo iodo-ferrato del Ruspini, bagno giornaliero freddo per l'esposito Luigi di venti mesi, affetto da rachitismo.



veniva concessa alle famiglie senza specificare il numero dei componenti. A tutto questo si aggiungeva la piaga di sempre: l'eccessiva larghezza da parte dei medici nella prescrizione dei medicinali.

Anche l'elenco dei poveri veniva compilato con altrettanta larghezza.

Agli inizi del Novecento nella città di Fano vi erano iscritte 1500 famiglie. Esse corrispondevano a circa 9000 persone, su una popolazione di 27.000 abitanti.

La spesa in questo settore era dunque veramente eccessiva. Raggiungeva un valore doppio rispetto alla città di Pesaro.

Per fortuna c'era sempre l'intervento dell'*Azienda Madonna Ponte* che provvedeva al risanamento del deficit.

La farmacia Sant'Elena, rimasta funzionante nel vecchio edificio dell'ospedale Santa Croce anche dopo la costruzione del nuovo nosocomio fuori porta, fu completamente distrutta dai bombardamenti dell'aprile 1944. Riprese a funzionare il 19 dello stesso mese presso una villetta dell'attuale via XXVII Agosto, prima di trovare definitiva sistemazione in corso Matteotti, angolo Arco d'Agosto.

Ciò che rimane

Del corredo ceramico e del dipinto del Magini si è già parlato in precedenza.

Negli archivi storici fanesi si conservano importanti documenti sulla farmacia Sant'Elena, che ci hanno permesso di ricostruire questa storia.

Tra di essi si trova un opuscolo con l'elenco dei nomi dei medicinali esistenti nella farmacia dell'ospedale fanese al momento della sua apertura.

Ad una rapida lettura ci rendiamo subito conto che si tratta di medicinali di origine minerale, vegetale e animale. Sostanze che oppongono alle "qualità" della malattia proprietà di segno opposto. *Contra-riis curantur*. Terra, pietre, secche e fredde, si oppongono infatti al caldo umido della parte malata. Terra, ricercata, seguendo antichi cerimoniali, in isole mitiche come quella di Lemno, di Malta o di Creta.

Erbe, fiori, piante, semi con proprietà curative, che essicano gli umori e raffreddano le febbri. Unguenti da spalmare su ferite, ulcere, ascessi e bubboni, ricavati da scorpioni, vipere, orsi, anatre, draghi, cervi, cavalli. Il più attivo, dalle proprietà quasi magiche, è considerato il corno di cervo grattugiato, animale di cui si favoleggia la longevità in mitici luoghi segreti e remo-

ti. La sua polvere è, infatti, il principale ingrediente delle pillole *ad longam vitam*.

Alcuni di questi rimedi portano un nome già molto esplicativo: *della mano di Dio, degli Apostoli, del Legno Santo, di Paracelso, di Venere, del Pievano, della Regina d'Ungheria, di Madame Villiere*. Altri di pagane divinità: Venere, Marte, Saturno e Apollo. Nomi che ci riportano molto indietro nel tempo, quando il sapere medico affondava le proprie radici in sterili e astratte teorie correlate agli aforismi di Ippocrate ed agli insegnamenti di Aristotele, Galeno e Avicenna. Perfino le pietre preziose e i coralli hanno facoltà terapeutiche. Moderando il calore interno e il sudore, depurano il corpo dalla corruzione e l'anima dal peccato.

A noi, oggi, queste teorie fanno un po'sorridere e sembra quasi impossibile che soltanto due secoli fa le malattie dell'uomo venissero curate con questi rimedi.

Bibliografia

Fonti manoscritte

- Archivio storico diocesano danese:
fascicolo Santa Croce;
Storia della Chiesa fanese ms.di C.Masetti
- Archivio di Stato sez. di Fano:
Corporazioni Religiose Soppresse, Confraternita Santa Croce;
Opere Pie di beneficenza, anni 1901-20;
Sanità, fascicoli dal n.3.
- Biblioteca Federiciana di Fano:
fondo Selvelli XVII, 114,115,116
V.Nolfi, *Del Vescovato e Vescovi, fondo Amiani n.19.*

Fonti edite

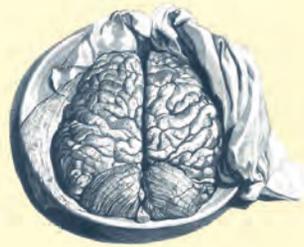
- AA.VV., *La Pinacoteca Civica di Fano*, 1993.
- Amiani Tomani S., a cura di F. Battistelli 1981.
- Amiani P.M., *Memorie storiche della città di Fano*, 1751.
- Belogi M., *La facoltà di medicina dell'Università Nolfi a Fano* in "Uomini e Luoghi della cultura nelle Marche", 2004.
- Belogi M., *La Venerabile Confraternita e l'Ospedale Santa Croce di Fano*, in "Caritas e Sanità" 2007.
- Belogi M., *Le Chiese della diocesi fanese*, 2009.
- Belogi M., *Santa Croce, un ospedale nella storia*, 2011.
- Cosmacini G., *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*, 2005.
- Ferri E., *Imperatrix, Elena Costantino e la Croce*, 2011.
- Laghi A., *L'istituzione della farmacia Sant'Elena dell'Ospedale Santa Croce di Fano* in "Atti e Memorie dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria", serie II a. XXII n.3,1956.
- Mosconi A., *Le istituzioni pubbliche di beneficenza di Fano*, 1910.
- Paolinelli C., *Un corredo ceramico della Schola San Michele di Fano* in "Il Complesso monumentale di San Michele a Fano" (a cura di G. Volpe), 2008.
- Selvelli C., *Fanum Fortunae*,1943.



