



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Benvenuto a tutti coloro che iniziano oggi il cammino in Facoltà, percorrendo strade diverse ma tutte convergenti nell'unico obiettivo di acquisire la competenza professionale necessaria per realizzare la propria missione di Medico, di Odontoiatra, di Infermiere e di Tecnico delle altre professioni sanitarie.

Al mantenimento o al recupero della salute concorrono figure diverse, dal medico, il dottore per antonomasia, allo specialista, ai professionisti della sanità; ciascuna figura nella Facoltà segue percorsi formativi diversi, programmi diversificati adeguati all'acquisizione della competenza specifica, ma tutti hanno momenti di formazione comune, i Forum di didattica multiprofessionale, che iniziano in questo mese e che mettono insieme i futuri professionisti della sanità per dibattere temi di interesse comune, ma anche perché possano conoscersi, familiarizzare, educarsi a fondere le proprie competenze; la risoluzione dei problemi di salute delle persone malate infatti sempre più richiede, con lo sviluppo degli strumenti diagnostici e delle opzioni terapeutiche, il concorso di più operatori, ognuno con la propria competenza, autonomia, responsabilità; si va sempre più verso un "lavoro di squadra", per cui la Facoltà cura non solo l'acquisizione delle competenze specifiche, ma anche l'integrazione delle stesse non sottovalutando il fatto che la laurea dei corsi delle professioni sanitarie è abilitante, conferisce cioè a chi l'ha acquisita piena ed immediata libertà di esercitare.

Nella Lettera dello scorso numero avevo sottolineato l'importanza dell'insegnamento delle Scienze Umane allo scopo di sviluppare nei nostri futuri laureati quella *humanitas* componente irrinunciabile della competenza professionale. Ricordato oggi il significato ed il valore dell'integrazione tra le professioni (interprofessionalità), vorrei fare un richiamo sull'attività didattica curricolare e su quella elettiva, che inizia la prossima settimana.

Come vi è stato già, proprio in queste pagine, precisato, l'insegnamento teorico – contrapposto a quello pratico, esercitazioni e tirocinio – comprende sia l'insieme di conoscenze che tutti gli studenti devono possedere, *core curriculum*, sia i saperi elettivi liberamente scelti dallo studente in un'ampia offerta di eventi didattici preparati dalla Facoltà. L'offerta riguarda Corsi monografici, Forum, Internati e attività correlate alla preparazione della tesi; poiché la partecipazione e la valutazione positiva a questi eventi comporta l'acquisizione di crediti, la frequenza ad essi e la relativa valutazione sono obbligatori.

In queste pagine, ma anche nel sito di Facoltà e nelle bacheche, gli studenti troveranno pubblicati tutti gli eventi didattici previsti per tutto l'anno, nonché date e sedi del loro svolgimento; ora è opportuno che gli studenti guardino con attenzione quanto è programmato e facciano in questo mese di ottobre le loro scelte, considerando i programmi di didattica elettiva offerti dal proprio corso di laurea nonché, quando interessa e quando esplicitamente consigliato, anche momenti didattici di altri corsi di laurea, sempre in quello spirito di comunicazione e di integrazione tra le diverse professioni che deve svilupparsi in Facoltà.

L'attività didattica elettiva è un momento essenziale della formazione perché consente allo studente di personalizzare il proprio percorso didattico e di orientarsi verso una futura specializzazione; essa inoltre sostituisce quelli che in passato erano i piani di studio alternativi e, nelle Scuole di Specializzazione, i cosiddetti "indirizzi"; è puntualmente riportata nel diploma supplement consegnato dal prossimo anno al neo-laureato insieme ad diploma di laurea e costituisce titolo valido nei futuri concorsi. Va quindi attentamente considerata.

Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà

EDITORIALE 2

Educare alla responsabilità i futuri professionisti della salute

di *Daniele Rodriguez*

VITA DELLA FACOLTÀ 7

Agenda - Gli appuntamenti di ottobre - Settimana introduttiva alla Facoltà - ECDL

CLS MEDICINA E CHIRURGIA - ODONTOIATRIA E P.D.: Orario didattico - Attività formativa professionalizzante -

Forum di Scienze Umane - Internato - a Medicina, di sera - Corsi monografici

CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE: Corsi monografici - Corso di Informatica - Corso di Inglese scientifico a cura di *Giovanni Danieli*

ALBUM 15

René Descartes

di *Alessandra Sfrappini*

RICERCA CLINICA 20

Il carcinoma della prostata localizzato. Nuove procedure di diagnosi precoce e terapia

di *Giovanni Muzzonigro*

FORUM DI SCIENZE UMANE 26

Alle radici della politica sanitaria in Italia: l'emanazione del Codice di igiene e sanità pubblica

di *Giovanna Vicarelli*

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 32

Educare alla responsabilità i futuri professionisti della salute

*Canis sine dentibus latrat
(Ennio, Annali)*

1. Luoghi comuni ed esercizio professionale

Lo stesso spirito critico che informa ogni professionista della salute nell'osservazione e nell'interpretazione dei fatti naturali non può non guidarlo anche nella scelta del linguaggio che veicola i concetti ed i valori di riferimento ai quali egli si ispira per la sua fondamentale funzione di tutela della salute della persona. In altre parole, per quanto riguarda detta tutela, il professionista della salute:

- adotta un determinato linguaggio solo *dopo* aver elaborato concetti e valori;
- non può ricavare concetti e valori da parole che si trova *per moda*, quasi casualmente, ad usare;
- non può usare parole senza aver *chiaro che cosa esse esprimano*;
- non può farsi *schermo* con queste parole, per mascherare la carenza di valori guida nell'esercizio professionale.

Il lessico corrente di quanti esercitano le professioni sanitarie si è arricchito nel recente passato di parole e locuzioni di provenienza *lato sensu* giuridica. Di queste, alcune hanno acquisito particolare pregnanza e straordinaria frequenza d'uso: *responsabilità professionale*, *consenso informato*, *privacy*. Svariati e non sempre rispettivamente sovrapponibili sono i motivi – sui quali non è possibile soffermarsi in questa sede – che hanno favorito la fortuna e la diffusione di questi termini.

Certo è che, di fonte alla loro frequenza d'uso ed ai contesti (non sempre appropriati) in cui vengono adottati, occorre chiedersi:

a) se questi termini abbiano un significato rigorosamente univoco (o esprimano sinonimi o concetti addirittura antinomici), se siano adottati da ogni singolo professionista per veicolare valori e concetti nei quali egli si riconosce, se siano adeguati per rappresentare siffatto veicolo, se coloro che li usano abbiano veramente chiaro che cosa esprimano;

b) in caso di risposta negativa a tutte o a parte delle domande del punto precedente, se l'uso frequente ed indiscriminato di questi termini negli ambienti sanitari, spesso suggestivo e/o allusivo, contribuisca ad un condizionamento culturale deterioro degli studenti delle varie lauree della Facoltà di Medicina e Chirurgia, che in questi ambienti trovano il contesto che favorisce il loro apprendimento;

DANIELE RODRIGUEZ

Ordinario di Medicina Legale

Università Politecnica delle Marche

c) in caso positivo alla domanda del punto precedente, quali strategie adottare per contrastare questa tendenza.

A proposito di queste domande, ed in particolare di quella riportata *sub a*), si consideri dunque, inizialmente, la famigerata locuzione *consenso informato*. Quali sono i valori ed i concetti che essa esprime? Varie sono le risposte possibili; schematicamente, si può dire che la locuzione indichi:

- 1) l'autonomia (decisionale) della persona ed il diritto della stessa alla pertinente informazione;
- 2) l'autonomia (decisionale) della persona ed il suo diritto alla pertinente informazione, ma solo in alcune circostanze, potendo in altre essere sufficiente il consenso *non informato* [che è, sia detto per inciso, un concetto abnorme, sia pur immaginato da qualcuno];
- 3) l'impegno del professionista a rendere effettivo il punto 1);
- 4) la (sola) formalizzazione scritta del punto 1);
- 5) l'autonomia (decisionale) della persona ed il suo diritto alla consapevolezza (non solo all'informazione, dunque – come al punto 1) –, ma anche comprensione dell'informazione);
- 6) l'impegno del professionista a rendere effettivo il punto 5): non solo informare la persona, quindi, ma valutarne la comprensione ed eventualmente favorirla, intervenendo su meccanismi di rimozione e negazione;
- 7) la (sola) formalizzazione scritta del punto 5);
- 8) il diritto della persona all'informazione limitatamente ai casi in cui debba esprimere un consenso al trattamento, e non anche nei casi in cui la informazione sia (sostanzialmente) fine a sé stessa.

L'esperienza insegna che non tutti i professionisti della salute hanno riflettuto a fondo sul significato della locuzione *consenso informato* prima di introdurla nel loro vocabolario: talora il professionista ha una percezione sfumata del significato con cui essa è da lui stesso usata, anzi egli si stupisce che possa avere un significato diverso da quello che dà per scontato che abbia, ma che spesso non riesce a chiarire. E' quindi (relativamente) difficile indicare quale sia, da parte dei diversi professionisti, la premessa concettuale dell'uso individuale della locuzione; tuttavia, l'idea che chi la usa, se richiesto, dichiara di ritenere di esprimere con la locuzione, corrisponde alle interpretazioni più banali della stessa, intendendo per tali quelle che appaiono più lontane dal poter tutelare la salute della persona: ad esempio la numero 4 o la numero 8.

Ciò significa che la locuzione *consenso informato* è divenuta un perfetto *luogo comune*, nell'accezione positiva ma, soprattutto (è qui il problema da affrontare), negativa di tale espressione. Da un lato, infatti, la nascita della terminologia di cui ora si discute corrisponde ad

una necessità di sintesi linguistica volta ad esprimere un concetto *condiviso* in una data comunità, ma, dall'altro lato, si assiste ad un uso reiterato e stereotipato della terminologia, che maschera o il fatto che il concetto che essa intende significare non è sufficientemente condiviso dalla comunità o che è accettato solo in parte o che ormai si è persa consapevolezza del processo culturale che ha portato alla scelta terminologica. L'espressione linguistica non è comunque più (o, addirittura, non è mai stata) aderente a ciò che originariamente significava (o avrebbe voluto significare): continua, tuttavia, ad essere usata: e, talora, con tanta maggior forza, quanto più si svuota di contenuto. Non solo, dunque, il luogo comune è veicolo di non idee o, il che è lo stesso, di idee ricevute (passivamente), ma il suo successo nella comunità è espressione del riconoscimento di un *cliché* come valore in sé, a prescindere da ciò che sta a significare. L'uso persistente del luogo comune deriva dall'esigenza di non lasciare spazi vuoti (la mancanza delle parole-*cliché* svelerebbe la mancanza di concetti) e/o dalla pigrizia intellettuale di colmarli, mettendo in discussione ciò che è pseudo-efficacemente cristallizzato (e condiviso, sia pur banalmente) in espressioni facili e scontate.

Così, il luogo comune diviene baluardo difensivo di chi non sa più esprimere valori e concetti e si trincerava dietro le parole per nascondere la propria povertà culturale. Non a caso la cosiddetta *medicina difensiva* è fatta anche di *luoghi comuni* (questi di cui si discute ed altri) e non a caso (paradossalmente per un verso, ovviamente per l'altro: dipende dai punti di vista circa la medicina difensiva come *valore*) i luoghi comuni, dimostrandosi parole prive di significato, hanno un'efficacia difensiva nulla.

Così la locuzione "consenso informato", introdotta come traduzione dell'*informed consent* di matrice anglosassone, è divenuta subito *cliché*, perché non è nata come frutto di autonoma elaborazione concettuale (né si è inserita come integrazione del processo culturale di matrice mitteleuropea che aveva portato alla dottrina del *consenso valido*, invero recepita solo in alcuni ambienti medici particolarmente illuminati) ed è poi rimasta *cliché*, perché, impostasi prevalentemente nei suoi aspetti formali, raramente se ne è approfondito in modo capillare, in ambiente sanitario, l'autentico significato.

In particolare, oggi, la raccolta del consenso informato finisce con l'essere atto formale di garanzia per il medico (che così può dimostrare di aver fatto ciò che doveva fare: medicina difensiva) più che attività sostanziale di tutela della persona ed in particolare della sua consapevolezza e della sua autonomia.

Si rifletta poi sull'altro termine prima citato: *privacy*. Quali sono i valori ed i concetti che esso esprime? Anche

in questo caso, varie sono le risposte possibili (non tutte necessariamente in alternativa reciproca); schematicamente, si può dire che il sostantivo inglese indichi:

- 1) il diritto della persona alla tutela del contenuto dei rapporti interpersonali in funzione dell'esercizio professionale e non solo nell'ambito dell'esercizio professionale;
- 2) il diritto della persona alla riservatezza secondo le indicazioni del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- 3) l'impegno del professionista a rendere effettivo il punto 1);
- 4) l'impegno del professionista a rendere effettivo il punto 2);
- 5) gli aspetti formali (scritti) inerenti al punto 2);
- 6) una integrazione del concetto di segreto professionale;
- 7) una negazione del concetto di segreto professionale.

Anche per ciò che riguarda il sostantivo *privacy* – come per quanto detto a proposito del consenso informato – non sono molti i professionisti della salute che, pur facendone ormai – quasi tutti – larghissimo uso, hanno approfondito la riflessione sul termine. Anche in questo caso, dunque, il professionista dà per scontato un significato che non sa chiarire, ma che è certo che l'interlocutore percepisce perfettamente. Anche in questo caso, ad una approfondita ricerca, emerge che l'idea di chi usa il sostantivo *privacy* tenda ad aderire alle interpretazioni più banali rispetto all'obiettivo di tutela della salute cui è chiamato intrinsecamente il professionista (della salute, appunto): ad esempio la numero 2 o la numero 5.

Ciò significa che anche il termine *privacy* è *luogo comune*, non diversamente da *consenso informato*. Per di più, il sostantivo "privacy" è stato introdotto nella sua formula inglese originale, così, senza una traduzione o una sua omogeneizzazione con termini italiani analoghi già in uso e con un significato noto e condiviso. Anche questo sostantivo è divenuto subito *cliché*, entrando nell'uso in un momento in cui era ancora abbastanza vivace il dibattito sul rapporto fra impegno attivo alla tutela della *riservatezza*, in particolare del malato di AIDS e del soggetto sieropositivo per HIV, e concezione culturale storica del *segreto professionale* e delle giuste cause di rivelazione dello stesso. L'introduzione del sostantivo *privacy* in ambiente sanitario ha sopito i residui stimoli culturali in materia di segretezza rimanendo puro *cliché*. Anch'esso si è imposto prevalentemente nei suoi aspetti formali legati alla legge 31 dicembre 1996, n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" prima ed al citato D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" poi. Raramente si è approfondito l'autentico significato del sostantivo *privacy* come espressione di valori ispiratori dell'esercizio professiona-

le. Prova ne sia che, oggi, il rispetto della *privacy* è intesa dal medico come realizzazione degli adempimenti formali connessi al citato D.Lgs. 196, degli atti cioè dimostrativi dell'espletamento dei propri obblighi (ancora una volta nell'ottica della medicina difensiva) più che come attività sostanziale di tutela della persona, della sua riservatezza e della sua intimità.

Quanto poi all'ultima delle locuzioni citate, *responsabilità professionale*, i valori ed i concetti che essa esprime sono riconducibili a due alternative fondamentali; essa può infatti indicare:

1) l'eventualità che il professionista sia chiamato a rispondere ad una qualche autorità giudicante di una condotta riprovevole;

2) l'impegno del professionista a mantenere un comportamento congruo e corretto nell'esercizio dell'attività.

Anche per questa locuzione non sono molti i professionisti della salute che, prima di invocarla, hanno valutato e scelto, fra le due opzioni possibili, il suo significato. In questo caso, il professionista dà per ovvio un significato, che questa volta – diversamente dalle precedenti (consenso informato e *privacy*) – sa ben chiarire e dà per scontato che i suoi colleghi condividano. Il significato comunemente riconosciuto corrisponde a quello individuato dal numero 1), che non equivale certo all'obiettivo di tutela della salute, che è invece riportato nel numero 2).

Tutto ciò significa che anche la locuzione *responsabilità professionale* viene usata in un modo e con un significato che ne fa un luogo comune e allontana qualsiasi stimolo alla riflessione circa i contenuti che realizzano il corretto agire professionale nell'interesse dell'assistito. In questa accezione – di colpevolezza, con peculiare riferimento alla cerchia di ipotesi delittuose, connesse a condotte colpose del professionista, che abbiano causato o la morte (omicidio colposo) o l'aggravamento delle condizioni del paziente o manifestazioni morbose diverse da quelle preesistenti (lesioni personali colpose) – la locuzione in esame individua proprio il problema che con la medicina difensiva, cui sopra si è fatto cenno, qualcuno si illude di poter risolvere: e la medicina difensiva non è certo nata con l'obiettivo primario di tutelare gli interessi di salute della persona. In questa accezione, e col suo larghissimo e indiscriminato uso come luogo comune, la locuzione *responsabilità professionale* è alla base di uno stile di condotta basato su automatismi volti a prevenire il rischio di sanzioni a carico del professionista, che pongono al centro dell'agire professionale l'interesse del professionista stesso e producono a loro volta ulteriori luoghi comuni: *l'agire a scopo medico-legale, le sentenze della magistratura come guida professionale, chi meno fa meno sbaglia, non assumersi la responsabilità*.

E' appena il caso di segnalare che tali ulteriori luoghi comuni sono ben lontani dall'ispirarsi alla logica della tutela della persona e della sua salute.

Alle domande prospettate inizialmente *sub a*), è facile dunque rispondere indicando che ciascuno dei tre termini in esame non ha un significato rigorosamente univoco, che è adottato dal singolo professionista non sempre previa adeguata valutazione del suo significato, che comunque il significato che viene abitualmente attribuito è quello meno aderente all'obiettivo di tutela della salute della persona. In ogni caso, ciascuno dei tre termini è ormai diventato un *luogo comune*, non adeguato ad esprimere i valori che avrebbe dovuto veicolare.

2. Apprendere dai luoghi comuni? Il linguaggio diseducativo

Come prospettato, in forma invero retorica, nel punto b) del precedente paragrafo, l'uso frequente ed indiscriminato dei termini *consenso informato*, *privacy*, *responsabilità professionale*, negli ambienti sanitari, in modo spesso suggestivo e/o allusivo o, peggio, ambiguo, contribuisce ad un condizionamento culturale deteriore degli studenti delle varie lauree della Facoltà di Medicina e Chirurgia, che in questi ambienti trovano il contesto che favorisce il loro apprendimento.

Questa cultura del luogo comune, diffusa fra i professionisti della salute, va diffondendosi fra gli studenti, finendo col costituire per loro un forte strumento di diseducazione. Lavorare, dal punto di vista formativo, *contro cliché* ormai mandati a memoria, fatti del tutto propri dagli studenti che ne verificano la frequente ripetizione senza cogliere la banalizzazione dei relativi contenuti, è impresa che sta diventando davvero difficile. Non si ha certo la pretesa di rimuovere dall'uso, ormai fortemente radicato, tali termini, ma si ha il desiderio di focalizzare i valori che originariamente li hanno ispirati e che sono stati, in parte, banalizzati. Combattere questi *cliché* significherebbe scoprirsi un po' Don Chisciotte, e poter arrivare ad essere velleitario negli obiettivi formativi che ci si propone. Ma non è velleitario desiderare che gli studenti sappiano elaborare valori di riferimento ai quali ispirarsi con coerenza nell'esercizio professionale senza adeguarsi a parole il cui significato è sfuggente, subdolo o riduttivo.

Se il ricorso, banalizzante e strumentale, ai luoghi comuni può eventualmente essere compreso se effettuato da parte del professionista della salute che sia stato personalmente vittima di ingiuste accuse e che si aggrappa, irrazionalmente, ai principi deteriori della medicina difensiva, è tuttavia intollerabile che questi luoghi comuni siano ripetuti negli ambiti sanitari dove gli studenti sono impegnati nell'attività di tirocinio ed

acquistino così la valenza di paradigmi formativi. Ciascun professionista coinvolto nella formazione è impegnato nella valutazione critica dei problemi, non nella affermazione irrazionale di frasi fatte e fuorvianti. L'educazione (involontaria, si spera) all'uso automatico di forme linguistiche cristallizzate spegne lo stimolo a comprendere i valori che le hanno ispirate.

La formazione non ammette la banalizzazione.

Nessuno studente può permettersi affermazioni che non si fondino su prove di efficacia; così nessuno studente può adottare termini che riguardano i valori ed i principi ispiratori della professione senza aver compreso in primo luogo tali valori e principi, ed in secondo luogo il *nesso* esistente fra questi ultimi ed i termini usati. Nessun formatore può indurre suggestioni che possano promuovere l'uso acritico di siffatti termini da parte degli studenti.

3. Quali strategie? Educare alla responsabilità

L'obiettivo generale di favorire negli studenti un esercizio professionale basato su valori e principi autonomamente elaborati, può essere sintetizzato nella formula (che si spera non essere banalizzante) di *educare alla responsabilità*.

In questa formula, il concetto di responsabilità, ovviamente professionale, non è quello adottato nel terzo luogo comune di cui si è detto poco sopra, ma se ne differenzia profondamente, perché si ispira ad un principio diverso dalla tutela del professionista rispetto a possibili sanzioni: è la responsabilità dell'impegno e della solidarietà, delle scelte adeguate e dell'operare corretto nell'interesse della persona, senza ricorrere ad opportunismi, formalismi, preconstituzioni di giustificazioni. E' la responsabilità dei valori e della loro proiezione nella pratica professionale che si contrappone al formalismo delle parole stereotipate. E', più concretamente, la responsabilità che nasce dal *rispetto consapevole* di quanto indicato nei quattro punti seguenti e dalla valutazione delle rispettive interconnessioni:

- I) presupposti scientifici delle attività e delle funzioni professionali proprie;
- II) valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza personale;
- III) regole del codice deontologico;
- IV) norme di legge.

Molti di questi aspetti sono già curati nell'ambito della formazione del futuro professionista della salute; alcuni meritano comunque nuovo impulso e rinforzo nella consapevolezza, sopra analizzata, dell'intervento di fattori diseducativi, quali quelli esemplificati nei luoghi comuni sopra discussi, che rendono più complesso raggiungere l'obiettivo educativo.

In merito al punto I), pare adeguato continuare a promuovere l'apprendimento con interventi basati sulle prove di efficacia e sulla ricerca scientifica. Lo studente deve ispirarsi alle più recenti e migliori indicazioni scientifiche, prodotte dalle revisioni sistematiche della letteratura accreditata, in materia di test diagnostici, esame fisico, potenza dei fattori prognostici, efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi, ed eventualmente sistematizzate in linee guida. L'attività professionale può essere efficacemente guidata anche da protocolli e procedure; resta però fermo che si tratta di strumenti di lavoro che non hanno valore assoluto e permanente nel tempo, pertanto le loro indicazioni devono essere integrate con evidenze scientifiche eventualmente sopravvenute rispetto alla loro stesura.

Quanto al punto II), è esperienza comune che il professionista della salute si trovi sempre più spesso a svolgere la propria attività prendendo decisioni per le quali è necessario che abbia chiari i valori etici di riferimento e la criteriologia cui ispirarsi quando tali valori entrino fra loro in conflitto. Il professionista può essere oggi chiamato a operare scelte di grande complessità, non solo in relazione ad ambiti particolarissimi, proposti dal continuo progresso scientifico (si pensi ai neonati altamente immaturi, alla fecondazione assistita, agli interventi sul genoma umano, ai pazienti terminali, alla diagnosi di morte per lesioni cerebrali primitive in soggetti a cuore battente), ma anche in relazione a varie situazioni critiche legate alla persona assistita e alla interazione di questa con il professionista. Le seguenti indicazioni, per quanto tratteggino solo alcune evenienze e solo in modo molto sintetico, paiono sufficientemente esemplificative: il fatto che alla persona va garantito il diritto all'autodeterminazione fa sì che il professionista debba attivarsi per rendere sostanziale tale diritto; il fatto che, in nome della propria autonomia, la persona possa rifiutare il trattamento, anche quando indispensabile per evitare la morte, può contrastare con l'impegno del professionista orientato verso l'incondizionata difesa della vita altrui; il fatto che il minorenne debba essere reso partecipe delle proprie condizioni di salute e coinvolto nelle decisioni che lo riguardano in funzione del suo grado di maturità lascia perplesso il professionista abituato a pensare che esista una potestà genitoriale assoluta in materia di salute del minorenne; il fatto che la persona affetta da neoplasia chieda di non informare i congiunti delle proprie condizioni non è accolta con favore dal professionista, che ritiene che ciò impedisca di attivare le risorse della famiglia, quale utile sostegno per la cura della persona; il fatto che molte persone siano incapaci (per demenza o perché in coma) di prendere decisioni sulle proprie condizioni di salute pone il

problema della responsabile presa in carico del paziente da parte del professionista e della valutazione del ruolo della famiglia; il fatto che taluni pazienti pongano limiti ben precisi alla tradizionale trasmissione del segreto professionale fra professionisti pone nuovi problemi organizzativi.

Non è questa la sede per elencare tutte le numerosissime situazioni che, nella pratica professionale, impongono di considerare questioni etiche di rilievo; né è la sede per procedere all'analisi di tali problemi. Qui si vuole solo indicare che occorre educare lo studente alla percezione di tali problemi, alla connessa riflessione, alla elaborazione di risposte razionali, meditate, rispettose del punto di vista dell'altro (della persona assistita), che siano frutto di dialogo e di analisi piuttosto che di prese di posizione irrazionali ed emotive o basate sulla prassi acritica o sul luogo comune. Le decisioni del professionista devono avere uno sviluppo logico, orientato in base a valori e principi che ogni professionista (e ogni essere umano) deve avere chiari dentro di sé, ponderati e non legati all'improvvisazione del momento. Tali principi e valori sono da considerare quali criteri-guida per affrontare ogni singolo caso, e non certo come insidiosissimi preconcetti, che portano a effettuare scelte sempre uguali in situazioni-tipo, operando per schemi, senza tener conto delle peculiarità di ogni singola persona e di ogni singola vicenda, le quali, invece, vanno massimamente valorizzate.

Anche quanto indicato in III) merita approfondita considerazione e sviluppo nel progetto formativo, perché i moderni codici deontologici delle professioni sanitarie indicano nella responsabilità il criterio fondamentale cui ispirarsi nell'esercizio professionale. Per esempio, il codice deontologico dell'infermiere testimonia il cambiamento profondo intervenuto nella concezione stessa della Deontologia che, ormai ancorata solo etimologicamente al significato (dal greco) di "discorso dei doveri", è diventata ora il *discorso della responsabilità*, laddove, ovviamente, "responsabilità" significa impegno professionale nell'interesse di salute della persona. L'infermiere aderisce infatti ai precetti del codice deontologico non per imposizione, ma per scelta, in quanto guidato dal suo senso di responsabilità. I primi quattro degli otto commi che nel codice deontologico dell'infermiere che parlano di responsabilità sono, al proposito, illuminanti.

"1.1. L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.

1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita,

della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

1.4. Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

2.1. Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche."

Facilitare la comprensione della deontologia come responsabilità significa educare alla percezione dei bisogni dell'altro, all'impegno ed alla scelta professionale condivisa ed offrire un riferimento normativo su cui riflettere (non a cui adeguarsi supinamente ed acriticamente) prima di procedere alle decisioni più complesse.

In merito al punto IV), è indispensabile proporre allo studente una *selezione ragionata* delle norme di legge dalle quali scaturiscono, a vario titolo, ambiti di responsabilità diversificati.

Pare comunque ineludibile la cornice dei fondamentali riferimenti normativi che si incardinano nel primo comma dell'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ...".

Nell'art. 32 il concetto di salute non è definito; esso è comunque agevolmente identificabile con quello riportato nell'Atto di costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946, che è stato recepito nel nostro ordinamento legislativo con D.Lgs.C.P.S. 4 marzo 1947, n. 1068: *la salute non consiste solamente in assenza di malattia o di infermità, ma è stato di completo benessere sia fisico, sia mentale, sia sociale*. La tutela della salute non riguarda dunque solo alcune componenti della stessa, ma l'essere umano nella sua globalità.

Della tutela della salute – così definita – come diritto contemplato dalla Costituzione sono appunto garanti i professionisti sanitari, ed in particolare quanti operano in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale; infatti, stando al disposto dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale": "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale."

Il professionista della salute è *responsabile*, appunto, della tutela della salute, intesa come completo benessere sia fisico, sia mentale, sia sociale, quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Lo studente deve essere aiutato a percepire il senso profondo di questa responsabilità, così intimamente con-



naturata all'essere professionista da non poter essere elusa in alcun caso. Essere professionisti significa assumersi (sapersi assumere) le responsabilità: chi fosse oggi impegnato negli studi e già si chiedesse "che cosa fare, in futuro, per sottrarsi alla responsabilità?", farebbe una domanda priva di senso; la risposta, franca, sarebbe necessariamente del seguente tenore: "nulla può fare il professionista per sottrarsi alla responsabilità".

Per chi si vuole sottrarre al rischio connotato allo svolgimento di una determinata attività professionale, l'unica possibilità è di rinunciare a svolgerla.

Indicazioni bibliografiche

- Benciolini P., Aprile A., *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*. In: Menon C, Rupolo G, Pronto soccorso per l'infermiere professionale, Ambrosiana, Milano 1995.
- Barthes R, Bouttes JL, *Luogo comune*. In: Enciclopedia vol. VIII, Einaudi, Torino 1979.
- Jonas H., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997.
- Rodriguez D., *Il codice deontologico dell'ostetrica/o. Riflessioni e confronti*, McGraw-Hill, Milano 2003.
- Rodriguez D., *I codici deontologici del fisioterapista. Riflessioni e confronti*, McGraw-Hill, Milano 2003.
- Rodriguez D., Aprile A., *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, Roma 2004.

Agenda

- *Dal 6 al 18 ottobre*: iscrizione per via telematica all'Attività Formativa professionalizzante (studenti del 3° 4° 5° anno del CLS Medicina e Chirurgia)

- *Dall'11 ottobre al 5 novembre*: iscrizione ai Corsi Monografici, ai Forum di Scienze Umane per gli Studenti di tutti i corsi di laurea e di tutti gli anni; iscrizione all'internato esclusivamente per gli Studenti dei CLS Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e P.D.; iscrizione alle "Altre attività" (Informatica, Inglese scientifico) per gli Studenti del primo anno dei Corsi di laurea triennale.

Le modalità di iscrizione verranno indicate nel sito web della Facoltà

Gli appuntamenti di ottobre

5 Ottobre 2004 ore 9.00-13.30 Polo Didattico-scientifico di Torrette
Settimana introduttiva alla Facoltà: Presentazione dei Corsi di Laurea

6 Ottobre 2004 ore 9.00-13.30 Polo Didattico-scientifico di Torrette
Settimana introduttiva alla Facoltà: Corso sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

7-9 Ottobre 2004 ore 9.00-13.30 Aula Magna d'Ateneo Monte Dago
Settimana introduttiva alla Facoltà: Conferenze introduttive alle Scienze Sanitarie

11 Ottobre 2004 ore 8.30 Polo didattico-scientifico di Torrette
Inizio dell'attività didattica frontale per gli Studenti dei Corsi di Laurea Specialistica e delle Lauree Triennali

11 Ottobre 2004 ore 8.30 Polo didattico-scientifico di Torrette
Inizio dell'attività formativa professionalizzante per gli Studenti del CLS in Medicina e Chirurgia (3° 4° 5° 6° anno)

13 Ottobre 2004 ore 12.45 Polo didattico-scientifico di Torrette
Inizio dell'attività didattica elettiva con i Forum di Scienze Umane per gli Studenti dei Corsi di Laurea Specialistica e delle Lauree Triennali

13 Ottobre 2004 ore 18.00 Polo didattico-scientifico di Torrette - a Medicina di sera: Conferenza di Giuseppe Longo su *Anima ed esattezza: la scrittura del sogno*





Settimana introduttiva alla Facoltà

per gli studenti del 1° anno di tutti i corsi di laurea

5-6 ottobre 2004 - Facoltà di Medicina e Chirurgia Polo didattico scientifico - Torrette di Ancona

7-9 ottobre 2004 - Aula Magna d'Ateneo - Monte Dago

L'Ordinamento e i Regolamenti didattici

5 Ottobre 2004 ore 9,00-13,30

Facoltà di Medicina e Chirurgia Polo didattico-scientifico Torrette di Ancona

Dai Presidenti e dai Coordinatori vengono illustrati ai nuovi Studenti l'Ordinamento didattico vigente e i Regolamenti dei singoli Corsi di laurea

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia
Coordinatore Prof. Saverio Cinti – Aula C

Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Coordinatore Prof. Maurizio Procaccini – Aula A

Corso di Laurea in Fisioterapia
Presidente Prof. Leandro Provinciali – Aula B
Coordinatore Sig. Mauro Pennacchioni

Corso di Laurea in Infermieristica
Presidente Prof. Giovanni Danieli – Aula D
Coordinatore DDSI Sandro Ortolani

Corso di Laurea in Ostetricia
Presidente Prof. Andrea L. Tranquilli - Aula E
Coordinatore Ost. Giuditta Ferrini

Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia
Presidente Prof. Enrico De Nigris – Aula F
Coordinatore Sig. Giovanni Mazzoni

Corso sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

6 Ottobre 2004 ore 9,00-13,30

Facoltà di Medicina e Chirurgia Polo didattico-scientifico Torrette di Ancona
coordinato dal Prof. Matteo Valentino
con la collaborazione delle Dott.sse Monica Amati e Lory Santarelli

Memoria ed attualità della Medicina

Conferenze introduttive

7-9 Ottobre 2004 ore 9,00-13,30

Giovedì 7 ottobre

- 9.00 Circolazione e microcircolazione: da Malpighi alla terapia genica - MARIO CASTELLUCCI
- 10.00 La scoperta del mondo invisibile - PIETRO EMANUELE VARALDO
- 11.00 *intervallo*
- 11.30 Viaggio nel mondo delle immagini - ENRICO DE NIGRIS
- 12.30 L'anatomia patologica: passato e futuro - MARINA SCARPELLI

Venerdì 8 ottobre

- 9.00 Scipione Riva-Rocci e la misurazione della pressione arteriosa: un antesignano della moderna valutazione del rischio cardiovascolare globale - PAOLO DESSI FULGHERI
- 10.00 La disciplina dermatologica, dai primi passi ad oggi
ANNA MARIA OFFIDANI
- 11.00 *intervallo*
- 11.30 La storia dell'Ortopedia dalle origini ai nostri giorni
LUIGI DI PALMA
- 12.30 La chirurgia pediatrica, tra memoria ed attualità
GIUSEPPE AMICI

Sabato 9 ottobre

- 9.00 Il medico del lavoro ieri, oggi, domani - MATTEO VALENTINO
- 10.00 La semeiotica fetale: dalle manovre di Leopold alla quarta dimensione ecografica - ANDREA L. TRANQUILLI
- 11.00 *intervallo*
- 11.20 Evoluzione della flebologia - FRANCESCO ALÒ
- 12.10 *Questiones medico-legales*: dalla medicina forense al diritto nella professione medica - ANDREA TAGLIABRACCI
- 13.00 Elogio del Metodo Clinico - GIOVANNI DANIELI





ECDL - European Computer Driving Licence

L' E.C.D.L. – European Computer Driving Licence, è un attestato volto a certificare le conoscenze informatiche di base di coloro che lo hanno conseguito. Si tratta di un riconoscimento internazionale adottato, oltre che in tutta l'Unione Europea, in paesi come il Canada, l'Australia, l'Argentina (complessivamente in 135 Nazioni).

Per ottenere la "Patente del Computer" occorre superare sette esami (Moduli), di cui uno teorico e sei pratici. Gli argomenti trattati sono: concetti teorici di base, uso del computer e gestione dei file, elaborazione testi, foglio elettronico, basi di dati, strumenti di presentazione e reti informatiche (Internet – Posta Elettronica).

Il conseguimento della Patente ECDL certifica il possesso, da parte di chi l'ha conseguita, di conoscenze informatiche tali da permettergli di lavorare utilizzando correttamente un computer sia come postazione isolata sia inserito in una rete. Su invito delle Istituzioni, sia a livello nazionale che a livello locale, l'ECDL viene ormai considerato come titolo meritorio in molti concorsi pubblici.

L'Università Politecnica delle Marche offre ai dipendenti e agli studenti regolarmente iscritti la possibilità di conseguire gratuitamente la patente ECDL. A tale scopo sono stati allestiti dei laboratori con a disposizione corsi di auto-apprendimento e simulatori d'esame per l'auto valutazione.

Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, accanto all'Atelier Informatico (1° piano Polo Didattico Scientifico), c'è un'aula attrezzata con 19 PC a disposizione degli studenti. Una volta raggiunto un adeguato livello di preparazione, previa consultazione delle liste affisse nelle aule di auto-apprendimento recanti le date disponibili, ci si può iscrivere agli esami (che si svolgono in un'aula appositamente allestita presso il Ce.S.M.I. – Monte Dago). Presso le aule attrezzate sono inoltre disponibili le informazioni relative alla modalità di prenotazione e i recapiti dei referenti.

Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria e P.D.

Orario didattico

L'orario didattico del 5° anno del CLS Medicina e Chirurgia, rispetto a quanto pubblicato nel Supplemento 1 del Bollettino è modificato come segue:

1° semestre				
dall'11/10/2004 al 28/01/2005				
Ore	Lunedì	Martedì	Giovedì	Venerdì
				<i>AULA E</i>
13.00	Malattie del Sistema Nervoso	Malattie del Sistema Nervoso	Anatomia Patologica	Medicina Legale
14.00	Chirurgia Generale	Malattie del Sistema Nervoso	Anatomia Patologica	Medicina Legale
15.00	Malattie Apparato Locomotore	Malattie Apparato Locomotore	Medicina Interna e Geriatria	Chir. Gen. e Gastroenterol.
16.00	Medicina Legale	Malattie Apparato Locomotore	Medicina Interna e Geriatria	Ist. Diritto Pubblico
2° semestre				
dal 28/02/2005 al 10/06/2005				
Ore	Lunedì	Martedì	Giovedì	Venerdì
				<i>AULA E</i>
13.00	Malattie Cutanee e Veneree	Medicina Interna e Geriatria	Malattie Infettive	Malattie Infettive
14.00	Malattie Cutanee e Veneree	Anatomia Patologica	Malattie Infettive	Psichiatria
15.00	Medicina Interna e Geriatria	Anatomia Patologica	Psichiatria	Psichiatria
16.00	Medicina Interna e Geriatria			

Attività formativa professionalizzante

L'attività formativa professionalizzante è destinata a tutti gli Studenti dal 3° al 6° anno del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia. Si svolge dall'11 Ottobre 2004 al 10 Giugno 2005, dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 12.30, fatta salva la libera partecipazione degli Studenti all'Attività didattica elettiva del Mercoledì. Gli Studenti di ogni anno di corso sono suddivisi in sei gruppi contraddistinti dalle lettere da A ad F. Per l'insegnamento di Malattie del Sistema Immunitario sono previsti invece l'attivazione di otto gruppi ed un proprio orario, dalle ore 14.00 alle ore 18.00, sempre dal lunedì al venerdì.

Alcuni gruppi sono suddivisi in due sottogruppi F1/2, C1/2, ecc.

L'iscrizione ai gruppi di attività formativa professionalizzante deve avvenire tramite il sito web della Facoltà entro il 18 Ottobre. Il calendario dei diversi gruppi è pubblicato nel sito e nel Supplemento 1/9 di questo Bollettino.





Attività didattica elettiva

Forum di didattica multiprofessionale dedicati alle scienze umane

I Forum di Facoltà raccolgono insieme Studenti delle Lauree delle Professioni Sanitarie e dei CLS in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria intorno a temi che costituiscono un patrimonio culturale irrinunciabile di tutti coloro che operano nella Sanità, nell'ottica di promuovere una "umanizzazione" della Medicina e delle Professioni sanitarie, coerentemente alla richiesta di una società che cambia.

Un secondo obiettivo che questi Forum si prefiggono è creare uno spirito di squadra: futuri Medici, Infermieri, Specialisti, Tecnici delle professioni sanitarie si preparano a collaborare ed integrarsi vivendo momenti comuni di formazione, d'incontro e di dialogo già nella fase di preparazione alla professione.

Nel modello didattico proposto, le Scienze Umane seguono lo studente per tutto il periodo della sua formazione, con una serie di corsi monografici che si succedono da ottobre a giugno, destinati a coorti diverse di studenti, provenienti da differenti corsi di laurea, ma tutti amalgamati da un fine comune, la tutela della salute e il recupero dalla malattia.

I Forum, che seguono la normativa dei corsi monografici, consistono in letture di un'ora e discussione di trenta minuti, si svolgono tutti i mercoledì dalle 12.45 alle 14.15, in Aula D, dal 13 ottobre 2004 all'8 Giugno 2005. La frequenza è obbligatoria e controllata per gli studenti iscritti. La valutazione avviene al termine del corso, su richiesta degli Studenti, o nel contesto dell'esame finale del Corso di riferimento.

Le iscrizioni avvengono dall'11 ottobre al 5 novembre per via telematica, con modalità che verranno indicate nel sito web della Facoltà.

CMF1 – Etica Generale – Prof. Giovanni Principato
Biologia e Genetica 1° anno CLS Med. Chir. e CLS Odonto P.D., 1° CL P. S.

13 Ottobre 2004 Nuove frontiere dell'etica in un quadro eco-compatibile – Roberto Tagliaferri

20 Ottobre 2004 I principi dell'etica delle Professioni Sanitarie (tra Umanesimo ippocratico ed esigenze biotecnologiche) – Massimiliano Marinelli

27 Ottobre 2004 Evoluzione dell'uomo tra biologia e tecnologia – Giovanni Principato

CMF2 - Storia della Medicina – Prof.ssa Stefania Fortuna
Fisiologia – 2° anno CLS Med. Chir. e CLS Odonto P.D., 1° CL P. S.

3 Novembre 2004 Il giuramento di Ippocrate e le origini dell'Etica medica

10 Novembre 2004 Il concetto di malattia nel mondo antico

17 Novembre 2004 Medicina e società di fronte alle grandi epidemie

CMF3 – Psicologia Clinica – Prof. Bernardo Nardi

Psichiatria – 5° anno CLS Med. Chir. e 2° anno CL P.S.

2 Marzo 2005 Approccio clinico, parte prima: Razionalismo e post razionalismo

9 Marzo 2005 Approccio clinico, parte seconda: Aspetti categoriali ed esplicativi

16 Marzo 2005 Approccio clinico, parte terza: Fattori "oggettivi" e "soggettivi"

CMF4 – Informazione-Comunicazione – Prof. Leandro Provinciali

Malattie del Sistema Nervoso – 5° anno CLS Med. Chir. e 2° anno CL P.S.

24 Novembre 2004 Le caratteristiche dell'informazione sanitaria
1 Dicembre 2004 La comunicazione fra operatore sanitario ed utente. La comunicazione a riguardo dei farmaci, degli esami e degli apparati medicali

12 Gennaio 2005 L'informazione alla base del consenso all'attività sanitaria. Promozione della partecipazione dell'utente al processo assistenziale

CMF5 – Organizzazione Sanitaria – Prof. Francesco Di Stanislao

Igiene - 2° anno CLS Odonto P.D., 6° anno CLS Med. Chir. e 3° anno CL P.S.

6 Aprile 2005 Il Piano Sanitario Regionale

Francesco Di Stanislao

13 Aprile 2005 ASUR: aspetti strategici ed operativi

Antonio Aprile

20 Aprile 2005 L'organizzazione ospedaliera nel Servizio Sanitario Regionale – Paolo Menichetti

CMF6 - Etica clinica – Prof. Giovanni Danieli, Prof. Andrea Luigi Tranquilli

Clinica Medica, Clinica Ostetrica e Ginecologica – 6° anno CLS Med. Chir. e 3° anno CL P.S.

27 Aprile 2005 Fecondazione artificiale – Andrea Luigi Tranquilli

11 Maggio 2005 La morte e il morire – Duilio Bonifazi

18 Maggio 2005 Etica dell'informazione - Franco Totaro

25 Maggio 2005 Economia sanitaria – Gianmario Raggetti

1 Giugno 2005 Logica ed epistemologia – Laura Cavasassi

8 Giugno 2005 Elogio del metodo clinico – Giovanni Danieli



L'internato

Come tutte le attività a libera scelta, l'internato offre la possibilità allo studente di sviluppare alcuni suoi interessi specifici, contribuendo così a facilitare la scelta di indirizzo del proprio curriculum formativo.

Gli internati possono effettuarsi sia in laboratori di ricerca che in reparti clinici. In entrambe queste strutture, vengono scelte attività di laboratorio o di reparto al di fuori del core curriculum (ad esempio osservazioni di un preparato di microscopia elettronica o un esame ecografico di un paziente), che interessano quella parte di studenti che intende approfondire le proprie conoscenze ed esperienze in un determinato settore per interesse culturale o di futura professione.

L'internato offre la possibilità ai discenti di cogliere questa opportunità e ai docenti quella di far conoscere alcuni importanti aspetti della propria attività professionale e di riversare direttamente la propria esperienza di ricerca sui discenti.

Perché si realizzi un efficace internato i Responsabili delle strutture cliniche o didattiche, devono indicare entro il 30 Settembre di ciascun anno un numero di posti che non contrasti con l'efficienza funzionale della struttura stessa e sia coerente con la reale possibilità di seguire un corrispondente numero di studenti per il tempo necessario; da ciò deriva l'offerta limitata ma "ponderata" dei posti di internato.

Il periodo di internato è di 30 ore continuative; obiettivi e modalità di svolgimento, diversi e propri di ciascuna struttura, sono definiti dal Responsabile della Struttura ospitante.

L'internato può essere svolto in qualsiasi mese dell'anno, ma preferibilmente tra la metà di giugno e la fine di settembre, in un periodo cioè privo di attività didattica e quindi utilizzabile al meglio per gli scopi sopra citati.

La frequenza all'internato è valida anche per l'acquisizione dei crediti attribuiti alla tesi, per cui al termine di ogni internato lo Studente acquisisce, dopo valutazione positiva, 6 crediti, 3 relativi all'internato stesso e 3 alla preparazione della tesi; per raggiungere i 36 crediti richiesti per queste due attività (internato - preparazione della tesi), lo Studente deve quindi realizzare almeno 6 internati nel corso di studio, preferibilmente uno per anno. Per gli Studenti iscritti negli a.a. 2003/2004 e seguenti, gli internati da svolgere sono due, ciascuno di 60 ore, preferibilmente l'uno nel primo e l'altro nel secondo triennio. Le modalità di svolgimento sono, per queste coorti di studenti, analoghe a quelle sopra descritte. Ciascun internato dà diritto a nove crediti, a cui vanno aggiunti i diciotto conseguiti con la preparazione della tesi ed acquisiti al momento della prova finale.

Le domande per l'internato vengono presentate per via telematica, con modalità che saranno indicate sul sito web della Facoltà.

A Medicina, di sera

Il rapporto della Facoltà con il territorio non può limitarsi all'incontro con i giovani che "vanno all'Università", ma deve naturalmente coinvolgere altre forme di integrazione, prima fra tutte il dialogo tra Docenti della Facoltà e Pubblico della terra che la ospita.

Da questa considerazione è nato il ciclo di conferenze che abbiamo chiamato a Medicina, di sera proprio per prefigurare un flusso di cittadini che nel tardo pomeriggio va in Facoltà per ascoltare ed esprimere il proprio pensiero su temi di Medicina, che investono la sfera di interessi culturali di ogni cittadino.

Gli incontri vertono prevalentemente su argomenti di Storia della Medicina e di Filosofia della Scienza. Sono destinati al pubblico dei non Medici, ma certamente rappresentano un importante momento di confronto e dibattito per i Docenti ed i Discenti della Facoltà e per tutti i Medici invitati.

Sito web della Facoltà
<http://www.med.univpm.it>





Corsi monografici del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

Si svolgono dal 17 Novembre 2004 all'8 Giugno 2005, tutti i mercoledì, dalle 8.30 alle 12.30.

La frequenza è obbligatoria e certificata dal docente e con modalità dallo stesso definite. La verifica avviene contestualmente all'esame del corso di riferimento o, su richiesta degli Studenti, al termine del Corso monografico. L'iscrizione avviene per via telematica dall'11 ottobre al 5 novembre, con modalità pubblicate nel sito.

1° Anno

1° semestre

1. Fenomeni ondulatori; onde elastiche in Medicina, Dott. F. Fiori
Fisica

12-19-26 Gennaio 2005, ore 8.30, Aula A

2. L'equilibrio acido-base: aspetti chimico-fisiologici, Prof. G.P. Littarru, Dott. M. Battino
Chimica e Propedeutica Biochimica

12-19-26 Gennaio 2005, ore 10.30, Aula A

35. Rianimazione cardiopolmonare, Dott.ssa E. Adrario
Emergenze Medico-Chirurgiche

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula B

2° semestre

3. Aspetti di Biologia e Biometria per lo studio delle malattie genetiche, Prof. G. Principato, Prof.ssa F. Saccucci
Biologia, Genetica e Biometria

11-18-25 Maggio 2005, ore 8.30, Aula A

4. Biotecnologie per lo studio morfologico-dinamico delle cellule, Dott.ssa A. Pugnali
Istologia

11-18-25 Maggio 2005, ore 10.30, Aula A

2° Anno

1° semestre

5. Biochimica del sangue, Prof.ssa L. Mazzanti
Biochimica

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula A

2° semestre

6. Anatomia dell'organo endocrino adiposo, Prof. S. Cinti
Anatomia

13-20-27 Aprile 2005, ore 10.30, Aula A

8. Regolazione del metabolismo corporeo, Dott.ssa M. Fabri - Fisiologia

13-20-27 Aprile 2005, ore 8.30, Aula A

3° Anno

1° semestre

9. Resistenza nei Gram Positivi, Prof. P.E. Varaldo
Medicina di Laboratorio

12-19-26 Gennaio 2005, ore 8.30, Aula F

10. Patogeni intracellulari e problematiche connesse, Prof.ssa B. Facinelli
Microbiologia

12-19-26 Gennaio 2005, ore 10.30, Aula F

2° semestre

11. Patologia da amianto, Prof. A. Procopio
Patologia, Fisiopatologia Generale e Patologia Clinica

11-18-25 Maggio 2005, ore 8.30, Aula F

12. Laparoscopia diagnostica, Prof. M. Guerrieri
Metodologia Clinica

11-18-25 Maggio 2005, ore 10.30, Aula F

13. Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare, Prof. A. Olivieri
Patologia Sistemica I

13-20-27 Aprile 2005, ore 10.30, Aula E

4° Anno

1° semestre

15. I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao
Igiene e Sanità Pubblica

12-19-26 Gennaio 2005, ore 10.30, Aula C

16. Il metabolismo calcio-fosforo: implicazioni endocrinologiche, nefrologiche ed urologiche, Prof. M. Boscaro, Prof. P. Dessi Fulgheri, Prof. G. Muzzonigro
Patologia Sistemica II

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula C

17. La malattia tromboembolica venosa, Prof. F. Alò
Patologia Sistemica III

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 10.30, Aula C

2° semestre

14. Imaging non invasivo cardiovascolare, Prof. A. Giovagnoni
Diagnostica per Immagini e Radioterapia

13-20-27 Aprile 2005, ore 8.30, Aula F

18. Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse medico, Dott. M. Piemontese, Dott. M. Re
Odonto-otorinolaringoiatria

13-20-27 Aprile 2005, ore 10.30, Aula F

19. Patologia oftalmoplastica, Dott. G. Frongia
Oftalmologia

11-18-25 Maggio 2005, ore 8.30, Aula C

20. Sperimentazione clinica dei farmaci e farmacovigilanza, Prof. L. Rossini
Farmacologia

11-18-25 Maggio 2005, ore 10.30, Aula C

5° Anno

1° semestre

21. Insufficienza del pavimento pelvico (incontinenza fecale), Dott. R. Ghiselli
Chirurgia Generale e Gastroenterologia

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula F

22. Orientamento alla qualità nell'assistenza sanitaria, Prof. L. Provinciali, Dott. M. Bartolini
Malattie del Sistema Nervoso

12-19-26 Gennaio 2005, ore 10.30, Aula E

23. Chirurgia vertebrale, Prof. F. Greco
Malattie dell'Apparato Locomotore

12-19-26 Gennaio 2005, ore 8.30, Aula E

2° semestre

25. Linfomi dell'apparato gastroenterico, Prof. I. Bearzi
Anatomia Patologica

13-20-27 Aprile 2005, ore 8.30, Aula C

26. Lupus Eritematoso Cutaneo, Prof.ssa A.M. Offidani
Malattie Cutanee e Veneree

13-20-27 Aprile 2005, ore 10.30, Aula C

27. Elementi di psicoterapia, Prof. G. Borsetti
Psichiatria

11-18-25 Maggio 2005, ore 8.30, Aula E

28. Approfondimenti in tema di Ipertensione Arteriosa, Prof. A. Rappelli
Medicina Interna e Geriatria

11-18-25 Maggio 2005, ore 10.30, Aula E

29. Malaria: aspetti particolari, Prof. A. Giacometti
Malattie Infettive

1-8 Giugno 2005, ore 8.30-11.30, Aula E

6° Anno

1° semestre

30. Patologia della cervice uterina: dal Pap-Test alla colposcopia, Prof. A.L. Tranquilli, Dott. A. Ciavattini,
Ginecologia e Ostetricia

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula E

31. Malattie genetiche e metaboliche, Prof. G. Coppa, Prof. O. Gabrielli
Pediatria

17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 10.30, Aula E

2° semestre

32. Linee guida nella diagnosi e nella cura delle malattie immunomediate, Dott.ssa M.G. Danieli
Clinica Medica

6-13-20 Aprile 2005, ore 10.30, Aula B

33. Malattie infiammatorie croniche intestinali, Prof.ssa C. Marmorale, Dott. G. Macarri,
Dott. W. Siquini
Clinica Chirurgica

1-8 Giugno 2005, ore 10.30-13.30, Aula B

34. Terapia del dolore e delle complicanze, Prof. R. Cellerino
Oncologia Clinica

2-9-16 Marzo 2005, ore 14.30-16.30, Aula B

36. Il rumore industriale: effetto sulla salute e prevenzione, Prof. M. Valentino
Medicina del Lavoro

18 Maggio 2005, ore 8.30-11.30 e 25 Maggio 2005, ore 14.30-17.30, Aula B





Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Corsi monografici

I Corsi monografici si svolgono il mercoledì nell'orario compreso tra le 8.30 e le 12.30. La scelta dei corsi monografici deve avvenire preferibilmente fra quelli indicati per l'anno di corso di appartenenza. Nei Corsi monografici del CLS Med. Chir. vi sono posti riservati alle Lauree Triennali; pertanto gli Studenti delle Professioni Sanitarie, che devono frequentare tre Corsi monografici l'anno per ottenere i tre crediti di attività elettive richiesti ogni anno, potranno scegliere i corsi tra quelli del proprio Corso di Laurea, tra i corsi monografici dei Forum Multiprofessionali e tra quelli del C.L.S. in Medicina e Chirurgia, idonei per gli studenti dei Corsi di Laurea professionalizzanti; una guida alla scelta dei Corsi è riportata nella tabella che segue l'elenco dei corsi monografici. Ogni errore nell'iscrizione comporta la cancellazione automatica della stessa. La frequenza a tre corsi monografici è obbligatoria. La valutazione viene eseguita durante l'esame formale dell'insegnamento integrato di riferimento o, su richiesta degli Studenti, al termine del corso monografico.

Nell'elenco che segue il programma dei corsi monografici del corso di Laurea in Infermieristica presenta alcuni cambiamenti rispetto a quanto pubblicato nel Supplemento 2/9 di *Lettere dalla Facoltà*. Gli studenti interessati sono pertanto pregati di prenderne buona nota.

C.L. in Fisioterapia

I° Anno

43. Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione
Prof.ssa M.G. Ceravolo
6 - 13 - 20 Aprile 2005
ore 14.30 - 16.30 Aula Dipartimentale

44. Organizzazione degli operatori professionali in riabilitazione
Prof.ssa M.G. Ceravolo
4-11-18 Maggio 2005
ore 14.30 - 16.30 Aula Dipartimentale

II° Anno

45. Bilancio strumentale e trattamento disturbi dell'equilibrio
Dott. G. Lagalla
10-17-24 Novembre 2004
ore: 14.30 - 16.30 Aula Dipartimentale

46. Riabilitazione del paziente oncologico
Dott.ssa M. Danni
12-19-26 Gennaio 2005
ore: 14.30 - 16.30 Aula Dipartimentale

III° Anno

47. Fondamenti di Analisi del cammino
Prof.ssa M.G. Ceravolo
20-27 Ottobre e 3 Novembre 2004
ore: 14.30-16.30 Aula Dipartimentale

48. Deficit cognitivi post-ictus: impatto prognostico e management multidisciplinare
Dr. Marco Bartolini
2-9-16 Marzo 2005
ore: 14.30-16.30 Aula Dipartimentale

C.L. in Infermieristica

I° Anno

37. Anatomia microscopica
Prof. M.Castellucci, Prof. G. Barbatelli
17- 24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 10,30, Aula D

38. Nursing multiculturale
A.F.D. G.Pelusi
27 Ottobre, 3-10 Novembre 2004, ore 10,30, Aula D

II° Anno

39. Tecniche di diagnostica per immagini nella pratica clinica
Prof. De Nigris
12-19-26 Gennaio 2005, ore 10,30, Aula D

40. La chirurgia dell'anziano
Prof.V. Suraci
13-20-27 Aprile 2005, ore 10,30, aula D

III° Anno

41. L'infertilità maschile
Prof.G. Muzzonigro
11-18-25 Maggio 2005, ore 10,30, Aula D

42. Risk Management
Dott. M.Bozzi
9-16 Marzo, 6 Aprile 2005, ore 10,30, Aula D

C.L. Ortottista/Assistente in Oftalmologia

III° Anno

53. Patologia oftalmoplastica
Dr. G.B.Frongia
11-18-25 Maggio 2005, ore 8,30 - Aula C

54. Ulcere ed ascessi corneali
Dr. F. Camilletti
9-16 Marzo, 6 Aprile 2005, ore 8,30 - Aula Clinica Oculistica

C.L. in Ostetricia

I° Anno

55. Contraccezione
Prof. A. Turi
27 Ottobre, 3-10 Novembre 2004, ore 10.30 Aula A

56. Comunicazione, comunicazione con la gestante/paziente, comunicazione interdisciplinare
Prof. A.L.Tranquilli
9-16-23 Febbraio 2005, ore 10.30 Aula A

II° Anno

57. Malattie sessualmente trasmesse
Dott. A Ciavattini
27 Ottobre, 3-10 Novembre 2004, ore 8.30 Aula A

58. Valutazione della coppia sterile
Dott. D. Pescosolido
2-9-16 Marzo 2005, ore 8.30 Aula I

III° Anno

59. Il parto e le sue emergenze
Prof. A. L. Tranquilli
12-19-26 Gennaio 2005, ore 8.30 Aula I

60. Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale
Dott. N. Cester
6-13-20 Aprile 2005, ore 8.30 Aula I

C.L. Tecniche di Neurofisiopatologia

III° Anno

65. A.M.C. - Tecniche EEG, P.E.
V. Durazzi
12 - 19 - 26 Gennaio 2005; ore 12.30 - 14.30 Biblioteca Cl. Neurologica

66. Indagini speciali nell'esame dell'unità motoria
L. Filippini
4 - 11 - 18 Maggio 2005; ore 12.30 - 14.30 Biblioteca Cl. Neurologica

C.L. in Tecnico di Laboratorio Biomedico

II° Anno

49. Tecniche di Biologia molecolare nella diagnosi di infezione da virus dell'epatite
A. Manzini
10 Novembre 2004, ore 9,00-11,00 Aula Morgagni Anat. Patol.

50. I virus neurotropi
P. Pauri
3 Novembre 2004, ore 9,00-11,00 Aula Morgagni Anat. Patol.

51. Marcatori tumorali
C. Rubini, A. Santinelli
13 Aprile 2005, ore 9,00-11,00 Aula Morgagni Anat. Patol.

52. Oncologia molecolare nella diagnosi clinica
Prof. S. Cascinu
20 Aprile 2005, ore 9,00-11,00 Aula Morgagni Anat. Patol.



III° Anno

61. Tecniche di Biologia molecolare: applicazioni in patologia neoplastica

G. Goteri,
27 Ottobre 2004, ore 9,00-11,00
Aula Morgagni Anat. Patol.

62. Sistema HLA

C. Bartocci
1 Dicembre 2004, ore 9,00-11,00 Aula
Morgagni Anat. Patol.

63. Gram positivi e infezioni ospedaliere

P.E. Varaldo
11 Maggio 2005, ore 9,00-11,00
Aula Morgagni Anat. Patol.

64. Citopatologia diagnostica

G. Fabris
18 maggio 2005, ore 9,00-11,00
Aula Morgagni Anat. Patol.

C.L. in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

I° Anno

67. Anatomia topografica del torace e dell'addome

A. Giordano
15 Dicembre 2004, 19 Gennaio 2005, ore 9,00-12,00 Aula H

68. I rivelatori nelle attività di Fisica Sanitaria: dosimetria in radioterapia, rivelatori a termoluminescenza, rivelatori a stato solido nella registrazione dell'immagine digitale radiologica

G. Iacoviello, L. Angelici, S. Maggi
20-27 Aprile 2005, 11 Maggio 2005, ore 8,30-10,30 Aula H

69. Tecnologia multidisciplinare nello studio del torace

E. De Nigris
18-25 Maggio 2005, ore 8,30-11,30, Aula H

II° Anno

70. Tecniche diagnostiche e Radioprotezione in radiologia Odontostomatologica

L. De Florio
24 Novembre – 1 Dicembre 2004, ore 10,30-13,30 – Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliera Umberto I

71. La RM del sistema nervoso centrale

G. Polonara
12-26 Gennaio 2005, ore 8,30-11,30 - Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Osp. Umberto I

72. Prospettive della Tecnologia in Medicina Nucleare: PET

G. Ascoli, M. Nonni

6-13 Aprile 2005, ore 8,30-11,30 - Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Osp. Umberto I

III° Anno

73. Progressi in Radiologia interventistica

E. Antico
2-9-16 Marzo 2005, ore 8,30-10,30 - Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Osp. Umberto I

74. Il Codice Deontologico del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

A. Tagliabracci
2-9-13 Marzo 2005, ore 10,30-12,30 - Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Osp. Umberto I

75. Radioterapia conformazionale della prostata: immobilizzazione del paziente e riposizionamento ; definizione dei bersagli e simulazione virtuale; irradiazione in conformazione

F. Grillo Ruggieri, M. Cardinali
27 Aprile 2005, 11 Maggio 2005, ore 9,00-12,00 - Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Osp. Umberto I

Guida alla scelta dei Corsi monografici delle Lauree triennali

Lo Studente deve frequentare ogni anno di corso, almeno tre Corsi Monografici tra quelli sottoindicati, scegliendo tra i corsi del proprio corso di laurea (CL), quelli dei Forum di Scienze Umane (CMF) e quelli del corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (CLS), per ottenere i tre crediti/anno richiesti.

CORSI DI LAUREA	1° ANNO			2° ANNO			3° ANNO		
	CL	CMF	CLS	CL	CMF	CLS	CL	CMF	CLS
C.L. IN FISIOTERAPIA	CM43 CM44	CMF1 CMF2	CM1 CM8	CM45 CM46	CMF3 CMF4	CM3 CM4	CM47 CM48	CMF5 CMF6	CM15 CM22 CM35
C.L. IN INFERMIERISTICA	CM37 CM38	CMF1 CMF2	CM2 CM4 CM5 CM8	CM39 CM40	CMF3 CMF4	CM13 CM21 CM22 CM23 CM27 CM34	CM41 CM41	CMF5 CMF6	CM15 CM17 CM30 CM35
C.L. IN ORTOTTICA ED ASSISTENZA OFTALMOLOGICA	/	/	/	/	/	/	CM53 CM54	CMF5 CMF6	/
C.L. IN OSTETRICIA	CM55 CM56	CMF1 CMF2	CM3	CM57 CM58	CMF3 CMF4	CM12	CM59 CM60	CMF5 CMF6	CM15 CM30
C.L. IN TECNICHE DI NEUROFISIOPATOLOGIA	/	/	/	/	/	/	CM65 CM66	CMF5 CMF6	CM1 CM14 CM15 CM22 CM35 CM36
C.L. IN TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO	/	/	/	CM49 CM50 CM51 CM52	CMF3 CMF4	/	CM61 CM62 CM63 CM64	CMF5 CMF6	/
C.L. IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA	CM67 CM68 CM69	CMF1 CMF2	/	CM70 CM71 CM72	CMF3 CMF4	/	CM73 CM74 CM75	CMF5 CMF6	CM14 CM15

ALESSANDRA SFRAPPINI
Direttore
Biblioteca Comunale di Macerata

Biblioteca Comunale Mozzi-Borgetti di Macerata

René Descartes (1596 - 1650)

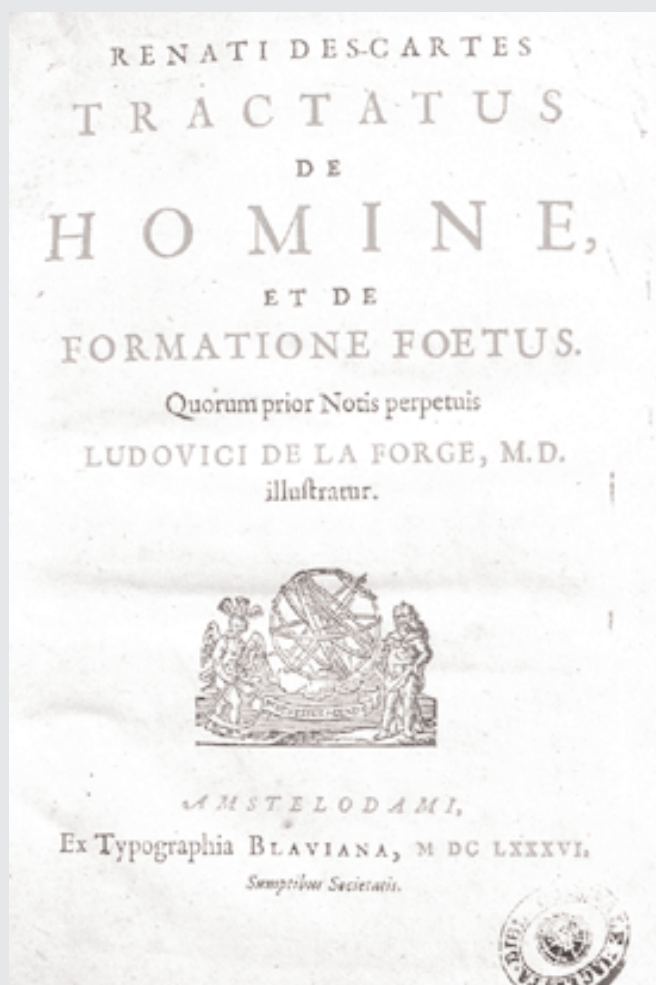
René Descartes, filosofo francese nato a La Haye, Touraine, e morto a Stoccolma, dove si era recato poco prima, nel 1649, alla corte di Cristina di Svezia, diede un contributo fondamentale alla nascita e al decollo della scienza moderna: segnò il superamento dell'aristotelismo attraverso una nuova concezione meccanicistica dell'universo, che sarebbe regolato da leggi matematiche. Descartes si occupò di epistemologia, di ontologia, di matematica, di cosmologia, di fisica e anche di medicina, che interpretò come parte della fisica.

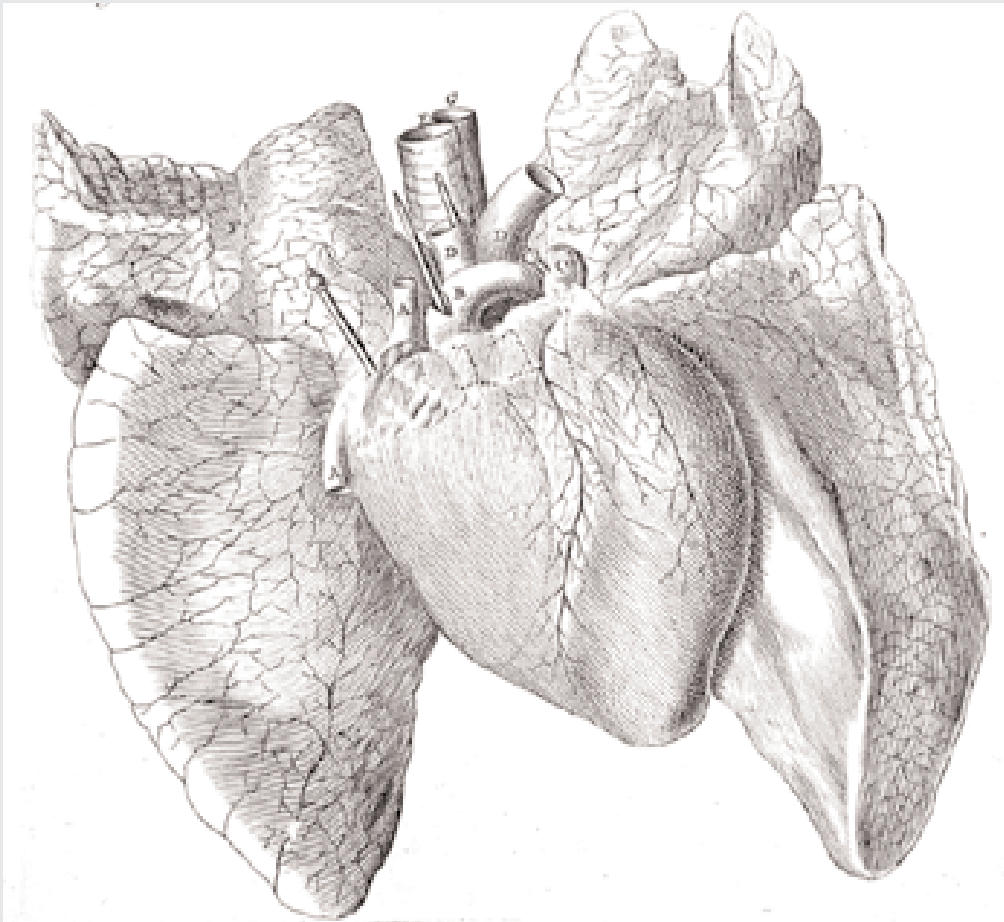
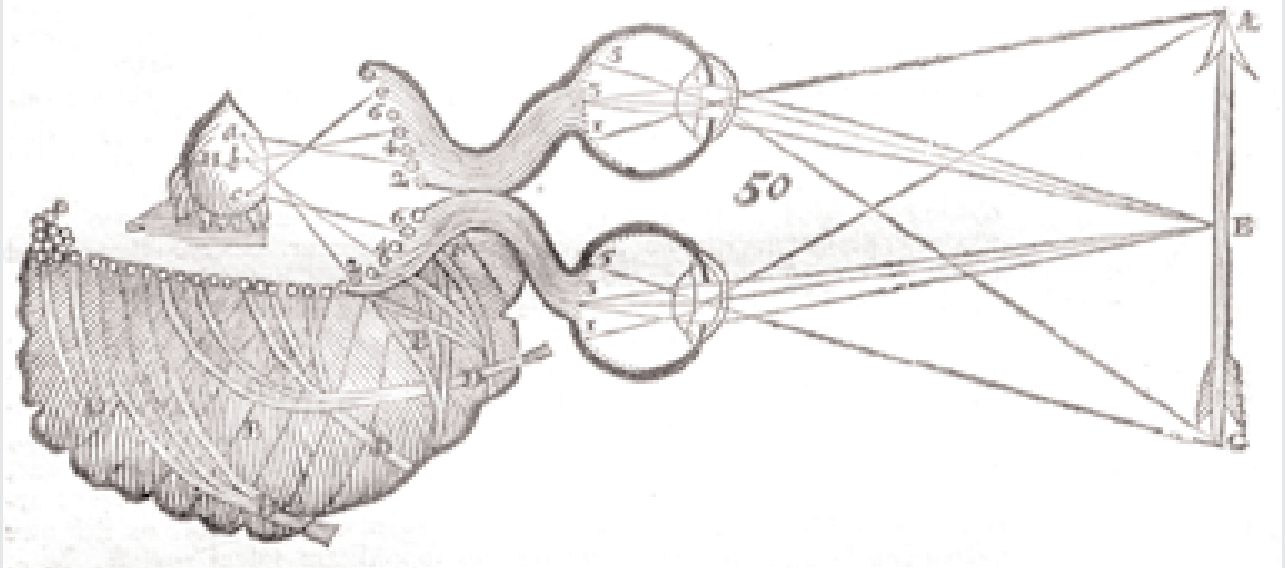
Intorno al 1630 Descartes si impegnò nella composizione del *De homine*, il suo più importante trattato di fisiologia, che però non volle pubblicare, dopo la condanna di Galileo Galilei nel 1633; l'opera uscì quindi postuma trent'anni dopo. Descartes condusse ricerche anatomiche e dissezioni di diversi animali, ma i suoi contributi sono in ambito fisiologico. Sulla base delle conoscenze anatomiche al tempo condivi-

se, propose una ricostruzione complessiva della fisiologia del corpo umano, a partire dalla definizione di uomo come *automaton*, cioè come una sorta di macchina dotata di un meccanismo autosufficiente, che procede sulla base dell'estensione materiale, del movimento e del calore. Offrì una spiegazione dei vari sistemi, nervoso, circolatorio, muscolare, respiratorio, digestivo, come pure della sensazione e delle facoltà mentali; per quanto riguarda la circolazione del sangue riprese la nuova teoria che William Harvey aveva esposto nel *De motu cordis*, pubblicato nel 1628.

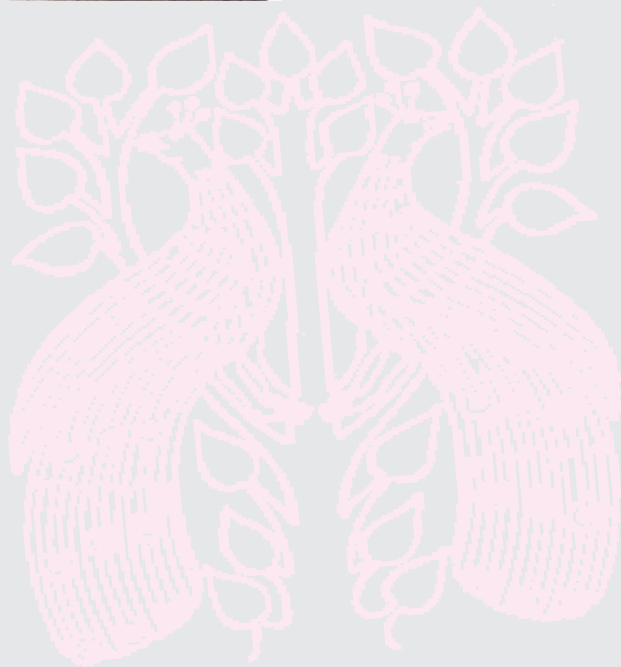
Il *De homine et de formatione foetus* fu scritto successivamente, intorno al 1640, e fu pubblicato postumo, nel 1664. Affronta la questione della generazione animale, che non era stata trattata nel *De homine*.

Descartes estende anche all'embriologia la sua interpretazione meccanicistica: l'embrione si sviluppa sulla base di un processo molto simile alla fermentazione.











Altre attività

Corso facoltativo di Informatica per le Professioni Sanitarie

Sistemi operativi, principali comandi ed organizzazione del sistema operativo Windows, le cartelle di sistema.

Installazione di una rete e di una stampante.

Programmi di elaborazione dei testi: Word.

Comandi principali, creazione, modifica, formattazione e stampa di un testo in formato elettronico. Funzioni principali e funzioni avanzate.

Foglio elettronico: Excel. Comandi principali, creazione, modifica, formattazione e stampa di un foglio elettronico. Funzioni principali e funzioni avanzate. Utilizzo di Excel per costruire tabelle e grafici e per elaborare dati biomedici.

Utilizzo di Internet e della posta elettronica

Ricerca di informazioni nella rete Internet per mezzo di motori di ricerca e nelle banche dati on line. Cenni sulle cartelle cliniche informatizzate.

Il corso prevede alcune ore di esercitazione, da definire in base al numero di studenti, ed un esame teorico-pratico.

(Stefano Bompadre)

L'insegnamento dell'Inglese scientifico nel corso di laurea in Infermieristica

L'insegnamento dell'Inglese nel Corso di Laurea in Infermieristica si suddivide in due aree.

Da un lato l'insegnamento dell'Inglese scientifico, quello che viene utilizzato per scopi di comunicazione in ambito ospedaliero e nella letteratura scientifica, considerato un argomento specifico da affrontare ai fini della preparazione pre-professionali, e dall'altro lato l'insegnamento della Lingua Comune. Il programma di Inglese scientifico si svolge nell'arco dei 3 anni di corso e prevede tre esami (annuali) che vanno da un basic English con dimensione pragmatica della lingua come strumento d'azione, ad un intermediate English con padronanza di comprensione e comunicazione che permetta di servirsi della lingua in modo adeguato al contesto.

Tutti gli studenti iscritti a Professioni Sanitarie hanno l'obbligo di sostenere le tre annualità prima di laurearsi.

Per quanto riguarda l'insegnamento della Lingua Comune, la laurea in infermieristica prevede il Corso di Approfondimento della Lingua Inglese, che è frequentato esclusivamente da coloro che lo avranno scelto in opzione al corso di Informatica.

Il Corso di Approfondimento ha come obiettivi primari i consolidamento del "solid basic grounding" (possessione pratico-

strumentale dell'Inglese) attraverso lo studio del sistema delle strutture grammaticali e lessicali che verrà affrontato dagli studenti attraverso un ciclo di lezioni frontali e appunto propeedeutico al laboratorio multimediale (autoapprendimento).

Le lezioni frontali del Corso di Approfondimento prevedono una didattica integrata che tende alla fusione della lingua orale e della lingua scritta, consapevolezza grammaticale, comunicazione in contesto sociale ed espressività individuale (abilità verbali).

L'allievo conseguentemente sarà impegnato, in questo ciclo di lezioni frontali, nell'esercizio diretto ove l'apprendimento della lingua parlata ha una posizione prevalente rispetto alla lingua scritta. Oggetto dell'insegnamento sarà la lingua della sua autenticità presentata appunto attraverso materiale autentico organizzato in Unità Didattica suddivisa in attività di pre-lettura (questionario, probabile lessico, parole chiave). L'allievo affronta silenziosamente il test a livello di pura comprensione linguistica cogliendo il senso generale (skimming) e individuando alcuni dati specifici (scanning). La tecnica basilare consiste in una serie di domande (schemi, scelte multiple) cui l'allievo deve rispondere durante o subito dopo la lettura, che avviene senza dizionario (che non gli sarà disponibile in futuro nella realtà).

L'Unità didattica prevede in seguito che l'allievo compili una "scheda di lettura" considerata un documento personale, non uno strumento di verifica. Per accentuare il carattere "privato" e personale della scheda queste potranno essere compilate in gran parte in altra sede, ed eventualmente tra gli studenti, lavorando in coppie o piccoli gruppi.

L'insegnante in questa prospettiva diviene un consigliere, un "facilitator" che assiste gli studenti mentre lavorano in prima persona.

Terminato il ciclo di lezioni frontali (della durata di una settimana) gli studenti continueranno il percorso di approfondimento avvalendosi di software (materiale multimediale) che gli permetterà di imparare in tempi e modi diversi, assecondando le personali propensioni.

I programmi multimediali comprendono attività didattiche sull'uso delle strutture grammaticali e attività che approfondiscono l'uso reale e immediato della lingua attraverso dialoghi, testi, ascolto di conversazioni e test per l'auto valutazione.

I materiali multimediali di questo corso sono opportunamente strutturati rispondendo alla concreta realtà di ciascun studente, ai suoi tempi e al suo stile di apprendimento permettendogli di controllare man mano i suoi progressi e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

(Elisabetta Fagioli)



GIOVANNI MUZZONIGRO

Ordinario di Urologia
Università Politecnica delle Marche

Il carcinoma della prostata localizzato. Nuove procedure di diagnosi precoce e terapia

Epidemiologia

Il carcinoma della prostata è la principale causa di malattia e morte tra gli uomini negli Stati Uniti e in Europa occidentale. Gli studi autoptici hanno rivelato microfocolai di carcinoma fino al 29% degli uomini tra i 30 e 40 anni e il 64% tra i 60 e 70 anni età.

Il rischio di sviluppare un carcinoma è di 1 su 6 e il rischio di morire per malattia metastatica è 1 su 30 maschi. Il rischio di sviluppare carcinoma è elevato nei parenti di primo grado: è aumentato di 2 volte nel caso di 1 solo parente, di 5 volte per 2 parenti e di 11 volte se vi sono 3 parenti già affetti da neoplasia della prostata.

Antigene prostatico specifico

Il PSA è una glicoproteina, descritta nel 1979 e prodotta quasi esclusivamente dalle cellule epiteliali della ghiandola prostatica. Per questa caratteristica è considerato un marcatore organo specifico piuttosto che un marcatore tumorale.

Livelli sierici di PSA >4,0 ng/ml hanno valore predittivo positivo per carcinoma, ma dati ancor più recenti suggeriscono che valori >2,5ng/ml hanno lo stesso valore predittivo.

Sono oggetto di dibattito scientifico la sensibilità e la specificità del valore soglia del PSA, superato il quale è indicata la biopsia. In favore per una riduzione dei valori soglia a 2,5 ng/ml sono disponibili le osservazioni dei Centri per la diagnosi precoce, dove si è rilevato che il 25% dei tumori non determina una elevazione del PSA e la malattia è di stadio localizzato e clinicamente rilevante. Di contro, si fa rilevare che la riduzione dei valori soglia di PSA possono comportare il rischio di eseguire un elevato numero di biopsie non necessarie e di identificare tumori clinicamente insignificanti (*overdiagnosis*) e di conseguenza di eseguire un trattamento non necessario (*overtreatment*).

Ciò nonostante, un'ampia varietà di fattori clinici e analitici devono essere valutati prima di interpretare correttamente il valore di PSA. Fattori analitici sono stati riconosciuti influenzare il dosaggio: metodo di analisi, variabilità individuale e di laboratorio, valori di riferimento. Numerosi sono anche i fattori clinici che possono influenzare il PSA: il volume della ghiandola, l'eiaculazione, le prostatiti, l'infarto prostatico, la ritenzione urinaria, l'esplorazione rettale, la biopsia o manovre endouretrali, compreso il cateteri-

smo vescicale. Anche alcuni farmaci utilizzati per l'iperplasia prostatica possono ridurre della metà i livelli di PSA, come la finasteride e la dutasteride. Attività sportive come il ciclismo possono influenzare elevando i valori di PSA.

I valori di PSA possono essere inoltre influenzati dalla presenza di iperplasia prostatica benigna (IPB) che ha una frequenza del 40% dopo i 50 anni di età. Per meglio discriminare il cancro dalla IPB sono stati sviluppati nuovi concetti per migliorare la specificità del PSA, che analizzeremo subito dopo.

Parametri derivati dal PSA

I nuovi criteri utilizzati nella pratica clinica per ridurre il numero globale di biopsie non necessarie sono basati su parametri statici e dinamici dei livelli del PSA.

I parametri statici correggono i valori di PSA per l'età, il volume della ghiandola (calcolato dall'ecografia transrettale) e tenendo conto delle differenti forme molecolari di PSA circolante.

Il PSA-Density (PSAD) divide il PSA per il volume ghiandolare, il PSA-Transizione (PSAT) divide il PSA per il volume della zona di transizione (che valuta meglio il volume dell'iperplasia ghiandolare). I valori di riferimento del PSA totale sono stati definiti in base all'età allo scopo di aumentare la sensibilità del PSA nei giovani e aumentare la specificità negli anziani. In merito alle forme molecolari di PSA sierico, il rapporto PSA libero/totale (espresso in percentuale) è un parametro qualitativo molto importante per aumentare la specificità quando il PSA totale è compreso nei valori tra 4-10 ng/ml. Il PSA è presente nel sangue sia nella forma libera, sia legato agli inibitori delle proteasi presenti nel siero (alfa1-antichemotripsina). È stato dimostrato che la percentuale di PSA libero/totale è più bassa nei pazienti con carcinoma rispetto a quelli con IPB. Il dosaggio del PSA libero è in grado di stratificare il rischio di tumore per uomini con PSA tra 4 e 10 ng/ml ed esplorazione rettale negativa. In un trial clinico randomizzato, in pazienti con PSA libero inferiore al 10%, la biopsia è risultata positiva nel 56%, mentre con PSA libero >25% la biopsia era positiva in solo nell'8% dei casi.

I parametri dinamici valutano le modificazioni del PSA nel tempo. La Velocità del PSA (PSA-Velocity) è definita come un aumento del PSA nel tempo (ng/ml per anno), l'aumento non deve superare 0,75 ng/ml/anno. Il tempo di raddoppiamento del PSA (PSADT, Doubling Time) riflette, invece, l'aumento relativo del PSA ed è pertanto diverso dalla velocità, che confronta valori assoluti. Il PSADT ha una maggiore attendibilità rispetto alla PSAV ed è attualmente raccomandato. Questi parametri sono in corso di valutazione nei progetti di screening europei (*European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer*) ed americani (*Prostate, Lung, Colorectal, Ovarian Cancer Screening Project*). Questi parametri dinamici possono

però essere influenzati negativamente dalla variabilità individuale e di laboratorio.

Prevalenza del carcinoma con PSA nella norma (<4,0 ng/ml)

La recente pubblicazione dei dati del Prostate Cancer Prevention Trial aggiunge informazioni importanti in questo campo. Dei 18.800 uomini arruolati nello studio, circa 3000 che avevano ricevuto il placebo e non avevano mai avuto livelli di PSA >4,0 ng durante 7 anni di osservazione, sono stati sottoposti a biopsia alla fine dello studio, tutti ed indipendentemente dai livelli di PSA. La biopsia ha rivelato 449 tumori (15%), 67 dei quali (14,9%) di alto grado. In tali casi l'esplorazione rettale era negativa e l'età era compresa tra 62 e 91 anni. La particolare caratteristica, che rende questo studio solido e inattaccabile da un punto di vista metodologico, consiste nell'aver eseguito a tutti la biopsia, a differenza di tutti gli altri studi condotti fino ad oggi. Infatti i precedenti studi sono influenzati da un errore di verifica in quanto la biopsia veniva condotta solo in coloro che avevano PSA > 4,0 ng/ml. Comunque è più corretto parlare di numero di tumori identificati con la biopsia per *range* di PSA per poter definire la reale prevalenza del tumore nella popolazione in esame.

Esplorazione rettale

Riveste un ruolo chiave per escludere la presenza di noduli o anomalie di consistenza della ghiandola. In caso di biopsia prostatica dubbia o positiva, è raccomandato eseguire una biopsia, a prescindere dai livelli di PSA. L'esplorazione rettale è un esame operatore-dipendente e non è applicabile a tutti gli uomini, in quanto in alcuni soggetti, in particolar modo gli obesi, è difficile palpare interamente e correttamente la ghiandola.

Solo il 5% dei tumori identificati con biopsia per valori di PSA compresi tra 0-2,5 ng/ml (Valore Predittivo Negativo basso) è palpabile.

Negli uomini con esplorazione rettale positiva e PSA nella norma (<2,6 ng/ml), il 24% ha un tumore identificato alla biopsia (Valore Predittivo Positivo). E' necessario visitare 335 pazienti con esplorazione rettale per identificare 1 tumore che sarebbe sfuggito allo *screening* eseguendo solo il PSA con valore soglia di 2,5 ng/ml. Se il valore soglia del PSA è 4,0 ng/ml, l'importanza relativa dell'esplorazione rettale aumenta: è necessario infatti visitare 203 pazienti per identificare 1 tumore che sfugge al PSA con valore soglia >4,0 ng/ml. Negli uomini con esplorazione rettale positiva e PSA nella norma (<4,0), il 31% aveva tumore identificato alla biopsia.

Screening e diagnosi precoce

Lo screening per il carcinoma della prostata non è attualmente raccomandato nella pratica clinica, viene ese-

guito solo in ambito di studi randomizzati su vasta scala. I risultati di questi studi sono attesi nel 2007-2010 con lo scopo di valutare l'impatto dello *screening* e del trattamento sulla sopravvivenza globale e specifica.

La comunità scientifica sostiene e raccomanda la diagnosi precoce. Questa consiste nella diagnosi della neoplasia nella fase più iniziale possibile in pazienti che riferiscono disturbi minzionali aspecifici o che presentano il fattore familiarità per la malattia.

La maggior parte delle linee guida (*American Cancer Society, American Urological Association, German Urological Society, European Association of Urology, European Group on Tumor markers, National Academy of Clinical Biochemistry, Gruppo Italiano Biopsia Prostatica*) concordano nell'eseguire la diagnosi precoce con il PSA e l'esplorazione rettale. Solo tre Società suggeriscono anche l'uso del PSA libero.

Attuali strategie biottiche per la diagnosi precoce

Il *mapping* biottico della prostata rappresenta la tecnica di scelta per la diagnosi precoce del carcinoma della prostata. La necessità di eseguire prelievi plurimi deriva dalle caratteristiche istologiche della neoplasia prostatica che spesso non è evidenziabile con l'esplorazione rettale e con l'ecografia.

Lo schema biottico a sestante è associato ad una percentuale di falsi negativi del 18-25%, che è da considerare come percentuale considerevole. Basandosi su queste evidenze, la biopsia a 6-S non rappresenta ad oggi lo standard per la diagnosi di carcinoma.

E' stato dimostrato che nuovi schemi biottici migliorano l'accuratezza diagnostica: i nuovi schemi biottici aumentano il numero dei prelievi e le zone ghiandolari sottoposte a biopsia. Non è ancora chiaro quale sia lo schema biottico più accurato, ma sembra accettato dai più che la tecnica a sestante sia al tramonto.

Riteniamo importante ribadire che il candidato ideale al *mapping* biottico è il paziente con esclusiva elevazione del PSA ed un reperto all'esplorazione rettale ed ecografico negativo.

Dall'analisi della letteratura possiamo affermare che quasi tutti gli autori sono oramai d'accordo sulla necessità di campionare con più prelievi le zone più laterali e il "corno anteriore" della ghiandola periferica.

Nel 1997 Nava et al. hanno dimostrato, in uno studio prospettico randomizzato su 120 pazienti con PSA < 10 ng/ml e con ecografia ed esplorazione rettale negativa, che incrementando il numero dei prelievi da 6 a 12 a 18 aumenta il potere diagnostico delle biopsie da 16% a 17% a 32% rispettivamente. Eskew nel 1997 propone le "*Five region prostate biopsies*". Questa tecnica prevede l'esecuzione di 13 biopsie (18 se la ghiandola ha un volume superiore a 50 cc) comprensive delle zone laterali della prosta-

ta. In 48 dei 119 pazienti sottoposti a biopsia veniva individuato un carcinoma prostatico (40%). Il dato più significativo che emerge da questo studio è che 17 dei 48 pazienti (35%) avevano una neoplasia nelle aree non comprese dalle biopsie a sestanti, con prevalenza delle sedi laterali.

Analoghe conclusioni si possono trarre dalle esperienze di Chang e Levine che propongono, rispettivamente, le 6-S associate a prelievi delle zone laterali (2 per lobo) e una doppia serie di biopsie a sestanti di cui la seconda in sede francamente laterale. Altri autori hanno successivamente presentato altri diversi schemi bioptici con un numero variabile di prelievi, ma comunque mai inferiore a 8 (in generale 10-12 prelievi).

La validità dello schema "11-core multisite directed biopsy" è confermata da un lavoro di Babaian che ne dimostra la superiorità rispetto alle 6-S. Su 362 pazienti viene rilevata la presenza di neoplasia in 110; in 36 dei 110 pazienti (33%) la neoplasia viene diagnosticata solo in uno dei 5 prelievi non compresi nelle SSB (Six Sestant Biopsy).

Biopsie mirate

La tecnologia dell'apparecchiatura ecografica impiegata e l'esperienza dell'operatore hanno un impatto notevole nella identificazione di zone ipoecogene. La riproducibilità dell'esame è pertanto messa in dubbio da alcuni e rappresenta uno degli argomenti controversi e dibattuti nella diagnostica del carcinoma prostatico.

Senza dubbio l'area ipoecogena rappresenta la zona della prostata dove è più probabile trovare un tumore (potere predittivo positivo del 30-50%). Molti autori eseguono tuttavia delle SSB senza tenere in considerazione la presenza o meno delle zone ipoecogene perché ritengono che la sensibilità e la specificità dell'ecografia prostatica transrettale sia troppo bassa e che i reperti ecografici siano irrilevanti sul piano bioptico. Attualmente vi sono diverse evidenze scientifiche a favore delle biopsie prostatiche mirate associate alle biopsie a sestante dato che la probabilità di diagnosticare un tumore è più alta nei casi con lesioni ecograficamente visibili rispetto a quelli con ecografia negativa. Rietburgen et al. hanno dimostrato in uno studio di 1546 pazienti che la biopsia mirata oltre alle SSB incrementa il potere diagnostico del 5%. Fleshner et al. sono arrivati alle stesse conclusioni dimostrando che il tumore era presente nel 17% dei casi con lesioni ecograficamente visibili. Presti et al. hanno tuttavia dimostrato che incrementando il numero dei prelievi *random* fino a 10, si incrementa il potere diagnostico delle biopsie eliminando quasi la necessità delle biopsie mirate. Il tumore prostatico è infatti spesso plurifocale e uno schema bioptico aggressivo potrebbe essere in grado di diagnosticare un tumore anche in zone diverse da quella sospetta. Non vi è, comunque, nessuna prova in letteratura che un protocollo bioptico con un alto numero di prelievi possa eliminare la

necessità di eseguire dei prelievi mirati sulle aree ecograficamente visibili.

L'esecuzione dei nuovi schemi bioptici con un elevato numero di prelievi (>10) ha ridotto il potere diagnostico della biopsia mirata, che comunque sembra mantenere valore e significato nella diagnosi di neoplasia nelle prostate voluminose (>60 cc).

Si può sicuramente affermare che in presenza di un PSA elevato (> 4.0 ng/ml) è necessario eseguire un *mapping* prostatico che è in grado non solo di individuare la presenza di neoplasia, ma anche di fornire informazioni utili per la prognosi e per la strategia terapeutica.

L'esecuzione di 10-12 prelievi, per altro ben tollerati e non gravati da alte percentuali di complicanze, non sembra correlata con una maggior incidenza di diagnosi di carcinoma clinicamente non significativo.

Scelta del trattamento

La ricerca chirurgica e quella tecnologica offrono oggi più trattamenti per il cancro della prostata localizzato che non sono tra loro equivalenti e che per fattori legati alla neoplasia e al paziente possono essere distinti in elettivi ed opzionali. Alcuni di tali trattamenti sono definiti validati perché riconosciuti efficaci dalla comunità scientifica internazionale, altri detti alternativi e non ancora validati perché non si dispone di dati basati su casistiche numerose e lunghi *follow-up* pubblicati in letteratura tali da farli considerare altrettanto sicuri ed efficaci; altri trattamenti sono detti sperimentali perché sono ancora in fase di ricerca e sperimentazione.

Nella scelta del trattamento si dovrà tener conto di:

1. Fattori legati alla neoplasia sono di tipo prognostico ed i più importanti sono: a) PSA iniziale; b) Stadio clinico; c) Grado bioptico della neoplasia secondo Gleason; d) Classificazione in neoplasia a basso, intermedio ed alto rischio.

2. Fattori legati al paziente che sono:

a) l'età \leq 70-73 anni, oppure \geq 70-73 anni; b) le co-morbidità, quali le cardiopatie croniche, l'insufficienza respiratoria, le patologie vascolari, le malattie ematologiche e coagulative croniche, pregressi episodi di tromboembolia, etc., con rischio ASA \geq 3; c) l'aspettativa di vita del paziente che deve essere di 10 anni; d) la preferenza espressa dal paziente sul tipo di trattamento da eseguire dopo essere stato informato sulle specificità di ciascuno di essi.

I trattamenti validati per il carcinoma prostatico di stadio localizzato (cT1-T2) sono: la Prostatectomia Radicale Retropubica; la Radioterapia Conformazionale; la Brachiterapia per via Transperineale.

1) La Prostatectomia Radicale Retropubica (PRR) è oggi considerata il Gold Standard del trattamento chirurgico del cancro della prostata localizzato. Vi sono alcune alternative alla tecnica retropubica, quali la via transperineale, la

transcoccigea e l'ultima che è la tecnica laparoscopica molto affermata in Europa ed in corso di validazione. La PRR è gravata dall'incontinenza urinaria che è transitoria e regredisce in genere entro 6-12 mesi dall'intervento chirurgico (98% dei casi) e dalla disfunzione erettile, con percentuali di recupero pari al 60% in caso di tecnica nerve sparing bilaterale.

2) La Radioterapia Conformazionale, (3DCRT) sviluppata in U.S.A. nell'ultimo decennio, viene proposta in sostituzione della radioterapia convenzionale per il minore volume di irradiazione, per il possibile aumento della dose utilizzata per la radicalità del trattamento e per i minori effetti collaterali ottenuti con un maggior risparmio degli organi sani. La Radioterapia è stata sempre considerata equivalente ai risultati che si ottengono con la PRR in termini di percentuali di recidive, di intervallo libero da malattia e di sopravvivenza legata alla malattia. Sono anche a vantaggio della Radioterapia la conservazione della continenza urinaria e la minore incidenza della disfunzione erettile. Sulla radioterapia pesano invece effetti collaterali indesiderati come la proctite o la cistite che possono comparire gradualmente negli anni successivi.

3) La Brachiterapia Transperineale può essere eseguita con l'impianto di semi radioattivi di I125 o di Palladio103 e trova la sua indicazione nelle forme T1b, T1c, T2a, Gleason score <7, PSA <10ng/ml, Volume della prostata < 60ml. Il vantaggio di questa radioterapia risiede nella liberazione ad elevate dosi di radiazioni all'interno della ghiandola prostatica, senza danni ai tessuti circostanti, mentre i principali problemi riscontrati comprendono la migrazione dei semi radioattivi, la perdita dei semi e la conseguente mancanza di uniformità dei campi radianti; non è perciò adatta ad essere applicata a volumi ghiandolari >60ml, con terzo lobo o prostate sottoposte a pregressa TURP o altra chirurgia.

I trattamenti alternativi in corso di validazione sono la Crioablazione transperineale e l'HIFU (*High Intensity Focused Ultrasound*).

In fase di studio invece la RITA (*Radiofrequency Interstitial Tumor Ablation*).

1) La Crioablazione Transperineale ecoguidata ha come principali criteri di inclusione uno stadio clinico localizzato (T1c, T2a-b, T3a), un alto rischio chirurgico, il rifiuto del paziente per altre terapie validate o controindicazioni per le stesse, la recidiva locale dopo Radioterapia esterna, un volume ghiandolare ≤ 40ml, l'aspettativa di vita ≥5 anni.

È basata sull'effetto di necrosi prodotto dal congelamento sulle cellule tumorali grazie all'utilizzo da 6 a 8 criosonde che sfruttano il gas Argon per congelare, alternato al gas Elio per riscaldare.

I rischi che la formazione della palla di ghiaccio possa ledere la base della vescica ed il retto sono molto attenuati dal ricorso ad alcuni accorgimenti tecnici imprescindibili

dalla metodica:

- monitoraggio intraoperatorio delle temperature raggiunte nella prostata e nei tessuti circostanti;
- impiego di un catetere riscaldato da un flusso di acqua calda allo scopo di proteggere l'uretra dal congelamento;
- scollamento del retto dal piano della prostata mediante introduzione ecoguidata di soluzione salina nella fascia del Denouville che separa i due organi.

2) L'HIFU è un trattamento mininvasivo basato sul principio di indurre una necrosi coagulativa del tessuto ghiandolare in maniera mirata grazie all'utilizzo di un trasduttore che emettendo ultrasuoni è in grado di raggiungere temperature anche >65°C. È possibile trattare in circa 1h 10gr di prostata, perciò è necessario eseguire preventivamente la resezione endoscopica dell'adenoma prostatico.

3) La RITA è anch'essa un trattamento mininvasivo basato sul principio di provocare una necrosi indotta dalle radiofrequenze che riescono a surriscaldare i tessuti con temperature superiori a 100°C per circa 3min mediante aghi disposti a formare un ombrello che vengono posizionati per via transperineale sotto guida ecografica provocando una lesione necrotica sferica in senso centripeto che è di circa 2,0x2,0x2,0 cm.

La Terapia Ormonosoppressiva e antiandrogena trovano indicazioni nelle neoplasie localizzate alla prostata anche come terapia neoadiuvante poiché è in grado di indurre una maggiore e più rapida apoptosi delle cellule tumorali in preparazione ad un ulteriore trattamento, allo scopo di ridurre il volume della prostata per consentire di eseguire in condizioni più ottimali la Radioterapia, la Brachiterapia, la Crioablazione o altre tecniche in studio.

Può trovare indicazioni in soggetti anziani per neoplasie localizzate all'organo.

L'età, l'aspettativa di vita e le co-morbilità del paziente devono essere tenute in considerazione nella scelta della strategia terapeutica nel singolo paziente. Sono state pubblicate, di recente, interessanti tabelle di riferimento che possono essere utilizzate ove la vita media dell'uomo raggiunga i 77 anni. Ad esempio un uomo di 75 anni affetto da una sola co-morbilità può avere una aspettativa di vita di 10 anni, mentre un uomo di 65 anni affetto da 3 co-morbilità può avere una aspettativa di vita di 4 anni.

Procedure di diagnosi precoce e terapia adottate c/o l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ancona

Esaminiamo ora qual è la realtà clinica, diagnostica e terapeutica ad Ancona per il cancro della prostata localizzato:

1. Sensibilizzazione della popolazione maschile mediante Meetings e Conferenze, rivolte a Specialisti e Generalisti, articoli su carta stampata locale e nazionale;
2. Ambulatorio Urologico c/o l'Azienda Ospedaliera eseguito due volte la settimana dallo specialista Urologo delle U.O. di Urologia dell'Azienda con valutazione del PSA sie-

rico ed esecuzione dell'esplorazione digito-rettale;
 3. Ambulatorio di Ecografia Urologica delle U.O. di Urologia dell'Azienda dedicato alla prostata quattro volte la settimana per un numero complessivo di 24 ore settimanali. A tale ambulatorio afferiscono richieste di pazienti selezionati dallo Specialista o inviati dall'MMG.
 4. L'Urologo esegue l'ecografia prostatica transrettale e la biopsia in base alla richiesta pervenuta oppure egli stesso consiglia la biopsia tenendo conto dei parametri clinici che accompagnano la storia del paziente. L'ecografia transrettale viene eseguita con sonda end-fire 7,5 MHZ e con apparecchio ecografico, fornito di eco color-doppler. La biopsia viene eseguita con ago tru-cut 18G, previo consenso informato sottoscritto dal paziente, con anestesia locale e profilassi antibiotica.

5. Il campione bioptico viene conservato con tecnica sandwich ed una estremità del frammento, in genere quella rettale, viene inchiostrata. Viene anche preparata una mappa su carta indicando la sede dei prelievi che viene inviata con descrizione dettagliata al Patologo al quale è affidata la diagnosi isto-patologica.

6. I campioni bioptici vengono inviati ed analizzati presso l'Anatomia Patologica. I campioni bioptici vengono analizzati da Patologi esperti di patologia tumorale e pre-tumorale della prostata (Fig. 1).

La diagnosi di neoplasia della prostata e dei fattori prognostici isto-patologici sono una tappa essenziale ed importante di tutto l'iter diagnostico-terapeutico del cancro della prostata, i cui livelli di sicurezza diagnostica devono essere molto elevati e certificati dall'esperienza e dalle conoscenze del Patologo, al quale, è anche vero, è necessario fornire materiale bioptico di ottima qualità, ben conservato e in numero rappresentativo delle sedi elettive di prelievo, secondo gli standard attuali.

L'Urologo preso atto della diagnosi bioptica di neoplasia della prostata e del grado della neoplasia:

1) richiede e approfondisce la Stadiazione clinica della neoplasia presso il Dipartimento dell'Unità Funzionale di Radiologia dell'Azienda Ospedaliera.

2) valuta tutti i fattori prognostici legati alla neoplasia (tavole di Partin, classificazione della neoplasia in basso, intermedio, alto rischio, etc.)

3) valuta le eventuali co-morbilità e fa valutare i fattori di rischio chirurgico legati al paziente dagli Specialisti dell'Azienda Ospedaliera, quali il Cardiologo, l'Anestesista, ed in casi specifici, lo Pneumologo, l'Ematologo, il Chirurgo Vascolare, etc. Un fattore di rischio che viene valutato dal Chirurgo Urologo è lo stato fisico del paziente come l'obesità, che può rendere più complesso l'intervento chirurgico.

L'Urologo elabora tutti gli elementi clinici raccolti ed esprime il suo parere sul trattamento di scelta specifico per quel paziente e per quella malattia.

Le realtà assistenziali per il trattamento del cancro localizzato della prostata che oramai fanno parte delle Eccellenze dell'Azienda Ospedaliera sono le seguenti:

1. Prostatectomia Radicale Retropubica; la degenza media post-operatoria è di n°5 giorni, dopo la quale il paziente viene dimesso guarito, senza catetere vescicale e senza drenaggi.

2. La Radioterapia viene eseguita con pianificazione tridimensionale della distribuzione di dose in simulazione virtuale su T.C. spirale e irradiazione conformazionale mediante acceleratori lineari di ultima generazione dotati di collimatori multilamellari, sistemi di immagini portali digitalizzate e controllo computerizzato in rete.

3. La Brachiterapia è un progetto da realizzare.

4. La Crioblazione viene da noi eseguita dal 1997 e ven-

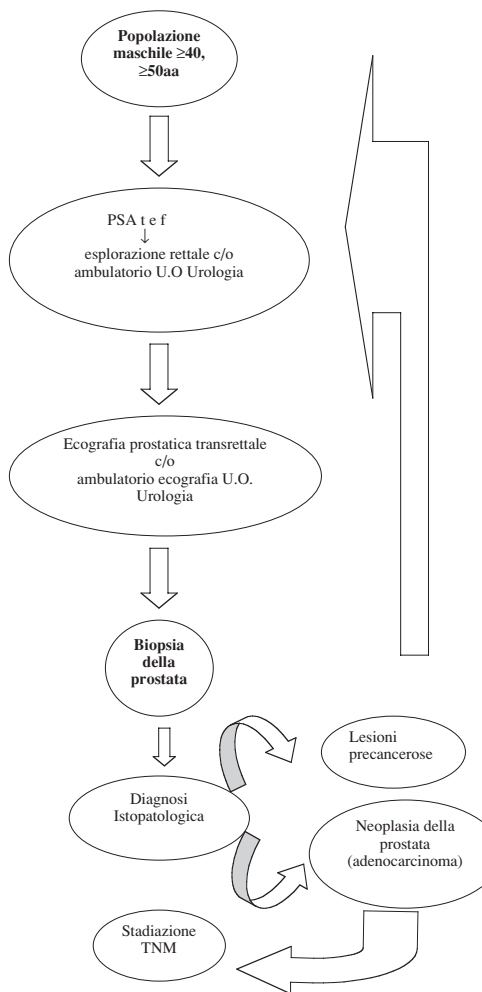


Fig. 1 - Procedure diagnostiche adottate per il cancro della prostata.

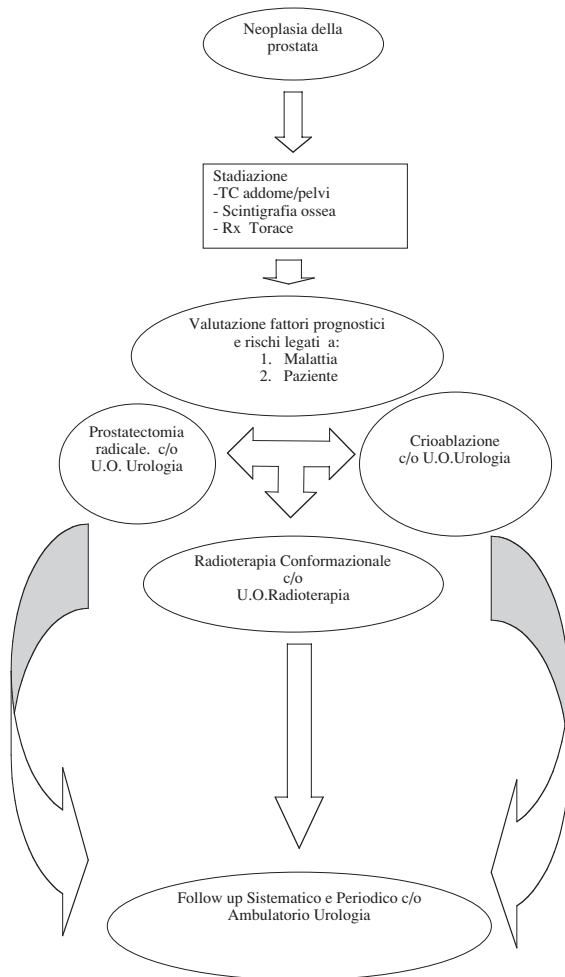


Fig. 2 - Stadiazione, fattori prognostici e scelta del trattamento per il cancro della prostata.

gono trattati pazienti di età media di 70 anni e/o con importanti co-morbilità tali da sconsigliare l'intervento chirurgico per i rischi elevati. L'assenza di complicanze post-operatorie significative, la sospensione della terapia ormonosoppressiva dopo il trattamento e l'assenza di ripresa di malattia nell'81% dei pz con follow-up medio di 21 mesi (min 6 - max 47 mesi), consente agli Urologi di continuare a consigliare e ad eseguire questo tipo di trattamento solo nelle indicazioni già ricordate (Fig. 2).

Presso le U.O. di Urologia dopo intervento di Prostatectomia Radicale viene valutato l'esame isto-patologico della prostata rimossa con l'intervento chirurgico ed esaminata dal Patologo esperto con la tecnica delle macrosezioni; l'Urologo può delineare l'opportunità di eseguire controlli anche ravvicinati del PSA sierico o indicare la necessità di consigliare terapia adiuvante farmacologica anti-androgena e/o ormonosoppressiva oppure ciclo di Radioterapia, avvalendosi ovviamente della consulenza del Radioterapista.

Bibliografia

- 1) Punglia RS, D'Amico AV, Catalona WJ, et al. Effect of verification bias on screening for prostate cancer by measurement of prostate-specific antigen. *N Engl J Med* 349:335-342, 2003.
- 2) Thompson IM, Pauler DK et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level \leq 4.0 ng per millileter. *N Eng J Med* 350:2239-46, 2004.
- 3) Babaian R.J., Toi A., Kamoi K., Troncso P., Sweet J., Evans R., Johnston D., Chen M.A.: Comparative analysis of sextant and an extended 11-core multisite directed biopsy strategy. *J Urol* 163, 1:152-7, 2000.
- 4) Galosi A.B., Dellabella M., Polito M. jr, Yehia M., Dell'Atti L., Montironi R., Muzzonigro G: A new method to embedd fragments of prostate biopsy: the "sandwich" technique, preliminary experience. *Urologia* 68, 2:1-5, 2001.
- 5) Galosi A.B., Muzzonigro G.: Methods to obtain more clinical and pathological information from needle core biopsy of prostate gland: our experience. *Ann N. Y. Acad. Sci.* 963: 218-220, 2002.
- 6) Muzzonigro G., Galosi A.B.: Biological selection criteria for radical prostatectomy. *Ann N. Y. Acad. Sci.* 963: 204-212, 2002.
- 7) Ohori M., Moru N., Wheeler T.M., Scardino P.T. et al.: Prognostic significance of systematic needle biopsy findings. *J Urol* 163, suppl 4: 287 (abs 1274), 2001.

GIOVANNA VICARELLI

Ordinario di Sociologia Generale
Università Politecnica delle Marche

Alle radici della politica sanitaria in Italia: l'emana-zione del Codice di igiene e sanità pubblica

1. In un paese devastato dalla malattia e dalla miseria

Il 22 dicembre del 1888, in un clima di grande tensione sociale causata dalla crisi economica che imperversa da mesi sul paese, viene approvato dal Parlamento italiano il nuovo Codice di Igiene e sanità pubblica. Si tratta del più importante atto politico in ambito sanitario che realizza il Presidente del consiglio Francesco Crispi il quale guida il paese da poco più di un anno. Dopo l'inerzia in campo sanitario dei governi precedenti, Crispi vuole dare un forte segnale di rinnovamento, tanto più che le condizioni igieniche dei comuni italiani sono divenute oggetto di attacchi ripetuti da parte della stampa nazionale, dei ceti professionali e di ampi settori del mondo della cultura e della scienza (Vicarelli 1997).

A seguito di nuova epidemia di colera che devasta, nel corso degli anni Ottanta, ampie aree del Mezzogiorno e del Nord del paese, si dà avvio ad una indagine parlamentare sulle condizioni igieniche dei Comuni italiani da cui emerge una testimonianza impressionante del livello di arretratezza di larghissima parte di essi.

D'altro canto nel 1887 sono estese a tutto il territorio nazionale le rilevazioni statistiche sulle cause di morte avviate nel 1881, così che si conoscono, per la prima volta e con sufficiente precisione, non solo i tassi di mortalità ma anche l'incidenza delle cause di malattia che la classe medica va indicando da tempo come effetti delle intollerabili condizioni igieniche del paese. All'inizio degli anni Ottanta, la mortalità si attesta attorno al 30 per mille dimostrando uno scarto consistente da quella di altre nazioni europee (la Germania ed ancor più la Francia, l'Inghilterra e la Svezia) dove si pone attorno al 20 per mille. Essa appare sovradimensionata nei grandi centri urbani piemontesi, liguri e pugliesi, nonché nelle città di provincia del Nord dove si conta il tasso di mortalità più alto (33, 8). Nei piccoli comuni e nelle campagne del centro Italia decresce consistentemente mentre nel Mezzogiorno diminuisce passando dalle campagne alle città, salvo impennarsi ancora una volta per i grandi agglomerati con più di 100.000 abitanti (Sori 1984).

Per quanto riguarda le cause di morte, al primo posto nella graduatoria sta la tubercolosi, cui le statistiche ufficiali attribuiscono nel quadriennio 1881-84 una media annuale di 860 decessi su 10.000 morti nei capoluoghi di provincia o di cir-

condario. Segue la polmonite acuta con una quota di 685 unità, quindi molte malattie infettive tra cui il morbillo, la scarlattina, la difterite, il tifo addominale ed anche il vaiolo per il quale la vaccinazione obbligatoria viene introdotta nello stesso 1888. Le affezioni dell'apparato digerente costituiscono la seconda causa di morte, tanto che nel periodo 1887-95 le malattie gastroenteriche - tifo, dissenteria, enterite ecc. - sono mediamente la causa di più del 15% di tutte le morti comprese quelle accidentali (Faccini 1984). Poiché i veicoli dei germi patogeni responsabili di tali malattie sono di norma i cibi e l'acqua inquinati, la loro diffusione è sintomo diretto delle condizioni di approvvigionamento oltre che delle abitudini igieniche della popolazione tanto che ad esserne colpite sono le fasce più povere e diseredate (mendicanti, braccianti, ambulanti).

Inoltre, la raccolta, da parte del Ministero dell'agricoltura (1879) di dati e di conoscenze sulla pellagra fa toccare con mano il grado di diffusione della malattia che conta più di 100.000 affetti. Questa legata al consumo del granturco avariato e alle condizioni alimentari dei contadini più poveri, si configura come una malattia sociale strettamente connessa alla questione contadina che pure ha preso forma e consistenza negli anni Ottanta in cui è scoppiata la crisi agraria.

Se la pellagra interessa le aree rurali del centro nord, la malaria si concentra prevalentemente nelle regioni meridionali, nel Lazio, nella Maremma toscana e nelle isole. Essa, a differenza, di altre manifestazioni morbose nate o aggravate nel corso dell'Ottocento, si presenta come una malattia endemica, di lungo periodo, legata alla persistenza dell'agricoltura estensiva e alla stagnazione produttiva collegata all'organizzazione feudale della proprietà fondiaria e dell'allevamento transumante (Corti 1984). Colpisce la popolazione più povera costretta a vivere e a lavorare nelle campagne con alimentazione insufficiente e con primitivi sistemi di igiene, tanto che per la sua dipendenza da fattori geografico-

Lezione tenuta al Forum multiprofessionale di Scienze Umane il 26 maggio 2004 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia.



ambientali e dalle condizioni di vita e di lavoro, diviene, nella prospettiva della cultura positivista, un oggetto privilegiato degli studi medici. Peraltro, oltre ad un gruppo di medici tra cui Celli, Jones, Manzi e Toscanelli che propongono una interpretazione della storia all'insegna del flagello malarico, diversi meridionalisti attribuiscono alla febbre palustre l'influenza maggiore sulla degradazione della realtà sociale meridionale.

All'inizio degli anni Ottanta si impone all'attenzione dell'opinione pubblica anche il problema del lavoro in miniera. La stampa nazionale, infatti, comincia a diffondere alcune inchieste pubbliche e private legate a fatti clamorosi tra cui le centinaia di morti in incidenti nelle miniere e soprattutto nelle solfate siciliane, nonché le epidemie di anchilostomiasi che seminano più di 9.000 morti fra i minatori impegnati nella costruzione delle gallerie del Gottardo e del Fréjus (Tore 1982). I dati delle indagini svolte, in realtà, dimostrano come i lavoratori delle miniere siano affetti, oltre che da malattie legate a fattori ambientali, da malattie professionali derivanti dai numerosi agenti patogeni presenti nelle gallerie (assenza di luce, gas tossici, pulviscolo) così come da misure inadeguate di prevenzione degli incidenti. La media di 2,4 morti ogni mille operai riscontrata nelle solfate italiane (Sicilia, Romagna, Marche) risulta, ad esempio, superiore a quella delle più rischiose miniere carbonifere inglesi (media 1,82 per mille), francesi (2,07 per mille) e belghe (1,77 per mille) e pari solo a quelle prussiane (2,63 per mille).

Più in generale la popolazione italiana soffre di carenze alimentari largamente diffuse di cui l'inchiesta del 1885 sui comuni del Regno da ampia riprova. I dati sulle razioni alimentari degli operai del Centro, del Nord e del Sud del paese dimostrano non solo i modesti consumi di carne e di latticini e per converso il largo uso di pane e di paste anche di granturco, ma anche i differenti modi di far fronte alla miseria e alla fame nelle diverse aree del paese. Nel Mezzogiorno in particolare il contadino sopporta le peggiori condizioni di

lavoro e di retribuzione così che dopo aver dato tutto il lavoro che comporta la sua forza fisica ed il genere di coltura del terreno riceve in cambio lo stretto necessario per vivere il peggio che sia possibile.

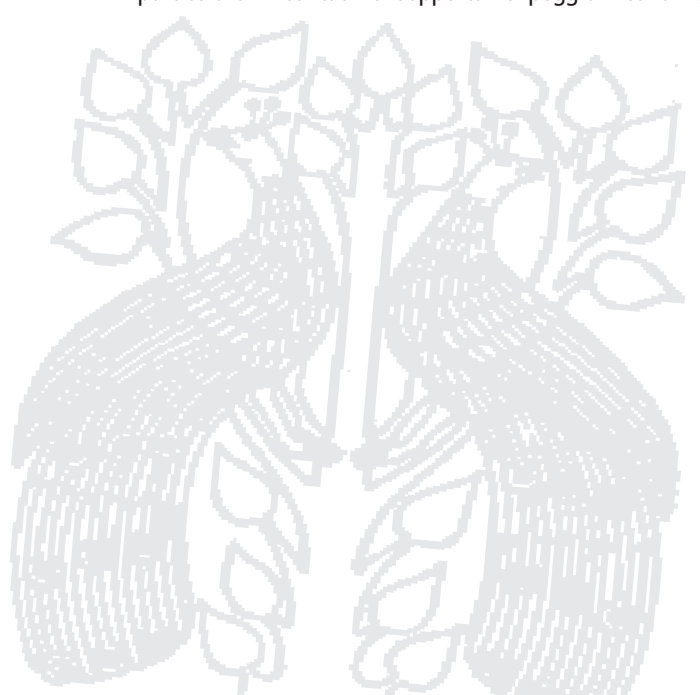
L'esposizione nazionale del 1881 costituisce l'occasione per un bilancio dell'attività industriale del paese che se risulta, rispetto alle precedenti rilevazioni, più diffusa e più ricca continua a dimostrare la sua debolezza complessiva e il suo ambito di diffusione ristretto alle sole regioni settentrionali. L'industria cotoniera va avviandosi, con grande lentezza e fatica, verso la lavorazione meccanica nonostante le resistenze del vecchio sistema domestico e di semi-artigianato. Diversa, ma assai contenuta l'industria meccanica e siderurgica che trae la sua forza dalle costruzioni navali e dagli armamenti oltre che all'estensione della rete ferroviaria: un settore ancora dominato dalle piccole officine artigiane, basate sul lavoro qualificato maschile che non scomparirà neppure con le trasformazioni del nuovo secolo e l'accenramento produttivo.

A questa struttura manifatturiera corrisponde una organizzazione del lavoro ai suoi esordi (Morandi 1959).

Dall'inchiesta del 1877 sulla condizione degli operai nelle fabbriche risulta una media di 11-12 ore al giorno di lavoro effettivo, calcolata tenendo conto delle 6-7 ore di lavoro nelle solfate siciliane e delle 15-16 ore nelle filande del bergamasco, del comasco, del varesotto o nei lanifici del biellese e del vicentino. Un valore medio che dimostra durate del lavoro lunghissime, spesso senza alcuna interruzione o con pochissimo tempo per mangiare e riposarsi, alle quali vanno aggiunte "le infinite eccezioni e violazioni dovute alle cosiddette ragioni produttive o al capriccio padronale" (Merli 1972, 200), nonché le ore di marcia a piedi per tornare a casa o per recarsi in fabbrica, l'obbligo generalizzato alla pulizia dei locali, l'intensificazione dei ritmi e dei carichi di lavoro a seguito della meccanizzazione. D'altro canto proprio le condizioni del lavoro nel primo tessuto industriale italiano danno ragione di una microconflittualità endemica che emerge fin dai primi anni post-unitari e che continua a presentarsi con un *continuum* di agitazioni e scioperi, repentinamente repressi dalle autorità giudiziarie e di polizia (Della Peruta 1991).

Nonostante ciò, il nesso tra salute e industrializzazione risulta ancora assai tenue nel dibattito culturale e incapace di incidere sulle politiche pubbliche. Lo stesso associazionismo operaio è ancora limitato ad aree largamente estranee ai nuovi ambiti industriali dal momento che le leghe di resistenza si vanno sviluppando tra i braccianti dell'area mantovana, della pianura lombardo-veneta oltre che nel proletariato dell'edilizia civile e pubblica, tra i tipografi ed alcuni strati di operai urbani quali i panettieri, i calzolari, i bottai e i vetturini. Non a caso è nelle aree mezzadrili e tra i braccianti poveri che si propone il problema della pellagra come elemento di lotta e rivendicazione sociale, tra i tipografi quello del saturnismo, tra i ferrovieri quello della malaria.

Non occorre sottovalutare, nei processi che conducono, nel



corso degli anni Ottanta, ad una crescente consapevolezza delle condizioni di vita e di salute della popolazione italiana, il problema dell'elevato numero di riformati alla leva che desta le più vive apprensioni per l'efficienza dell'esercito e per la possibile degenerazione della razza. Nelle leve indette tra il 1866 e il 1871 le percentuali di riformati raggiungono rispettivamente il 23%, il 25,6%, il 28,7% il 27, 9%, il 28,2%, il 27, 5% degli iscritti, ma salgono sopra il 30 e il 40 per cento se calcolate sulla base del numero di coloro che vengono effettivamente misurati e valutati. Tali percentuali non diminuiscono per le leve degli anni seguenti se nel 1884 i riformati per difetto di statura sono il 9, 8% dei visitati e i riformati per malattie ed imperfezioni il 17, 7%.

I motivi riscontrati riguardano, in modo crescente, malattie ed imperfezioni connesse alla gracilità e alla deformazione della cassa toracica, a dimostrazione di una condizione di salute legata più alle modalità di sviluppo fisico che alla contrazione di malattie invalidanti. Né la distribuzione territoriale, se si considerano le cause sanitarie e non la statura, indica differenze evidenti tra le diverse regioni del Regno, tra cui, tuttavia, la Lombardia conta il maggior numero di riformati per cause mediche.

Di tale problema si fanno interpreti i medici militari che trovano nel giovane Cesare Lombroso un collega e un attento osservatore della geografia socio-sanitaria del paese. Le indagini che vengono effettuate, in questi anni, conducono, infatti, i medici a riconoscere come cause di una così elevata percentuale di riformati, non tanto le contaminazioni razziali e l'inquinamento ambientale della gente italica, quanto i matrimoni endogamici e la subordinazione femminile, il baliatico e il lavoro minorile, i regimi alimentari carenti e le malsane condizioni delle abitazioni.

2. La rivoluzione del pensiero scientifico-sanitario

Quando Crispi decide di dare un segno dei tempi cambiati dimostrando di voler affrontare e risolvere i gravi problemi igienici del paese, chiama alla direzione generale della sanità il professor Pagliani, cattedratico presso l'Università di Torino e allievo di Moleschott.

Egli è stato tra i primi a dar prova di un nuovo tipo di impegno scientifico-sociale, denunciando la carenza e l'arcaicità dei provvedimenti sanitari del governo e realizzando un progetto di risanamento degli spazi urbani. Grazie alla sua opera si afferma, come indirizzo prioritario all'interno dell'Associazione medici d'Italia (AMI), quello della medicina sociale e preventiva, tanto che a lui si deve la proposta di fare del medico comunale un "pubblico ufficiale sanitario", formalizzata nel 1871 al V congresso dell'associazione.

Se Pagliani rappresenta bene agli occhi di Crispi e delle élites dominanti l'impegno della classe medica per il risanamento del paese, egli incarna emblematicamente anche i successi scientifici cui è giunta la scienza medica nel secondo Ottocento. Nella storia della medicina, infatti, gli ultimi venti-

cinque anni del secolo segnano un periodo di grandi acquisizioni tecnico-scientifiche capaci di trasformare radicalmente le cure e l'organizzazione sanitaria. A partire dagli anni '80 del XIX secolo, infatti, prende forma una nuova figura di medico capace per la prima volta di formulare diagnosi esatte grazie ad un rivoluzionamento del pensiero scientifico che deriva sia dal saper collegare i cambiamenti osservati nei tessuti dopo il decesso con i sintomi soggettivi ed oggettivi del paziente in vita, sia nel vedere, per la prima volta, in qual modo ciò che nell'ambiente ci minaccia produce la malattia (Shorter 1986). Due direttrici d'avanzata che si precisano da un lato nella patologia, ossia nello studio dei tessuti malati, e dall'altro nella teoria dei germi patogeni cioè nella batteriologia. A tale rivoluzione del pensiero medico si collega una rinnovata idea di salute e di malattia che si oppone a quella secondo cui il normale e il patologico costituiscono due realtà omogenee ed integrate della vita umana. La batteriologia rovescia tale concetto isolando la malattia e rendendola una entità a sé stante identificata negli agenti patogeni e contrapposta, per questo, all'altra entità sostanziale che è la salute.

Negli anni seguenti l'unità nazionale, di conseguenza, il

materialismo viene accettato nelle cliniche e negli istituti universitari da parte di un gruppo consistente di professori e studenti, nonché nel mondo medico, dove tende a farsi mentalità diffusa. Rimane, però, per lungo tempo irrisolto il problema dell'istruzione all'interno degli ospedali che, gestiti dalle Opere Pie, tendono ad opporre resistenze all'espletamento di funzioni didattiche e alla penetrazione delle nuove idee. È in questo ambito che si inserisce il discorso scientifico di Mosso sulla fatica dei "carusi" delle solfate, dei contadini siciliani e degli operai dell'industria del Nord; è qui che si collocano le ricerche sulle "malattie dei lavoratori" di Mantegazza e di Boeri nonché il filone igienista di Pagliani. Secondo questa impostazione occorre intervenire, con indirizzi di medicina preventiva, soprattutto nell'ambiente provvedendo all'approvvigionamento idrico, allo smaltimento dei rifiuti, al risanamento dei centri urbani, alla bonifica dei terreni paludosi.

I programmi di intervento igienico sull'ambiente hanno quale corollario un'intensa e capillare campagna di educazione sanitaria che vede impegnati, accanto ai medici, i maestri di scuola, i parroci e in certa misura i farmacisti (Detti 1979). Infatti se i microbi sono visibili soltanto dall'occhio dell'igienista batteriologo, la polvere, la sporcizia, il sudiciume, in cui essi si annida-

no, sono ben visibili da tutti, senza bisogno del microscopio. La pulizia, la nettezza, il lavarsi sono versioni popolari dell'igiene scientifica che si affermano come pratica comune di prima necessità. Gli scolari sono così sollecitati dai loro maestri a lavarsi, le loro mamme sono sollecitate dai medici a lavarli e a lavare la casa, gli indumenti, gli alimenti (Cosmacini 1989, 83). L'acqua diventa nuovamente nella cultura occidentale elemento essenziale per l'igiene e per il benessere dei singoli e della collettività, imponendosi come fattore di salubrità sull'aria, fonte delle preoccupazioni sanitarie delle popolazioni e dei medici del XVII e del XVIII secolo.

Questi ultimi, in particolare, riescono a promuovere accanto alla alfabetizzazione sanitaria della popolazione la necessità di ricorrere alla loro opera anziché a quella dei guaritori e della medicina tradizionale. Precetti igienici per la cura dell'infanzia in opuscoli dal titolo "catechismo della buona madre" o "trattenimenti di igiene della buona madre", mettono in guardia dal ricorrere alle mammane; "manualetti di istruzioni mediche per i parroci erudivano i sacerdoti nei primi rudimentali soccorsi da prestare ai malati, ma soprattutto ammonivano a richiedere l'intervento del medico, così come i prontuari d'igiene nelle mani dei maestri elementari abitavano gli scolari ai precetti di una medicina che esulava dal novero delle terapie popolari" (Betri 1987, 688). Gli stessi farmacisti si alleano con i medici ed i maestri di scuola nel sostenere una adeguata e corretta cura del corpo anche se spesso trovano proprio nei parroci i loro concorrenti non disdegnando questi ultimi "di accompagnare le direttive morali con consigli igienici e distribuzione di medicinali" per i quali possiedono (particolarmente nei piccoli centri) un vero e proprio armadietto farmaceutico che funge da piccola farmacia (Sironi 1992, 13).

L'utopia igienista, dunque, che scaturisce dalle acquisizioni della scienza medica in tema di patologia e batteriologia, diviene negli anni Settanta ed Ottanta una modalità di coagulo degli interessi e delle idealità dei ceti professionali e culturali del paese, con una capacità di pressione sociale e politica di cui Crispi non può non tenere conto nel momento in cui assume il suo mandato governativo.

3. Le disposizioni sulla sanità pubblica

L'iter della riforma sanitaria doveva, tuttavia, dimostrarsi particolarmente difficile e tortuoso. Iniziato con il codice Lanza approvato dal solo senato nel 1873 e mai giunto alle camere, prosegue con il progetto Nicotera, applaudito assai più del precedente dai medici che vi trovano riconosciuta una loro maggiore presenza negli organi tecnico-consulativi, ma anche esso insabbiato al senato nel 1877. Nel 1874 la sanità pubblica viene affidata alle norme del regolamento del 6 settembre elaborate per aggiornare la precedente legislazione sulla base di alcune indicazioni del codice Lanza. La discussione parlamentare continua con il progetto elaborato da Bertani che nel 1880 ottiene da Depretis l'incarico di formu-

lare un nuovo schema di codice sanitario. Si tratta, questa volta, di un sistema di norme "rivoluzionarie" basate sul dovere dello Stato di tutelare la salute pubblica. Data l'esperienza di Bertani sui problemi igienico-sanitari, il suo codice prevede norme minuziose ed innovative sulla salubrità delle abitazioni e degli alimenti, sulla risicoltura, sul lavoro dei fanciulli, sulla prevenzione degli infortuni nonché sulla vaccinazione obbligatoria e il controllo delle malattie veneree. A questa struttura eminentemente tecnico-politica avrebbero dovuto fare da supporto organi consultivi non più nominati dal re o dai prefetti ma eletti direttamente. Finalmente la riforma sanitaria sembrava poter poggiare su un saldo terreno di prevenzione pubblica e su una fitta rete di competenze medicoscientifiche così come emerso negli orientamenti, ripetutamente espressi, dalla stampa e dai congressi medici.

Tuttavia Depretis, nel presentare il progetto di codice sanitario al senato nel 1886, ne modifica l'assetto in relazione sia al ruolo e al potere dei medici, sia alla presenza del magistrato di sanità, sia al principio elettivo del consiglio superiore e ai consigli provinciali di sanità. Vengono stralciate, inoltre, le disposizioni sul lavoro dei fanciulli e le cautele igieniche all'interno delle fabbriche ma, soprattutto, viene abolito il dovere dello stato di farsi carico della tutela igienica e sanitaria del paese.

Su questa intelaiatura va, dunque, a porsi il progetto di riforma di Pagliani anche se Crispi si preoccupa di restringere ulteriormente le aperture sociali ivi previste, limitando l'intervento verso l'area industriale, rafforzando l'accentramento del servizio, subordinando all'esecutivo i consigli medici, abolendo le commissioni municipali ma anche gli ispettori circondariali.

Va notato che nella discussione parlamentare, anche i più strenui difensori del progetto Bertani e di un codice sanitario moderno, fanno leva prevalentemente su fattori di ordine finanziario e morale per sollecitarne l'approvazione. L'on. Badaloni, ad esempio, nel ricordare che in Italia, per il differenziale di mortalità, decedevano 240.000 cittadini in più rispetto all'Inghilterra, accusa il parlamento di non pensare sufficientemente agli aspetti economici relativi alla ricchezza e al numero di giornate lavorative perse. Se tali affermazioni dimostrano lo scarso interesse che si attribuisce, anche in parlamento, alla salute come un bene sociale, va detto che vi è chi punta l'attenzione sulla necessità di creare nel paese "un ambiente favorevole per la buona riuscita" della legge. Da qui la richiesta di introdurre l'insegnamento dell'igiene non solo nelle facoltà universitarie per preparare le nuove figure mediche preposte alla tutela sanitaria del paese, ma in ogni ordine di scuola per diffondere le cognizioni "dirette a rendere più popolari e bene accetti i rimedi, per conferire a questi organismi maggior gagliardia e per avvertire e rimuovere le cause che attentano alla loro saldezza".

A fronte di tali sollecitazioni non mancano, nella discussione generale del disegno di legge, motivi di opposizione rela-

tivi all'eccessivo accentramento burocratico, alla non istituzione del Ministero della pubblica sanità, alla mancata responsabilizzazione del sindaco. Ciò nonostante la legge che viene approvata il 22 dicembre 1888 crea nel paese una nuova struttura del servizio di igiene e sanità pubblica, estende e potenzia il ruolo del medico condotto, assicura l'assistenza e la cura gratuita ai poveri da parte dei comuni singoli o associati, ma non l'assistenza farmaceutica come molti deplorano. In particolare, si riconosce la competenza della tutela dell'igiene pubblica al Ministero dell'interno, incaricato di provvedervi attraverso la direzione di sanità con l'ausilio del Consiglio superiore; in ambito locale il medico provinciale, figura di nuova istituzione, avrebbe avuto il supporto del consiglio sanitario provinciale, mentre nei comuni il ruolo esecutivo sarebbe stato di competenza dei medici condotti, qualificati come ufficiali sanitari. Un sistema centralizzato e decentrato al pari tempo, quindi, gestito da burocrati e tecnici.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, i municipi debbono provvedere solo per i poveri iscritti nelle liste comunali che spesso risultano molto ampie sia per esigenze "clientelari" sia per l'entità dell'area sociale di indigenza. I poveri vengono assistiti mediante l'opera del medico condotto e dell'ostetrica condotta e possono essere ricoverati nelle Opere Pie ospedaliere che si finanziano attraverso le rendite patrimoniali, la beneficenza, la carità, i contributi dei comuni e i pagamenti delle società di mutuo soccorso per le cure dei soci. Restano esclusi dalla tutela pubblica i non poveri che vengono assistiti prevalentemente a domicilio dai medici liberoesercenti, essendo le cure ospedaliere a pagamento assai poco diffuse. Per quanto riguarda l'esercizio farmaceutico, il codice crispino ne proclama la massima libertà rinviando ad una legge organica, da approvarsi entro cinque anni, la sistemazione dell'intera materia

Considerazioni conclusive

Numerosi fattori culturali, politici ed economici si coniugano assieme, nella seconda metà dell'Ottocento, per sostenere un intervento pubblico finalizzato ad affrontare i bisogni di una popolazione che versa in evidenti e sempre più note condizioni di malattia e di miseria. Nonostante il lento progredire di ogni iniziativa volta ad affrontare quella che già allora viene identificata come la "questione sociale", si delinea, in questi anni, un disegno di *welfare* che, sebbene residuale, si pone il problema di un intervento pubblico regolativo e di una responsabilità diretta dello Stato nell'ambito della pubblica igiene e dell'assistenza ai poveri.

Per comprendere tale politica non va negato, in primo luogo, il ruolo giocato da alcuni ceti in via di mobilitazione tra i quali i medici. Questi, sostenuti da una concezione etico-scientifica vincente, quella igienista, riescono a far convergere i propri interessi professionali con quelli di altri ceti sociali in ascesa (maestri, farmacisti, ingegneri), nonché con gruppi limitati, ma non per questo meno attivi, provenienti dall'as-

sociazionismo femminile borghese. La spinta culturale che questo insieme eterogeneo di interessi professionali e categoriali riesce ad esercitare nel Paese trova nel decisionismo crispino un efficace strumento di realizzazione politica e nelle alte gerarchie militari un alleato per nulla trascurabile. L'influenza dell'utopia igienista non si spiegherebbe, tuttavia, se non fosse connessa alle conquiste della medicina nel campo della patologia e della batteriologia e se non venisse collegata con quel vasto movimento di idee che emerge negli ultimi trent'anni del secolo, al quale concorrono "politici e intellettuali di varia natura, sia della Destra che della Sinistra, sia idealisti che sensisti, laici e cattolici" (Lentini 1980-81) al quale si debbono le prime fondamenta dello stato sociale italiano.

Bibliografia

- Betri, M. . L. 1987 La crisi del ruolo medico in "Federazione medica", XL 7
 Corti, P. 1984 Malaria e società contadina nel Mezzogiorno, in *Malattia e medicina, Storia d'Italia, Annali n. 7*, Torino, Einaudi
 Cosmacini, G. 1988 *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari, Laterza
 1989 *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo*, Bari, Laterza
 Della Peruta, F. 1991 Le opere pie dall'Unità alla legge Crispi, in "Il risorgimento", 2/3, pp. 173-213
 Detti, T. 1979 Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra '800 e '900, in "Movimento operaio e socialista", pp. 3-49
 1984 Stato, guerra e tubercolosi (1915-1922) in *Malattia e medicina, Storia d'Italia, Annali n. 7*, Torino, Einaudi
 Faccini, L. 1984 Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche, in *Malattia e medicina, Storia d'Italia, Annali n. 7*, Torino, Einaudi
 Lentini, O. 1980-81 Organicismo e azione sociale da Ardigò a Pareto, in "Quaderni di Sociologia", 2, pp.192-235
 Merli, S. 1972 *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale. Il caso italiano: 1880-1900*, Firenze, La nuova Italia
 Morandi, R. 1959 *Storia della grande industria in Italia*, Torino, Einaudi
 Shorter, E. 1985 *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and patients*, New York, Simon and Schuster, trad. it. La tormentata storia del rapporto medico paziente, Milano, Feltrinelli 1985
 Sironi, V. 1992 *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia*, Bari, Laterza
 Sori, E. 1984 Malattia e demografia, in *Malattia e medicina, Storia d'Italia, Annali n. 7*, Torino, Einaudi
 Tore, G. 1982 Miniere, lavoro e malattie nell'Italia postunitaria (1860-1915), in *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, a cura di M. L. Betri e A. Gigli Marchetti, Milano, F. Angeli
 Vicarelli, G. 1997, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*, Bologna, Il Mulino



AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

OTTOBRE

Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
1-ott	12.30-14.00	Biblioteca Clinica Chirurgia Plastica - IV piano Ospedale Torrette	Le ulcere venose	Dott. A. Scalise	E-BB-R
6-ott	14.00-15.00	Aula Didattica Clinica Reumatologica	"Rheumatology Interactive Lecture - "Bursitis and tendinitis"	English Speaker Dott. Giovanna Garofalo	FF-CC-DD
11-ott	15:00	Aula Polo Didattico	Criptorchidismo ed ectopia testicolare	Dott. M. Polito, Prof. G. Muzzonigro	V-CC-AA-I-D
13-ott	13.00-14.00	Aula Didattica Clinica Reumatologica	"Rheumatology Interactive Lecture - "Raynaud's phenomenon"	English Speaker Dott. Giovanna Garofalo	FF-CC-DD
13-ott	14.00-18.30	Aula Didattica Clinica Reumatologica	Problematiche interdisciplinari in reumatologia: Farmaci antinfiammatori non steroidei e farmacoeconomia (I modulo)	Proff. W. Grassi, A. Gardini, F. Salaffi, S. Amoroso, A. Stancati	FF-CC-DD
15-ott	12.30-14.00	Biblioteca Clinica Chirurgia Plastica IV piano Ospedale Torrette	Il gel piastrinico	Dott. A. Scalise	E-BB-R
20-ott	14.00-15.00	Aula Didattica Clinica Reumatologica	"Rheumatology Interactive Lecture - "Monoarthritis and polyarthritis"	English Speaker Dott. Giovanna Garofalo	FF-CC-DD
20-ott	15:00	Aula Polo Didattico	Ptosi ed ectopia renale	Prof. G. Muzzonigro, Dott. G. Milanese	V-D-AA
25-ott	15:00	Aula Polo Didattico	Il prelievo di rene da cadavere	Dott. D. Minardi, Prof. G. Muzzonigro	V-D-AA
27-ott	13.00-14.00	Aula Didattica Clinica Reumatologica	"Rheumatology Interactive Lecture - "Antiphospholipid antibody syndrome and lupus in pregnancy"	English Speaker Dott. Giovanna Garofalo	FF-CC-DD
27-ott	14.00-18.30	Aula Didattica Clinica Reumatologica	Problematiche interdisciplinari in reumatologia: Patologia iatrogena e farmaci antireumatici (I modulo)	Proff. W. Grassi, F. Salaffi, S. Amoroso, S. Santarelli, L. Bugatti, G. Filosa	FF-CC-DD

DL: Diploma di Laurea, **DLS:** Diploma di Laurea Specialistica **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-Winklhofer,
H. Biedermann
"Le livre de signes et des symboles."
Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno VII - n° 10
Ottobre 2004
Aut. del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato Editoriale
Maurizio Battino, Antonio Benedetti, Fiorenzo
Conti, Giuseppe Farinelli, Stefania Fortuna,
Ugo Salvolini, Marina Scarpelli

Redazione
Maria Laura Fiorini, Antonella Ciaramatori,
Daniela Pianosi, Daniela Venturini
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli