



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Il processo di europeizzazione delle Facoltà di Medicina include, tra l'altro, la definizione di un *core curriculum*, ossia l'identificazione dei saperi minimi e delle abilità cliniche essenziali che dovrà possedere il medico che opererà nel contesto europeo.

Per la novità e l'importanza del tema abbiamo riservato ad esso il *Dossier* di questo numero pubblicando uno scritto di Luciano Vettore, Presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica e membro del Gruppo di studio della Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea che ha realizzato per il corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, la prima proposta italiana di *core curriculum*; una proposta sulla quale le Facoltà dovranno esprimersi per giungere ad un programma nazionale di riferimento.

La formulazione di quest'ultimo riveste per altro un grande interesse, non solo ai fini dell'armonizzazione dell'apprendimento attraverso obiettivi e programmi condivisi ma anche perché agevolerà i futuri medici nel superamento di due importanti tappe che li attendono, l'Esame di Stato e la prova di ammissione alle Scuole di Specializzazione; prevedono infatti entrambi la risoluzione di un discreto numero di quiz, ben 180 per l'Esame di Stato e 60 per le Scuole di Specializzazione, quiz che non potranno che essere costruiti sul *core curriculum*. Si può prevedere come il *core curriculum* finirà con l'influenzare anche i programmi di insegnamento e le loro verifiche, che non potranno non tenere conto di questo punto obbligatorio di arrivo.

Appare opportuno a questo punto, sottolineare come il *core curriculum* che la Conferenza ha preparato (pubblicato su *Med. Chir.* 1, 547, 2002 e sul relativo sito) contiene circa i 2/3 delle unità didattiche di base e quindi dei rispettivi crediti formativi: assicura in altri termini quella libertà di azione che consenta alle Facoltà di esercitare la propria autonomia didattica.

L'applicazione del *core curriculum* richiama alcune riflessioni sul modo di realizzare l'altro aspetto didattico, quello elettivo, introdotto quest'anno nel corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia ma che dal prossimo ottobre interesserà anche le lauree delle professioni sanitarie e tra un anno le scuole di specializzazione.

Ora, partendo dal concetto che l'offerta deve essere almeno tre volte superiore alla domanda didattica, proprio perché questa sia "elettiva", ovvero consenta allo studente ampi margini di scelta e quindi di personalizzazione del proprio percorso formativo, si comprende quanto gravoso sarà l'impegno delle Facoltà per organizzare questa straordinaria offerta didattica.

Prof. Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

EDITORIALE	2
Il Giuramento di Ippocrate di Vivian Nutton	
VITA DELLA FACOLTÀ	10
L'insegnamento dell'Inglese scientifico nel Corso di Laurea per Infermiere	
DOSSIER	13
Core Curriculum di Luciano Vettore	
FACOLTÀ E TERRITORIO	19
Il Medico di Medicina Generale nella società in trasformazione di Fulvio Borromei	
MEMORIA ED ATTUALITÀ DELLA MEDICINA	22
La Gastroenterologia nel terzo millennio di Antonio Benedetti	
OSSERVATORIO	28
Sfida alla Scienza o della Scienza? Connessioni di Graziella Biagini	
RIUNIONI E CONGRESSI	29
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	30
a cura di Ugo Salvolini	
IL LIBRO	31
Memoria ed Attualità della Medicina	
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	32

**VIVIAN NUTTON***Professore di Storia della Medicina
Wellcome Unit, University College, London

Letture svolta presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona, il 28 maggio 2002, per il ciclo di conferenze "a Medicina, di sera".

Molti anni fa, il mio primo corso all'Università di Cambridge è stato dedicato alla storia dei Greci in Occidente. È una storia in cui Ancona gioca un ruolo tutt'altro che trascurabile. Sono grato alla Facoltà di Medicina di Ancona per avermi invitato qui a parlare davanti a voi e per avermi dato così l'opportunità di osservare personalmente i segni lasciati dalla civiltà ellenica.

È dunque molto appropriato da parte mia aver scelto come tema quello che senza dubbio è il più famoso documento della medicina occidentale: il Giuramento di Ippocrate. Non ci può essere nessuno, in questo auditorio, che non ne abbia sentito parlare.

Molti certamente vi si saranno richiamati e molti avranno anche prestato giuramento; è un documento venerato come fondamento essenziale dell'etica medica oppure deriso come sorpassato e irrilevante. Da più parti, nei mezzi di comunicazione e nelle organizzazioni dei medici, ci sono richieste per

rivederlo o sostituirlo ed è in corso un acceso dibattito per decidere in cosa dovrebbe consistere questa sua sostituzione.

Il Giuramento di Ippocrate

In questo agitarsi di moralità medica e nonostante anni, se non secoli, di sforzi filologici, tuttavia restano ancora domande alle quali non è stata data una risposta adeguata. Questo potrà sorprendervi; ed io spero proprio di condurvi in un viaggio sorprendente, alla ricerca delle risposte a tre domande apparentemente molto semplici: la prima, "Che cosa era il Giuramento di Ippocrate?"; poi "Chi lo giurò?"; e in ultimo, in breve, "Che cosa pensava di esso il pubblico non medico?"

La risposta alla prima domanda, che cosa era il Giuramento d'Ippocrate, a prima vista sembra molto facile. Si tratta di un brano in prosa, di breve lunghezza, scritto in un particolare dialetto del greco antico, che ci è stato trasmesso attraverso i secoli insieme ad altri scritti associati al nome di Ippocrate di Cos. Ippocrate come personaggio storico fu il più famoso medico dell'antica Grecia e insegnava medicina, forse ad Atene, intorno al 420 a.C. Che egli sia oppure no l'effettivo

autore del Giuramento non ha alcuna importanza per quello che devo dire, tranne per un singolo aspetto, e da questo punto di vista è un'eccezione importante, cioè se il Giuramento fosse realmente opera di Ippocrate, ci sarebbe un collegamento stretto tra un documento fondamentale dell'etica medica e un uomo che, per dirla come uno scrittore romano, fu il primo a separare la medicina dalla filosofia, a dare alla medicina la propria indipendenza.

Come documento è una combinazione frustrante di generale e particolare. Alla frase apparentemente specifica "Non darò ad una donna un pessario abortivo" segue immediatamente la vaga e totalizzante affermazione che il medico preserverà la propria vita nella purezza e nella santità. Rappresenta un contratto che si può firmare e nello stesso tempo l'impegno ad uno stile di vita d'alta moralità e di purezza nel rapporto con gli uomini e di pietas verso gli dei.

All'interno del Giuramento ci sono tre differenti elementi: il prologo e la conclusione di carattere religioso, dove si invocano gli dei a testimoni e a garanti dell'eventuale punizione; in secondo luogo, un elenco dei doveri verso i propri maestri e la loro famiglia ed infine le prescrizioni etiche più generali di aiutare i malati e di astenersi da una vasta serie di attività pericolose, mortali o immorali.

I filologi hanno ricostruito la forma originale e il testo del Giuramento così com'era intorno al 400 avanti Cristo, ma questo è molto lontano dal costituire l'intera storia: perché, qualunque fosse l'intenzione del suo autore, se c'è un aspetto che ha caratterizzato il Giuramento di Ippocrate nel suo passaggio attraverso i secoli è stata proprio la sua fluidità, il suo essere modificabile. Ben lontano dall'essere un documento formale e fisso, è stato costantemente modificato per varie ragioni. Quelli che si appellano alla longevità del Giuramento per sostenere la propria causa dovrebbero stare attenti alla sua camaleontica abilità di mutare.

Ma di che tipo di cambiamenti stiamo parlando? In primo luogo, cambiamenti nel linguaggio. Il Giuramento, come ho già accennato, è scritto in un dialetto locale del Greco antico e con il passare del tempo, poiché la lingua greca stessa cambiava, diventava sempre più incomprensibile. Di conseguenza i copisti, volontariamente oppure per caso, alterarono il testo del Giuramento per renderlo conforme alla lingua greca corrente. Il più antico frammento esistente del Giuramento, proveniente dall'Egitto e scritto su un papiro intorno al 300 dopo Cristo, mostra già i segni di questa normalizzazione del testo, e diversi dei nostri manoscritti sono accompagnati da glosse per spiegare parole difficili.

Di gran lunga più interessanti dei cambiamenti nelle parole sono i cambiamenti nella sostanza. Alcuni di essi erano ovvi e semplici: la lunga lista d'appello degli Dei con la quale si apre il Giuramento, Apollo medico, Asclepio, Igea, Panacea e tutti gli altri dei e le dee, non aveva un posto nell'universo ebraico, cristiano o musulmano e quindi furono sostituiti o inte-

* Vivian Nutton è professore di Storia della medicina alla Wellcome Unit dell'University College di Londra. Ha scritto numerosi saggi di storia della medicina dall'antichità al Cinquecento, e ha curato un'ampia sezione da Omero a Vesalio in un volume sulla Tradizione medica occidentale (800 a.C. - 1800 d.C.). È autore di due edizioni di Galeno, pubblicate entrambe nella serie del Corpus Medicorum Graecorum di Berlino.



grati con cura dalla forma appropriata di divinità. Il Giuramento arabo inizia con l'invocazione ad Allah, il Signore della vita e della morte, dispensatore della salute, creatore della guarigione e di ogni cura, prima di invocare Asclepio e tutti i santi di Dio, maschi e femmine. In vari manoscritti greci, il Giuramento è scritto in forma di croce, con invocazioni cristiane al posto di quelle pagane, in una doppia cristianizzazione.

Ancora più significativo è, però, quello che succede nella seconda sezione, dove il futuro medico giura di onorare il maestro come i suoi stessi genitori e di renderlo partecipe dei propri mezzi di sussistenza, di dividere con lui il proprio denaro, quando questi si trovasse in stato di bisogno, di considerare la famiglia del maestro come la propria e di insegnare ai suoi figli gratis e senza contratto. In qualità di docente che insegna a studenti di medicina mi sento in obbligo di manifestare il mio vivo interesse per il mantenimento di questa sezione del Giuramento più di tutte le altre, e mi auguro in questo modo di ricevere assistenza da parte loro nella mia vecchiaia. D'altra parte, mentre un simile giuramento potrebbe essere stato appropriato in una società in cui i legami familiari e di corporazione erano forti, in cui l'autore del Giuramento si preoccupava di mantenere i segreti della medicina all'interno di un gruppo semi-familiare, i medici di epoche successive non erano più così desiderosi di fornire sussidi ai loro anziani maestri, anche lasciando da parte i figli, i fratelli, le sorelle e tutti i loro zii e cugini. Così, un copista molto antico rimosse ogni riferimento alla dipendenza economica del maestro, e in quella che alcuni studiosi hanno chiamato la versione cristiana del Giuramento questa seconda sezione scompare del tutto. Il futuro medico non ha più alcun tipo di obbligo, finanziario o di altro genere, nei riguardi dei suoi colleghi o maestri, e il patto per cui dovrà insegnare senza remunerazione è sostituito dall'obbligo di insegnare senza contestazioni.

La stessa versione cristiana presenta altri due cambiamenti: il divieto relativo all'aborto è rafforzato perché si elimina ogni accenno al fatto che l'unica cosa vietata era somministrare un pessario abortivo. Vi ricordo che l'aborto non era proibito nell'antichità, e altrove nel *Corpus Hippocraticum* sono descritti con approvazione vari metodi per procurare un aborto, compreso l'uso di farmaci. Ma ora, in questo nuovo contesto religioso, la parola "pessario" viene fatta cadere e la sezione è unita alla frase successiva sulla chirurgia oppure, secondo l'opinione di alcuni, la sostituisce. Al medico non è più vietato l'uso del bisturi, ma è vietato solo ciò che può causare un aborto, comunque esso sia applicato dall'alto o dal basso.

Comunque, non è solo nel Medio Evo - da cui ho tratto la maggior parte dei miei esempi - che il Giuramento subisce delle modifiche. Nella sua versione inglese del 1586 Thomas Newton riflette la carità elisabettiana, quando trasferisce le raccomandazioni sul pagamento dagli studenti ai pazienti:

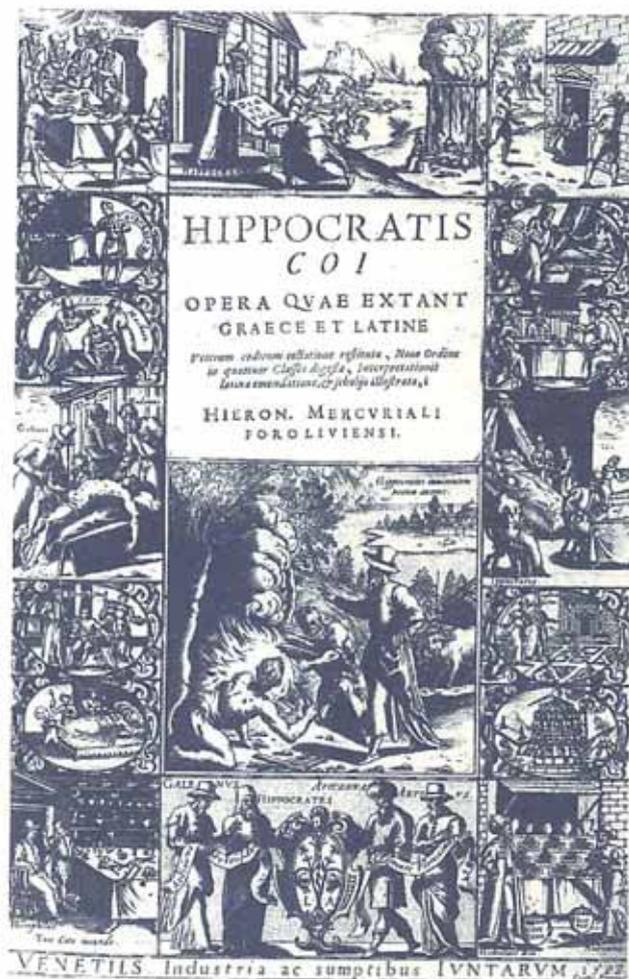


Fig. 1 - Ippocrate che cura la peste di Atene. Frontespizio dell'edizione Giuntina del 1586 delle Opere di Ippocrate.

"Non mi sottrarrò dal consacrare la mia abilità in quest'Arte ai poveri e ai bisognosi, anche senza un accordo certo sul pagamento o un contratto".

Nel diciannovesimo secolo, parole come "santità" e "purezza", con la loro connotazione fortemente religiosa, scompaiono da alcuni testi e traduzioni del Giuramento. Una versione inglese moderna, forse degli anni '30, rende specifiche quelle che nell'originale sono norme generali: così, per esempio, il divieto a un medico di causare deliberatamente, su richiesta, la morte di una persona, è interpretato solo come riferimento al suicidio assistito, mentre l'originale comprendeva sia l'eutanasia sia la partecipazione di un medico a torture, atti di brutalità o assassinio per un tornaconto politico o sociale. Le pratiche illecite legate alla sfera sessuale vengono enfatizzate. La frase su cui è stato versato tanto inchiostro





"Non taglierò con il bisturi, nemmeno per i calcoli" che rappresenta un divieto a ogni forma di chirurgia, viene trasformato in una norma contraria solo e soltanto alla litotomia, "nemmeno per pazienti in cui la malattia è manifesta". Perché questa sola procedura d'intervento dovrebbe essere proibita ai medici nel 2002 e permessa ad altri, non è per niente chiaro; quest'ultima clausola, in particolare, sembra essere stata introdotta senza alcuna giustificazione, storica o perfino medica.

Tutto questo indica che il Giuramento di Ippocrate non è e non è mai stato un documento fisso e inalterabile. Nel corso degli anni copisti, pretesi fedeli e pretesi violatori del Giuramento ne hanno modificato il linguaggio e lo spirito iniziali. In particolare, lungi dall'essere il Giuramento ad imporre i propri valori alla società, è stata la società che ha imposto le sue interpretazioni e i suoi valori su quello che il Giuramento è e su ciò che rappresenta; è stato costantemente modificato per adeguarlo alle esigenze, alle preoccupazioni e qualche volta ai pregiudizi della parte più ampia della società. Per appellarsi alle eterne verità del Giuramento si deve selezionare bene ciò che queste verità devono essere e rimuovere, ritradurre o quantomeno trascurare i passaggi non adatti alla società contemporanea. Di qui il paradosso che una persona potrebbe anche approvare la sensibilità morale di coloro che invocano un ritorno ad Ippocrate e nello stesso tempo disapprovare la loro logica, che cerca di imporre una versione mista ed eterogenea, proprio di quel Giuramento che essi venerano. Questa è dunque la mia prima affermazione.

La seconda affermazione è forse ancora più sorprendente, considerando che l'importanza del Giuramento di Ippocrate come documento da giurare formalmente nelle cerimonie e nelle procedure per diventare medici è un'idea che caratterizza in larga misura proprio il ventesimo secolo. Non voglio dire che alcuni, in determinati luoghi e momenti storici, non abbiano prestato il Giuramento di Ippocrate, o che ricorrere a un giuramento di questo tipo non sia stata una parte frequente delle cerimonie di immatricolazione o di laurea. Piuttosto, vorrei sottolineare che il Giuramento di Ippocrate in quanto Giuramento vero e proprio ha avuto in sostanza un ruolo abbastanza marginale nella medicina fino a tempi recenti.

Quelli di voi portati a credere che i medici greci prestassero solennemente il Giuramento di Ippocrate, magari seduti a Cos sotto l'altrettanto dubbio albero di platano, potrebbero essere colpiti dal dover formalmente rinunciare ad una convinzione molto cara. D'altra parte, quasi tutti i classicisti accettano l'idea che molti medici Greci e Romani nella loro pratica e nella loro etica non seguissero affatto il Giuramento di Ippocrate. Essi infatti prestavano aiuto per suicidi e aborti, senza subire per questo alcuna condanna. Ippocrate stesso insegnò per denaro. Si effettuavano complessi interventi chi-

rurgici, anche di litotomia, senza nessun rimorso. Si seguiva, insomma, un'etica del risultato: qualunque cosa potesse aiutare il paziente era ipso facto morale. In breve, il Giuramento di Ippocrate non è rappresentativo del pensiero medico greco; riflette le idee di un gruppo ristretto, non quelle dei medici e di chi forniva cure in generale. Fu e rimase sempre un Giuramento per una minoranza, qualunque fosse l'aspirazione del suo autore.

Di certo non fu mai imposto come qualifica necessaria per esercitare. Quando intorno al 47 d.C. un medico siciliano di nome Scribonio Largo sedette a scrivere il suo trattato di farmacologia, invocò invano il ritorno al Giuramento di Ippocrate ed alla disciplina morale che questo implicava: come anziano soldato, era affascinato da quell'immaginario di tipo militare. Nella sua prospettiva essere un medico, dichiarare di essere medico - che è esattamente ciò che significa la sua frase, *'professio medici'* - avrebbe dovuto implicare necessariamente tutti gli obblighi morali che nel Giuramento sono descritti in dettaglio; la moralità del medico va di pari passo con il suo lavoro: egli agisce moralmente perché è un medico. Questo è un potente appello a ciò che i filosofi morali chiamano etica deontologica: far parte di un gruppo impone ai membri determinati obblighi che non sono necessariamente imposti alla società in generale. Nello stesso tempo, però, Scribonio chiarisce bene che la realtà è molto diversa: non ci sono giuramenti, né sistemi di disciplina medica, né norme morali; c'è un settore medico privo di regolamentazione, in cui i medici vengono soppiantati da quelli che semplicemente riempiono il malato di farmaci. Nell'ottica di Scribonio, un ritorno al Giuramento di Ippocrate con il suo messaggio morale - stavo per dire pubblicitario - dovrebbe portare con sé senza dubbio i pazienti paganti.

La descrizione di Scribonio dello scenario della medicina nel suo tempo è accurata. Nell'antichità non c'erano esami di abilitazione da superare, né associazioni né Facoltà. Di fatto, tutto ciò che era necessario a quei tempi per diventare medico era la propria *'professio'*, una dichiarazione che si era medici. Lo testimonia una causa legale del 124 nell'Egitto romano, quando un medico chiamato Pasantis si appellò al governatore dopo che la sua comunità locale gli aveva abolito i privilegi fiscali accordati per legge a tutti i medici. "Forse è perché tu sei un pessimo medico" ironizzò il governatore. "Tuttavia" - questo è il punto cruciale - "torna al tuo distretto locale, presentati di fronte all'ufficiale delle tasse del luogo e semplicemente affermando che tu sei un medico riacquisterai tutti i privilegi che hai perso". Nient'altro era richiesto, solo una *'professio'*, un *'affidavit'*, che poteva essere controllato se necessario.

Mezzo secolo dopo, verso il 200 d. C., il grande medico Galeno di Pergamo scrisse un commento al Giuramento di Ippocrate, di cui sopravvive una parte in traduzione araba. I suoi contenuti mostrano una cultura straripante. Se volete sapere, per esempio, perché Asclepio è spesso ritratto accom-



pagnato da un serpente, ve lo dirà Galeno: perché i serpenti non dormono mai - come i medici moderni del turno di notte - e ciò rappresenta l'eterna vigilanza del medico. Ciò che manca in questo commento - così come da qualunque pagina delle 20.000 che compongono gli scritti di Galeno - è una qualsiasi indicazione che il Giuramento di Ippocrate venisse giurato realmente, in quel tempo. Quando Galeno, come fa spesso, si richiama ad Ippocrate per istruzioni sul comportamento che dovrebbe tenere un medico, non è al Giuramento che guarda, quanto piuttosto alla pratica di Ippocrate: ad Ippocrate che trattava principi e poveri allo stesso modo, ma rifiutò di curare il re di Persia, nonostante la promessa di un enorme pagamento, perché ciò avrebbe significato curare un nemico della sua patria. Galeno mette in evidenza l'ammonimento di Ippocrate ad avere cura del proprio abbigliamento, delle buone maniere, del modo di esprimersi, delle unghie e perfino dell'acconciatura dei capelli. Un buon comportamento, un vestito appropriato, il saper dire una battuta al momento giusto e il rifiuto di piegarsi ai capricci mutevoli della moda (niente riccioli fluenti o teste rasate per Galeno), tutto questo darà al paziente la fiducia necessaria alla guarigione: è un interesse per se stessi, non una moralità imposta, che potrà dare il via al comportamento che meglio garantisce la salute del paziente. Se si tiene conto della devozione di Galeno, di fatto una sorta di consacrazione ad Ippocrate, questo silenzio sul Giuramento come condizione essenziale dell'esercizio della professione è molto eloquente.

Ma qualche altro gruppo nell'Antichità ha mai prestato il Giuramento di Ippocrate? Spesso si è pensato che negli scritti di due autori cristiani era implicito che tutti gli studenti di medicina prestavano questo giuramento nel tardo quarto secolo dopo Cristo. Il primo scrittore, san Girolamo, afferma che Ippocrate obbligava i suoi alunni con un giuramento ad adottare certe regole di condotta, con riferimento al silenzio, al modo di parlare, al portamento, al vestiario e al carattere; ma il modo di parlare, il portamento e i vestiti non fanno parte del Giuramento come noi lo conosciamo e, dal mio punto di vista, Girolamo sta solo mettendo insieme quello che sapeva del Giuramento con il passo delle 'Epidemie' che forma la base delle idee di Galeno che ho discusso un momento fa. Girolamo stava immaginando una situazione passata, non descrivendo la realtà del suo tempo. L'altro passo è ancora più eloquente: San Gregorio di Nazianzo afferma che suo fratello Cesario era di così elevata moralità come medico e così buon cristiano che "non aveva bisogno di Ippocrate che gli facesse prestare il Giuramento". Gli storici hanno dibattuto a lungo su che cosa precisamente implicassero le parole di Gregorio, ma ancora non sono chiari due punti: Cesario non prestò il giuramento e, dato che Gregorio tace su un argomento così delicato, certo non dovette affrontare nessuna imposizione e giurare. In altri termini, se il Giuramento era adottato da alcuni studenti di medicina, lo era in base a una scelta privata e personale. Gregorio comun-



Fig. 2 - Un papiro del Giuramento di Ippocrate scritto in Egitto intorno al 275 a.C. (POxy 2547).

que non era uno sciocco; e se il Giuramento è mai stato comunemente adottato, allora è proprio l'Alessandria del quarto secolo, dove Cesario studiò medicina, che rappresenta il più probabile luogo, la più probabile epoca e di fatto anche la motivazione. Alessandria d'Egitto fu per secoli il più grande centro di medicina del mondo. Come disse un contemporaneo, fu il fondamento della salute per tutti gli uomini. I suoi insegnanti professavano la medicina di Ippocrate così come fu spiegata e interpretata da Galeno; vivevano e respiravano Ippocrate, quello che Temkin ha chiamato la religione di Ippocrate. E' proprio nell'Alessandria del quarto - quinto secolo che troviamo la più vigorosa opposizione pagana al Cristianesimo, che incluse spesso dei massacri e perfino delitti. Possiamo bene immaginare degli studenti di medicina non



cristiani e i loro professori che procedono insieme sotto la protezione di Asclepio ed estremizzano il loro paganesimo per reazione alle persecuzioni che subivano da parte dei cristiani. Che bisogno abbiamo della moralità cristiana, poteva dire un Gregorio pagano, se noi abbiamo il Giuramento di Ippocrate? Si può essere tentati da questa ipotesi; ma non si dovrebbe perdere di vista il punto essenziale. Prestare il giuramento era comunque un'opzione, una scelta forse adottata da una minoranza in un certo luogo e in un determinato periodo. Anche se abbiamo prove che il Giuramento era largamente conosciuto e ammirato, non fu mai imposto per legge o per consuetudine, né nella Grecia pagana e a Roma, né tantomeno nel mondo musulmano, o nell'Europa medievale. Perfino quando le autorità esigevano che i medici fossero in qualche modo qualificati, non invocarono né imposero mai il Giuramento di Ippocrate.

Piuttosto, se troviamo davvero una qualche forma di giuramento o di *'affidavit'* etico, lo troviamo in una dichiarazione più ristretta e - per così dire - più professionale. Era una forma di descrizione del lavoro, in cui il candidato giurava di mantenere alto il buon nome e le tradizioni del suo *College*, dell'Università, o di un'altra istituzione. Vi si prometteva obbedienza all'autorità competente, che fosse un re, un vescovo, o un'amministrazione comunale; spesso era descritto in dettaglio ciò che ci si aspettava dal futuro medico o chirurgo, che cosa questi poteva prescrivere, dove poteva praticare la professione, quando e come poteva visitare il malato, perfino a volte l'ammontare delle parcelle. Mentre ci potevano essere echi del Giuramento di Ippocrate nel linguaggio e nello spirito generale, questi Giuramenti *'professionali'* erano formulati tanto per il benessere delle istituzioni che per quello del paziente. Il Giuramento prescritto dagli statuti del London College di Medicina nel 1555 impegna i suoi membri a perseguire legalmente tutti gli empirici e i ciarlatani, a non prescrivere farmaci costosissimi per conquistare il favore dei farmacisti e a leggere entro un anno i primi cinque libri del trattato di Galeno *"Sui semplici"* e i primi otto libri di quello *"Sull'utilità delle parti"*. Dal 1647, il candidato giurava semplicemente di obbedire agli statuti, che includevano un amabile paragrafo sulla "conversazione morale", con la sua proibizione di sminuire l'opinione di un collega attraverso l'espressione del viso, un gesto, o un silenzio sospettoso.

Quando fu, dunque, la prima volta che il Giuramento di Ippocrate fu effettivamente adottato in un'Università o in un College di Medicina? Questa è una domanda tutt'ora senza risposta; qualcuno potrebbe dire che è impossibile rispondere, perché l'adozione del Giuramento potrebbe essersi sviluppata in via informale per iniziativa individuale e le fonti raramente ci permettono di spingere lo sguardo nella dimensione privata e informale dell'esistenza di uno studente di medicina. Che il Giuramento di Ippocrate sia adottato al giorno d'oggi in alcune Università è chiaro; è difficile tuttavia deter-



minare quando è cominciata questa consuetudine. Certe affermazioni in fonti secondarie si sono spesso rivelate infondate o basate su fraintendimenti e le prove aneddotiche sono spesso soggette ad errori. A volte - e specialmente ora - non è nemmeno chiaro quale particolare forma del Giuramento viene formulata. Tutto ciò rende estremamente difficile delineare la storia del modo in cui è stato prestato il Giuramento di Ippocrate.

La prima prova di un certo rilievo che io posso trovare proviene dagli statuti di fondazione della facoltà di Medicina di Wittemberg in Germania, nel 1508; il "Giuramento del medico", composto dal Rettore e dal primo professore di medicina, Martin Pollich von Mellerstadt, incorpora alcune frasi del Giuramento di Ippocrate. Una procedura simile caratterizza anche il Giuramento del Medico dell'Università di Basilea così come è formulato nei nuovi statuti del 1570. Il laureato in medicina formula un Giuramento in nome di "Dio uno e trino, padre di Igea e Panacea", una mirabile commistione di cristianità e classicità che continuò ad essere giurato in questa forma fino al 1868. Secondo lo stesso tipo di stile discordan-





te, i capitoli di questo giuramento combinano le più ampie e altisonanti raccomandazioni morali del giuramento di Ippocrate con i ringraziamenti ai cittadini di Basilea.

Più o meno nello stesso periodo, all'Università di Friburgo qualcuno copiò sulla copertina del Libro degli Statuti una traduzione latina del Giuramento di Ippocrate; se poi il Giuramento fosse effettivamente fatto prestare è ancora in dubbio (qualche eco delle parole del giuramento si può ritrovare anche negli Statuti di Giessen del 1607).

Solo due Università vanno oltre. Dal 1558 il Preside della Facoltà di Medicina di Heidelberg doveva prestare il Giuramento di Ippocrate entro un mese dal momento in cui assumeva la carica e promettere pubblicamente di rispettare le sue norme fino alla fine del suo incarico. Da notare che è il Preside, non gli studenti o i laureati, a dover prestare il giuramento, e che i suoi obblighi verso di esso scadono alla fine dell'anno. Solo all'Università di Jena nel 1591 - alcuni hanno suggerito nel 1558 - gli Statuti citano il giuramento come qualcosa da osservare in misura più ampia. Prima di essere ammessi alla laurea, i laureandi dovevano impe-

gnarsi a fare nel corso della pratica professionale "tutto quello che Ippocrate esige nel suo Giuramento e nel suo trattato *Sul medico*", una procedura che continuerà per almeno altri due secoli. Ma perché il sedicesimo secolo, e perché la Germania? La risposta è semplice. La riscoperta della cultura classica nel Rinascimento induceva molti a pensare che il medico ideale del loro tempo dovesse essere l'erede di Ippocrate, tanto nelle parole che nelle azioni. E queste Università tedesche erano davvero all'avanguardia nella rinascita della medicina. I loro professori, che si erano formati in Italia, insegnavano le verità di Galeno e Ippocrate e portavano il nuovo sapere a nord delle Alpi. Perciò, che cosa poteva essere più naturale che associare la fedeltà all'etica di Ippocrate con la lealtà tradizionale al proprio stato e alla propria Università e mostrare nello stesso tempo di essere davvero al passo con gli ultimi sviluppi della medicina?

IL GIURAMENTO DI IPOCRATE

Io giuro su Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e tutti gli dei e le dee prendendoli a miei testimoni che porterò a compimento secondo il mio potere ed il mio giudizio questo giuramento e questo impegno scritto: di ritenere colui che mi ha insegnato quest'arte alla pari dei miei genitori e di avere con lui comunanza di vita e nelle sue necessità di fargli parte del mio; e che la stirpe sua giudicherò alla pari di fratelli in linea maschile e che insegnerò loro quest'arte nel caso che vogliano istruirsi senza onorario ed impegno scritto, e dei precetti e lezioni e di tutto il resto dell'istruzione di farne parte ai figli miei e a quelli di chi mi ha insegnato e agli studenti che si sono impegnati per scritto ed hanno giurato secondo l'uso medico, ma a nessun altro.

Farò uso delle misure dietetiche per il giovamento dei pazienti secondo il mio potere ed il mio giudizio e mi asterrò da nocimento e da ingiustizia. E non darò neppure un farmaco mortale a nessuno per quanto richiesto né proporrò mai un tal consiglio; ed ugualmente neppure darò ad una donna un pessario abortivo. Ma pura e pia conserverò la mia vita e la mia arte. E non procederò ad incisioni neppure su chi ha il mal della pietra, ma lascerò questo intervento agli operatori. In quante case io entri mai, vi giungerò per il giovamento dei pazienti tenendomi fuori da ogni ingiustizia volontaria e da ogni altro guasto, particolarmente da atti sessuali sulle persone sia di donne che di uomini, sia liberi che schiavi.

Quel che io nel corso della cura o anche a prescindere dalla cura o veda o senta della vita degli uomini, che non bisogna in nessun caso andar fuori a raccontare, lo tacerò ritenendo che in tali cose si sia tenuti al segreto.

Portando dunque a compimento questo giuramento e non violandolo mi sia dato di avere il frutto della vita e dell'arte, famoso presso tutti gli uomini per sempre nel tempo, ma trasgredendolo e spergiurando, il contrario di ciò.





Ma cosa troviamo nei Paesi fuori della Germania? Nel 1771, John Morgan, un laureato di Edimburgo, parlando della conferma del primo dottorato di medicina al College di Filadelfia, dichiarò che il Giuramento prescritto da Ippocrate ai suoi discepoli era stato adottato comunemente nelle Università e nelle Scuole di Medicina. Il suo College, invece, che era uno spirito libero nell'ambito delle istituzioni, non aveva bisogno di simili giuramenti; e preferiva legare i suoi laureati solo con i vincoli dell'onore e della gratitudine. Il problema è stabilire se davvero Morgan aveva ragione. Certo c'era una quantità di Giuramenti nel 1771, ma quasi tutti erano del tipo tradizionale di 'lealtà', che vincolava tutti i laureati ad obbedire allo statuto e ai loro capi. Era questo il caso di Leiden e di Edimburgo - nonostante le contrarie affermazioni moderne - ed altrettanto di Montpellier. Dal 1750 in poi anche in Germania si svilupparono giuramenti più specificamente medici, che combinavano insieme la lealtà allo stato e all'università con affermazioni più generali di carattere etico, riguardo a ciò che un medico dovrebbe fare o pensare. I grandi mutamenti di carattere politico, religioso e sociale nel diciannovesimo secolo spazzarono via molti dei vecchi giuramenti di lealtà e nello stesso tempo permisero ai medici di formulare dichiarazioni nelle quali una moralità specificamente medica - si potrebbe dire ippocratica - acquistò un ruolo molto più importante di prima. Così, nel periodo immediatamente successivo alla Rivoluzione Francese, dal luglio 1804, chi si laureava in medicina a Montpellier doveva stare in piedi davanti a un busto di Ippocrate, donato appositamente dal governo francese e, dopo aver recitato il Giuramento di Ippocrate in latino, doveva promettere nel nome di Dio di essere fedele alle leggi dell'uomo e dell'onore nell'esercizio della professione medica.

Questo è, per quello che so, il primo esempio di giuramento effettivamente prestato in un'Università. L'esempio di Montpellier, sebbene senza la minacciosa presenza di Ippocrate, fu seguito più tardi a Parigi e, in un periodo più recente, a Strasburgo. In nessun luogo il richiamo alla moralità nell'esercizio della medicina fu più stridente che negli Stati Uniti; qui, negli anni Quaranta, Cinquanta e Sessanta dell'Ottocento la preoccupazione di imporre codici di etica medica e in particolare il Giuramento di Ippocrate era molto diffusa tra i medici, non ultimo perché il divieto di procurare l'aborto distingueva l'autentico medico da chi operava clandestinamente.

Dal 1880, in ogni caso, questa prima ondata di Giuramento diffuso cominciò a scemare. Ci si lamentava che ai giovani non era più familiare il suo messaggio dove era ancora prestato, come alla Mc Gill University in Canada o al St. Thomas Hospital a Londra; era visto sempre più come un anacronismo, il segno di un'istituzione vincolata alla tradizione in un'età di progresso. Non fu mai adottato nelle

Università più recenti, tanto in Gran Bretagna che nel continente e, dove continuò, fu adottato in forma più leggera. Si chiedevano delle modifiche, un Giuramento di Ippocrate per il nuovo secolo la cui immagine non andasse più contro gli interessi della professione medica. John Round, del Battersea General Hospital a Londra, sostenendo la necessità di sostituirlo, ne rilevò una sfortunata conseguenza, per cui la polizia di Londra pagava un chirurgo veterinario dieci scellini e sei penny per un animale ferito ma solo tre scellini e sei penny un dottore in medicina per una persona ferita e affermò: "Il motivo può essere solo questo, che il chirurgo veterinario è considerato un uomo che si guadagna da vivere, mentre il medico si pensa che esista per il bene pubblico". Si potrebbe dire che la moralità ippocratica può danneggiare seriamente il vostro benessere economico.

Quello che ho fin qui mostrato è che i giuramenti medici e le richieste di restaurazione della moralità ippocratica non rappresentano niente di nuovo. I medici hanno modificato per secoli il Giuramento, come lo ritenevano opportuno, oppure si sono lamentati che le sue raccomandazioni, per buone che fossero state, non si adattavano più alla medicina e alla vita moderna. Anche questa conclusione è però fuorviante perché non considera in che misura questo ritorno ad Ippocrate, ai giuramenti, alle dichiarazioni e alle proclamazioni solenni delle convinzioni etiche dei medici sia soprattutto un fenomeno della seconda metà del ventesimo secolo. I dati raccolti per gli Stati Uniti e il Canada colpiscono particolarmente l'attenzione, a questo proposito. Nel 1928 venti scuole mediche - nessuna in Canada - usavano il Giuramento di Ippocrate o una sua versione, quattordici al momento della laurea, una per la solenne cerimonia finale; una lo riservava solo ai suoi migliori studenti; un'altra, con un certo ottimismo, lo faceva leggere ad alta voce durante una cena. Dal 1965, erano sessantanove scuole mediche su novantasette che avevano un giuramento. Dodici anni dopo, il numero era salito a 108 su 128, e dal 1989 ad almeno 119, 60 delle quali affermavano di far prestare una qualche variante del Giuramento di Ippocrate. La stessa tendenza si nota anche nelle scuole mediche britanniche e nel continente, dove i riferimenti alla moralità impliciti nel Giuramento compaiono nuovamente dagli anni '60 in poi.

Perché questa esigenza di Giuramenti e dichiarazioni e di un ritorno ad Ippocrate? In parte, è il riflesso di una società che sta diventando più formale. Trent'anni fa, quando ero un Preside di College, i giovani chiedevano l'abolizione di spettacoli elitari come le cerimonie di laurea; adesso, mi si dice che corrono in massa a vederli. Questo potrebbe essere un fattore banale, ma non irrilevante. In secondo luogo, molti dei dilemmi morali ai quali oggi si suppone che il Giuramento di Ippocrate possa offrire soluzioni, nel passato non erano per





nulla un dilemma. Il sostrato etico della società Cristiana, Ebraica o Musulmana escludeva l'aborto, l'omicidio medico e l'eutanasia, l'adulterio, perfino la calunnia e il pettegolezzo; e la società imponeva doveri di carità e di cortesia, addirittura di santità. Il Giuramento rafforzava al massimo grado un sostrato morale. Invece, in una società occidentale sempre più laica, dove c'è una gamma crescente di possibili scelte tanto nella condotta personale che nella terapia medica, e dove i problemi che deve affrontare un medico sembrano molto più complessi, il Giuramento e dichiarazioni simili offrono un surrogato dei valori religiosi, un sostituto che acquista in autorità e in stabilità ideale proprio in ragione della sua antichità. Inoltre, annunciano solennemente un orientamento della buona volontà, che va al di là dei contesti formali della legge e degli statuti.

In terzo luogo, c'è l'intera questione della professionalizzazione, di ciò che significa essere un medico. Qui un giuramento prende due aspetti, uno esclusivo, uno inclusivo. Esclude dal diritto di proclamarsi autentici medici coloro che non aderiscono al suo spirito o praticano altre forme di cura. Il Giuramento di Ippocrate distingue i medici da quelli che usavano il bisturi; i primi giuramenti moderni di Università o College difesero i diritti dei loro membri a praticare la professione, contro chirurghi, empiristi, ciarlatani, e simili. Se poi, tra un centinaio d'anni, gli storici assoceranno il recente *revival* dell'interesse per il Giuramento di Ippocrate al boom delle cure alternative di ogni tipo, molte delle quali insegnate e realizzate fuori da strutture mediche, è un pensiero su cui vale la pena di soffermarsi.

Infine, i giuramenti vincolano. Non solo vincolano colui che giura ai suoi doveri, ma lo vincolano a tutti quelli che fanno parte dello stesso gruppo. Nei giuramenti accademici il rispetto per l'istituzione è spesso legato al rispetto per il paziente, in un modo che enfatizza che il benessere dell'uno e la buona reputazione dell'altra sono uniti insieme. Poiché la medicina diventa sempre più specialistica, sempre più frammentata e diversificata nei suoi approcci, queste dichiarazioni di principio servono a costruire dei ponti tra le varie discipline e ad enfatizzare l'unità della medicina sottolineando l'unità dei suoi valori fondamentali. Questi non hanno alcuna funzione legale, sono frequentemente storici, e spesso legati a un grande nome, sia esso di un individuo o di un'istituzione. Sono diventati un simbolo, meta- o sovrastorico e come tali sono immuni da critiche sul terreno dell'accuratezza storica o dell'effettiva importanza. Così può anche contare poco che il Giuramento di Ippocrate sia stato costantemente modificato fin dalla sua creazione e che sia stato raramente giurato - lasciando da parte quanto sia stato rispettato - prima del diciannovesimo secolo. L'obiezione secondo la quale le affermazioni in favore del suo uso proiettano indietro nel lontano passato una situazione che è in larga misura di questo secolo, se non proprio degli ultimi trent'anni, non dovrebbe preoccupare quelli che vogliono formulare un giuramento per il nostro tempo, ma solo quelli che vogliono giustificarlo su basi

storiche. Io provo molta più comprensione per quel gruppo di studenti di medicina di Londra che di recente ha deciso di prestare un proprio giuramento, basato sulla loro concezione di ciò che un medico dovrebbe fare, che non per quelli che continuano a far appello al Giuramento di Ippocrate e alla moralità ippocratica per giustificare le loro preoccupazioni moderne.

Questo è il commento di uno storico, non di un medico, il quale è anche consapevole che spesso, nel corso dei secoli, la risposta del grande pubblico al Giuramento ippocratico e ad altri giuramenti simili è stata negativa. Quei giuramenti sono stati visti come un invito alla cospirazione dei medici per gli omicidi, o come un segno di una specie di sindacalismo da *'closed-shop'*, dove si elimina ogni competizione e solo gli aderenti a un sindacato entrano nell'azienda, un dettar legge dei medici a tutti quelli che si occupano della cura dei malati, e un serrare i ranghi contro il mondo esterno, specialmente davanti ai reclami dei pazienti. Un autore, altrimenti comprensivo verso i medici, ha scritto che "Ippocrate fece prestare un giuramento ai medici per imbrogliare il resto del genere umano".

Inoltre, forse senza ragione, il pubblico ha insistito - e continua ad insistere - sul fatto che un medico dovrebbe essere consapevole dei valori morali ed agire in conformità ad essi. I candidati per incarichi pubblici in Grecia, a Roma e nell'Italia Medievale erano scelti tanto per la loro moralità che per la loro abilità, e il dilemma se preferire un medico onesto ma di capacità limitate a uno più abile ma con meno scrupoli morali risale lontano.

Tuttavia, anche oggi, quando sono stati così spesso ignorati nel nome della politica e, in modo ancora più insidioso, della scienza, i principi di Ippocrate sulla priorità del benessere del paziente e sull'impulso del medico alla cura offrono un orientamento etico che fa eco alle aspettative della società. La riflessione storica suggerisce che le dichiarazioni mediche di moralità hanno avuto maggior successo quando sono stati coinvolti anche i profani accanto ai medici, lo stato e il paziente insieme a chi esercita la professione del medico. Qualunque sia il risultato del dibattito moderno e dei vari appelli ai precedenti storici o ai valori etici, sia che si preferisca Ippocrate rivisto, modernizzato, mutilato o tradotto, una cosa credo sia chiara per voi dopo questa conferenza: un giuramento non è una cosa da prendere alla leggera.

L'autore del venerabile Giuramento di Ippocrate mise una delle pietre miliari per lo sviluppo dell'etica medica; ma è necessaria una sua riformulazione sostanziale se si vuole che il suo spirito e i suoi valori, piuttosto che i crescenti fraintendimenti e la fra-seologia non più adatta, possano essere utili ed ispirare i suoi discendenti professionali nel ventunesimo secolo.





ELISABETTA FAGIOLI

Docente di lingua inglese
Università degli Studi di Ancona

L'insegnamento dell'Inglese scientifico nel Corso di Laurea per Infermiere

Quando ebbi l'incarico di insegnare Inglese scientifico presso il Diploma Universitario per Infermiere pensai che il lavoro sarebbe stato semplice e con pochi ostacoli. Mi proposi di seguire un libro di testo che mi avrebbe offerto sicurezza nella didattica ma soprattutto un kit di lezioni pronto per l'uso. Ben presto mi accorsi che i miei studenti avevano bisogno di ben altro.

Non potevo ricadere in quella teoria dell'insegnamento troppo ristretta che applica "dall'alto" un metodo didattico rigido fondato su un'illusione di unità che enfatizza solo alcuni aspetti della didattica a scapito di altri. Mi accorsi che gli studenti avevano bisogno di sentirsi al centro del processo di apprendimento come soggetti attivi e responsabili ed io dovevo appoggiare guidare i loro sforzi. Il mio compito sarebbe stato quello di facilitare il processo di comunicazione attraverso la loro responsabilità e non con un unico metodo (che non esiste e che probabilmente è fuorviante cercare).

L'aspetto da valorizzare maggiormente nell'insegnamento dell'inglese era quindi l'approccio, che doveva essere umanistico-affettivo, cioè quell'approccio "alternativo" che pone lo studente in una sua centralità. Chi si accinge ad apprendere una lingua straniera è visto come una personalità in evoluzione che affronta un compito complesso. Ho cercato di agevolare il processo che tale compito richiede, considerando lo studente nella sua intelligenza e cercando di rendere motivante l'acquisizione del nuovo, stimolando la fiducia nelle capacità personali, ma soprattutto cercando di liberarlo dai condizionamenti.

Mi sono impegnata a creare un'atmosfera non competitiva, rilassata, libera da condizionamenti di immagine. Con la consapevolezza che le lingue non si insegnano ma che si possono creare le condizioni perché l'apprendimento abbia luogo, ho assunto il ruolo di *facilitator* cioè di una guida che traccia un itinerario efficace e sicuro.

Per ottenere tali risultati è stato fondamentale ricorrere al principio di "cooperazione": l'insegnante sa alcune cose (esperto linguistico), l'allievo ne sa altre (esperto scientifico) quindi possono/debbono collaborare alla definizione del *corpus* di contenuti linguistici. In termini operativi questa considerazione ha portato ad un'Unità Didattica presentata in maniera diversa rispetto a quella di lingua comune.

L'interazione tra le mie specifiche conoscenze e quelle dell'allievo ha prodotto la costruzione della microlingua, cioè la risultante delle componenti dei due partecipanti all'atto didattico: gli studenti e l'insegnante.

La risultante di questa mia esperienza quadriennale confluisce in un progetto di Inglese scientifico per il Corso di Laurea per Infermiere che non pretende di dire qualcosa di nuovo ma piuttosto quello di fornire un mezzo per avvicinarsi senza fatica e senza troppa noia all'apprendimento della lingua inglese.

Obiettivo

L'obiettivo principale è la comprensione della lingua straniera come strumento della comunicazione tenuto conto che si vive in un'epoca in cui le relazioni con altri paesi si rivelano indispensabili. Lo studio della lingua inglese dovrebbe giungere a risultati precisi e concreti sul piano dell'uso linguistico. Tali risultati sono misurabili in base all'effettivo possesso, da parte degli studenti, di abilità produttive soprattutto per quanto riguarda la lingua orale.

Indicazioni metodologiche

L'insegnante attraverso l'uso costante della lingua inglese avrà cura di sviluppare le abilità fondamentali: saper capire ascoltando, saper parlare, saper leggere (e saper scrivere). Le abilità saranno sviluppate in base alle attività linguistiche più appropriate agli studenti di questo settore (infermieristica). L'insegnante procederà da contesti globalmente significativi e darà la massima importanza alle abilità audio-orali intese come esposizione orale di fatti, esperienze e idee, come esse si attuano nella conversazione.

Le tecniche e procedure di insegnamento consentiranno di usare la lingua inglese in situazione di comunicazione ad esempio:

- a) stabilire rapporti interpersonali sostenendo una conversazione adeguata al contesto (richiesta di informazioni riguardanti i dati anagrafici e lo stato di salute, fornire informazioni di natura tecnica, interpretare le richieste dei pazienti, trasmissione delle consegne);
- b) descrivere processi e situazioni cliniche con chiarezza (aspetti post-operatori, compilazione di cartelle infermieristiche, descrizioni di interventi, parti del corpo, malattie più comuni);
- c) orientamento nelle pubblicazioni in lingua inglese relative al settore medico-infermieristico, poiché l'unico veicolo di apprendimento e/o aggiornamento della lingua inglese avverrà attraverso una qualche forma di lettura.

Lo sviluppo delle funzioni comunicative della lingua attraverso tali attività dovrà costituire il fulcro dell'insegnamento al fine di avviare gli studenti all'uso corrente dell'inglese.

Analisi fattori di stimolo

La *motivazione* è uno dei principali fattori che influenzano il successo nell'apprendimento perciò l'insegnante dovrà valorizzare questo aspetto durante il corso. Ci dovrà essere inoltre corrispondenza con le *attese* cioè con quanto l'apprendente ritiene di dover affrontare nel corso del processo di apprendimento, sia in termini di giudizi (e pregiudizi) che in termini di difficoltà e di successo. La mancata corrispondenza con le attese può provocare il fallimento del processo di apprendimento. Il rapporto con l'insegnante è naturalmente decisivo ed è, accanto alla motivazione, il fattore più importante per l'apprendimento di una lingua straniera. Il docente deve guidare il cammino ispirando l'interazione tra i suoi componenti.





Caratteri del programma

La lingua oggetto d'insegnamento è il più possibile autentica; si privilegiano testi estratti da libri e giornali, registrazioni di conversazioni, resoconti piuttosto che frasi inventate. La progressione degli argomenti (funzioni linguistiche e strutture grammaticali) avrà una scansione ciclica. L'apprendente è chiamato sin dall'inizio ad interagire con i suoi colleghi; interpretazioni di ruolo, drammatizzazioni, attività di coppia e di gruppo divengono strumenti dell'organizzazione didattica.

Analisi dell'interazione tra studente ed insegnante

Il "parlato" dell'insegnante dovrà avere un'influenza non diretta, cioè accettare, prevedere e incoraggiare l'azione ed il comportamento dello studente. L'insegnante chiarirà e svilupperà le idee degli studenti, porrà domande per stimolare le risposte personali degli studenti, adotterà un atteggiamento di *tolleranza nei confronti dell'errore*. Nelle produzioni libere orali (e scritte) e nei *role-plays* dovremo porre attenzione alla coerenza ed alla fluidità del loro discorso, alla loro capacità di far passare la comunicazione, di interagire in modo partecipativo con gli interlocutori, di negoziare gli argomenti (*strategic interaction*).

Programmazione didattica

1. Ascolto autentico

Vedi "extensive listening - live radio" e "television programmes"

2. Lettura autentica

Leggere in lingua straniera come nella nostra lingua madre sviluppando strategie di lettura diverse a seconda dello scopo per cui si legge ed assumere una modalità di lettura veloce. L'insegnante dà istruzioni su come leggere (basterà farlo le prime volte, in seguito gli studenti sapranno cosa fare) leggere velocemente il testo senza interruzione; non tenere il segno della riga; non leggere parola per parola; leggere senza pretendere di capire tutto (cogliere blocchi di significato); non tradurre; non cercare sul dizionario ogni parola nuova (sforzarsi di fare deduzioni).

3. Lettura analitica

Il testo è sfruttato per un'attività d'analisi su una forma (grammaticale o lessicale) su cui vogliamo far riflettere i nostri studenti (per esempio sulla differenza tra *present perfect* e *simple past*) fino a condurli alla formulazione della regola

4. Produzioni libere orali

Si chiederà agli studenti di parlare per un lasso di tempo di 15 minuti circa di loro stessi di episodi realmente accaduti, della loro famiglia, dei loro gusti e delle loro opinioni. L'insegnante proporrà gli argomenti.

5. Produzioni libere scritte

L'insegnante troverà argomenti interessanti e deciderà se dare o ricevere (attraverso il *brainstorming*) idee dagli studenti per la

composizione; deciderà se far usare il dizionario e/o la grammatica; non dovrà cadere nella tentazione di correggere o valutare lo scritto perché ciò inibisce lo studente nella successiva produzione scritta. La correzione può avvenire con l'aiuto di un compagno o in una fase successiva dallo studente stesso.

6. *Project work* (insegnare la lingua tramite interazioni in lingua con il mondo reale svolte in gran parte all'esterno dell'aula: intervistando turisti, rivolgendosi ad ambasciate, ad agenzie di viaggi, prendendo contatti con il *Central Council for Nursing* di Londra per richiesta di informazioni).

7. Strategic interaction

L'insegnamento avviene all'interno di contesti chiamati "sceneggiature" che prevedono la presenza di due o più persone. Viene riproposto in aula la complessità dello scambio comunicativo così come avviene nella realtà. I due personaggi si trovano ognuno all'insaputa dell'altro a cercare di far prevalere le proprie opposte esigenze. Gli studenti lavoreranno in gruppo scambiandosi le reciproche conoscenze che hanno della lingua inglese. Didatticamente questo tipo di lezione è più efficace rispetto alla tradizionale lezione tenuta dall'alto che non sempre tiene conto delle reali esigenze degli studenti.

8. *Self access* (auto-apprendimento con materiale multimediale)

9. *Corso propedeutico per principianti assoluti*

Competenze linguistiche privilegiate e attività connesse

LISTENING

intensive listening (testi brevi)

listening close text (vengono cancellate alcune parole nella trascrizione di un testo/dialogo registrato e lo studente dopo aver ascoltato completa gli spazi vuoti)

scrambled pictures (riordinare un numero di immagini secondo la sequenza ascoltata)

picture matching (lo studente collega le immagini con la descrizione che ha ascoltato)

text with comprehension tasks (ascoltare una registrazione e rispondere a domande di comprensione)

information transfer (gli studenti ascoltano un dialogo, un annuncio o una serie di istruzioni e poi usando le informazioni ottenute completano un diagramma, una mappa o un progetto)

extensive listening (testi lunghi e ascolto autonomo)

reading fiction onto tape (lo studente ascolta la registrazione di un racconto letto ad alta voce)

recorded radio and television programmes (ascolto di estratti da programmi televisivi che la BBC vende per uso educativo)

live radio and television programmes (ascolto di notizie dal vivo -telegiornali, notizie meteo- su BBC world service)

SPEAKING

guided dialogue (le battute del dialogo sono in discorso indiretto e lo studente le ristrutturata in forma diretta)





strategic interaction (sceneggiature in cui i personaggi si trovano ognuno all'insaputa dell'altro a cercare di far prevalere le proprie opposte esigenze)

information gap task (attività basate sul principio dell'*information gap*, cioè in ogni esercizio lo studente o il gruppo ha l'informazione che l'altro studente/gruppo non ha, e solo la comunicazione orale può colmare il vuoto).

describing task (lo studente descrive oralmente un pacchetto di immagini simili tra di loro, oppure lo studente A descrive un'immagine allo studente B senza fargliela vedere. Lo studente B disegnerà l'immagine così come A gliel'ha descritta facendogli domande se necessario.)

L'insieme di queste attività condurranno il discente alla costruzione dell'abilità globale del parlare.

GRAMMAR

Tempi presenti
Tempi passati
Tempi futuri
La struttura della frase e della domanda in inglese
Verbi modali
Verbi
Articoli, nomi, pronomi, ecc.
Aggettivi e avverbi
Preposizioni
Forma passiva
Infinito e forma *in-ing*
Periodo ipotetico
Discorso indiretto
Costruzione delle parole e delle frasi

Questa sezione pone l'accento sulla grammatica, il lessico ed il parlato sociale e dà allo studente l'opportunità di analizzare la lingua senza essere impegnati in atti comunicativi; molti studenti considerano la grammatica il vero apprendimento di una lingua; negli adulti questo è in parte dovuto all'esperienza scolastica dove l'apprendimento della grammatica può aver ricevuto molta importanza rispetto ad attività di scambio comunicativo.

VOCABULARY

using dictionary (trovare sinonimi, omonimi e antonimi; attività che richiedono la sostituzione di quelle parole troppo semplici e troppo usate con parole più insolite e più sofisticate)

text-based vocabulary work (questa tecnica usa un testo come base per le attività lessicali. Il vantaggio del *text-based vocabulary work* è che il lessico sconosciuto è contestualizzato)

topic-based vocabulary work (apprendere il nuovo lessico associato con un particolare argomento)

idiomatic language (idioms, phrasalverb) (attività per apprendere e praticare gli idiomi, verbi frasali e proverbi)

word association (apprendere nuove parole formando connessioni mentali tra vocaboli; si parte da un vocabolo base -ad esempio casa- e si sollecitano varie associazioni -ad esempio

cucina, poltrona, balcone, ecc.; inserire parole in catene d'azione -per esempio l'azione *First Aid-Pronto Soccorso-* viene suddivisa in diverse fasi: *lay the person, raised the injured part, loosen tight clothing, clean the bleeding part, apply a sterile dressing, cover it, reassure the patient, keep him warm, take him to hospital*).

È difficile dire se esiste un rapporto tra l'acquisizione di nuovi vocaboli e una migliore abilità nel comunicare. E certamente vero che gli studenti più ascoltano, leggono e usano il nuovo lessico più apprendono parole e se le ricordano.

SELF-ACCESS (autoapprendimento)

Sezione biblioteca

Libri graduati (letture semplificate per diversi livelli)

Giornali (quotidiani)

Riviste scientifiche (*Scientific American, Nature, Amer J Nursing*)

Dizionari

Grammatiche

Enciclopedia medica in inglese (non specialistica)

Periodici inglesi (*Newsweek*)

Sezione multimediale

Video (*English for you*)

CD-ROM (*English Express, English Works*)

(è una buona idea installare due cuffie in una *video station* affinché più studenti possano usufruirne ed inoltre ciò incoraggia cooperazione e comunicazione tra gli studenti)

ANALISI DELLE COMPETENZE

Test d'ingresso (suddivisione degli studenti in due livelli)

MISSIONE

Raggiungere il livello intermedio

Competenza della lingua inglese nel Nursing

OBIETTIVI

Dare agli studenti un training attivo nella comunicazione con pazienti anglofobi (lingua veicolare inglese)

Abilità	Livello
speaking	buono
listening	buono
reading	buono
writing	sufficiente

VALUTAZIONE FINALE (3° anno)

Prova certificativa con idoneità (scritto e orale)

Fin qui il progetto parzialmente sperimentato nell'ultimo triennio; modificato alla luce delle esperienze acquisite ed integrato con nuovi interventi potrà costituire un programma efficace di apprendimento della lingua inglese per gli studenti delle professioni sanitarie.





IL CORE CURRICULUM DEGLI STUDI MEDICI

Il suo significato, e qualche suggerimento sui modi per costruirlo e per applicarlo

Luciano Vettore - Presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica

Le promesse tradite

Con la definizione del decreto d'area per la laurea specialistica in Medicina e Chirurgia è probabilmente giunto a compimento quel lungo processo, iniziato in Italia da quasi quattro lustri, e finalizzato a delineare i principi e i contenuti essenziali per la formazione professionale del medico. Si è trattato di un percorso faticoso e accidentato, che ha visto il varo successivo di ben tre ordinamenti degli studi medici (le modifiche in sequenza della "famigerata" Tabella XVIII), nessuno dei quali è stato tuttavia applicato in modo soddisfacente nelle nostre Facoltà per la resistenza - talora subdola, tal'altra scoperta - del corpo accademico a rendere operativi i principi delle riforme: andando al nocciolo del problema, nella scelta dei contenuti formativi la difesa delle prerogative disciplinari e quindi delle "potestà" dei singoli docenti ha avuto quasi costantemente la meglio sul fine, cioè sulla qualità di formazione del futuro medico; così gli obiettivi educativi - cioè i contenuti dell'apprendimento - non hanno mai sostituito pienamente i programmi d'insegnamento (per lo più identificati con gli indici dei testi e/o con gli argomenti di lezione), programmi scelti tenendo conto principalmente delle preferenze dei docenti più che delle necessità di formazione dei futuri medici; i corsi integrati sono rimasti una finzione, rappresentando nella migliore delle ipotesi il "collage" dei contenuti disciplinari separati, scelti individualmente dai singoli docenti, spesso tra loro in conflitto per l'acquisizione dei tempi personali d'insegnamento (la "guerra delle ore", ancora qua e là combattuta); l'attenzione è stata quasi esclusiva per l'apprendimento mnemonico delle nozioni e scarsa per gli aspetti metodologici dell'approccio sia scientifico che clinico; le metodologie didattiche hanno mantenuto la prevalenza dell'insegnamento "ex cathedra" sulle modalità di apprendimento attivo in piccolo gruppo con approccio tutoriale alla soluzione di problemi; la valutazione dell'apprendimento si è effettuata prevalentemente con le modalità tradizionali dell'esame orale con fini certificativi, e si è per lo più incentrata sulle nozioni trasmesse a lezione, da ricordare fino all'esame e poi da dimenticare per far posto alle nozioni dell'esame successivo; ovviamente esami di questo tipo non rappresentano certo strumenti formativi attivi e partecipati, nei quali l'errore più che giustificare la sanzione punitiva diventi di per sé stimolo all'apprendimento di un metodo oltre che di nozioni.

Infine, accanto a tutti questi "tradimenti" pedagogici, vanno annoverati almeno altri due equivoci: l'integrazione mai avvenuta tra insegnamenti biologici e insegnamenti clinici per la persistente frattura tra primo e secondo triennio e la riduzione spesso troppo modesta del numero programmato, stabilito in base a risorse didattiche spesso calcolate in modo artificioso, proprio per continuare a garantire un numero elevato di accessi con il corrispondente apporto economico nelle casse degli Atenei.

Spes, ultima dea

Tuttavia questo percorso lungo e accidentato delle riforme non è stato inutile, se non altro perché ha suscitato nuovi interessi e ha facilitato un certo grado di maturazione pedagogica: in primo luogo ha consentito di delineare credibilmente il profilo del laureato italiano in medicina, per lungo tempo fonte di discussioni tra sordi (medico colto o "a piedi scalzi"? medico di base od ospedaliero?); ora questo profilo è finalmente ben rappresentato nella premessa del decreto d'area, che unifica e razionalizza gli obiettivi didattico-formativi già contenuti nel precedente ordinamento degli studi medici (l'ultima versione della Tab. XVIII).

Nel decreto d'area si è fatta chiarezza anche nell'attribuire gli ambiti disciplinari ad attività formative con differente valenza: attività formative finalizzate a fornire le conoscenze culturali di base - ma forse anche le basi del metodo scientifico - e quindi non fini a se stesse, bensì indispensabili alla comprensione e all'acquisizione delle competenze professionali; attività caratterizzanti la formazione professionale del medico nell'ambito clinico - diagnostico e tera-

peutico - generalistico, specialistico e delle emergenze, ma anche nell'ambito - preventivo, organizzativo e normativo - proprio della sanità pubblica; e infine attività considerate affini e integrative, cioè non irrinunciabili per la formazione professionale del medico (e quindi non costitutive del "core curriculum"), ma non per questo irrilevanti per la sua formazione culturale e umana; si potrebbe dire che proprio queste attività formative con il loro "respiro umanistico" mantengono agli studi universitari le prerogative che li distinguono da scuole di addestramento professionale; proprio queste attività, preconizzate nel precedente ordinamento dalle attività didattiche opzionali, evitano la "liceizzazione" degli studi universitari, perché garantiscono agli studenti un ambito di scelte culturali elettive e consentono ai singoli Atenei di esprimere nello spirito dell'autonomia didattica, le peculiarità formative loro proprie e formalizzabili anche in "mission" differenziate.

Ancora, con l'introduzione ripetuta in più ambiti disciplinari dei medesimi settori scientifico-disciplinari si è definitivamente rotto l'abbraccio mortale tra titolarità disciplinare e corso di insegnamento: l'appartenenza di ogni docente a un settore ne identifica la competenza didattica e scientifica, ma non sancisce in alcun modo il suo diritto-dovere a gestire in prima persona e in totale autonomia un proprio corso d'insegnamento disciplinarmente definito; la competenza personale didattica e scientifica di ogni docente potrà essere utilizzata in modo libero e funzionale ovunque quell'apporto risulti utile al raggiungimento di obiettivi formativi specifici da parte degli studenti, indipendentemente dalla denominazione del corso e dalla sua collocazione temporale (il fisico, il genetista, l'anatomico, il fisiologo, ma anche il radiologo, il clinico, l'igienista e chiunque altro - nel caso se ne ravveda l'utilità - potranno fornire il proprio apporto didattico sia nell'ambito disciplinare per ciascuno "tradizionale", sia in altri ambiti - anche distanti nel tempo - che se ne possano giovare ai fini formativi); si noti incidentalmente che tale flessibilità degli apporti didattici rappresenta la "conditio sine qua non" per la realizzazione efficace - anche al di fuori delle Facoltà mediche - dei numerosissimi corsi di laurea semplice e specialistica che proprio ora stanno iniziando, come prescritto dall'ultima riforma dell'Università.

Infine i decreti d'area hanno sancito al di fuori di ogni ragionevole dubbio che i limiti dei contenuti da apprendere sono fissati oggettivamente dal tempo di apprendimento effettivamente disponibile per gli studenti e misurato dai crediti; insomma non sarà più possibile lasciare alla decisione arbitraria dei singoli docenti l'ampiezza anche temporale dei contenuti che ciascun docente desidera insegnare e che conseguentemente gli studenti dovrebbero apprendere; infatti: le dimensioni del contenitore ne limitano il contenuto; è indispensabile introdurre nel contenitore (curriculum) i contenuti più importanti (core); l'importanza dei contenuti va definita esclusivamente nel rispetto oggettivo dei bisogni formativi.

Il prezzo della virtù

La storia anche recente or ora ricordata dimostra tuttavia che per ottenere buoni risultati le buone norme sono necessarie ma non sufficienti; perciò appare indispensabile creare concretamente condizioni operative che facilitino la realizzazione delle proposte e delle attese.

Se, come è stato detto poco fa, i maggiori responsabili della mancata applicazione delle norme già disponibili è discesa soprattutto dal disimpegno dei docenti, bisogna anche riconoscere che l'operazione di pianificazione dei programmi didattici in termini di obiettivi formativi con la definizione degli obiettivi irrinunciabili costituenti il "core curriculum" è un'operazione oggettivamente difficile e rischia di diventare un esercizio formale e per ciò stesso sterile se non si accompagna ad altre decisioni altrettanto essenziali. Come primo impegno è importante accordarsi sul significato comune della terminologia. E allora cosa significa il termine anglo-latino di "core curriculum"? È il complesso di contenuti essenziali (conoscenze, competenze,





abilità e comportamenti) che tutti i neo-laureati debbono avere acquisito in modo completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione, e che costituiranno le fondamenta della loro formazione permanente; in altri termini dovrà contenere la quota di informazioni comuni a tutti i giovani medici (di qualsiasi sede), che consentono il raggiungimento degli obiettivi formativi qualificanti la classe (DM 509 e 168) e il superamento dell'Esame di Stato, rendendo logicamente conseguente che quest'ultimo valuti proprio l'acquisizione delle competenze previste per l'appunto dal "core". Infine la definizione chiara di un "core curriculum" nazionale porterà in un futuro sperabilmente prossimo al confronto con i "core" degli altri Paesi dell'Unione Europea, così da facilitare su basi credibili la libera circolazione degli studenti e poi dei medici e il riconoscimento effettivo dei titoli di studio in Europa, in quanto sarà possibile stabilire oggettivamente parti comuni dell'insegnamento della medicina nelle diverse sedi europee.

Il core curriculum: una sfida stimolante

A questo punto sorge la prima domanda: da dove partire per costruire un "core curriculum"? La risposta più logica sembra la seguente: dai bisogni prevalenti di salute presenti nella popolazione assistita e dal "profilo" dei professionisti che dovranno rispondere a tali bisogni. Proprio questa risposta era stata delineata con il metodo di definizione degli obiettivi educativi oltre trent'anni or sono nella celeberrima "Guida Pedagogica" di J.J. Guilbert, peraltro restando purtroppo lettera morta in gran parte delle nostre Facoltà; in questa "Guida" infatti, giunta proprio qualche mese fa alla sua terza edizione italiana, vengono stabilite in modo chiaro le seguenti tre tappe per la pianificazione dei programmi didattici:

- individuare i compiti che la Società affida alla specifica professione sanitaria: *obiettivi didattici generali*;
- definire i profili professionali particolari: *obiettivi didattici intermedi*;
- stabilire le conoscenze e le abilità irrinunciabili, necessarie a quell'esercizio professionale: *obiettivi didattici o educativi specifici*.

Per obiettivo educativo specifico (OES) s'intende - ciò che lo studente deve diventare capace di realizzare grazie all'apporto del corso; l'OES rappresenta quindi uno strumento per definire in modo uniforme e funzionale i contenuti dell'apprendimento e per individuare tra questi quelli irrinunciabili e quelli accessori; la sua definizione chiara prima che vengano posti in atto i presidi didattici necessari al suo conseguimento finalizza l'impegno dello studente nella misura in cui proprio il conseguimento viene successivamente valutato all'esame. Ma - che cosa sono gli OES ritenuti irrinunciabili se non gli elementi costitutivi del "core curriculum"?

Nella stessa Guida si legge anche che l'elemento essenziale nella formalizzazione di ogni obiettivo educativo specifico (OES) consiste nella scelta del verbo che definisce l'azione da apprendere per essere in grado poi di realizzarla nel successivo esercizio professionale; azione - sia essa "cognitiva", "gestuale" o "relazionale" - che deve perciò essere pertinente (cioè rispondente in modo diretto o indiretto a bisogni reali di salute), logica, espressa con chiarezza e precisione, realizzabile, osservabile, di "profondità" definita misurabile e quindi valutabile; tutto questo collega l'obiettivo da raggiungere (cioè che lo studente deve diventare capace di realizzare grazie all'apporto del corso) con la valutazione all'esame del suo raggiungimento, tanto che si ritiene che un obiettivo correttamente espresso possa coincidere con un test di valutazione: lo studente è informato *dettagliatamente* attraverso la descrizione dell'obiettivo su ciò che deve apprendere e sa che l'esame consisterà nella dimostrazione della capacità raggiunta secondo le indicazioni dell'obiettivo. Infine sono stati suggeriti anche alcuni criteri per scegliere gli obiettivi irrinunciabili, almeno per quanto riguarda l'ambito clinico; è stato coniato l'acronimo PUIGE per qualificare i problemi di salute nell'apprendimento dei quali lo studente dovrà concentrare prioritariamente i propri sforzi; in questo acronimo le lettere rappresentano le iniziali delle seguenti parole, la cui sequenza non è stata scelta casualmente:

P = Prevalenza, U = Urgenza, I = possibilità di un intervento efficace, G = Gravità, E = Emblematicità pedagogica

Per "emblematicità pedagogica" s'intende la caratteristica didattica di un problema di salute che può essere raro, non urgente, né grave o non efficacemente curabile, ma che rappresenta una situazione emblematicamente

utile per far comprendere - per esempio - quadri fisiopatologici complessi riscontrabili in numerose altre patologie. Purtroppo, nella realtà delle Facoltà mediche italiane l'insegnamento degli argomenti "emblematici" spesso prevale su quello dei problemi di salute più frequenti, più urgenti o gravi, o più efficacemente curabili. E con conseguenze educative se possibili ancora peggiori, i verbi che sono stati più frequentemente utilizzati dai pochi docenti volenterosi che si sono cimentati nella preparazione di OES sono: "descrivere", "illustrare", "spiegare" o analoghi; raramente si trovano verbi come "interpretare", "correlare", "diagnosticare", "prescrivere", "eseguire" o analoghi; e non potrebbe essere altrimenti fino a quanto insegnare significa soprattutto trasmettere contenuti teorici, imparare vuol dire memorizzare quei contenuti e fino a quando nell'esame allo studente si chiede di "raccontare" ciò che egli ricorda dei contenuti trasmessi (dalla lezione e/o dai testi) e da lui memorizzati.

Ne deriva che cambiare i verbi che esprimono gli OES deve coincidere con il cambiamento nei modi d'insegnare, d'imparare e di valutare: stimolare e facilitare l'apprendimento diventa la funzione essenziale del docente; apprendere non è più solo ricordare nozioni, ma anche e soprattutto acquisire un metodo per reperire, ampliare e applicare le conoscenze di volta in volta necessarie a risolvere problemi; apprendere significa inoltre acquisire abilità non solo cognitive, ma anche gestuali e comportamentali, e ha come fine soprattutto il *divenire professionalmente competenti*, così da essere capaci di assumere decisioni appropriate nell'operatività professionale quotidiana.

La pianificazione dei programmi didattici in termini di obiettivi educativi e di "core curriculum" rappresenta teoricamente la strada maestra, ma è un'operazione oggettivamente difficile e rischia di restare solo formale se manca la competenza pedagogica dei docenti; in particolare, definire il "core curriculum" in termini di obiettivi educativi significa passare finalmente dai programmi d'insegnamento ai programmi di apprendimento, e ciò vuol dire effettuare una rivoluzione culturale di portata copernicana perché al centro del sistema educativo lo studente va a sostituire il docente.

Tutto ciò non si realizza certo con un colpo di bacchetta magica e come ogni cambiamento richiede gradualità e un approccio amichevole, cioè facilmente comprensibile e condivisibile. Se la strada guilbertiana della definizione degli OES si è dimostrata così impervia nelle nostre Facoltà, nell'impresa può forse risultare di qualche utilità il percorrere le strade già battute da altri con risultati positivi, pur adattando le scelte locali alle abitudini più radicalmente consolidate.

Una possibile strada alternativa

L'esempio europeo più accreditato nella realizzazione di un approccio pedagogico innovativo nella formazione medica viene dall'Olanda, dove è stato inizialmente applicato, gradualmente e continuamente modificato nel tempo e poi ampiamente esportato anche in altri contesti. All'interno di questo approccio, che riguarda sia le metodologie didattiche (apprendimento per problemi) che quelle valutative (progress tests), la definizione analitica e la formalizzazione dei contenuti dell'apprendimento è stata pubblicata fin dal 1994 nella così detta "Blueprint"; successivamente questa proposta è stata riprodotta anche al di fuori dell'Olanda nei così detti "Euroskills in Medical Education"; nel 2001 la Facoltà medica di Maastricht ha riproposto la propria "Blueprint" riveduta e corretta rispetto all'edizione precedente, facendo tesoro dell'esperienza vissuta sul campo, senza tuttavia stravolgere l'impianto generale precedente: il cambiamento più significativo riguarda l'accentuazione dell'attenzione ai problemi clinici che il medico è chiamato ad affrontare nel proprio esercizio professionale al di là della loro collocazione in specifici ambiti disciplinari, tanto che l'elenco delle patologie distinte per organi ed apparati è stato spostato in un'appendice; analogamente le abilità pratiche sono state enumerate in un elenco unitario, senza alcun riferimento all'ambito disciplinare cui sembrano riferirsi in modo prevalente, così evitando anche ripetizioni ridondanti.

A entrambe le versioni della Blueprint olandese riteniamo che sia opportuno riferirci per rendere comprensibile il percorso che anche nel nostro Paese è stato coraggiosamente intrapreso dalle Conferenze Permanenti dei Presidenti dei Corsi di Laurea (semplici e specialistiche) per le Professioni sanitarie, nell'intento di facilitare l'applicazione razionale, ma anche peda-





giocamente innovativa dei nuovi Ordamenti didattici delineati dal decreto d'area. È significativo che nei documenti citati la definizione degli obiettivi sia preceduta dalla considerazione del profilo professionale del medico che si richiede venga prodotto dal corso di laurea.

A ciò fanno seguito quelli che vengono definiti gli obiettivi generali, cioè le conoscenze, le abilità e le attitudini necessarie a una soddisfacente attività professionale del medico; tali obiettivi che potranno definire metodologicamente non si riferiscono a nessuna disciplina specifica, bensì si applicano a tutta la medicina; riguardano infatti:

(a) i contenuti fondamentali delle attività del medico: la capacità di riconoscimento e descrizione dei problemi clinici; l'acquisizione dei dati clinici (anamnesi, obiettivi e strumentali); l'analisi, l'interpretazione e la valutazione di tali dati per la formulazione delle ipotesi diagnostiche; l'assunzione di decisioni diagnostiche e terapeutiche e la valutazione dei risultati; l'informazione e l'educazione del paziente; la sicurezza, l'aggiornamento e la conservazione della cartella clinica; la valutazione e l'assistenza ai fattori di rischio e le scelte di prevenzione primaria, secondaria e terziaria rivolte agli individui e alle comunità;

(b) le componenti scientifiche delle attività del medico: la conoscenza dei principi fondamentali della ricerca scientifica e dei metodi di interpretazione all'esercizio clinico; la capacità di cercare e acquisire informazioni nella letteratura medica scientifica per la soluzione dei problemi professionali; per il mantenimento della competenza professionale e per la formazione continua; (c) le componenti personali del lavoro del medico: la capacità di instaurare una relazione costruttiva tra medico e paziente; il perfezionamento delle abilità individuali che facilitano l'esercizio professionale; la capacità di gestire le situazioni in modo edulcorato, anche nelle interferenze tra lavoro e vita privata; l'attuazione al lavoro collaborativo;

(d) gli aspetti che riguardano i rapporti tra la professione, il sistema sanitario e la società: la conoscenza della struttura e delle funzioni del sistema sanitario; la capacità di affrontare i più comuni problemi etici connessi alla professione medica; la conoscenza delle norme giuridiche essenziali che regolano le attività sanitarie; la conoscenza degli aspetti economico-finanziari dell'attività sanitaria.

La "Blueprint" olandese - sempre nell'intento di facilitare l'individuazione degli obiettivi specifici dell'apprendimento per la formazione del medico - fornisce in successione l'elenco non strutturato dei *problemi* che più frequentemente il medico incontra nella professione; ognuno di questi problemi - nella versione 2001 non più ordinati per regione del corpo - rappresenta uno degli eventi possibili capaci di innescare il processo diagnostico e terapeutico; il paziente presentato: si tratta in altri termini di sintomi (sete, prurito, dolore, ecc.); segni (maggrezza, midiasi, ulcere malleolari, ecc.); disturbi o eventi anormali comunque rilevabili (colica renale, fratture, agitazione, ecc.); domande (contraccettione, rischi alimentari, attività fisica, ecc.); insom- ma molti che possono portare il paziente dal medico e che ogni medico deve saper affrontare (il che non significa saper risolvere in modo autonomo, ma altri termini, questi problemi rappresentano il globale che il medico deve acquisire ed esercitare per affrontare i problemi di salute precedentemente definiti.

Poiché gli obiettivi indicati riguardano le competenze essenziali che si richiedono al neo-laureato, e che quindi possono liberamente entrare in quali- non vi sono infatti considerati gli approfondimenti culturali utili ma non indispensabili al neo-laureato, e che quindi non rappresentasse la sommatoria dei programmi d'area, e che quindi non rappresentasse la sommatoria dei programmi d'insegnamento delle singole discipline. Proprio in questa ottica si è voluto-

stasi momento nel suo patrimonio formativo, ma a titolo di scelta personale e quindi perseguibile in attività didattiche elettive e con i corsi obbligatori con valutazione certificativa; altrettanto non sono considerate le competenze che successivamente si acquisiranno e si affineranno mediante l'esercizio della professione, anche grazie alle attività di formazione permanente; in altri termini si realizza un approccio realistico nella scelta del contenuto indispensabile per la formazione iniziale del medico, che fa giustizia del velleitarismo "tuttologico" che spesso connota i programmi di insegnamento delle nostre Facoltà; è inoltre significativo che la "Blueprint", come del resto gli "Eurosikills", includano tra le competenze che il medico deve aver acquisito già al momento della laurea anche quelle che attingono al "learning for life", cioè alla capacità di mantenere e accrescere il proprio bagaglio di competenze secondo le necessità di un esercizio professionale che si perfeziona nel tempo, per restare sempre adeguato alla domanda di prestazioni nei vari contesti operativi.

Di grande originalità e verosimilmente di altrettanto grande utilità è il modo in cui nelle proposte citate viene definito il grado di profondità con il quale dev'essere conseguito ogni singolo obiettivo formativo riguardante una specifica conoscenza; di ogni obiettivo corrispondente a un quadro clinico ben definito i responsabili della pianificazione didattica stabiliscono se il neo-laureato debba avere solo una conoscenza teorica generale, non finalizzata alla capacità di assunzione di decisioni operative, oppure se debba essere anche capace di affrontare nella pratica clinica: il medico nel suo corso di studi ha sentito parlare dei contenuti del primo tipo ed ha una conoscenza sufficiente per riconoscere e per accusare ulteriori conseguenze quando ciò si renda utile o necessario nella sua attività professionale; qualora invece si tratti di un quadro clinico che il neo-laureato deve saper affrontare personalmente nella pratica clinica, questo suo intervento attivo può avere tre gradi crescenti di conoscenza:

- una conoscenza partecipata/aggiata - anche se prevalentemente teorica - del quadro clinico specifico il cui grado sarà di entità commisurata alla sua rilevanza epidemiologica, ma deve comunque riguardare almeno la presenza di una sintomatologia e le possibilità diagnostiche e terapeutiche correntemente utilizzate;
- un grado di conoscenza più elevato che consenta al neo-laureato di prontamente utilizzare;
- un grado di conoscenza che consenta al neo-laureato di assumere decisioni nella prescrizione e/o nel monitoraggio della terapia.

Il *core curriculum* italiano

Prendendo spunto dalla "Blueprint" olandese - dagli "Eurosikills", da oltre un anno la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina in primis, e subito dopo anche la Conferenza dei Corsi di Laurea delle altre Professioni sanitarie, hanno interpretato un'opera di ampio respiro per definire i propri "core curriculum", ponendosi fin dall'inizio tre interrogativi problematici:

- come costruire un "core curriculum" praticabile e coerente con le norme nazionali vigenti;
- come condividere con i Colleghi nelle differenti sedi universitarie, così da dare linee guida unitarie nella formazione dei Professionisti della salute italiani, senza tuttavia ledere l'autonomia didattica dei singoli Atenei, e quindi proporre soluzioni flessibili e adattabili alle peculiarità di ciascuno;
- come correggerlo e aggiornarlo nel tempo, essendo del tutto consapevole che per sua natura nessun "core curriculum" è definitivo: infatti per mantenere il proprio valore esso deve continuamente adattarsi al cambiamento dei bisogni formativi imposti dal mutare della domanda di salute della Società, all'evolversi delle conoscenze pedagogiche e delle metodologie didattiche, al crescere delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie biomediche. L'aderenza alle norme vigenti ha innanzi tutto imposto un "core" che mirasse alla formazione armonica delle differenti tipologie di Professionisti della Salute, ben definite nei profili professionali indicati dai decreti d'area, e che quindi non rappresentasse la sommatoria dei programmi d'insegnamento delle singole discipline. Proprio in questa ottica si è voluto-



to riconoscere il significato intrinseco dei settori scientifico-disciplinari, che identificano la qualificazione scientifica dei singoli docenti che vi appartengono e non la delimitazione autarchica del loro ambito individuale d'insegnamento in termini disciplinari; perciò si è posto cura nel distinguere dagli ambiti disciplinari tradizionali i numerosi ambiti culturali cui far afferire i numerosissimi obiettivi didattici del "core" (ivi denominati "unità didattiche elementari": si veda oltre); e si è considerato possibile - anzi auspicabile - che ad ogni ambito culturale concorressero - ogni qual volta ciò fosse ragionevole - più settori scientifico-disciplinari, così da garantire alle attività d'insegnamento e di apprendimento la ricchezza che deriva dall'integrarsi di molteplici e variegate competenze scientifiche e culturali e di diverse personalità di docenti; si spera infatti che tale impianto abbatta finalmente gli steccati tra domini della scienza e della conoscenza spesso artificiosamente separati, consentendo la feconda integrazione delle scienze di base, di quelle più strettamente biologiche e di quelle cliniche nella formazione di professionisti capaci di rispondere alle necessità effettive della Società, in quanto pronti a coniugare il metodo scientifico e la conoscenza aggiornata delle scoperte e delle tecnologie bio-mediche con il metodo e con le applicazioni della clinica.

Il secondo punto qualificante del "progetto core" italiano è rappresentato dalla definizione di alcuni "indicatori" significativi, capaci di descrivere le caratteristiche salienti dei singoli obiettivi, cioè dei contenuti dell'apprendimento. Questi ultimi vengono presentati in un modo formalmente differente dai classici obiettivi educativi specifici di derivazione guilbertiana, cercando così di aggirare le difficoltà che ne hanno compromesso l'utilizzazione nelle Facoltà mediche italiane (vedi sopra).

Pertanto i contenuti dell'apprendimento sono stati denominati "Unità didattiche elementari" (UDE), intendendo con tale termine le singole offerte didattiche unitarie per contenuto, ciascuna equivalente a uno o più obiettivi didattici specifici tra loro complementari e concatenati. Deve risultare assolutamente chiaro che una UDE non coincide con una lezione tradizionale su un argomento analogo a quelli che s'incontrano usualmente nei programmi d'insegnamento: al contrario, ogni UDE può svilupparsi - in stretta coerenza con la tipologia del suo contenuto - nelle forme didattiche più diverse: seminario, didattica tutoriale a piccoli gruppi, apprendimento per problemi, esercitazione, apprendimento sul campo, ecc. (e quindi anche come lezione), in funzione soltanto dell'efficacia del processo di apprendimento/insegnamento; inoltre ogni UDE può coincidere con un possibile argomento/questo d'esame e deve essere espressa in modo che sia oggettivamente verificabile il suo apprendimento.

Infine, le caratteristiche di ogni UDE sono rappresentate, come si diceva poc'anzi, mediante indicatori di qualità, finalizzati a definirne analiticamente le modalità di apprendimento (e conseguentemente anche le metodologie d'insegnamento e di valutazione). Di seguito si riporta l'elenco di tali indicatori caratterizzanti ogni UDE:

- 1) La conoscenza teorica richiesta per lo specifico contenuto può essere generale e consistere nella capacità d'inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze complessive (per es., cardiopatie congenite) o approfondita (per es., insufficienza coronarica).
- 2) La competenza che lo studente deve acquisire può essere solo mnemonica (per es., la gram positività o negatività dei batteri), oppure può essere anche applicativa, cioè richiedere l'applicazione della conoscenza alla soluzione di problemi (per es., la scelta terapeutica dell'antibiotico in relazione all'agente etiologico presunto o dimostrato in un'infezione); nel caso sia richiesta una competenza applicativa, questa può essere solo indiretta, cioè lo studente deve aver almeno assistito alla soluzione di questo tipo di problemi (per es., la decisione sull'impianto di un pace-maker); oppure diretta, cioè lo studente deve saper risolvere questi problemi da solo (per es., sospettare un addome acuto o prescrivere i test diagnostici indicati nel sospetto d'infarto miocardico).
- 3) L'abilità sottesa a ogni UDE può essere esclusivamente cognitiva (per es., interpretare dati laboratoristici o proporre ipotesi diagnostiche differenziali), oppure può richiedere abilità operative di natura gestuale (per es., delimitare percussoriamente le basi polmonari) o relazionale (spiegare a un paziente la posologia di una prescrizione terapeutica); sia per le abilità cognitive (per lo più metodologiche), sia per quelle operative, può richieder-

si che lo studente le abbia solo visto esercitare (per es., l'esecuzione di una gastroscopia), oppure debba averle praticate personalmente almeno una volta sotto la guida di un tutore (per es., la sutura di una ferita superficiale), o infine sia in grado di praticarle personalmente in modo autonomo e quindi abbia acquisito nei loro confronti una confidenza sufficiente per esercitarle in modo routinario (per es., misurare la pressione arteriosa omerale). Ovviamente, ogni grado di profondità richiesta nella realizzazione di questi obiettivi "pratici" (nonché la corrispondente abilità da dimostrare all'esame) presuppone l'acquisizione anche dei gradi precedenti: infatti, non è concepibile che si esegua routinariamente un'azione senza averla esercitata più volte personalmente, senza averla vista esercitare e senza conoscerne i presupposti teorici essenziali. Si noti inoltre come ogni UDE operativa corrisponda a un'azione che lo studente deve dimostrare di saper compiere all'esame nei limiti previsti per quel contenuto.

4) La delimitazione del contenuto da apprendere e quindi il tipo di conoscenza da acquisire può per alcune UDE limitarsi ai fondamenti o principi teorici, oppure alle basi sperimentali dei processi; in altri consiste nell'interpretazione fisiopatologica di processi, oppure nella descrizione sistematica delle conoscenze; in altri può riguardare la conoscenza, oppure la pratica di tecniche; in altri ancora richiede l'effettuazione di processi di diagnosi, di diagnosi differenziale e/o di prognosi; in altri, infine, può coincidere con la soluzione di problemi clinici o con l'assunzione di decisioni diagnostiche, terapeutiche, ecc.

E il core dei contenuti biologici ?

Come gli esempi appena riportati testimoniano chiaramente, la scelta e la caratterizzazione delle UDE è relativamente semplice per l'apprendimento dei contenuti di natura clinica, ma è richiesta anche per i contenuti di natura biologica; per quest'ultima operazione sono piuttosto carenti le indicazioni anche a livello internazionale e pertanto si azzarda in questa sede una proposta da sperimentare sul campo.

Gran parte degli obiettivi degli ambiti disciplinari "biologici" - cioè attinenti alle attività formative di base, così come sono definite nei decreti d'area - sono di natura cognitiva e riguardano: a) l'apprendimento di conoscenze indispensabili, o almeno utili, per la comprensione dei fondamenti scientifici o tecnologici delle attività professionali; b) l'acquisizione del metodo scientifico, delle sue regole e del rigore logico che queste inducono: presupposti formativi altrettanto indispensabili all'esercizio clinico; c) la capacità di reperire, di comprendere e interpretare e quindi di applicare con intelligenza e con rigore scientifico le nuove conoscenze che le scienze di base continuano a produrre con la ricerca e che sempre più rapidamente trovano applicazione concreta nell'attività professionale del medico.

Queste precisazioni conferiscono all'apprendimento delle scienze di base finalità contemporaneamente formative sul piano del metodo e informative su quello delle nozioni; tuttavia le nozioni offerte vanno accuratamente preservate dalla ridondanza, se non altro per ragioni di tempo e d'impegno mentale: ciò significa che si debbono scegliere le nozioni fondamentali; il continuo crescere delle conoscenze non può diventare nel breve periodo oggetto integrale di apprendimento, mentre può essere utilmente usato - soprattutto con riferimento alle acquisizioni più significative - come una palestra per addestrare sia all'apprendimento del metodo scientifico, sia alla valutazione critica delle nuove conoscenze via via disponibili. In tale processo si deve anche mettere nel conto che molte nozioni servono come strumenti preliminari di comprensione delle nozioni e dei fenomeni che si apprenderanno successivamente; quindi sono in una certa parte destinate ad andare perdute dalla memoria o sorpassate da conoscenze successive. Ciò non esime dall'impegno nell'insegnarle e nell'apprenderle, e tuttavia richiede che ne siano definiti preventivamente e oculatamente le dimensioni, il grado di approfondimento e l'impegno temporale, commisurandoli al tempo effettivamente disponibile per gli studenti e misurato dai crediti formativi attribuiti alle attività formative di base dal decreto d'area.

Date queste premesse, la definizione degli obiettivi "biologici" dovrebbe seguire sinergicamente due percorsi tra loro complementari:

- a) il primo percorso - primo anche nel tempo di conseguimento degli obiettivi - è quello che deve individuare i contenuti "biologici" essenziali, da pro-





porre all'inizio del percorso curriculare; tali contenuti potrebbero paragonarsi a una sorta di "glossario" dei fenomeni e delle realtà biologiche, indispensabili per comprendere ciò che si dovrà apprendere successivamente; nell'incontro con queste conoscenze lo studente comincia anche a familiarizzare con il metodo scientifico che le ha prodotte;

b) il secondo percorso si realizza mediante la scoperta dei bisogni di conoscenze biologiche suscitate dall'approccio ai problemi clinici; proprio questi ultimi richiedono la contestualizzazione di conoscenze di base che debbono strettamente integrarsi con quelle cliniche, se si intende perseguire una soluzione dei problemi stessi che si fonda sulle evidenze scientifiche.

Per la formulazione degli obiettivi "biologici" essenziali (primo percorso) è innanzi tutto necessario - come per gli obiettivi "clinici" stilare in via preliminare un elenco, non seguendo obbligatoriamente i programmi delle discipline, bensì le tematiche o gli argomenti essenziali delle conoscenze biologiche; queste possono riguardare strutture (molecolari, microscopiche o macroscopiche), funzioni (cellulari, di organi o apparati), fenomeni, processi, ecc., possibilmente privilegiando le relazioni reciproche tra questi elementi; poi, per guidare l'apprendimento del contenuto indicato da ciascun obiettivo, si potrebbe - o meglio, si dovrebbe - indicare di volta in volta il più appropriato tra i seguenti possibili gradi di approfondimento, cui corrisponde tra parentesi l'esempio di come si possa valutare il conseguimento da parte dello studente dell'obiettivo stesso:

1) oggetto non rilevante per la formazione del medico (non è necessaria la valutazione); 2) conoscere il senso generale dell'argomento per averne sentito parlare (test: comprendere il significato generale di una presentazione dell'argomento fatta da altri); 3) inquadrare schematicamente l'argomento, indicandone i contenuti fondamentali (test: disegnare uno schema riassuntivo o una flow chart); 4) indicare in modo ordinato ed esauriente le conoscenze essenziali relative al tema (test: rispondere a una serie di domande che valutino le nozioni memorizzate su un argomento, in relazione alla loro importanza); 5) interpretare i dati che emergono dall'analisi di un processo biologico (test: discutere le caratteristiche di un processo biologico e ragionare sulle relazioni che possono collegare fenomeni differenti all'interno del medesimo processo; spesso ciò può richiedere la correlazione tra conoscenze acquisite da differenti ambiti disciplinari; per es., correlare le caratteristiche di una struttura biologica con le sue funzioni); 6) risolvere problemi attinenti a un ambito biologico, applicando le conoscenze teoriche acquisite (test: soluzione di un problema specifico con la metodologia più consona al tipo di problema).

La necessità di applicare a ogni obiettivo l'indicazione del grado più appropriato di approfondimento verosimilmente costringerà gli estensori a una salutare analisi critica dei contenuti e della loro rilevanza effettiva.

A mio avviso in un curriculum ideale non dovrebbero essere considerati tra gli obiettivi essenziali delle scienze di base quelli propri delle scienze della natura quali la fisica, la chimica e la matematica; l'apprendimento delle leggi proprie di queste scienze - come del resto della lingua inglese - dovrebbe avvenire a livelli sufficientemente elevati (ma purtroppo oggi ciò non avviene) nel periodo preuniversitario (scuola media superiore o corsi integrativi ad essa successivi); il livello di conoscenze acquisite proprio in questi ambiti dovrebbe essere valutato in modo rigoroso come criterio discriminante per l'accesso alla Facoltà di Medicina. Dopo l'ammissione non ha più senso insegnare e apprendere nuovamente ciò che rappresenta un prerequisito per iscriversi e così si possono "liberare" spazi temporali per l'apprendimento di contenuti più pertinenti; ciò non toglie, ma anzi postula che, per esempio, conoscenze di chimica vengano utilizzate - e quindi sinteticamente richiamate - nello studio della biochimica, della biologia molecolare, della farmacologia, della tossicologia, ecc.; conoscenze di fisica applicata alla medicina vengano proposte contestualmente all'apprendimento dei contenuti che lo richiedono per la loro migliore comprensione (dalla diagnostica per immagini alla radioterapia e alle caratteristiche funzionali della strumentazione elettronica, dall'emodinamica alla neurofisiologia, dalla fisiologia degli organi di senso al funzionamento del sistema locomotore, ecc.); anche la statistica verrebbe appresa più proficuamente se insegnata contestualmente alla sua applicazione, cioè in relazione a problemi di epidemiologia clinica, per l'uso e per l'interpretazione dei dati di laboratorio, nell'impostazione di trials terapeutici, ecc.

Infine qualche considerazione sul secondo "percorso" suggerito per definire gli obiettivi "biologici" utili, cioè sul percorso pilotato dalle necessità di conoscenza biologica suscitate dai problemi clinici per una loro soluzione intelligente. In questo percorso si potrebbe usare strumentalmente il seguente approccio progressivo:

a) partire dai problemi prioritari di salute, individuati con criteri epidemiolo-

gici di prevalenza, urgenza, possibilità di intervento efficace, gravità, impatto sociale ed esemplarità pedagogica;

b) risalire a ritroso lungo le conoscenze necessarie per comprendere i fenomeni e per assumere decisioni appropriate.

Si tratta in altre parole di costruire una sorta di "albero dei concetti", o di "mappa cognitiva", che percorra il sapere medico utile partendo dagli obiettivi formativi qualificanti per le competenze cliniche e risalendo da essi all'individuazione delle conoscenze biologiche di base utili o necessarie.

Nella tappa finale di redazione degli obiettivi "biologici", tappa nella quale confluiscono i due percorsi, gli obiettivi così individuati dovranno essere confrontati criticamente tra loro, per renderli compatibili e per coprire le omissioni ed eliminare le ridondanze: per esempio, un obiettivo scelto con il primo percorso che si scopra non avere alcun riferimento a obiettivi del secondo, è probabilmente candidato alla cancellazione, a meno che non se ne giustifichi la sopravvivenza con motivi molto validi di esemplarità pedagogica; d'altra parte un obiettivo motivatamente richiesto da esigenze cliniche richiederà quasi sempre la considerazione anche dei suoi presupposti teorici nei corsi biologici di base. Solo dopo questa operazione di "rifinitura" si porrà la necessità di stabilire il momento temporale del corso di studi (anno/semestre) in cui sarà più opportuno che ogni obiettivo venga proposto, all'interno di quale corso, da quale docente, con quale metodologia didattica e con quale tipo di valutazione.

Nelle Facoltà che pianificheranno un curriculum interamente articolato sull'apprendimento per problemi - verosimilmente poche in Italia - si potrà cogliere l'opportunità di effettuare una integrazione diretta tra obiettivi "biologici" e "clinici", secondo le relazioni reciproche tra conoscenze differenti che effettivamente si stabiliscono durante la soluzione di problemi.

Tuttavia, la strategia dei due percorsi sopra descritta per l'individuazione degli obiettivi "biologici" potrebbe facilitare - anche nelle Facoltà tradizionali - alcune integrazioni "verticali" tra insegnamenti di base e insegnamenti clinici: un risultato minimale e tuttavia significativo si otterrebbe mediante la partecipazione di docenti clinici ad alcune occasioni didattiche di pertinenza biologica, e viceversa mediante l'estensione della sfera d'influenza dei biologi nel periodo di apprendimento clinico; tutto ciò potrebbe da una parte motivare fin dai primi anni gli studenti al loro impegno di studio teorico, avvicinandolo alle ragioni della loro scelta (cioè diventare medici); dall'altra verrebbero recuperate molte conoscenze di base - altrimenti incomplete o perdute - proprio nel momento in cui la loro disponibilità è un requisito di qualità per la decisione clinica, perché la fonda sulle evidenze scientifiche, con l'apprezzabile risultato di conferire loro finalmente l'importanza che meritano e di radicarle nella memoria.

Conseguenze e possibili evoluzioni del progetto core italiano

Innanzitutto le caratteristiche delle UDE consentono d'identificare:

a) gruppi di unità didattiche omogenee tra loro per tema d'interesse (tema omogeneo), utili per integrazioni sia orizzontali che verticali dei contenuti curricolari; b) ambiti culturali in cui possono confluire più temi omogenei (non coincidenti con un unico settore scientifico-disciplinare, ma anzi valorizzati dall'apporto didattico di più settori, anche disciplinarmente distanti); hanno il solo scopo di facilitare la pianificazione temporale delle attività didattiche in funzione delle relazioni esistenti tra i loro contenuti, per aiutare l'apprendimento).

Inoltre si spera che la definizione analitica delle UDE funga da catalizzatore di una serie di processi "virtuosi" così riassumibili:

- obbliga i pianificatori del "core curriculum" a prendere in considerazione separatamente i differenti tipi di obiettivi, che richiedono tipi di abilità piuttosto differenti (cognitive, motorie o comportamentali);
- rende necessario uno sforzo analitico nel quale si produca e si esamini criticamente un elenco di "contenuti" di differente natura (intellettiva, gestuale o psico-relazionale), tutti comunque concorrenti a costruire la competenza professionale;
- contemporaneamente richiede che si decida oculatamente quale grado di capacità sia ragionevole chiedere al neolaureato nel realizzare ciascun obiettivo, con riferimento stringente all'uso effettivo dell'abilità corrispondente nell'esercizio professionale iniziale;



• sul piano didattico indirizza i docenti nella scelta più appropriata delle metodologie sia didattiche che valutative ed ha ricadute importanti proprio sul modo di valutare il conseguimento di ciascun obiettivo, ma anche sul modo di apprendere e d'insegnarlo, mentre presenta l'ulteriore merito di rendere esplicite in anticipo allo studente le "regole del gioco".

Naturalmente, affinché queste conseguenze positive non restino al puro stato intenzionale è indispensabile che il "core curriculum" venga utilizzato come lo strumento fondamentale della pianificazione didattica in tutte le Facoltà mediche italiane, pure nel pieno rispetto della loro autonomia fondata sulle risorse umane, scientifiche e culturali peculiari a ciascuna.

Ciò significa che ciascun CdL, selezionate o modificate le UDE nel modo che riterrà più congeniale alla propria "mission", dovrà - in coerenza con le proprie scelte - decidere:

- le modalità più appropriate di apprendimento che la singola UDE richiede (didattica impartita; studio indipendente; didattica autogestita in piccolo gruppo)

- il tipo di attività didattiche più adatte all'apprendimento dei contenuti della differenti UDE: lezione ex cathedra o seminario, attività a piccoli gruppi, attività tutoriale, esercitazione, dimostrazione, ecc.;

- la quantità e la qualità delle risorse umane e strutturali necessarie;

- il numero di studenti ai quali può garantire - proprio grazie a tali risorse - una formazione adeguata;

- la confluenza delle UDE nei corsi d'insegnamento, la distribuzione equilibrata di questi ultimi nei semestri e l'attribuzione dei compiti didattici ai docenti;

- la modalità più appropriata di verifica dell'apprendimento previsto per ogni UDE: esame orale, scritto, pratico, misto, con simulazione, ecc., e le caratteristiche della prova di valutazione (certificativa, autovalutazione formativa, idoneità, solo registrazione della frequenza).

Un elemento essenziale alla costruzione di un vero "core curriculum" sarà peraltro anche la definizione oggettiva della rilevanza di ogni UDE nel processo formativo complessivo, per facilitare la gerarchizzazione dei contenuti didattici in tempi didattici prestabiliti che sono "a fortiori" non dilatabili: quando le dimensioni temporali del contenitore curricolare (tempo studente) saranno esaurite, "a fortiori" si dovrà interrompere l'introduzione di nuovi contenuti didattici (obiettivi o UDE), escludendo o eliminando inesorabilmente quelli formativamente meno rilevanti.

Complementare a tale processo sarà la determinazione del tempo necessario allo studente per conseguire un apprendimento soddisfacente e duraturo, cioè il calcolo dei crediti didattici da attribuire a ciascuna UDE, comprensivo dei tempi - differenti per ogni tipologia di UDE - da dedicare all'attività di insegnamento e all'apprendimento individuale (studio autonomo) e di gruppo. Tutto ciò richiede che sia ben chiaro il significato del credito formativo, che nelle nostre Facoltà viene ancora erroneamente confuso con le ore assegnate alla didattica dei singoli docenti.

Si ricorda pertanto - fino al rischio di essere noiosi - che il credito misura il tempo totale speso dallo studente per apprendere una porzione definita di contenuti e non l'importanza della disciplina, né tanto meno quella del Docente; mediamente 1 credito corrisponde a 25 ore di apprendimento dello studente, comunque realizzato. Il calcolo dei crediti diviene indispensabile per distribuire in modo equilibrato nel tempo dello studente le attività didattiche; i contenuti che eccedono dal tempo effettivamente disponibile (60 crediti all'anno, pari a 1500 ore, cioè mediamente a circa 7 ore complessive al giorno per 5 giorni alla settimana per 10 mesi all'anno) dovranno venire fatalmente esclusi dal "core curriculum" ed essere eventualmente messi in competizione con altri contenuti di analogo "livello" sotto forma di obiettivi opzionali, cioè lasciati alla libera scelta degli studenti nel contesto delle attività didattiche elettive, che pure godono di una quota riservata di tempo, sempre misurata da un'aliquota dedicata di crediti.

A ciò faranno seguito:

1) L'accorpamento delle UDE omogenee in corsi e la somma dei loro crediti così da consentire il calcolo del tempo medio speso dagli studenti per apprendere i contenuti del corso necessari a superarne l'esame; in tale ottica le UDE corrispondono al programma d'esame fondato sugli obiettivi dell'apprendimento; 2) l'attribuzione dei compiti didattici ai docenti in relazio-

ne alla loro competenza e disponibilità; 3) la distribuzione armonica e funzionale dei corsi nei semestri, in relazione alla natura dei contenuti e all'equilibrio dei tempi; 4) l'integrazione orizzontale e verticale dei corsi in percorsi razionali, secondo le scelte pedagogiche di ciascun CdL. 5) l'armonizzazione dell'apprendimento in un progetto pedagogico di educazione professionale e umana "globale", alla quale concorre con un ruolo sostanziale l'apporto delle "scienze umane".

Se sono rose fioriranno, ma non c'è rosa senza spine !

Credo che sia oggettivamente difficile dubitare del valore pedagogico di tutto il processo sopra descritto per la preparazione, l'applicazione e l'aggiornamento del "core curriculum", valore che deriva essenzialmente dal riconoscimento in esso della piena centralità dello studente e della funzione docente come servizio per garantire come beni primari l'appropriatezza e la facilitazione dell'apprendimento e quindi la formazione dei discenti.

Sarebbe ingenuo non attendersi l'insorgere di ulteriori difficoltà e la persistenza di resistenze, purtroppo in gran parte imputabili all'incrollabile convinzione di molti docenti dell'importanza prioritaria del proprio insegnamento e/o alla strumentalizzazione del proprio impegno didattico, dilatato surrettiziamente per sostenere l'attribuzione di nuovi ruoli al proprio ambito disciplinare. Ci sembra anche illusorio che tali resistenze vengano spontaneamente vinte, fino a quando la pianificazione sarà lasciata alla libera espressione degli appetiti e delle richieste autoreferenziali dei singoli docenti, individualmente legittime ma purtroppo non sempre moderate dal fine comune dell'eccellenza didattica, che si può realizzare soltanto nell'armonia dell'organizzazione integrata.

Anche in altre occasioni, peraltro rimaste "vox clamantis in deserto" è stato suggerito un rimedio dimostratosi efficace in tutti i Paesi in cui si è realizzata un'effettiva innovazione degli studi medici: mi riferisco all'attribuzione dei compiti di pianificazione non a commissioni didattiche con fini esclusivamente negoziali, e perciò rappresentative degli interessi individuali o di gruppo dei docenti, bensì a commissioni tecnico-scientifiche di programmazione didattica-pedagogica, peraltro previste anche dalla proposta nazionale di regolamento didattico per le Facoltà di Medicina; si tratta di commissioni costituite in buona parte da professionisti esperti in processi dell'apprendimento (pedagogisti, psicologi, esperti della comunicazione, epistemologi, ecc., non tutti obbligatoriamente docenti universitari della Facoltà); nei confronti di queste commissioni di Facoltà i docenti di contenuto delle singole discipline dovrebbero esercitare il ruolo irrinunciabile di referenti esperti e di consulenti, ma non di decisori autonomi. Ovviamente affinché il sistema funzioni è indispensabile che a tali commissioni sia riconosciuta l'autorità effettiva per programmare, decidere e attribuire poi ai singoli docenti, pur sempre con il loro consenso esplicito, i compiti didattici individuali, definiti con precisione nei contenuti, nei tempi e nelle metodologie.

Condizione preliminare necessaria, anche se non sufficiente, è l'accettazione del progetto da parte della maggioranza del corpo accademico: non è un obiettivo facile da raggiungere, che richiede chiarezza nelle proposte, pazienza nel renderle esplicite, alfabetizzazione pedagogica e capacità pressante d'iniziativa da parte dei responsabili accademici; se non sarà sufficientemente efficace la capacità "interna" di convincimento, lo saranno forse maggiormente le discriminazioni cui la comunità internazionale sottoporrà il prodotto delle nostre istituzioni formative e l'esempio dei risultati ottenuti negli altri Paesi europei; l'extrema ratio sarà rappresentata dal ricambio biologico del nostro corpo docente, in gran parte vicino se non già appartenente alla terza età.

Nella fase di avvio del processo di riforma le Conferenze permanenti dei Presidenti di CdL stanno generosamente offrendo alle Facoltà alcune linee generali comuni d'indirizzo programmatico; tuttavia, ogni Facoltà deve imparare a pianificare in modo autonomo il proprio impegno formativo in relazione alla propria "mission" e alla peculiarità delle proprie risorse, perché l'acquisizione di nuove risorse nel futuro dipenderà quasi certamente anche dalla valutazione di qualità dell'offerta formativa, misurata comparativamente in base alla qualità dei laureati delle varie sedi (per esempio attraverso la nuova modalità di effettuazione oggettiva e "centralizzata" dell'Esame di Stato), e ciò comporterà la competizione tra Facoltà per l'eccellenza didattica.



DR. FULVIO BORROMEI

Medico di Medicina Generale
Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri della Provincia di Ancona

Il Corso di Lezioni di Clinica Medica si è concluso con due incontri che il Dott. Fulvio Borromei, nella sua doppia veste di Medico di Medicina Generale e di Presidente dell'Ordine, ha avuto con gli Studenti del VI anno del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia.

Come ha sottolineato il Prof. Danieli nel presentare il tema e il relatore, l'incontro ha avuto come obiettivo quello di illustrare ai futuri Medici realtà e prospettive della Medicina Generale nel territorio ma ha, nello stesso tempo, dato l'avvio ad una collaborazione didattica tra la Facoltà e i Medici di Medicina Generale, per realizzare, anche attraverso le esperienze formative, una più efficace integrazione tra Facoltà e Territorio.

1 - L'attività professionale del Medico di Medicina Generale (MMG)

L'attività professionale del MMG è regolamentata dall'accordo collettivo nazionale per la Medicina Generale (MG) (DPR 270/2000) e da un accordo integrativo regionale.

Questi accordi tutelano non solo i legittimi interessi economici delle categorie rappresentate, ma anche i valori della professione.

Il ruolo del MMG si esplica in

Attività ambulatoriale

Assistenza domiciliare (ADP ADI)

Assistenza residenziale (Case di riposo, RSA, Country Hospital, Hospice)

Il MMG deve attuare una attività di prevenzione, di diagnosi e di cura.

Può attuare una medicina di *attesa* oppure una medicina di *iniziativa*. Per realizzare al meglio il proprio ruolo il MMG deve puntare al miglioramento dell'organizzazione del suo lavoro.

La *medicina in rete*, la *medicina in associazione*, la *medicina in gruppo* sono momenti organizzativi che permettono di ottimizzare al meglio le risorse professionali della MG sempre più spesso chiamata ad affrontare problemi diversificati.

Obbiettivi da raggiungere per la MG sono: l'*appropriatezza* (delle decisioni cliniche-terapeutiche e assistenziali), l'*integrazione* (con le altre fasi dell'assistenza), la *formazione* (miglioramento dell'efficienza professionale).

Quindi un Medico di Famiglia come responsabile complessivo del cittadino (non ordinatore di spesa, ma ordinatore di interventi e percorsi assistenziali appropriati) in una domanda correttamente espressa ed una offerta quantitativamente e qualitativamente appropriata.

La fiduciarità nel rapporto con il cittadino, il libero accesso alle sue prestazioni e la continuità assistenziale sono sicuramente dei punti di forza che vanno continuamente rivisitati e arricchiti.

Il contesto professionale in cui si muove il MMG è caratterizzato dalla tetrade: medico, paziente, malattia, famiglia. Questo contesto ha subito delle modificazioni nel tempo.

La malattia

Esiste una concezione particolaristica intesa come danno d'organo o d'apparato caratteristica della medicina specialistica e una dimensione antropologica coinvolgente la globalità della persona di solito approccio del MMG.

La sempre più crescente patologia cronica oggi ha determinato una gestione interdisciplinare in cui questi due diversi approcci alla malattia sono chiamati ad integrarsi reciprocamente

Si sta sviluppando in ambito della MG il concetto di *Specialista di fiducia*.

Il paziente-cittadino

Vi è stata una riduzione della asimmetria tra il paziente e il medico in uno scenario di ridondanza di informazioni con distorsione dei contenuti educativi.

Concetti come il diritto alla salute, alla autonomia, alla autodeterminazione si sono inseriti in questa relazione con ovvie modifiche rapportali.

Si è concretizzato un atteggiamento irrealistico da parte dei cittadini nei confronti delle possibilità della medicina e dei medici ed inoltre si sta manifestando un comportamento professionale che tende a compiacere il paziente e ciò non è sicuramente educativo se non è motivato.

Il Medico di Medicina Generale nella società in trasformazione

Il medico

L'attenzione alla persona si riduce sempre più a favore dell'attenzione alla malattia (ciò che dobbiamo contrastare) Il MMG deve continuare ad affermare un approccio olistico e osteggiare una *medicina difensiva* che comprometterebbe la comunicazione e l'empatia.

La famiglia

Si è passati da una famiglia a più componenti ad una con pochi e ciò crea anche delle problematiche assistenziali soprattutto per i malati cronici e disabili.

Punti critici tra MMG e specialistica

Un ricorso acritico da parte del MMG al consulente od inversione del percorso, le liste di attesa, una non conoscenza condivisa delle note CUF e una non sufficiente differenziazione tra Curante e Specialista, rappresentano situazioni da rimodulare nell'interesse della salute del cittadino.





Punti di incontro da sviluppare

Sono i percorsi integrati di cura tra territorio e ospedale per le patologie croniche di maggiore rilevanza, l'autonomia gestionale e l'attribuzione certa di risorse al distretto con ruolo riconosciuto del coordinamento distrettuale, il potenziamento dell'assistenza domiciliare in un vero e proprio sistema *integrato* di cure che si poggia sul medico della persona.

Inoltre migliorare l'assetto organizzativo dello studio (come accennavo all'inizio), con una gestione dedicata a patologie croniche (a fronte di una deburocratizzazione) con un personale di studio, con una medicina in rete ed in gruppo e una comunicazione telematica con le realtà specialistiche ospedaliere ed universitarie rappresentano opportunità di rilievo per l'affermazione di un ruolo sempre più consolidato.

Altro momento importante per la MG è la realizzazione della raccolta dati e la sua elaborazione per comprendere da una parte l'operato e valutarlo e dall'altra per programmare una progettualità che sia aderente alla realtà operativa.

2 - La Ricerca in Medicina Generale

L'analisi dei dati come stimolo per la crescita culturale del Medico e come momento formativo.

I dati in MG nascono e si estrinsecano nella loro natura, già come semplificazione di un momento complesso della attività professionale.

Dato dal latino *datum*: dare, offrire, è una informazione utilizzata come base per l'analisi e per trarre delle conclusioni.

In MG è espressione di un processo professionale tipico e peculiare.

I *dati* possono dare informazioni di carattere generale e/o particolare:

- dati sulla popolazione
- dati di attività
- dati sulle prescrizioni
- dati di spesa
- dati clinici ecc.

La diffusione del mezzo informatico con un programma che presenta alcune specifiche adatte alla MG, ha permesso ai MMG di raccogliere dati.

La raccolta del dato deve essere trasformata in gestione di informazioni attraverso l'aggregazione e l'elaborazione del dato grezzo secondo sistemi e procedure logiche.

Il MMG deve essere in grado di raccogliere una grande mole di dati e suddividerli per aree problematiche ed evidenziarne quelli essenziali.

Il MMG che non registra i dati non è in grado di controllare adeguatamente la qualità dei suoi atti professionali, è inconsapevole del proprio operato e non può attuare una verifica di qualità.

Sulla base di questi presupposti una cartella medica orientata per problemi (CMOP) è la più idonea.

I dati sono importanti in quanto inseriti in un sistema informatico possono essere elaborati, ma affinché diano risposte scientificamente valide devono essere *attendibili*.

Inoltre l'informazione che ne ricaviamo deve essere *interpretabile ed utilizzabile* e per fare ciò questa deve essere sintetizzata in *indicatori*.

Gli indicatori devono strutturarsi in modo da evidenziare eventuali *punti critici* del sistema e del suo funzionamento mettendo così in atto i *correttivi necessari*.

Questi rappresentano un supporto alle decisioni.

Quindi i *dati* attendibili ed interpretabili della nostra professione rappresentano elementi per la riflessione e la crescita culturale del MMG.

Così comprendiamo meglio chi siamo e che cosa facciamo.

Un punto di partenza ineludibile è come deve realizzarsi la *registrazione* dei dati e la loro codifica (es: ICD9).

La codifica può riguardare dati che permettono di formulare una diagnosi (ipertensione, diabete) ed in questo caso si comprende come da una situazione puramente osservazionale e di registrazione si passi ad una codifica diagnostica, che impegna il MMG ad una valutazione corretta e condivisa con altri medici affinché una eventuale ricerca su questi settori possa risultare attendibile.

Lo scopo degli studi di affidabilità è di verificare la completezza e l'accuratezza dei dati relativi sia all'interno del database dello stesso medico, sia tra differenti medici. Questo iter di valutazione dell'operato del MMG impone allo stesso una metodologia di raccolta analoga a quella di altri potenziali ricercatori.

Agli studi di *validità* invece competono la valutazione della rappresentatività del campione esaminato.

L'analisi dei dati permette al MMG di riflettere sulla frequenza degli eventi e le variabili ad essi connessi (indici epidemiologici: casi incidenti e tassi).

Questi dati rappresentano una base informativa anche per il singolo medico che voglia meglio gestire il proprio ambulatorio (medicina di iniziativa, dedicata, nuova organizzazione ecc).

L'analisi dei nostri dati è quindi anche l'analisi del nostro metodo di lavoro e la riflessione su questi ci permette di crescere professionalmente oltre che formarci alla ricerca.





Una ricerca, quella della Medicina Generale, non come mero esercizio speculativo, ma intrinseca alla realtà e quotidianità professionale.

3. Qualità in Medicina Generale

Oggi si è concordi nel sottolineare come l'attenzione alla *qualità dei servizi* costituisca l'elemento determinante nel riordino dei sistemi sanitari.

Solo attraverso una gestione di qualità si può dare infatti completa soddisfazione al cliente/paziente/cittadino, al medico e allo stesso tempo contenere i costi.

La *Total Quality in General Practice* nasce da una serie di esperienze maturate in Gran Bretagna, dove è presente una realtà più complessa con forme avanzate di assistenza sanitaria territoriale.

Anche se la realtà della MG in Italia è più povera dal punto di vista organizzativo-strutturale, i nuovi scenari presenti e/o potenziali come:

- l'incentivazione alla attività di gruppo e di associazione
- i tentativi di lavoro in cooperative
- le aperture verso ipotesi di gestione di budget in MG
- la medicina di iniziativa.

spingono i MMG italiani al cambiamento.

La relazione medico-paziente, la formazione permanente il rapporto/interazione con lo specialista, rappresentano passaggi essenziali per l'estrinsecarsi della Qualità in MG.

La relazione medico-paziente

La terapia non si svolge né nel paziente, né nel medico, ma tra loro due insieme, registrando così l'interdipendenza o l'interazione tra i due.

Il farmaco più usato in medicina è il medico stesso. Egli deve costantemente badare ad essere in buono stato, cioè deve imparare ad adoperare se stesso come il chirurgo il bisturi.

Il rapporto che si stabilisce fra il pz e il medico, caratterizza il loro incontro, lo definisce e ne influenza lo sviluppo futuro, è carico di implicazioni emozionali e psicologiche e rappresenta lo si voglia o no uno strumento di lavoro.

Questo rapporto è ancora più attuale oggi che la medicina vive alcune contraddizioni.

Da una parte gli indiscussi progressi diagnostici e terapeutici, dall'altra una profonda insoddisfazione da parte dei pazienti e un malessere diffuso da parte dei medici.

La crescente specializzazione non ha facilitato l'attenzione alla dimensione umana della persona che soffre e chiede aiuto. Con allarme si parla di *medicina muta*.

La scienza proclama successi, l'uomo esprime disagio.

In MG dove questa relazione si amplifica, non può esserci *qualità* se la conoscenza scientifica non si associa con l'*ethos* umanitario.

Ed anche per questo che l'iter formativo del MMG deve comprendere la *formazione alla relazione* per un professionista che ha un vasto campo di intervento.

La persona che vive un malessere e/o un dubbio sulla propria salute si rivolge al proprio medico curante e da lui aspetta una risposta.

In questa fase cosiddetta *non organizzata* della malattia, dove la condizione di disagio è un divenire, *qualità* significa ascolto e comprensione (si vive un momento relazionale delicato).

Inizia in questo momento l'*iter decisionale* in MG e *qualità* significa realizzare il compito che hanno le *cure primarie*; *qualità* significa integrare il ruolo e le competenze della MG con il mondo specialistico nell'interesse del paziente;

qualità è anche saper individuare lo specialista di fiducia, determinando anche in questo senso una continuità assistenziale.

Se i comportamenti di queste due figure professionali saranno basati sulla correttezza, il rispetto dei ruoli e delle competenze, volontà di collaborazione vera, ciò si tradurrà in efficacia ed efficienza e quindi in una prestazione professionale *qualitativamente* appropriata.

Inoltre ogni sforzo dovrebbe essere fatto dalla amministrazione pubblica per deburocratizzare il lavoro del *medico*.

Si deve avere il *rispetto* del suo *tempo*, che andrà dedicato alla clinica, al rapporto medico/paziente/cittadino, allo studio e alla ricerca.

Ottimizzare le risorse umane-professionali si traduce in maggiore *qualità* in Medicina.



ANTONIO BENEDETTI

 Gastroenterologia
 Università degli Studi di Ancona

Lezione tenuta presso la Facoltà di Medicina il 3 ottobre 2001 per il ciclo di conferenze Memoria ed attualità della Medicina, introdotte alle professioni sanitarie, per gli Studenti del primo anno dei Corsi di Laurea e di Diploma

All'inizio del terzo millennio, la considerazione della Gastroenterologia come disciplina autonoma sembra ovvia, ma l'acquisizione di questa autonomia è relativamente recente e praticamente inesistente fino a circa 30 anni fa. La Gastroenterologia negli anni '70 era infatti inserita nei reparti di Medicina Interna, ma il progresso delle acquisizioni cliniche, tecnologiche e, soprattutto, fisiopatologiche, hanno portato alla naturale separazione di questa scienza da quello che era un corpo dottrinale troppo vasto. In Italia, il merito di aver contemporaneamente concepito e considerato la Gastroenterologia come disciplina a sé stante può essere attribuito ad alcune scuole, come quella di Bologna (diretta dal Prof. Labò), di Modena (diretta dal Prof. Coppo), ma soprattutto di Ancona, per merito del Prof. Francesco Orlandi. Proprio in Ancona, ad esempio, è stato istituito il

La Gastroenterologia nel terzo millennio

primo reparto ospedaliero italiano nel giugno 1968 con una delibera operativa del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Civile "Umberto I°".

La Divisione ebbe una dotazione di 60

letti di degenza, un organico di 5 medici, ed un Laboratorio di Fisiopatologia Digestiva collegato alla Facoltà di Farmacia. Mentre precedentemente al 1968 esistevano solo poche sezioni ospedaliere, aggregate alla medicina interna ed orientate alle malattie digestive ma non istituzionalizzate, l'indipendenza strutturale della disciplina dette ad Ancona un grande vantaggio operativo. Ad Ancona venne per esempio fondata il 23 maggio 1970 l'Associazione

Malattie cardiocircolatorie	240696
Tumori	153945
apparato gastrointestinale	55221
apparato respiratorio	34398
Malattie apparato respiratorio	33936
Malattie apparato gastrointestinale	29816
Traumi	27816
Malattie psichiatriche	17246

Tab. 1 - Cause di morte

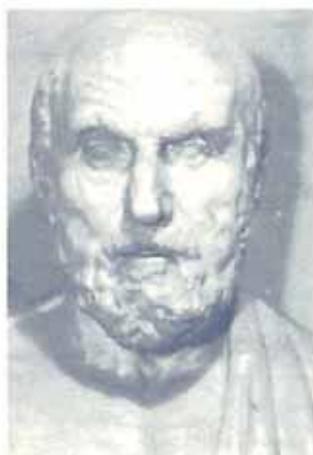


Fig. 1 - Ippocrate.

Italiana per lo Studio del Fegato, che rappresenta tutt'oggi la struttura nazionale di riferimento per gli epatologi.

Nello stesso anno, il 1970, compare un *agreement* innovativo tra epatologi italiani ed industria farmaceutica per un radicale rinnovamento della terapia basata, pubblicato sotto il nome di "Carta di Ancona", ed a questo proposito Ancona viene riconosciuta centro di riferimento nazionale INAM

per le interazioni tra fegato e farmaci. Dopo la pubblicazione della Carta di Ancona per esempio, la quota di mercato degli "epatoprotettori" è progressivamente scesa dal 7.7% a meno dello 0.1% della spesa farmaceutica totale italiana.

Da quegli anni, l'importanza della Gastroenterologia si è via via affermata, tanto in Ancona che in campo nazionale. Questa affermazione è stata anche favorita dall'importanza clinica delle malattie gastroenterologiche, che rappresentano la quinta causa di morte in Italia (Tab. 1).

Inoltre le malattie gastroenterologiche hanno rappresentato, negli anni '90, la seconda diagnosi di dimissione ospedaliera coinvolgendo il 12.5% della popolazione nazionale (Tab. 2).

A questo si associano anche dati di spesa sanitaria (Tab. 3), da cui deriva che l'omeprazolo, un inibitore di pompa protonica utilizzato nel trattamento dell'ulcera, risulta essere in assoluto la sostanza con più alta spesa lorda a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Le pietre miliari della Gastroenterologia

In questi ultimi trenta anni, come accennato in precedenza, il miglioramento delle conoscenze fisiopatologiche e delle innovazioni tecnologiche, in particolare quelle endoscopiche, ha permesso dei progressi quasi rivoluzionari nel campo della terapia e della diagnostica gastroenterologica tradottisi in un enorme sviluppo della Gastroenterologia come disciplina (Tab. 4).

MALATTIE ESOFAGEE

Ora che la classica malattia ulcerosa gastro-duodenale non è più una patologia chirurgica ed è efficacemente curabile con i nuovi potenti farmaci che inibiscono la secrezione gastrica acida, le patologie esofagee rimangono verosimil-



Malattie cardiocircolatorie	13
Malattie gastrointestinali	12
Traumi	10
Complicanze della gravidanza	9
Malattie respiratorie	8
Tumori	7
Malattie urologiche	6
Sintomatologie non definite	5
Malattie osteo-muscolari	5
Malattie neurologiche	5
Malattie mentali	3
Malattie endocrinologiche	2

Tab. 2 - Diagnosi di dimissione dagli ospedali italiani (%).

mente la sfida più difficile e complicata per quanto riguarda le prime vie digestive.

Anche in questo caso però i progressi scientifici e tecnologici aprono in continuazione nuove strade sempre più affascinanti, come l'uso endoscopico della tossina botulinica o di terapie chirurgiche laparoscopiche per il trattamento dell'acalasia che tanto riduce la qualità della vita dei giovani adulti.

Proprio in questi ultimi mesi sono poi arrivate le prime evidenze positive sulla possibilità di trattare il reflusso gastroesofageo refrattario alla terapia medica con l'iniezione di materiale inerte nello sfintere esofageo inferiore, o addirittura con l'apposizionamento di specifiche suture, sempre per via endoscopica.

PATOLOGIA GASTRO-DUODENALE

Altrettanto rivoluzionaria può essere definita la scoperta, nel 1983, del ruolo patogenetico dell'*Helicobacter pylori* nella patologia ulcerosa gastro-duodenale.

Questa scoperta rende quindi onore e merito a lavori clinici datati di circa 30 anni, che ascrivevano agli antibiotici la possibilità di guarigione dell'ulcera gastro-duodenale, e che ipotizzavano un'ipotesi infettiva mai però compiutamente dimostrata.

A tutt'oggi invece, la malattia ulcerosa viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) come malattia infettiva e curabile, ed addirittura viene ipotizzata la sua scomparsa se le linee guida proposte dal WHO per l'eradicazione dell'infezione verranno correttamente applicate.

Molto importante è anche la caratterizzazione di entità cliniche relativamente nuove come la patologia gastro-duodenale legata all'uso dei farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) e l'enorme mole di lavori ad essa associati hanno fatto prendere coscienza al medico gastroenterologo degli aspetti iatrogenici di questa diffusissima classe di agenti terapeutici.

MALATTIE DEL PICCOLO E DEL GROSSO INTESTINO

Le malattie del piccolo e grosso intestino hanno da sempre attratto l'attenzione dei ricercatori italiani, che rivestono posizioni preminenti in ambito internazionale, anche per il loro andamento clinico spesso drammatico che interessa prevalentemente pazienti in età pediatrica o i giovani adulti.

Questo interesse scientifico ha portato anche in questo campo al miglioramento delle conoscenze fisiopatologiche di patologie di interesse comune come la malattia celiaca, il morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa, con risvolti importanti in campo epidemiologico e terapeutico.

A partire dall'inizio degli anni Novanta, la disponibilità di test ELISA di facile identificazione per la diagnosi di malattia celiaca (anticorpi anti-gliadina ed anti-endomisio) ha permesso di cambiare le conoscenze sull'epidemiologia di questo disordine di tipo autoimmune, ed anche di definire più precisamente il variabile ventaglio di manifestazioni cliniche di questa patologia. Infatti questa condizione è molto più frequente di quanto si riteneva in passato, quando la celiachia si diagnosticava solo in presenza di sintomi indicativi di una sindrome da malassorbimento globale.

La prevalenza della malattia celiaca nella popolazione scolastica italiana è pari a 1/250 individui, e quindi non può essere considerata una malattia rara. In questi dieci anni tuttavia non abbiamo purtroppo ancora assistito a modificazioni nella terapia della celiaca, che rimane fondata sulla dieta priva di glutine, anche se esiste la concreta possibilità riguardo la produzione di frumento privo di gliadina mediante tecniche di modificazione genica del prodotto.

Al contrario di quello che avviene nella malattia celiaca, le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI, morbo di Crohn e colite ulcerosa) si sono beneficiati di notevoli miglioramenti nel campo della terapia.

Omeprazolo	2,4
Amlodipina	2,4
Enalapril	2,0
Nitroglicerina	1,7
Clanitromicina	1,7
Cefonicid	1,6
Epoietina alfa	1,5
Amoxicillina + Ac. Clavulanico	1,4
Ceftriazone	1,4
Simvastatina	1,3
Doxazosina	1,3
Ranitidina	1,3
Idroclorotiazide + Enalapril	1,3
Fluticasone	1,2
Somatotropina	1,0
Ciclosporina	1,0
Atorvastatina	1,0

Tab. 3 - Farmaci: spesa sanitaria (centinaia di miliardi).

- Identificazione del virus dell'epatite B e C
- Scoperta dei recettori dell'istamina e delle pompe protoniche nelle cellule parietali gastriche
- Identificazione del frammento tossico del glutine (gliadina)
- La malattia ulcerosa vista come patologia infettiva
- L'endoscopia gastrointestinale e l'ecografia addominale
- Il trapianto d'organo
- Il fegato artificiale

Tab. 4 - Pietre miliari della Gastroenterologia.

Innanzitutto il trattamento della fase acuta, oltre che con l'uso degli steroidi, viene gestita con adeguati supporti nutrizionali per via enterale o parenterale che permettono di mantenere un adeguato stato nutrizionale ed immunologico in vista di un eventuale intervento chirurgico.

Anche se i fattori eziologici alla base delle MICI non sono stati ancora identificati, le nuove conoscenze fisiopatologiche alla base del processo infiammatorio delle MICI stesse hanno permesso di disegnare nuove molecole terapeutiche come gli anticorpi nei confronti del TNF α (Tumor Necrosis Factor α). Anche se ancora mancano studi di follow-up a lungo termine, l'uso di questi anticorpi (particolarmente gradito al paziente per la monosomministrazione mensile e la virtuale assenza di effetti collaterali) si è dimostrato particolarmente efficace nelle forme più gravi di morbo di Crohn (forme refrattarie allo steroide, fistole refrattarie alla terapia immunosoppressiva), mentre dati preliminari sembrano suggerire una sua utilità anche nella colite ulcerosa.

LE EPATITI VIRALI CRONICHE

È veramente difficile definire gli straordinari progressi avvenuti in campo epatologico negli ultimi trenta anni. Con la scoperta delle particelle di Dane del virus dell'epatite B nel 1968, si è aperto l'enorme capitolo dei virus epatotropi e delle epatiti virali croniche, culminate in successione con l'identificazione del virus delta (ad opera di un italiano, Mario Rizzetto) e del virus dell'epatite C, che è causa della maggior parte delle infezioni attuali. Se non trattate, le epatiti virali croniche evolvono verso la cirrosi epatica che può causare la morte del paziente a causa dell'ipertensione portale, dell'insufficienza epatica o della sovrapposizione del carcinoma epatocellulare.

I tentativi terapeutici fatti negli anni '70 (cortisone ed '80 (interferone) sono stati inizialmente accolti con toni entusiastici, seguiti però poi da grossolane disillusioni per la scarsità delle risposte e l'incidenza degli effetti collaterali. Proprio quest'anno la combinazione di un interferone a lunga durata di azione (PEG-interferone) associato ad un altro antivirale, la ribavirina, ha mostrato essere efficace

nell'eradicare l'infezione da virus C in circa il 50% dei pazienti, senza aumentare l'incidenza degli effetti collaterali. Nuove speranze si sono anche aperte anche per i pazienti con cirrosi epatica HBV-correlata in cui la gravità dello scompenso può essere ridotta, in attesa del trapianto, dall'uso della lamivudina. Anche in questo caso sono alle porte nuovi farmaci antivirali da usare in combinazione con il PEG-interferone per bloccare l'evoluzione delle epatiti croniche verso la cirrosi.

L'ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Il concetto di esplorare le cavità naturali dell'organismo per studiarne l'interno o applicarvi sostanze medicamentose è antichissimo e non databile con precisione. Anche se già ai tempi della civiltà egizia (intorno al 1200 a.C.) si parlava dei "pastori dell'ano" che utilizzavano clisteri e supposte, i primi tentativi di esplorare le cavità interne dell'organismo vengono attribuiti alla straordinaria scuola medica ippocratica.

Nell'ambito della grande raccolta del *Corpus Ippocratum*, Ippocrate stesso (460-377 a.C.) (Fig. 1) parla in due volumi "*Delle Emorroidi*" e "*Delle Fistole*", in cui vengono descritti rudimentali speculi e la cosiddetta "candela di Ippocrate" che fungeva da sorgente luminosa. Anche se non esistono scritti precisi che documentino con precisione la diffusione di tali metodiche, diversi speculi e dilatatori di vari modelli furono ritrovati tra le rovine della "casa del chirurgo di Pompei" (79 d.C.) (Fig. 2), testimoniando l'ottimo livello di perfezionamento raggiunto dai Romani nella fabbricazione di tali strumenti e nell'ideazione di varianti tecniche.

Nonostante queste antiche applicazioni, ci vollero molti secoli prima che l'endoscopia riuscisse a compiere sostanziali progressi scientifici che si distaccassero da considerazioni aneddotiche e primitive. Questo salto di qualità coin-

EGDS	95
Colonscopia	91
ERCP	82
Papillosinterotomia	73
Protesi biliari	50
Protesi esofagee	40
Manometria esofagea	50
pH-metria esofagea	65
Ecografia addominale	67
Biopsia eco-guidata	54
Laserterapia delle lesioni stenosanti	40

Tab. 5 - Procedure endoscopiche eseguite nei reparti gastroenterologici (%).

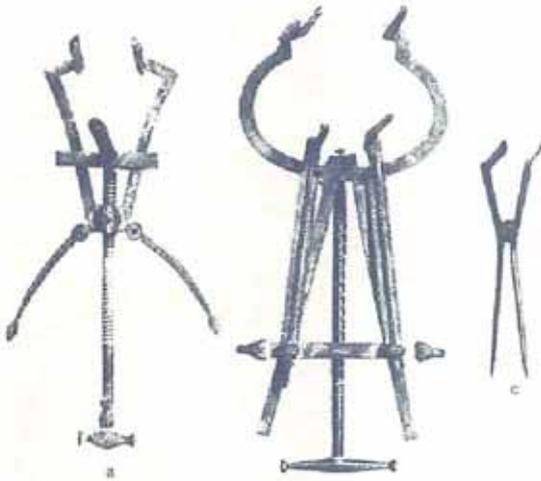


Fig. 2 - Gli strumenti della casa del chirurgo (Pompei 79 d.C.).

cide con l'era dell' endoscopio rigido iniziata da Philipp Bozzini (1773-1809) che mise a punto il "Lichtleiter", il conduttore di luce all' interno delle cavità corporee (Fig. 3). Bozzini mise a punto numerosi speculi che, avvitati al corpo lampada, permettevano di esaminare l' uretra, la vescica, il retto, la vagina.

La prematura morte di Bozzini e gli intrighi della corte viennese del tempo determinarono l' affossamento della sua invenzione. Passò quasi un secolo di tentativi sporadici ed osservazioni aneddotiche fino a che, ancora grazie ad un chirurgo austriaco, Johann von Mikulicz-Radecki (1850-1905), si cominciarono a studiare in maniera razionale le angolazioni e le curvature dell' esofago e dello stomaco, per poi progettare uno strumento che potesse esplorare le cavità interne di questi organi (Fig. 4). Con questo strumento, Mikulicz studiò lo stomaco di circa 20 soggetti sani e di alcuni pazienti con cancro gastrico, ma ancora il suo strumento non poteva essere utilizzato su larga scala in quanto difficile da introdurre, doloroso, e potenzialmente in grado di creare ulcere viscerali in quanto incorporante una lampada a filamento di platino.

• Gastroscopia (2000)	• ERCP (600)
• Enteroscopia (50)	• Protesi bilio-pancreatiche (160)
• Colonscopia (2500)	• Polipectomie (350)
	• Laserterapia (200)
	• Dilatazioni esofagee (70)
	• Protesi esofagee (15)
	• Varici esofagee (45)

Tab. 6 - Clinica di Gastroenterologia: attività endoscopica.

- Diagnosi delle epatopatie croniche
- Trattamento dell'insufficienza epatica
- Diagnosi e trattamento dell'ittero
- Diagnosi e trattamento non chirurgico delle patologie pancreatiche
- Diagnosi e trattamento non chirurgico delle patologie esofagee
- Diagnosi delle dispepsie gravi
- Diagnosi e trattamento del dolore addominale acuto e cronico e del malassorbimento
- Diagnosi e trattamento delle MICI

Tab. 7 - Clinica di Gastroenterologia: attività di degenza.

Nel secolo successivo, l' endoscopia beneficiò di due grandi scoperte: la lampada a filamento di carbonio inventata da Edison (che permetteva di eliminare i problemi del filamento di platino) e la messa a punto dell' endoscopio semiflessibile di Rudolf Schindler (1888-1968).

Schindler, un geniale medico tedesco poi trasferitosi negli Stati Uniti in seguito alle persecuzioni naziste, con il suo nuovo strumento da un lato inizia uno studio dettagliato della patologia esofago-gastrica, dall' altro riesce a favorire una diffusione rapida ed esplosiva della gastroscopia, proponendola come un vero e proprio metodo (Fig. 5), che sarà ultimata all' inizio degli anni '60 quando la tecnologia delle fibre ottiche permetterà di produrre endoscopi flessibili tipici dell' era moderna.

All' inizio del terzo millennio, la diffusione dell' endoscopia digestiva è enorme e sempre più spesso si richiedono non più semplici esami endoscopici diagnostici di primo livello, ma piuttosto interventi di secondo livello volti al trattamento di urgenze gastroenterologiche (sanguinamenti, rimozione corpi estranei, etc.) o all' esecuzione di particolari procedure diagnostiche o terapeutiche (polipectomie, ERCP, rimozione di calcoli dalla via bilare, posizionamento di protesi o trattamento laser per stenosi neoplastiche, etc.).

La enorme diffusione di queste tecniche non è stata però accompagnata spesso dal riconoscimento formale del servizio di endoscopia all' interno di un reparto di gastroenterologia, che andrebbe senz' altro riservato almeno ai centri di eccellenza. Se infatti consideriamo la Tab. 5, vediamo come nella quasi totalità dei centri di endoscopia si eseguano procedure diagnostiche di primo livello, mentre la percentuale scende quando ci avviciniamo a più complicate tecniche di eccellenza.

In questo secondo gruppo si inserisce senz' altro l'attività endoscopica della Clinica di Gastroenterologia che oltre ad un numero molto elevato di esami diagnostici, rappresenta centro di riferimento per l' esecuzione di procedure terapeutiche e diagnostiche di secondo livello (Tab. 6).

La Clinica di Gastroenterologia

La Clinica di Gastroenterologia, diretta da chi scrive, svolge un'attività estremamente variegata che si estende dalla routine clinica alla diagnostica molecolare.

Oltre all'attività endoscopica precedentemente menzionata e che si arricchirà presto della metodica dell'ecografia endoscopica, l'attività della Clinica può essere così suddivisa:

- attività ambulatoriale
- attività di degenza
- fisiopatologia digestiva diagnostica
- laboratorio di fisiopatologia digestiva.

Vediamo ora nel dettaglio le singole attività.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, oltre ad un classico ambulatorio generico per pazienti esterni, di recente questa è stata differenziata per patologie, quali le epatiti croniche, le malattie infiammatorie croniche intestinali, i malassorbimenti e la celiachia. Questa attività così differenziata, oltre a rappresentare un importante punto di riferimento per i pazienti, permette di costituire dei centri dedicati con le caratteristiche del più recente aggiornamento in termini di diagnosi e terapia dello specifico problema, oltre a rappresentare un utile database per la raccolta dei dati clinici.

L'attività ambulatoriale confluisce poi inevitabilmente o nell'attività di degenza, in cui vengono rappresentate le più importanti patologie gastrointestinali (Tab. 7), o nell'attività di fisiopatologia digestiva diagnostica.

Questa area è riservata a quei test che non necessariamente richiedono il ricovero ospedaliero, come l'ecografia addominale, la pH-manometria esofago-gastrica per la diagnosi delle dispepsie e dei disturbi motori esofagei, l'esecuzione dei *breath test* per lo studio delle intolleranze alimentari, della sindrome da contaminazione batterica, del tempo di transito intestinale.

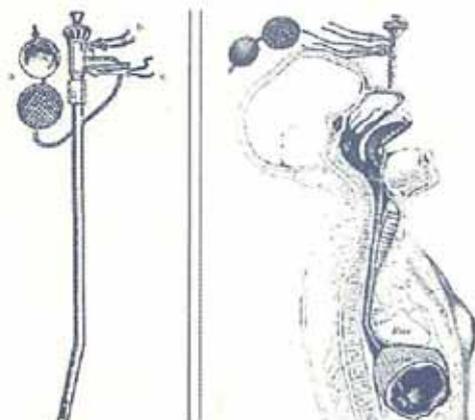


Fig. 4 - Gastroscopio di Mikulicz (1885)

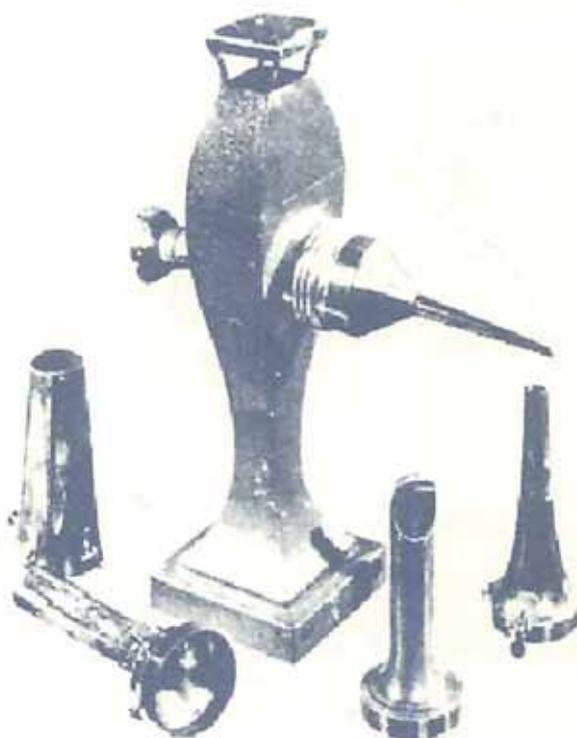


Fig. 3 - Endoscopio di Bozzini (1805)

Come accennato nell'introduzione, la Clinica è sempre stata accompagnata ad un Laboratorio di Fisiopatologia Digestiva che contribuisce alla diagnostica differenziale delle epatopatie croniche, mediante l'esecuzione dei test di biologia molecolare per la diagnosi di emocromatosi, e delle neoplasie dell'apparato digerente, oltre a svolgere ricerca di base.

In alcune forme ereditarie, il rischio di degenerazione carcinomatosa del colon è praticamente inevitabile e la loro identificazione è necessaria per la diagnosi precoce di trasformazione neoplastica e per lo *screening* familiare.

Nel laboratorio sono stati quindi introdotti i test di biologia molecolare per l'identificazione, su prelievi bioptici o ematici, delle FAP (*Familiar Adenomatous Polyposis*) e delle HNPCC (*Hereditary Non Polyposis Colon Cancer*) necessarie per la diagnosi differenziale di queste forme familiari.

Per quanto riguarda la fisiopatologia della colestasi, in questi ultimi anni, in collaborazione con il Prof. Domenico Alvaro di Roma ed il Prof. Gianfranco Alpini di Temple (Texas), particolare attenzione è stata posta allo studio della regolazione neuro-ormonale della secrezione biliare.

Negli anni '90 erano infatti stati messi a punto dei modelli sperimentali volti allo studio dei meccanismi che regolano la secrezione biliare, e rappresentati *in vivo* dalla legatura



Fig. 5 - L'endoscopio di Schindler (a destra) ed il frontespizio di uno dei suoi articoli (a sinistra)

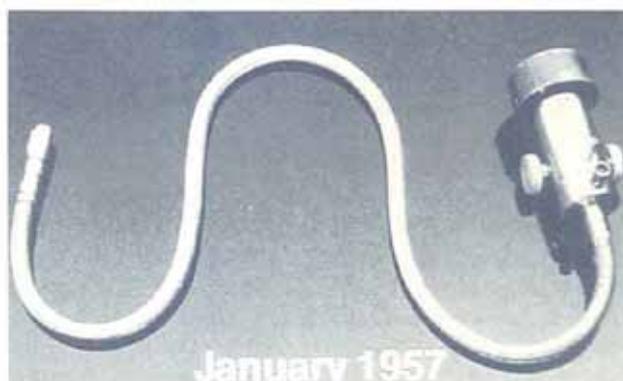


Fig. 6 - Il primo endoscopio flessibile

del coledoco nei ratti, *in vitro* dall'isolamento e dalla coltura degli epatociti e dei colangiociti.

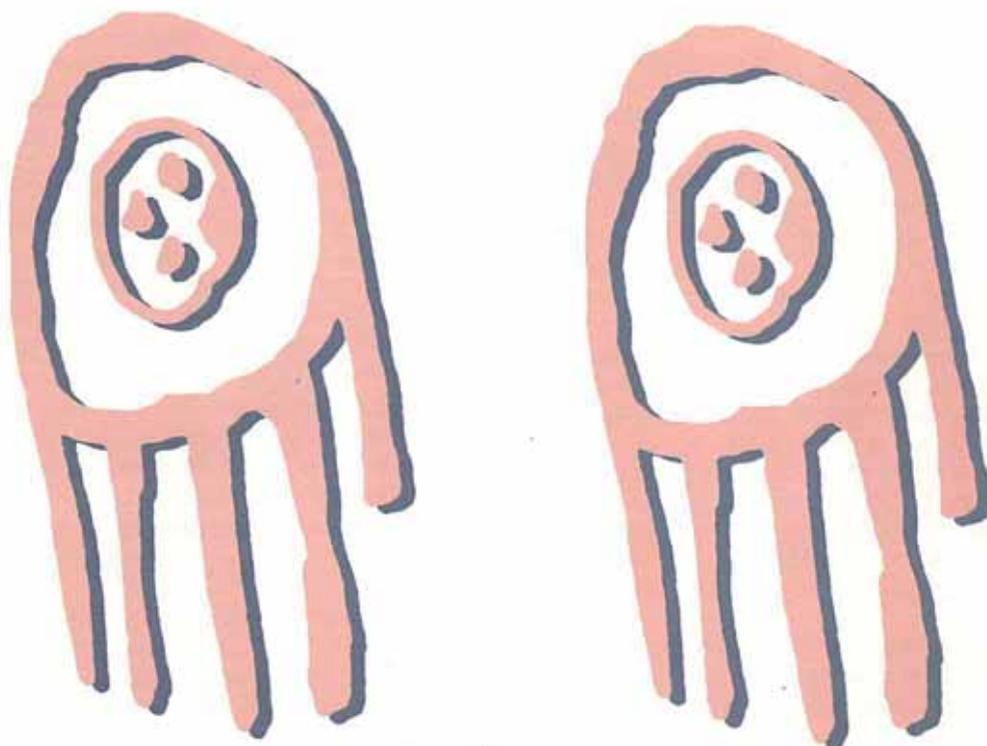
Più di recente è stato dimostrato il ruolo del sistema vagale, dell'acetilcolina, della gastrina e dell'insulina nel regolare la secrezione biliare e la proliferazione dei colangiociti in condizioni basali e patologiche, simili a quelle che si ritrovano in corso di colestasi croniche, con ovvie ripercussioni per quanto riguarda la comprensione della fisiopatologia di queste malattie e il disegno di nuove terapie sperimentali.

Anche nello studio della fisiopatologia della fibrosi, gli anni '90 sono stati entusiasmanti per la messa a punto di modelli sperimentali *in vivo* che hanno permesso di identificare nelle

cellule stellate epatiche le responsabili dell'accumulo di matrice extracellulare patologica in corso di danno epatico cronico.

Sempre in quegli anni è stato possibile isolare e mantenere in coltura le cellule stellate epatiche, definendo quindi i meccanismi intracellulari che portano alla loro attivazione ed all'eccessiva produzione di matrice.

A questi dati, hanno fatto seguito una serie di studi molto recenti che hanno permesso di identificare alcune molecole in grado di ridurre l'accumulo di collagene in diversi modelli sperimentali e che saranno oggetto a breve di *trial* clinici sperimentali nell'uomo.





GRAZIELLA BIAGINI

Istologia
Università degli Studi di Ancona

Sfida alla Scienza o della Scienza?

L'educazione di ogni Professionista della Sanità deve avere una "cornice" metodologica e filosofica di riferimento e l'Università accanto alla creazione delle competenze deve operare anche in questa direzione

Ma l'Università deve pure operare affinché questa cornice metodologica e filosofica identifichi (*last but not least*) una collocazione europea, sempre comunque nell'ottica che mentre la tecnologia ci spinge verso l'uniformità, "qualche cosa" dentro di noi cerca di evidenziare ulteriormente le differenze identitarie esistenti: un capitale sociale che anche l'Università non deve dimenticare o trascurare.

Ed anche se l'Europa da un lato e le autonomie regionali dall'altro possono contribuire ad indebolire il classico modello di Stato nazionale ed i singoli riferimenti identitari, il tutto va comunque vissuto come una sfida che proprio con la realizzazione di percorsi nell'ambito delle (*Medical*) *Humanities* può essere più consapevolmente affrontata.

Comunque la caratteristica multiculturale della Società che si viene costruendo in Europa non deve essere vista in maniera un po' ingenua o esotica ma bisogna cercare che tenga conto in modo quasi pragmatico delle nuove dinamiche e dei nuovi

Sfida alla Scienza o della Scienza?

Ecco allora che in questo percorso nuovo attraverso le *Humanities* bisogna individuare, in modo promozionale-esperienziale, chi e che cosa possano costruire nuovi equilibri, più soddisfacenti per i nuovi bisogni della Società attuale. Ma proprio perché io credo che attualmente non si sia in grado di perseguire sicuri obiettivi penso ci si debba accontentare di innescare un processo di ricerca e verifica che deve comunque coinvolgere tutta la Comunità, nel nostro caso rappresentata dall'Ateneo dorico.

In fondo quello che si cerca di costruire nella nostra attuale Società è una elaborazione di un sapere generale "totale" ma variamente strutturato sull'uomo e sulla suo vissuto socio-culturale.

La Società degli individui, infatti, non è più pensabile come un aggregato di istituzioni isolabili dal contesto ma come insieme di sistemi integrati di comportamenti, valori, significati che è necessario comprendere perché tutte le società e le culture umane sono considerate, per chi ne fa parte, universi dotati di senso.

Dobbiamo quindi pensare nell'ambito dei vari contesti disciplinari universitari ad una ricerca comune "sul campo" che coinvolga docenti e studenti nella costruzione di una cultura

sensi di appartenenza evitando nel contempo che le istanze transnazionali siano una "cupola" benevola per i particolarismi regionali.

ra dell'esperienza umana nei suoi aspetti più diversi. Vi sono, a tale proposito, alcuni ambiti di confine come la nascita e la morte per i quali gli "operatori tradizionali" debbono confrontarsi con nuove elaborazioni concettuali e nuove letture sempre più trasversali. Così, anche per quanto riguarda la costruzione dei legami parentali le concezioni socio-culturali vanno via via cambiando. Ma tutto ciò finisce poi col riflettersi su contesti assai diversi, quali quello medico, biologico, economico, ergonomico, abitativo, etc.

Sono, queste mie, solo considerazioni che mi auguro però possano portare a collegare le varie Facoltà Doriche ed indurle a realizzare Forum di Ateneo in ambito di Scienze Umane che aiutino tutti noi a gettare delle basi multiculturali e multidisciplinari per quella "proiezione comune" che ci si auspica possa concretizzarsi al di là dei regionalismi e nazionalismi.

Connessioni

...the life can only maintain itself if there is a flow of energy and this flow requires the system to be out of equilibrium (J. Inv. Dermatol. 2002).

La comunicazione, è noto, non deve portare alla uniformità culturale anzi, al contrario,

può tradursi in un vitale fiorire di percorsi identitari che esulino dal creare una *élite* privilegiata ma conducano ad una produzione differenziata di saperi e di modi di sentire.

Nel rispetto e con la fiducia in tali promesse abbiamo condotto un Forum con gli studenti del primo anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia a cui sono intervenuti i Professori di Biologia e Bioetica ed Istologia per riflettere insieme su questo nostro primo anno in comune.

Sicura che il resoconto di tale incontro possa da se illustrare questo dialogo tra studenti e docenti realizzato al fine di mettere in evidenza i diversi sentire ed i diversi modi di intendere il futuro anche professionale riportiamo gli interventi nell'ordine in cui essi sono stati effettuati.

Francesca: In alcune materie c'è stata la volontà da parte dei professori di dare una maggiore impronta medica, in altri casi invece le lezioni sono risultate più pesanti perché affrontate in maniera più "tradizionale"

Marco: (Viene da esperienze di lavoro in campo medico). La frequenza è servita per respirare un'aria diversa dal campo lavorativo.

Ho trovato nei professori molta professionalità, nonostante le attrezzature e il materiale talvolta non siano adeguati.

Segnali positivi sono stati i seminari ed i forum, utili per gli studenti, anche se alcuni dettagli andrebbero migliorati.

Connessioni





**3° MEETING
INTERNAZIONALE DI UROLOGIA**
Ancona, 11-13 luglio 2002

Docente di biologia: Il mondo della medicina sta andando sempre più verso il molecolare, quindi in futuro si porrà il problema di come modificare la medicina (integrazione delle discipline con la parte clinica).

Non si possono proporre materie avulse dal contesto, ma cercare di proporre sempre la connessione con il campo pratico.

Alair: Si avverte che quest'anno siamo in una zona di cambiamento, grazie all'aggiunta di seminari interdisciplinari e forum, gravando però nella mole di lavoro dello studente. Dopo questo anno di sperimentazione, si riusciranno a sistemare le cose nel corso dei prossimi anni?

Alessandro: Queste occasioni di dialogo tra professori e studenti rappresentano un'eccezione a quello che è l'orientamento tradizionale dei professori.

Alessandra: I professori debbono avere chiaro, prima di tutto loro, come gestire le lezioni; noi studenti, infatti, non abbiamo termini di vero paragone. Le attività extradisciplinari sono molto interessanti, anche se dovrebbero essere distribuite in modo da non rendere troppo pesante la mole di lavoro.

Docente di Istologia: Comunque la mole di studio non può essere diminuita, tutto ciò serve alla formazione.

Docente di Bioetica: Bisogna dare una coerenza agli studi, per far capire agli studenti l'obiettivo finale, creare una serie di stimoli per far capire che studiando duramente si arriva a dei risultati.

Docente di Istologia: I continui aggiornamenti che fanno i professori dovrebbero essere trasmessi agli studenti nella loro chiave di lettura che può essere diversa da quella dei professori.

Camilla: Tutte le iniziative proposte sono interessanti ma tolgono tempo allo studio. Gli studenti, dovendo scegliere, preferiscono studiare in vista di un esame invece di stare sempre in Facoltà a seguire queste attività.

Cristina: Noi penalizziamo queste attività interessanti a favore dello studio. Andrebbero svolte in orari migliori per permettere allo studente, finite le lezioni, di poter studiare. Il problema non è il carico di lavoro, ma la chiarezza delle cose che vengono spiegate agli studenti.

Cristina: Ho notato una certa ripetizione negli argomenti delle varie materie, che sembra quasi una perdita di tempo prezioso per la spiegazione di altre cose.

Docente di Istologia: In conclusione i professori devono tenere ben conto della distribuzione delle ore *ex cathedra*, più difficile è interferire nell'organizzazione di seminari ed altre attività.

Il 3° Meeting Internazionale di Urologia che si terrà ad Ancona nei giorni 11-12 e 13 luglio 2002 si svolgerà sotto forma di Corsi con Interventi Chirurgici in diretta. I primi due Corsi riguardano la Laparoscopia utilizzata sia per la chirurgia del cancro della prostata con un intervento di Prostatectomia Radicale, sia per la chirurgia conservativa del rene nei casi di tumori piccoli che non superino i 3 cm di diametro (11 e 12 luglio).

In contemporanea verranno eseguiti interventi chirurgici per uguale patologia e con tecnica tradizionale a cielo aperto.

Il terzo Corso è invece sulla chirurgia dell'uretra per rottura completa traumatica del bacino e sulla chirurgia dei corpi cavernosi del pene (13 luglio).

La Laparoscopia in Urologia si è molto diffusa anche in Italia e si differenzia dalla comune tecnica laparoscopica perché predilige l'accesso extraperitoneale al rene e al basso apparato urinario rispettando la sede anatomica degli organi dell'apparato urogenitale. Ciò che emerge dall'esperienza di numerosi Centri di Laparoscopia Italiani, Europei e dagli Stati Uniti d'America, è che numerosi interventi urologici sia demolitivi che ricostruttivi possono essere condotti con precisione e sicurezza con le attuali tecniche laparoscopiche sempre più perfezionate e sicuramente perfezionabili per il progredire dello strumentario laparoscopico. Basti pensare all'uso del Robot e della Telechirurgia! I Chirurghi invitati che eseguiranno gli interventi in Laparoscopia e con chirurgia tradizionale sono sicuramente i più prestigiosi dei Paesi Europei e a tutti noti, come i Proff. C.C. Abbou di Creteil, K.-H. Kurth di Amsterdam, T. Lotti di Napoli.

Altrettanto interessante e innovativa è la chirurgia dell'uretra, anch'essa sempre più diffusa nei Centri di Urologia grazie proprio alle maggiori e migliori conoscenze in tema di tecniche chirurgiche e di materiale autologo da utilizzare come la mucosa del labbro e della guancia per ricostruire tratti stenotici e cicatriziali anche piuttosto estesi dei segmenti prossimali dell'uretra.

Con le nuove tecniche, la chirurgia dell'uretra consente di raggiungere ottimi traguardi nella restituzione dell'integrità di un organo, l'uretra, sino a non molto tempo fa considerata, invece, ingrata!

L'operatore sarà il Prof. S.C. Muller, stimato Urologo di Bonn, da due anni Professore a contratto di Urologia ad Ancona, al quale è legato per stima e amicizia il Prof. Muzzonigro.

Il Prof. Muller eseguirà inoltre un intervento di litotrixxia percutanea per un calcolo renale > di 2 cm dell'ampolla renale poiché in questi casi la litotrixxia extracorporea potrebbe comportare un iter terapeutico più lungo con più trattamenti e con la necessità di espulsione spontanea dei frammenti calcolotici. Sarà di particolare interesse trarre lo spunto da un intervento di resezione endoscopica di una neoplasia vescicale circoscritta ma di grado elevato (T1G3) che sarà eseguito dal Prof. G. Jakse, Urologo di Aquisgrana (sede del Trono di Carlo Magno), per discutere sulla biologia di queste neoplasie e sui protocolli in corso che cercano di definire le procedure terapeutiche più idonee e se è possibile risparmiare l'organo senza correre rischi di progressione grave della malattia.

Sempre in chirurgia in diretta, il Prof. S. Perovic eseguirà due interventi chirurgici sui corpi cavernosi del pene per patologia congenita e per patologia acquisita in soggetti entrambi giovani per i quali si rende indispensabile il recupero dell'attività sessuale.

Il Prof. Perovic, Urologo di Belgrado, ha ricevuto numerosi riconoscimenti internazionali per i contributi originali apportati da lui stesso a questo tipo di chirurgia. Le giornate del Meeting si presentano pertanto molto interessanti per un adeguato aggiornamento in Urologia per il quale l'E.C.M. ha già assegnato n. 13 (tredici) Crediti.

Gli interventi verranno eseguiti nelle nuove Sale Operatorie dell'Ospedale di Torrette e proiettati nell'Aula Multifunzionale (Aula D) della Facoltà di Medicina Polo Didattico.

Il Chairman del Meeting è il Prof. Giovanni Muzzonigro. E' peraltro disponibile la traduzione simultanea.





CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 23/04/2002

Notizie sulle principali decisioni fornite dalla Sezione Organi collegiali della Direzione Amministrativa

Il Presidente ha comunicato che la CRUI ha indetto per il 14 giugno una giornata di attenzione ai problemi universitari. Nella giornata si riuniranno i Senati Accademici, Consigli di Amministrazione e Consigli degli Studenti di tutte le Università Italiane.

Sono stati allegati al Bilancio di previsione per l'es. 2002 dell'Ateneo i bilanci di previsione dei Centri di gestione.

Autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa.

Attrezzatura Ist. Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica da acquistare con il contributo della Cariverona S.p.A.

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

- Proroga convenzione con la Casa Sollievo della Sofferenza.
- Convenzione tra l'Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica e la Fondazione Cassa di Risparmio di Jesi per la concessione di un contributo finalizzato all'accensione di n. 1 assegno per la collaborazione ad una ricerca.
- Convenzione tra l'Istituto di Microbiologia e Scienze Biomediche e la Fondazione Cassa di Risparmio di Jesi per la concessione di un contributo finalizzato all'accensione di n. 1 assegno per la collaborazione ad una ricerca.
- Rinnovo convenzione per la protezione fisica da radiazioni

Sono state autorizzate le seguenti prestazioni d'opera:

- Istituto di Patologia e Clinica dell'Apparato Locomotore, Sig.ra Sandra Manzotti.

E' stata approvata la ripartizione del fondo per la Ricerca Scientifica finanziata dall'Università per l'anno 2002, destinato alle Facoltà, e l'assegnazione dei contributi relativi ai docenti degli Istituti e dei Dipartimenti afferenti alle Facoltà.

Sono stati autorizzati i discarichi inventariali presso le seguenti strutture: Ripartizione Didattica Polo Torrette, Istituto di Scienze del Mare, N.I.A..

Sono stati assegnati i contributi per l'acquisto di medie attrezzature scientifiche a Istituti e Dipartimenti.

E' stato approvato il regolamento per l'utilizzo dei posti letto presso l'E.R.S.U. di Ancona uso foresteria per l'ospitalità di studenti di altre università italiane e straniere e per l'ospitalità di docenti, ricercatori e studenti ospiti dell'Università.

E' stato ripartito il contributo assegnato dal MIUR ai singoli e/o "giovani ricercatori" afferenti alle Facoltà dell'Ateneo.

Sono stati assegnati i fondi per le attività studentesche.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Centro di Servizi Multimediali e Informatici - istituzione borsa di studio.
- Contributo di € 5.164,57 dalla Società Janssen-Cilag S.p.A. all'Istituto di Semeiologia, Diagnostica e Terapia Strumentale.
- Assegni di ricerca.
- Istituzione ed attivazione corso di perfezionamento in "Chirurgia Laparoscopica Avanzata e Mini Invasiva".
- Attività specializzandi Facoltà di Medicina e Chirurgia.

A CURA DI UGO SALVOLINI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 24/05/2002

Notizie sulle principali decisioni fornite dalla Sezione Organi collegiali della Direzione Amministrativa

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni

- E' stata effettuata una nuova organizzazione degli Uffici dell'Amministrazione Centrale, consultabile sul sito internet: www.unian.it/sommario.htm alla voce "Organizzazione e Amministrazione - Organizzazione Uffici Amm.ne Centrale".

Sono state autorizzate le seguenti spese:

- Ist.to di Semeiologia Diagnostica e T.S.- Corso formativo individuale.
- Medie attrezzature - autorizzazione trattativa privata.
- Progetto di comunicazione a carattere pubblicitario - informativo anno 2002 periodo giugno - ottobre.
- CSGE - Fornitura frangisole avancorpi vetrati Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

- Convenzione tra l'Ist.to di Semeiologia Diagnostica e T.S. e l'API Raffineria di Falconara.
- Ist.to di Malattie Infettive e Medicina Pubblica - Ditta Cosmetal S.r.l.
- Convenzione tra l'Università di Ancona e la Fondazione Cassa di Risparmio di Fabriano e Cupramontana e l'Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Fabriano per la realizzazione di un progetto di ricerca.
- Convenzione tra l'Ist.to di Clinica Medica Generale e la AIL.

Sono state autorizzate le seguenti prestazioni d'opera:

- Ist.to di Patologia e Clinica dell'Apparato Locomotore - Dott.ssa Silvia Modena.
- Ist.to di Fisiologia Umana - Dott.ssa Silvia Modena

Sono stati approvati i tariffari delle sottoelencate strutture:

- Ist.to di Semeiologia Diagnostica e Terapia Strumentale.
- Ist.to di Biochimica.
- Ist.to di Morfologia Umana Normale.

E' stata approvata la modifica del testo del Regolamento didattico di Ateneo, emanato con D.R. n. 1644 del 3.08.2001 e vigente a far data dall'1.09.2001, esprimendo parere favorevole ai nuovi corsi di studio relativi alle lauree specialistiche.

Sono stati approvati i criteri per la corresponsione dei trattamenti aggiuntivi dovuti al personale docente ed ai ricercatori universitari convenzionati per l'espletamento della attività assistenziale (ex art. 6 D.Lgs. n. 517/1999).

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Chiamata professore universitario di ruolo di 2^a fascia.
- Procedura di valutazione comparativa per la copertura di n. 1 posto di ricercatore universitario di ruolo presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia riservata al personale tecnico ai sensi della L. 4/99, art. 1 comma 10.
- Importo borse di studio concesse per la frequenza del XVIII^o ciclo (4^o ciclo - n.s.) dei corsi di dottorato di ricerca.
- Contributo liberale di € 5.165,00 dalla Società AstraZeneca S.p.A. all'Ist.to di Semeiologia, Diagnostica e Terapia Strumentale.
- Contributo di € 6.970,14 dall'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Jesi all'Ist.to di Patologia dell'Apparato Locomotore (Cattedra di Reumatologia).



Memoria ed Attualità della Medicina

Ciclo di conferenze introduttive allo studio della Medicina e delle Professioni Sanitarie



il lavoro editoriale

Autori Vari, *Memoria ed Attualità della Medicina*, Collana di Scienze Umane della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona, pagine 284, Il Lavoro Editoriale, Ancona, 2002.

L'acquisizione del sapere medico, ossia dell'insieme di conoscenze, competenze ed abilità che il Medico deve possedere per l'esercizio corretto della sua professione, si articola, nel processo formativo, in una serie di ambiti culturali, i corsi d'insegnamento, che scandiscono, dalle basi biologiche alla cura del malato, le tappe della sua preparazione.

Memoria ed attualità della Medicina racconta questi ambiti, così come sono stati presentati in un ciclo di conferenze introduttive agli studi medici che la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona ogni anno organizza per i suoi nuovi iscritti.

Ogni capitolo del libro, dedicato ad una disciplina, dalle origini storiche al suo sviluppo e alla sua attualità, contiene la descrizione delle intuizioni, ricerche e scoperte che hanno caratterizzato il cammino della Medicina, da quella primitiva magica a quella razionale dei nostri giorni.

Proprio per il suo carattere di introduzione alle scienze mediche, il libro è dedicato ai Medici ed ai Professionisti della Sanità, quelli che già lo sono e quelli che lo diventeranno; ma in un mondo come l'attuale nel quale l'informazione coinvolge tutti su tutto, diviene lettura utile per ogni Persona che desideri essere informata su una realtà di cui, consapevole o ignara, è ogni giorno protagonista, la Medicina nei suoi due aspetti di salvaguardia della salute e di recupero della malattia.

PRESENTAZIONE

Nella prima settimana dei mesi di ottobre 2000 e 2001 la Facoltà ha aperto l'attività didattica con un ciclo di conferenze finalizzate a presentare agli Studenti iscritti al primo anno dei corsi di Diploma e di Laurea i saperi essenziali che sarebbero divenuti nei mesi e negli anni a seguire l'oggetto quotidiano del loro apprendimento. La presentazione è stata realizzata ripercorrendo, prima di giungere all'attualità, le tappe fondamentali delle intuizioni, delle ricerche e delle scoperte che hanno caratterizzato nei secoli la storia della Medicina, con l'obiettivo di illustrare come il sapere medico si sia formato, costruito e rinnovato anno dopo anno; la scienza infatti costruisce il suo dominio attraverso una continua sperimentazione che genera ipotesi e quindi scoperte e quindi nuove teorie, confermando paradigmi del passato o giungendo a confutarli ed a sostituirli, in un processo continuo di ricerca della verità o di approssimazione ad essa. La conoscenza del passato diviene in tal modo premessa indispensabile per interpretare correttamente il presente e prevedere come si disegnerà il futuro.

Da queste considerazioni risulta evidente che intento della Facoltà, nel preparare questo ciclo di conferenze, non sia stato quello di offrire una sia pur brillante rievocazione della Medicina *d'antan*, ma di fornire agli Studenti gli strumenti culturali per comprendere i grandi cambiamenti che hanno attraversato nei secoli il mondo scientifico sino alla costituzione dell'attuale sapere medico. Le conferenze, così come molti altri eventi didattici promossi dalla Facoltà, sono state rivolte insieme sia agli Studenti dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria sia a quelli delle Professioni Sanitarie. La condivisione dell'evento culturale ha avuto la finalità di porre insieme, uno accanto all'altro, sin dal debutto della loro formazione, Studenti che una volta diplomati opereranno insieme per la risoluzione dei problemi clinici che incontreranno nella loro professione di Medici, Infermieri, Ostetrici, Tecnici, Riabilitatori. Il momento formativo comune ha avuto quindi anche il significato di avviare i giovani al lavoro di *équipe* e a prepararli ad assumere in esso identità, ruolo e responsabilità propri. Il successo ottenuto dall'iniziativa e l'ampio consenso fornito alla stessa dagli Studenti hanno convinto dell'opportunità di pubblicare la maggior parte delle letture svolte in un volume che rappresenta il terzo della Collana *Scienze Umane* della nostra Facoltà.

Per il risultato ottenuto desidero esprimere il più sincero ringraziamento a tutti i Docenti che si sono impegnati, con esemplare cura e singolare entusiasmo, nel doppio ruolo di Relatori prima e di Autori successivamente, a Giovanni Danieli per il coordinamento dell'impresa sia nella sua fase di realizzazione didattica che in quella editoriale ed alla Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo per avere, con la sensibilità culturale e la disponibilità che la contraddistinguono, resa concretamente possibile la pubblicazione del Volume. Agli Studenti di ieri e di oggi l'auspicio che possano trovare in queste pagine lo spirito della Medicina e le virtù efficaci - conoscenza, umanità, energia - che da sempre l'hanno caratterizzata.

Tullio Manzoni



Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
mercoledì 3	16.00-19.00	Clinica Chirurgia Plastica	La riparazione tissutale in chirurgia ricostruttiva	Dott. A. Scalise	E, BB, R
giovedì 4	08.30-10.00	Biblioteca Clinica Radiologica	Seminario di casistica clinica	Proff. U.Salvolini L.Provinciali M.Scarpelli M.Scerrati F.Rychlicki	O, P, R, T, U, CC, DD, EE
giovedì 4	12.00	Bibl. Polo Didattico - III piano	Utilità e prospettive applicative delle analisi EEG avanzate	Dott. M. Signorino	P, II, EE, U, S, N
giovedì 4	08.30-10.30	Radiologia Clinica Ospedale Torrette	Incontri del giovedì con neurologi, radiologi, neuroradiologi, neurochirurghi, neuroriabilitatori, patologi	Prof. F.Rychlicki	P, EE, O
giovedì 4	8.30	Biblioteca Clinica Radiologica	Seminario di casistica clinica	Proff. U.Salvolini L.Provinciali M.Scarpelli M.Scerrati F.Rychlicki	O, P, R, T, U, CC, DD, EE
venerdì 5	14.00-15.00 15.30-19.30	Jesi, Centro Congressi Federico II	Le malattie metaboliche dell'osso: classificazione e diagnosi differenziale. Seguirà: Incontri con l'esperto - La diagnosi e la terapia dell'osteoporosi.	Dott. B. Fradiani Prof. W. Grassi	FF, O, S, EE, CC, DD (freq. obbl. per CC, DD, FF)
martedì 9	16.00-19.00	Clinica Chirurgia Plastica	La riparazione tissutale in chirurgia ricostruttiva	Dott. A. Scalise	E, BB, R
giovedì 11	08.30-10.00	Biblioteca Clinica Radiologica	Seminario di casistica clinica	Proff. U.Salvolini L.Provinciali M.Scarpelli M.Scerrati F.Rychlicki	O, P, R, T, U, CC, DD, EE
giovedì 11	09.00-16.00	Polo Didattico Aula D	Laparoscopia e cancro della prostata. Chirurgia in diretta.	Prof. Muzzonigro, Abbou, Lotti	B, D, E, F, G, O, P, R, S, V, AA, CC, DD, II
giovedì 11	08.30-10.30	Radiolog. Clinica Osp. Torrette	Incontri del giovedì con neurologi, radiologi, neuroradiologi, neurochirurghi, neuroriabilitatori, patologi	Prof. F.Rychlicki	P, EE, O
venerdì 12	09.00-16.00	Polo Didattico Aula D	Laparoscopia e neoplasie del rene. Chirurgia in diretta. Resezione endoscopica di neoplasie della vescica. Litotrissia percutanea.	Proff. Muzzonigro, Abbou, Kurth, Muller, Jackse	D, R, T, V, AA, DD, EE, II, LL
venerdì 12	14.00-15.00	Aula Didattica Clin. Reumat.	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	FF, O, S
sabato 13	09.00-14.00	Polo Didattico Aula D	Uretroplastica per stenosi post-traumatica dell'uretra. Corporoplastica per curvatura congenita del pene e per induratio penis plastica	Prof. Muzzonigro, Muller, Perovic	D, E, S, T, U, V, AA, CC, DD, EE, II, LL
lunedì 15	14.00-16.00	Aula Didattica Clin. Reumat.	Discussione casi clinici	Dott. R. De Angelis	FF, O, S
giovedì 18	08.30-10.00	Biblioteca Clinica Radiologica	Seminario di casistica clinica	Proff. U.Salvolini L.Provinciali M.Scarpelli M.Scerrati F.Rychlicki	O, P, R, T, U, CC, DD, EE
giovedì 18	08.30-10.30	Radiologia Clinica Ospedale Torrette	Incontri del giovedì con neurologi, radiologi, neuroradiologi, neurochirurghi, neuroriabilitatori, patologi	Prof. F.Rychlicki	P, EE, O
venerdì 19	14.00-15.00	Biblioteca Clinica Radiologica	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	FF, O, S
giovedì 25	08.30-10.00	Biblioteca Clinica Radiologica	Seminario di casistica clinica	Proff. U.Salvolini L.Provinciali M.Scarpelli M.Scerrati F.Rychlicki	O, P, R, T, U, CC, DD, EE
giovedì 25	08.30-10.30	Radiologia Clinica Ospedale Torrette	Incontri del giovedì con neurologi, radiologi, neuroradiologi, neurochirurghi, neuroriabilitatori, patologi	Prof. F. Rychlicki	P, EE, O

DL: Diploma di Laurea; **DU:** Diploma Universitario **DS:** Diploma di specializzazione; **A:** Anatomia Patologica, **B:** Chirurgia Vascolare, **C:** Cardiologia, **D:** Chirurgia Generale, **E:** Chirurgia Plastica e Ricostruttiva; **F:** Chirurgia Toracica, **G:** Ematologia, **H:** Gastroenterologia, **I:** Ginecologia ed Ostetricia, **L:** Igiene e Medicina Preventiva; **M:** Malattie Infettive, **N:** Medicina del Lavoro, **O:** Medicina Fisica e Riabilitazione, **P:** Neurologia, **Q:** Oftalmologia; **R:** Oncologia, **S:** Ortopedia e Traumatologia, **T:** Pediatria, **U:** Psichiatria, **V:** Urologia, **AA:** Anestesia e Rianimazione; **BB:** Dermatologia e Venerologia, **CC:** Endocrinologia e Malattie del ricambio, **DD:** Medicina Interna, **EE:** Radiodiagnostica; **FF:** Reumatologia, **GG:** Scienza dell'alimentazione, **HH:** Allergologia e Immunologia, **II:** Geriatria; **LL:** Medicina Legale, **MM:** Microbiologia e Virologia.



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Ancona
Anno V - n. 7-8, Luglio-Agosto 2002
Aut. del Tribunale
di Ancona n.17/1998
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C
legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara

Direttore Responsabile
Giovanni Danielli