Corteccia cerebrale e funzioni cognitive

Tullio Manzoni

Ventitré secoli di storia



Carocci

Tullio Manzoni, *Corteccia cerebrale e funzioni cognitive. Ventitré secoli di storia*

Presentazione di Paolo Mazzarello

Volume di 550 pagine, Carocci Editore, 2011. Euro 52,00.

Di tutte le singolarità della natura, niente eguaglia il potere misterioso della corteccia cerebrale. Lamina di appena tre millimetri di spessore, distribuita a ricoprire una formazione convoluta apparentemente irregolare - di cui segna asperità, protuberanze e anfrattuosità - dotata di un'architettura elegante, questa espansione superficiale del cervello, racchiude il massimo di prestazioni nel minimo delle dimensioni, a confronto di qualsiasi altra parte dell'Universo conosciuto. E' l'autentico capolavoro della natura, perché concentra il mistero più grande - legato alle peculiarità degli esseri umani - il vero confine filosofico della biologia contemporanea, lo sconcertante fenomeno della coscienza. Questo legame fra la corteccia cerebrale e la produzione del fenomeno che permette di interiorizzare il mondo e che maggiormente ci caratterizza come esseri umani, ha alle spalle una storia documentabile lunga ben più di due millenni. Seguirne il percorso tortuoso vuol dire immergersi in una narrazione che oscilla fra molti ambiti dell'attività umana, principalmente scienza e filosofia, con ovvie embricature nella direzione della religione, della mitologia, dell'et-

nologia e dell'antropologia. Scrivere una storia di queste relazioni significa assumersi un compito importante e difficile perché diretto al cuore stesso delle visioni di corrispondenza dell'uomo con il resto dell'Universo. Impresa, dunque, che richiede competenze e sensibilità intellettuali multiple.

Fino ad ora quanto avevamo di questa storia erano tanti frammenti, tante tessere parziali - per lo più informazioni inserite nei saggi introduttivi dei trattati di neuroscienze, oppure accenni nelle storie della psicologia e della filosofia - che facevano intuire la ricchezza del mosaico, senza poterne però dare una visione d'insieme. Per un'impresa di questo tipo ci voleva qualcuno in grado di padroneggiare entrambi i versanti, quello scientifico e quello umanistico, in un settore difficile che richiede straordinarie competenze specialistiche, oltre che una grande capacità di sintesi. Per fortuna questo compito se lo è assunto Tullio Manzoni che ha appena pubblicato *Corteccia cerebrale e funzioni cognitive. Ventitré secoli di storia*. L'opera fornisce un contributo fondamentale alla ricostruzione di una straordinaria avventura intellettuale, un'autentica miniera di informazioni a cui potranno attingere storici della scienza e della medicina, neurofisiologi, neurologi, filosofi aperti agli sviluppi della neurobiologia e più in generale tutti coloro interessati alla storia dei rapporti dell'uomo con la natura. Si tratta di un'opera che davvero colma un vuoto nella cultura contemporanea segnata dall'emergere sempre più prepotente degli studi sulle funzioni cerebrali e cognitive. Non vi è praticamente ambito disciplinare che non abbia recentemente trovato il suo corrispettivo neuroscientifico, si parla non a caso di neuroeconomia, neuroetica, neurofilosofia, neuroestetica, neuroteologia, neurotecnologia e così via, assecondando una mania neurolinguistica destinata a espandersi ancora.

Le neuroscienze, dunque, stanno penetrando il cuore della cultura umana. Purtroppo, però, questa prospettiva si coglie raramente nei manuali, generalmente pure esposizioni settoriali di aspetti meramente e freddamente tecnici: per argomenti, problemi, meccanismi, etc. Ma è vero anche l'opposto, per cui fino a un'epoca relativamente recente, raramente le opere di filosofia, teologia, psicologia, economia, prendevano in considerazione, adeguatamente, il dato neurobiologico, che invece rappresenta quasi sempre il punto di partenza per qualsiasi discorso in grado anche solo di sfiorare un giudizio sulla "natura umana". I progressi nello studio del cervello, soprattutto come luogo privilegiato delle funzioni cognitive, sono dunque, ai nostri giorni, apporti di cui non può fare a meno nessun settore delle scienze umane. Diventa così sempre più necessario avere a disposizione dei testi che analizzino e divulgino questi avanzamenti generali e le scoperte particolari, ma che non manchino di porre in rilievo gli intrecci con la lunga catena delle idee nelle varie epoche. Il modo più completo ma anche più difficile per rendere conto della ricchezza e della centralità culturale delle attuali conoscenze sulle funzioni e proprietà del sistema nervoso parte infatti dalla storia. Soltanto nella filogenesi delle idee e nella successione delle scoperte, risiede la possibilità di una comprensione profonda e consapevole di una scienza. Con questo libro Manzoni ha dipanato l'intricata matassa pluridisciplinare che, lungo i secoli, ha condotto all'esplosione degli studi che correlano le funzioni cognitive e il linguaggio alle proprietà della corteccia cerebrale umana, il vero *Sancta Sanctorum* dell'universo conosciuto.

La storia inizia nella nebbia dell'antichità. I medici dell'Egitto faraonico avevano una qualche nozione della superficie esterna dell'encefalo come appare dal papiro acquistato a Luxor, nel 1862, dal collezionista Edwin Smith. Redatto probabilmente in un periodo compreso fra il XVII e il XVIII secolo, contiene la descrizione di alcuni casi clinici interessanti. In un individuo che aveva subito un grave trauma con frattura comminuta del cranio si osservò la presenza della membrana che avvolge il cervello, la dura madre, il liquido cefalo-rachidiano, o *liquor*, che fuoriesce tagliandola, e la presenza di pieghe, protuberanze e circonvoluzioni paragonabili «alle corrugazioni che si formano dal rame fuso nel crogiolo». Inoltre la breccia ossea era pulsante al contatto con le dita, come la fontanella anteriore del neonato, prima che verso i sei mesi si saldino le suture. Altri casi descritti nel papiro Smith permettevano di stabilire che le lesioni del cervello o del midollo potevano provocare alterazioni funzionali motorie e sensitive.

Il vero punto di svolta della neurobiologia antica si ebbe comunque molti secoli dopo, in epoca ellenistica, quando la liberalità intellettuale della scienza tolemaica permise l'esplorazione della struttura interna del corpo umano attraverso la dissezione del cadavere; opportunità di cui fecero buon uso gli anatomisti e fisiologi Erasistrato di Ceo ed Erofilo di Calcedonia, le cui figure si dissolvono nella caligine della storia. Le loro scoperte ci sono note soltanto in maniera indiretta, attraverso le testimonianze di autori successivi, in particolare Galeno, la principale fonte di conoscenza della medicina alessandrina. Erasistrato, sul quale si concentra particolarmente l'attenzione di Manzoni, aderì a una concezione *encefalocentrica*, secondo la quale le funzioni psichiche dovevano localizzarsi nel cervello la cui lesione altera infatti la coscienza e la vigilanza. Altri studiosi sostennero invece una visione *cardiocentrica*: il cuore, così facilmente influenzabile dalle emozioni, costituiva per loro il luogo privilegiato della vita psichica. Si sviluppava da questa contrapposizione teorica una delle dicotomie più persistenti nella storia della medicina, destinata a durare in filigrana fino all'epoca moderna.

Erasistrato fu il primo, di cui abbiamo testimonianza, a correlare le dimensioni del cervello - e la presenza di circonvoluzioni cerebrali - all'intelligenza e all'attività mentale. Idee che furono invece giudicate con scetticismo da Galeno secondo il quale le funzioni cognitive non erano da porre in relazione con la «complicatazza della struttura», bensì con il «buon temperamento della sostanza del corpo che pensa», il *pneuma psichico* o spirito animale, importante non tanto per la quantità, quanto per la sua qualità. E qui si evidenzia una delle caratteristiche della medicina antica, il tentativo di trovare delle soluzioni *passe-partout* di problemi scientifici generali introducendo parole "*spugna*" in grado di assorbire molti significati, proponendo una chiusura pseudo-nominalistica dei dilemmi in campo. Con le sue molte accezioni semantiche, il *pneuma* assolveva il compito di fornire un'apparente spiegazione a fenomeni elusivi del tutto al di fuori della portata della scienza dell'epoca. Del resto anche l'*etere*, il pervasivo quinto elemento cosmologico, rispondeva a un'analoga esigenza dell'astronomia antica, così come, in un certo senso, capitò ancora fino al Settecento con l'introduzione di termini quali *flogisto* e *calorico*. In realtà «mere parole prive di significato», come scrisse Nicolaus Stenone nel diciassettesimo secolo, a proposito dello spirito animale.

Galeno fu un pilastro dell'encefalocentrismo che trasmise al mondo bizantino e arabo, imponendolo alla fine nella medicina. Ma le funzioni mentali, in epoca medievale, furono localizzate nelle cavità dell'encefalo - e non nella corteccia cerebrale - rappresentate spesso con tre sfere, sorta di "serbatoi" del *pneuma*, a ognuna delle quali si attribuiva una specializzazione cognitiva, mentre le circonvoluzioni assolvevano al compito di semplice struttura di rivestimento e contenimento.

La narrazione di Manzoni si sviluppa lungo due direttrici principali, spesso embricate e sovrapposte, ma riconoscibili: da un lato la lunga storia che ha portato all'individuazione anatomica della corteccia cerebrale, dall'altro la tortuosa via che ha condotto alla localizzazione delle funzioni cognitive in questa struttura.

Un punto di svolta è rappresentato dalla nuova anatomia rinascimentale di Vesalio. Nel *De humani corporis fabrica*, pubblicato nel 1543, per la prima volta viene notato che il colore della superficie delle circonvoluzioni è differente dalla sottostante materia encefalica. Nessuno, prima dell'anatomista fiammingo, aveva descritto e raffigurato la sostanza grigia che forma la corteccia cerebrale. Vesalio, tuttavia, rifiutò la teoria di Erasistrato sul rapporto fra intelligenza e circonvoluzioni alle quali attribuì una funzione semplicemente meccanica: con la ricchezza delle loro anfrattuosità le ripiegature corticali consentivano alla pia madre di penetrare in profondità nella sostanza del cervello portando i vasi in territori che altrimenti sarebbero risultati inaccessibili. Un avanzamento conoscitivo dell'anatomia era così bilanciato dal rifiuto dell'intuizione straordinariamente preveggenze di Erasistrato. La storia delle localizzazioni cerebrali, dunque, non è lineare, segnata da tante false piste, vie cieche, accanto a progressi importanti. Intanto, con il Rinascimento, si iniziò a porre in dubbio la teoria che vedeva nei ventricoli cerebrali la sede delle attività mentali più elevate. La scoperta di un fluido acquoso nel loro interno generò l'ipotesi che queste cavità fossero una sorta di sentina in grado di raccogliere le *superfluitates* di scarto dell'attività cerebrale. Su questa base l'anatomista italiano Nicolò Massa si convinse che i ventricoli non potevano avere la dignità di sedi delle funzioni dell'anima che invece si dovevano ascrivere alle arterie. La teoria delle tre celle ventricolari venne abbandonata anche dal grande anatomista, fisiologo e patologo inglese Thomas Willis che fu tra i primi a formulare l'idea che le diverse funzioni mentali fossero localizzate in parti distinte della sostanza encefalica.

Manzoni entra con sicurezza nell'intricato argomento della sede mutevole, a seconda dei periodi storici considerati, del sito di elaborazione del *pneuma psichico*. Se per Galeno e la medicina antica questo luogo misterioso e privilegiato era da identificarsi in una struttura retiforme della base dell'encefalo, la *rete mirabile* (in realtà inesistente nell'uomo), con l'espansione della ricerca anatomica, a partire dal Rinascimento, altre sedi furono proposte. Ad esempio Willis, colpito dalla ricchezza della vascolarizzazione corticale, localizzò in questa struttura nervosa il luogo d'elaborazione dello spirito animale che si sarebbe prodotto attraverso un processo di "distillazione" del sangue fluente all'interno dei vasi come il vino lungo le serpentine degli alambicchi. Altri medici proposero meccanismi basati su diversi fenomeni, allora conosciuti, di "trasformazione" e manipolazione della materia: secrezione, filtrazione, fermentazione, cozione o precipitazione. Molte furono

le analogie e le metafore introdotte di volta in volta per semplificare e rendere comprensibili le rappresentazioni, spesso lontane dal senso comune, legate alle discipline neurologiche. I giri della superficie corticale furono paragonati alle anse intestinali da Erasistrato e a «un ammasso di vermi avvolti tra loro» dall'anatomista Charles Estienne. Paragoni irrispettosi e paradossali, data la nobiltà delle funzioni da loro assolve. Altre metafore fantasiose furono quelle introdotte dal medico ferrarese Arcangelo Piccolomini, professore a Roma, che li accostò alle spire dei serpenti o ancora alle cime delle imbarcazioni avvoltole su loro stesse e ai solchi sulla terra prodotti del vomere dell'aratro. Alcune analogie furono introdotte per la loro valenza esplicativa. La similitudine fra la struttura in strati bimetallici impilati della pila voltiana con l'architettura a lamelle sovrapposte in parallelo alla superficie della corteccia cerebrale, in bande alternativamente trasparenti e opache, suggerì l'esistenza di una base elettrica alle funzioni corticali. A questo punto diventava possibile pensare al cervello come a un "organo" elettromotore. In realtà l'elettricità, dopo le ricerche di Luigi Galvani e Alessandro Volta, aveva già assestato un colpo finale all'antica dottrina del *pneuma psychico*, soppiantandola poi completamente nelle spiegazioni neurofisiologiche.

Attraverso gli itinerari storici e scientifici seguiti con pazienza da Manzoni vediamo il cervello - e in particolare la corteccia cerebrale - trasformarsi lentamente da "organo" dell'anima a "organo" della psiche, attraverso l'avventura intellettuale di personaggi come l'antropologo Paul Broca a cui si deve la sorprendente scoperta che una piccola area della corteccia cerebrale nell'emisfero di sinistra racchiude la straordinaria potenza di codificare il linguaggio articolato, o di Gustav Theodor Fritsch ed Edward Hitzig che con la stimolazione elettrica dimostrarono l'esistenza di un'area specializzata motoria sulla superficie corticale.

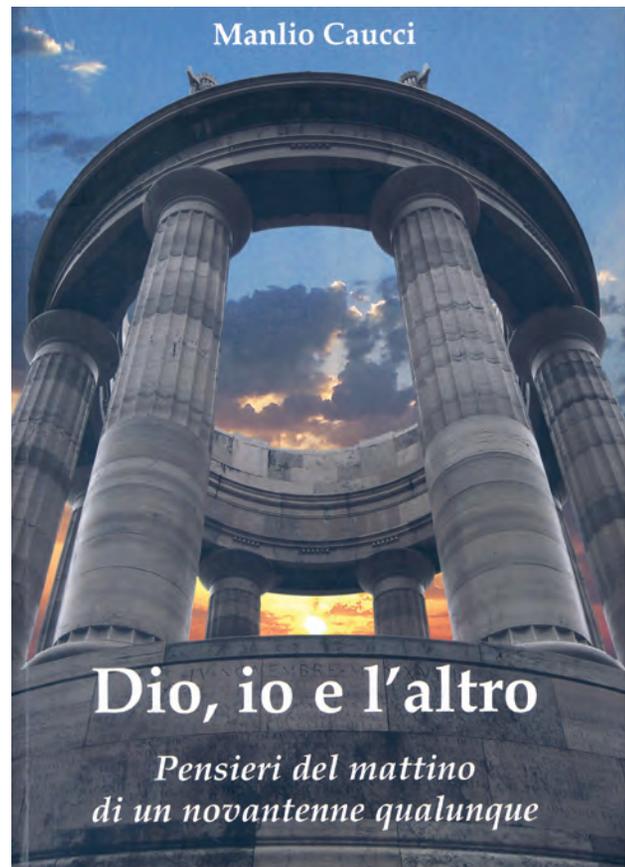
Libro di grande ricchezza, che integra polifonicamente una massa sterminata di fonti storiche e scientifiche lungo i secoli, *Corteccia cerebrale e funzioni cognitive* è opera destinata a durare nel tempo.

Nella prefazione de *Il caso e la necessità* Jacques Monod scrisse: «La biologia occupa, tra le scienze, un posto marginale e centrale al tempo stesso. Marginale in quanto il mondo vivente rappresenta solo una parte minima e assai "speciale" dell'universo noto, di modo che lo studio degli esseri viventi non rivela mai in apparenza leggi generali applicabili al di fuori della biosfera. Ma se, come credo, l'ambizione ultima della Scienza consiste proprio nel chiarire la relazione tra uomo e universo, allora bisogna riconoscere alla biologia un posto centrale poiché, tra tutte le discipline, essa tenta di raggiungere più direttamente il nocciolo delle questioni che è indispensabile risolvere prima di poter anche solo porre in termini che non siano metafisici il problema della "natura umana"».

Se questo è vero per la biologia, ancora di più lo diventa per le neuroscienze e, all'interno di queste, soprattutto per quei settori che si sono proposti di chiarire il livello ultimo dei rapporti fra uomo e mondo esterno.

E questa è la storia raccontata nel suo fondamentale libro da Tullio Manzoni.

Paolo Mazzeo
Università di Pavia



Manlio Caucci, *Dio, io e l'altro. Pensieri del mattino di un novantenne qualunque*

Presentazione di Piero Floriani

Volume di 398 pagine, edito dall'Accademia Marchigiana di Scienze, Lettere, Arti, 2011.

Manlio Caucci è stato il primo docente di chirurgia pediatrica presso la nostra Facoltà, dal 1973 al 1985. Nato a Roma nel 1915 e cresciuto tra la capitale ed Ancona, Caucci si laurea a Roma nel 1941 e nello stesso anno si abilita alla professione a Padova. Dopo la guerra come ufficiale medico degli alpini nel Montenegro e dopo la prigionia in Germania dal 1943 al 1945, Manlio Caucci si specializza a Bologna in chirurgia generale, urologia, traumatologia e ortopedia, con Giuseppe Forni e Francesco Delitala. Intanto lavora per qualche tempo all'ospedale Umberto I di Ancona, come assistente di medicina, chirurgia e ostetricia, rispettivamente con Franco Patrignani, Giulio Bombi e Aldo Guzzo. Quindi nel 1946 passa all'ospedale dei bambini della stessa città, il Salesi, come aiuto di Alberto Caucci, primario di chirurgia e suo cugino. Al Salesi Manlio Caucci è primario di chirurgia dal 1959 al 1985 e direttore sanitario dal 1980 al 1985.

Durante la sua lunga attività Manlio Caucci compie oltre 50.000 interventi, 30.000 di chirurgia pediatrica e 20.000 di



chirurgia generale, mettendo a punto tecniche personali nel campo della urologia pediatrica, in particolare per l'ipospadia e il criptorchidismo. È autore di 150 pubblicazioni scientifiche, alcune su riviste internazionali di grande prestigio come *Fertility and Sterility*, e animatore di molti eventi, tra i quali il terzo congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica - di cui Caucci è stato uno dei fondatori - con un incontro internazionale di urologia pediatrica ad Ancona nel 1964. In una recente monografia sulla Storia della chirurgia dell'ipospadia, curata da Antonio Marte, Biagio Del Balzo e Pio Parmeggiani, Manlio Caucci è l'unico italiano citato tra i "grandi dell'ipospadia" e a lui sono dedicate diverse pagine (pp. 81-84).

Nel maggio 2011, all'età di 96 anni, Manlio Caucci pubblica il libro "Io, Dio e l'altro. Pensieri del mattino di un novantenne qualunque" nella collana dell'Accademia Marchigiana di Scienze Lettere ed Arti di Ancona, di cui è stato presidente dal 1985 al 1987.

Il libro è una sorta di diario o di zibaldone di pensieri, composto in due momenti tra loro lontani. La seconda parte è scritta tra il 1943 e il 1945, durante il periodo di prigionia in Germania. Manlio Caucci è uno dei pochi italiani che rifiuta di collaborare con i tedeschi e con la Repubblica Sociale di Benito Mussolini, e paga questa scelta con una prigionia durissima. In un quaderno che doveva servire per i suoi studi di medicina, rivolgendosi ai familiari e alla fidanzata Fiammetta, annota tutto quel che può del presente e del passato e sogna un futuro migliore, utilizzando la scrittura per trattenere l'umanità e la vita stessa, di cui sembra essersi perso il valore.

La prima parte è invece scritta tra il 1998 e il 2007, quando Caucci è ormai da tempo in pensione. Sostenuto da una memoria straordinaria, passa in rassegna la sua vita di bambino, adolescente e adulto, con una scrittura disinvolta e senza pudori: la famiglia di ieri e di oggi, gli studi, gli amori, le passioni, la natura, il mare prima di tutto, quello di Ancona e delle Tremiti. Riflette inoltre sui grandi temi di sempre: gli ideali, le ideologie, la politica, la religione, la fede, l'esistenza di Dio. La medicina che ha occupato e quasi dominato la vita di Caucci, vorrebbe essere da lui in qualche modo archiviata, ma spesso torna in primo piano con i ricordi dei maestri, dei collaboratori, dei colleghi ed amici, e soprattutto dei pazienti con i quali ha sempre cercato di stabilire un rapporto personale. Ed ecco i pensieri sulla vita, la malattia, la morte, l'interruzione di gravidanza, l'eutanasia, del professionista esperto che ben conosce i limiti umani, ma conserva intatto l'ottimismo giovanile.

Per la ricchezza e profondità si consiglia questo libro a tutti gli studenti di medicina e delle professioni sanitarie e si pubblica qui la presentazione che ne ha fatto, presso l'Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Ancona, Piero Floriani, anconitano e docente di Letteratura Italiana a Pisa.

Stefania Fortuna
Università Politecnica delle Marche

Il libro di Manlio Caucci mi ha conquistato subito, fin dalla lettura delle prime pagine, per lo spirito che lo anima e per la sua libertà; e poi perché appartengo alla generazione successiva a quella dell'autore, e la sua Ancona (quella nella quale nel dopoguerra egli si è impegnato e affermato come chirurgo di prima grandezza, e come protagonista della scienza e di una ricostruzione anche morale), quella stessa Ancona è stata anche il luogo della mia infanzia e adolescenza. Per me, leggere le amoroze, straordinarie descrizioni che Caucci dedica alla città, al porto, al Passetto e ai tanti altri luoghi, urbani e del territorio, è un'emozione particolare – tanto più ora che io non possa essere presente (come invece speravo e come avrei desiderato, anche per conoscere personalmente Manlio Caucci). Me ne scuso di cuore.

Che cos'è questo libro? Il titolo evoca la presenza di Dio (pensiero molto forte nella mente dell'autore, amato e invocato, eppure segretamente messo in questione tra i due protagonisti (io e l'altro), ambedue riconoscibili e rappresentati in Caucci: l'ubbidiente e il ribelle, l'ottimista e il dubbioso, il ragionatore e il passionale che convivono in lui; «Il proprio 'io' non è tutto, – commenta l'a. – se più o meno inconsciamente e continuamente sei sopraffatto dalle idee dell'altro» p. 42). Nel sottotitolo poi l'a. si presenta come un novantenne qualunque, che è una definizione ironica (è vero che i novantenni sono in aumento, ma forse un novantenne che scrive così non sarà proprio qualunque)...

Insomma. Un eminente anconetano, un grande medico, un uomo che ha attraversato da protagonista il secolo XX, scrive, a un'età certo avanzata della sua vita; lo fa perché ha molte cose interessanti da raccontare.

Ma come scrive? E soprattutto, per chi? «Questo soliloquio – dice più volte –, questo parlare con me stesso mi diverte...» (197, sett. 2006). Scrive con sovrana libertà e senza autocensure, come gli anziani che hanno sostenuto con successo le prove della vita sono autorizzati a fare. Scrive di ciò che gli accade, in una vecchiezza lucida e vivace, e senza sciocche illusioni, eppure sempre aperta a ciò che gli accade intorno; ma soprattutto scrive di ciò che ricorda della sua vita, senza seguire tracce prefissate. E moltissimo ricorda, evocando persone, fatti, e i luoghi più caldamente amati e quelli che sono stati avversi (pochi ma terribili, quelli della prigionia in Germania dal '43 al '45, si veda più oltre).

Manlio Caucci (come, mi risulta, quasi tutti i medici) ha coltivato la memoria (dopo un'infanzia felice ma non particolarmente studiosa) per imparare come si deve il suo mestiere. E ha in effetti una memoria che a me pare portentosa. Ciò che è importante per questo libro, è che la sua memoria non riguarda solo la sua competenza professionale, di grande chirurgo e di bravo diagnostico. Ciò che è più speciale, e io direi anche più ammirevole, è la larghezza della sua memoria e, se si può dirlo, la sua profondità.

C'è un mondo esteso e profondo che la memoria di Caucci sa evocare e descrivere con una passione non certo consona



e possibile a tutti: il suo mondo familiare, anche segnato all'inizio dal dramma (i genitori morirono prima che lui fosse adolescente a breve distanza l'uno dall'altro), ma sempre numeroso e ricco di affettività; una forte disposizione all'amicizia, e all'attenzione e apertura per la componente femminile del mondo, sentita come offerta della bellezza complice e amorosa; un occhio pronto a cogliere le meraviglie della natura, e a prendervi posto senza difficoltà – anzi godendone i particolari (il mare è l'ambiente più familiare e descritto in tanti aspetti – ed è il simbolo di Ancona e dei suoi dintorni, e tocca anche Senigallia e le Tremiti). Ma c'è molto di più: la memoria acquista valore anche nella dimensione del tempo, come ricordo acuto di ciò che c'era e ora non c'è più. Per cominciare ad ascoltare la voce del ricordo di Caucci varrebbe la pena di leggere, per esempio, il dettagliato racconto che egli fa della "battitura" e "trebbiatura" del grano, come venivano effettuate nelle campagne dell'anconetano ancora negli anni '40 e '50 (alle pp. 93-95, scritte il 24 aprile del 2006). Si trattava di un'operazione (legata precisamente all'uso collettivo di grandi macchine, allora moderne) che coinvolgeva più poderi, alla quale partecipavano le famiglie dei mezzadri, e anche i loro parenti cittadini. Quelli che hanno visto e partecipato a questi grandi lavori e riti contadini non possono certo dimenticare il senso di solidarietà sociale e insieme di identità che era prodotto in quelle occasioni. La descrizione che ne fa Caucci è quasi un brano da antologia identitaria, e un documento di rispetto e amore per una realtà storica vissuta. Ma è anche troppo lungo per una presentazione sintetica del libro.

Provo invece a leggere un passo più breve, anche questo di memoria di un rito, però soltanto cittadino, riguardante l'antico mestiere del "lustrascarpe". Invito chi ascolta a notare l'attenzione e la cura della descrizione, basata su una memoria lontana:

«... Le scarpe sono un bene prezioso, lo erano specie "allora", quando si camminava di più! Anche a Roma c'erano i "lustrascarpe". Me ne ricordo uno in particolare, sotto la Galleria in piazza Colonna. Una grande sedia a braccioli su un ripiano, sembrava un trono, un monumento. Alla base un appoggio piedi, arnesi vari, una grande cassetta piena di spazzole, boccette, scatolette, tutto in ordine, e uno sgabello per lavorare seduto. Il lustrascarpe era un omino con i capelli grigi, indossava un camiciotto nero lungo sin sotto le ginocchia, con due grandi tasche dalle quali penzolavano degli straccetti quasi bianchi! Mi fermavo davanti a quel trono sempre molto incuriosito. Dopo che il cliente si era assestato comodamente su quel seggiolone, il lustrascarpe prendeva, religiosamente, un piede alla volta, e lo depositava sui reggi-scarpa, era quasi un rito. Un'attenta osservazione alla scarpa, un momento di riflessione e di esitazione per programmare il suo lavoro, poi una spazzolata veloce ed una insaponata schiumosa e un lavaggio abbondante. Accurata asciugatura della scarpa. Poi con grande abilità, quasi da prestigiatore, dopo aver impomatato bene la scarpa, tirava fuori da una cassetta uno, due, tre spazzole che adoperava velocissimo. Una sosta, uno sguardo soddisfatto e

infine una lucidata alla punta della scarpa con un passaggio di un panno morbido, quasi una carezza. "Il signore è servito". La scarpa brillava in punta come una 'perla' ...» (p. 192)

Non si tratta di un pezzo letterario di bravura, come pure potrebbe sembrare. È piuttosto un'osservazione affascinata e quasi scientifica, ma accompagnata da un sentimento e da un impegno: ciò che è umano è comunque serio e degno di rilievo. Ma, appunto (facciamo bene attenzione), questa memoria non è tutto. Segue un breve capoverso autobiografico, che dà una svolta sorprendente a tutto l'insieme:

«Da bambino ho sempre desiderato di potermi sedere su quella sedia monumentale e anche di poter fare il lustrascarpe! Veramente non mi sono mai fatto pulire le scarpe da nessuno, neppure gli stivali dall'attendente quando ero ufficiale. Non solo perché nessuno mi avrebbe soddisfatto, ma forse perché lustrare le scarpe altrui l'ho sempre considerato un atto di servilismo che mi ha dato sempre fastidio».

Niente da commentare, non è vero? La memoria che ravviva i fatti, anche quelli che paiono poco significativi, richiama per Caucci scrittore un quadro più complesso: in questo caso avvisa che la persona che ricorda reagisce sul piano morale quando pensa a rapporti inuguali tra gli esseri umani. Sempre, ogni volta che il libro parla in modo dettagliato di un ricordo, entra in gioco anche un giudizio; o, se vogliamo parlare di ciò che davvero conta per l'autore, entra in gioco una valutazione generale (e qualche volta, viene da pensare, persino una diagnosi).

Ma ora, dopo aver indicato dove e in qual modo la memoria di Manlio Caucci agisce normalmente come produttrice di racconti vivi e interessanti (anche se, in apparenza, occasionali), sarà opportuno allargare lo sguardo a due altri aspetti centrali del libro: da una parte la relazione dell'a. con la sua professione, dall'altra quella con la storia italiana a lui contemporanea.

Si tratta di questioni cruciali, sulle quali certo io non ho informazioni e competenze sufficienti. Ma nel libro (e com'è naturale nella memoria dell'uomo e quindi nella scrittura) la passione per la medicina e i motivi della scelta iniziale e delle scelte che seguirono, vengono chiarite con assoluta chiarezza: trovo in particolare realistica la posizione, umile e coraggiosa insieme, che vede in particolare nella missione del medico-chirurgo una lotta sempre e comunque incerta con la malattia contro la morte. Nessuna illusione, malgrado il continuo progredire degli strumenti e delle metodiche, è giustificata, nessuna 'distrazione' o sottovalutazione è consentita. Ma in più per Caucci, che ha continuato a operare fino a 20 anni fa, e in particolare è stato chirurgo pediatrico innovatore, conta in maniera fondamentale il rapporto umano e umanistico (se è possibile usare un termine fuori contesto) con la persona malata.

Non è necessario certo invocare in questa sede la stima per il professionista. A me, vissuto in Ancona dal '45 al '60 e ritornatoci spesso fino a dieci anni fa, quella stima è sempre stata chiara. Ma dal libro che esce quest'anno risulta

direttamente il fondamento di quella stima, leggibile nella forza comunicativa di ciò che il chirurgo dice sulla sua pratica professionale. Quello che gli anconetani si sono trasmessi nell'ultimo mezzo secolo sul professor Caucci è noto. Ora ciò che si legge in questo libro lo conferma, senza toni trionfalistici, anzi con la sobrietà di chi sa bene di cosa parla.

L'altro discorso, quello sulla storia, è più complicato. Manlio Caucci dichiara più volte di essere rimasto estraneo alla politica. E facilmente vero sarà il fatto che, a parte l'iscrizione obbligatoria al PNF per chi studiava all'Università di Roma, Caucci non abbia mai fatto parte dei partiti politici del dopoguerra. Ma certo Manlio Caucci è un testimone che, nella sua vicenda rimasta per lo più privata, ha partecipato a tutto il percorso tragico della nostra vicenda nazionale. A Roma, da bambino tra i 6 e 7 anni, ha visto e percepito, nel 1922, la prima vittoria del Fascismo di Mussolini. Come era ovvio per chi veniva da una famiglia borghese, spaventata dal biennio precedente, la vittoria di Mussolini non sarà stata accolta male; certo la famiglia era nazionalista (e monarchica) più che fascista (lo dice già bene l'immagine della camicetta azzurra che Manlio ha visto indossata dalla sorella maggiore). In ogni modo la crescita del giovane negli anni del fascismo non fu certo di impegno approfondito delle ragioni politiche. Eppure non c'è motivo di dubitare che la sua persuasione, al momento degli studi medici romani, fosse già più vicina a pensieri socialisti o addirittura anarchici che fascisti (sebbene egli ricordi la sua presenza a piazza Venezia il 10 giugno del '40, per la dichiarazione di guerra, peraltro obbligatoria).

Ciò che è sicuro è che, nel '43, il giovane dottore era ufficiale di complemento sul fronte balcanico, e che dopo l'armistizio dell'8 settembre fu catturato dai tedeschi presso le Bocche di Cattaro. Deportato in Germania, fu tra le molte migliaia di militari italiani che rifiutarono di collaborare con i tedeschi e Salò, e che per questo furono internati in lager in cui le condizioni di detenzione erano disastrose, tanto che molti vi persero la vita. Di quella drammatica vicenda (dalla quale uscì molto provato) scrisse una storia per appunti, anch'essa

pubblicata nel libro che ora commentiamo.

Ebbene, questo pesante carico di tragedia che era stata la guerra, Manlio Caucci fece un grande sforzo per dimenticarlo, al rientro: «Avevo gettato un velo nero su quei due anni della mia vita» (p. 301). La rimozione non era del tutto riuscita, evidentemente; ma la forza di una vocazione aveva superato quella drammatica memoria – lasciando spazio a tutto il resto.

Ma forse il commento deve provvisoriamente fermarsi qui. Per rendere l'omaggio che mi preme dare a questo testimone complesso e forte della nostra storia, non trovo di meglio che citare ancora un breve passo, il racconto dell'arrivo in Ancona dalla prigionia tedesca, avvenuto il 6 agosto del '45. I prigionieri italiani non erano più controllati dai tedeschi dal 16 aprile; ma le condizioni della stessa Germania e il disordine civile che aveva accompagnato la fase finale della guerra avevano rallentato e reso estremamente duro il rientro in Italia. Caucci si separò con commozione dal suo ultimo compagno di viaggio alla stazione di Ancona.

Lasciamogli ora la parola: «Mi avviai così solo verso casa, stanco, con la mia divisa lacerata, disperato, non avevo notizie dei miei da più di un anno. Giunto a Porta Pia mi apparve all'improvviso il desolante spettacolo della distruzione della mia vecchia Ancona bombardata. Mi appoggiai ad una colonnina lì vicino ad una fontanella [...] La vecchia Ancona non c'era più. La visione del Duomo su tante macerie, rimasto miracolosamente intatto, mi riportò alla cruda realtà e piansi. Mi lavai il viso con violenza con quel filo d'acqua che scorreva da quella fontanella...» (p. 389).

Questo drammatico momento finale, alla curva di Porta Pia, familiare per ognuno che sia nato o cresciuto qui, non cancella, anzi rende più nobile e familiare il profilo di questo anconetano. Ma ci fa anche tutti più coscienti del dolore e della fatica del mondo.

Piero Floriani
Università di Pisa



Questo numero di *Lettere dalla Facoltà* viene pubblicato grazie ad un illuminato e generoso contributo di Angelini Acraf Spa



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-Winklhofer, H. Biedermann "Le livre de signes et des symboles." Progetto Grafico Lirici Greci Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche

Anno XIV - n° 5
Settembre - Ottobre 2011
Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Antonio Benedetti

Comitato Editoriale
Francesco Alo', Francesca Campolucci, Fiorenzo Conti, Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini, Michele Urso Russo

Redazione
Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti, Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli