



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Ottenuta l'approvazione ministeriale dell'offerta formativa proposta, ora è il momento di dedicarsi alla programmazione didattica del prossimo anno che prevede, quale novità, la partenza della laurea magistrale per la prima (Scienze Infermieristiche ed Ostetriche) e per la terza classe (Professioni Sanitarie Tecniche) dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e l'attivazione di un nuovo Corso di Laurea per Educatore Professionale.

Salgono così a quattro i corsi di laurea magistrale e ad otto quelli delle lauree triennali, uno dei quali, Infermieristica, suddiviso in tre canali formativi: un grande cammino quindi se si considera che quattro anni fa la Facoltà offriva, quali Corsi di Laurea, solo quelli storici, Medicina ed Odontoiatria.

Questo dato testimonia il grande sviluppo che la Facoltà ha avuto negli ultimi anni, sviluppo che non si arresta certo a queste realizzazioni, essendo stata già programmata per il 2006 l'apertura di nuovi corsi formativi, istituiti in risposta alle esigenze espresse dalla Sanità regionale.

In questo programma rientra l'attivazione delle lauree magistrali delle Professioni sanitarie, giustificata dalla necessità di rendere disponibili per la Regione le nuove figure richieste dalla riforma sanitaria e, nel contempo, di offrire ai nostri laureati l'opportunità di proseguire il proprio iter formativo e raggiungere i livelli professionali desiderati.

I percorsi didattici preparati per i nuovi professionisti, in armonia con l'indirizzo nazionale, sono stati costruiti soprattutto per fare acquisire ai laureati, che ritornano studenti, competenze nell'ambito della programmazione e della gestione sanitaria, della pedagogia medica e della ricerca con l'obiettivo quindi di creare figure professionali in grado di coordinare a livello superiore l'attività dei reparti clinici, di formare le nuove leve di professionisti della Sanità e di creare quello spirito di ricerca che, continuamente applicato all'attività clinica quotidiana, risulta essenziale per il rinnovo delle conoscenze e per il progresso della professione.

Le nuove realizzazioni della Facoltà rendono quindi quest'anno più complessa la preparazione del programma didattico e richiedono la partecipazione attiva di tutti i docenti e degli studenti per giungere tempestivamente alla costruzione di piani di studio adeguati al raggiungimento degli obiettivi formativi ma anche correlati al potenziale didattico disponibile, alla luce del rispetto dei requisiti minimi richiesti e in attesa della tormentata approvazione del Disegno di Legge sulla Docenza universitaria.

La disponibilità nei prossimi mesi di una seconda struttura nel Polo didattico-scientifico e il reclutamento di nuovi docenti sono consensuali all'espansione del progetto formativo.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

EDITORIALE	2
Nuove frontiere dell'etica in un quadro ecocompatibile di <i>Roberto Tagliaferri</i>	
VITA DELLA FACOLTÀ	6
Corsi Monografici - Seminari - Insegnamento integrato di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica - Emergenze... si riparte - Forum multiprofessionali di Scienze Umane a cura di <i>Giovanni Danieli</i>	
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	11
a cura di <i>Ugo Salvolini</i>	
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	11
a cura di <i>Maurizio Battino</i>	
RICERCA CLINICA	12
di <i>Mario Guerrieri, Massimo Offidani, Andrea Risaliti</i>	
ALBUM	15
di <i>Giulio Casseri</i> di <i>Stefania Fortuna e Alessandra Sfrappini</i>	
FORUM DI DIDATTICA MULTIPROFESSIONALE	19
L'approccio clinico alla persona assistita di <i>Bernardo Nardi e Ilaria Capecci</i>	
SCIENZE UMANE IN MEDICINA	24
Si possono apprendere e insegnare le <i>Medical Humanities?</i> di <i>Luciano Vettore</i>	
LA POESIA DI PINA VIOLET	30
APRILE IN FACOLTÀ	30
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	32

Nuove frontiere dell'etica in un quadro ecocompatibile

1. Definizione di etica

L'etica è il quadro normante la vita di un individuo e di un gruppo sociale e ha il carattere dell'assolutezza dell'imperativo della legge. Senza l'etica non solo si perviene al caos sociale, ma si interrompe il processo di identità individuale.

Tradizionalmente la sua assolutezza era garantita da un comando divino o dal peso della tradizione indiscutibile.

Oggi l'etica vive il travaglio della crisi sotto i colpi della tecnica e della globalizzazione.

2. Etica tradizionale

La sua assolutezza fondata dal Dio o dall'eroe eponimo si reggeva su alcuni presupposti come il dualismo tra bene e male, tra ordine e caos, come il carattere teleologico dell'azione umana e come il primato dell'uomo sulla natura. Nel mondo greco gli dei, soprattutto Zeus, filano e legano il fato; *αισα* è la misura assegnata, che va rispettata, pena una sanzione morale. Il giusto appropriato è il destino come un legame stretto attorno all'uomo, che non esclude un certo margine di libertà.

3. Secolarizzazione dell'etica

La secolarizzazione dell'etica in seguito alla guerra di religione in Europa ha portato Grozio a formulare il principio laico di morale, *etsi Deus non daretur*.

Da allora è sorto l'onere di trovare un criterio di assolutezza dell'etica. I. Kant sosteneva per esempio: "Agisci in modo che tu possa volere che la tua massima diventi universale".

4. Crisi dell'etica

4.1. La tecnica

Il Prometeo scatenato della tecnica moderna sembra travolgere tutti i limiti tradizionali della natura come nel campo delle biotecnologie.

Il diritto della scienza ad avanzare nel dominio della natura sembra senza limiti per un presunto diritto alla

ROBERTO TAGLIAFERRI

Teologo
Istituto di Teologia Pastorale
S. Giustina, Padova

verità e al controllo del mondo e della morte.

Si tratta di discutere se il diritto della scienza sulla natura è illimitato e a quali condizioni.

4.2. La globalizzazione

L'assolutezza dell'etica è garantita dall'omogeneità di un modello culturale e dall'integrità del suo sistema simbolico.

La contaminazione delle culture, favorita dai nuovi sistemi di comunicazione, imbastardisce i modelli culturali con il vantaggio di relativizzare le rigidità dei precetti fondamentalisti, con lo svantaggio di "rompere la tazza" (C. Lévi-Strauss) della propria identità assiologica.

4.3. La fine dell'antropocentrismo

L'autonomia dell'etica ha ricevuto recentemente una grande scossa perché ha messo in crisi l'antropocentrismo e il determinismo cosmico a favore del principio caotico in un quadro ecocompatibile.

5. Conseguenze

La crisi di identità in seguito all'imbastardimento dei modelli culturali di riferimento crea nell'individuo apertura totale alle possibilità, con relativa fine dei sensi di colpa, ma contemporaneamente depressione per l'impossibilità di conseguire tutti gli obiettivi.

La contaminazione culturale sviluppa gli etnocentrismi e i conflitti etnici con reazioni analoghe agli organismi viventi che producono anticorpi per debellare elementi estranei.

6. Nuova fondazione dell'etica

"Anche se Dio è morto, l'uomo deve poter continuare ad esser concepito e rispettato *a sua immagine e somiglianza* (H. Jonas).

Che cosa significa fondare un'etica senza Dio? O si trova un fondamento metafisico, oppure in modo più pragmatico si ricerca una compatibilità comunicativa per sopravvivere.

Dato che la prima via, come quella proposta da H. Jonas, è molto contrastata, si può avviare una proposta sulla seconda.

Per esempio i neuroscienziati tendono a fondare i comportamenti giusti nel meccanismo ripetitivo, che



culturalmente si esprime nella ritualità, supera la prova del consenso pubblico e viene codificata nei codici giuridici (G.M.Edelman).

7. Il nuovo principio etico in un quadro eco-compatibile

Agisci in modo che le conseguenze della tua azione siano compatibili con la permanenza di un'autentica vita sulla Terra.

Negativamente: agisci in modo che le conseguenze delle tue azioni non distruggano la possibilità futura di tale vita.

8. Etica della Carta della Terra

La *Carta della Terra* rappresenta una svolta epocale nell'autocomprensione dell'uomo del Ventunesimo secolo, la quale integra la *Dichiarazione dei diritti dell'uomo* del 1948 in una prospettiva eco-compatibile di conservazione ambientale e di sviluppo sostenibile. Il nuovo documento ricalca il genere letterario dei testi costituzionali e programmatici: al preambolo che annuncia "una svolta critica nella storia del Pianeta" seguono i principi regolativi. Oramai è tempo di invertire la rotta dello sviluppo tecnologico e dei consumi perché il rapporto tra benefici e costi registra un saldo negativo. La responsabilità verso l'avvenire del Pianeta e verso le nuove generazioni impone un'urgente presa di coscienza collettiva per una prassi diversa.

8.1. Rispetto e cura per la comunità della vita

- Rispetta la Terra e la vita, in tutta la sua diversità.
- Prenditi cura della comunità vivente con comprensione, compassione e amore.
- Costruisci società democratiche che siano giuste, partecipative, sostenibili e pacifiche.
- Tutela i doni e la bellezza della Terra per le generazioni presenti e future.

8.2. Integrità ecologica

- Proteggi e restaura l'integrità dei sistemi ecologici terrestri, con speciale riguardo alla diversità biologica e ai processi naturali che sostentano la vita.
- Previene il danno come migliore misura di protezione ambientale e, quando le conoscenze sono limitate, sii cauto.

- Adotta sistemi di produzione, consumo e riproduzione che conservino la capacità rigenerativa della Terra, i diritti umani e il benessere delle comunità.
- Sviluppa lo studio della sostenibilità ecologica e promuovi lo scambio libero e l'applicazione diffusa delle conoscenze così acquisite.

8.3. Giustizia economica e sociale

- Elimina la povertà: un imperativo etico, sociale e ambientale.
- Assicurati che le attività economiche e le istituzioni promuovano a tutti i livelli lo sviluppo umano in modo equo e sostenibile.
- Afferma l'uguaglianza fra i sessi e la giustizia come essenziali per lo sviluppo sostenibile, garantisci l'accesso universale all'istruzione, all'assistenza sanitaria, alle opportunità economiche.
- Sostieni senza alcuna discriminazione i diritti di tutti a un ambiente naturale e sociale capace di sostenere la dignità umana, la salute fisica e il benessere spirituale, con speciale riguardo per i diritti delle popolazioni indigene e delle minoranze.

8.4. Democrazia, non violenza e pace

- Rafforza le istituzioni democratiche a tutti i livelli e garantisci trasparenza e responsabilità a livello amministrativo, compresa la partecipazione nei processi decisionali e l'accesso alla giustizia.
- Integra nell'istruzione formale e nella formazione permanente le conoscenze, i valori, le capacità necessarie per un modo di vita sostenibile.
- Tratta ogni essere vivente con rispetto e considerazione.
- Promuovi una cultura della tolleranza, della non violenza e della pace.

9. Nuove frontiere etiche per la scienza

F.Cramer, direttore dell'Istituto Max Planck per la medicina sperimentale di Gottinga, offre un nuovo criterio per l'etica scientifica, dove non tutto è prevedibile, dove bisogna prendersi dei rischi calcolati e dove si accetta che non siamo i padroni del mondo. L'arroganza contro la natura non è solo del dottor Stranamore. Vi è una *vβpις* più sottile, dettata dalla paura che qualcosa cambi nel mondo. Eppure anche per S.Paolo tutta quan-



ta la creazione gene e soffre le pene del parto in attesa della rivelazione. Cramer scrive: "Da un lato la vita è il sorgere dinamico di ordine, sempre accompagnato dal degradarsi dell'ordine, dal suo trapassare in caos, dall'altro la vita è degrado". La ricerca biochimica e genetica ha registrato che l'evoluzione delle specie è frutto di un positivo errore nella trasmissione del patrimonio genetico. Così le malattie ereditarie sono conseguenza negativa di un errore di trascrizione o di una mancanza di informazione genetica. L'emofilia si produsse per una mutazione nelle ovaie della regina Vittoria. Avendo decodificato molti meccanismi del codice genetico si può intervenire per modificare il patrimonio genetico? Qui il problema non è solo tecnologico ma etico. Già vi sono state sperimentazioni sugli animali, come la produzione della *caprecora* da un mix di cellule embrionali di capra e di pecora; vi sono molti esempi di alterazione genetica nelle piante i cui frutti sono già sulle nostre tavole come il mapo, sintesi di mandarino e pompelmo. Si può procedere anche per il genoma umano? Qui i pareri divergono. E' certo però che si conoscono circa 400 malattie ereditarie dovute a imperfezioni genetiche semplici e circa 2000 dovute a imperfezioni genetiche multiple. Si tratterà di vagliare rischi, pericoli e benefici.

9.1. Biologia

Contro tutti i buonismi la biologia ha scoperto per l'etica il "gene egoista", cioè la tendenza di ogni specie, compreso l'uomo, al vantaggio biologico.

Il cinismo dell'uomo è spesso capace di coprire i propri interessi chiamandoli valori.

9.2. Fisica della vita

Scopo della scienza è di vivere in armonia con la natura, non conquistarla, significa conoscere a fondo i meccanismi di entropia e di neghentropia.

"L'uomo tecnologico ha però barato al gioco ingannando l'evoluzione biologica. Si è dato mutazioni artificiali, tirandosi fuori dalla natura, come il Barone di Münchhausen, e diventandone il dominatore" (E.Tiezzi).

9.3. Economia a tre variabili

Il nuovo paradigma dello sviluppo sostenibile e della eco-economia non ha più solo due parametri, il lavoro e il capitale, ma tre parametri, che comprende il capitale

naturale, ovvero le numerose specie biologiche. "La biodiversità è fondamentale per il mantenimento della vita, perché tutto è legato a tutto su questo Pianeta" (E.Tiezzi).

9.4. Etica delle religioni

Rinunciare alla pretesa della verità totalizzante nel tempo in nome di Dio.

Trovare un compromesso accettabile tra questo mondo e l'altro mondo.

Superare il dualismo manicheo di bene e male e rinunciare alla violenza.

Resistere alla tentazione di rispondere funzionalmente ai bisogni e proporre la porta stretta dell'accettazione della creaturalità.

Coordinare religione e memoria per l'equilibrio dei modelli culturali (Roy Rappaport).

9.5. Etica politica

La soppressione delle differenze crea violenza e omologazione, dove tutto è sostituibile (J.Baudrillard).

Il modello mimetico di essere secondo l'altro crea rivalità, rifiuto di sé e dei propri talenti, risentimenti, conflitto sociale (R.Girard).

9.6. Etica sessuale

La coincidenza di amore e sesso è il tallone di Achille della relazione uomo-donna perché si fanno coincidere le dinamiche adattative della sessualità, che sono sostanzialmente possessive, con le dinamiche della relazione interpersonale, che esigono dono (Matt Ridley).

Il modello culturale vigente tiene un controllo dei fattori in campo, ma al prezzo di ridurre l'amore a scambio di interessi nel reciproco inganno.

9.7. Etica della vita fisica

L'efficienza del corpo contro la malattia, la senescenza portano al rifiuto della finitezza e della morte, che sono escluse dall'educazione come una vergogna.

Si assiste solo alla messa in scena della morte altrui, possibilmente come spettacolarizzazione.

9.8. Etica della solidarietà

È nella logica del *do ut des*.

È una forma egoistica.

Adorno scriveva: "C'è qualcosa di assurdo e di incredibile nella violazione del principio di scambio; spesso anche i bambini squadrano diffidenti il donatore, come se il regalo non fosse che un trucco per vendere loro spazzole e sapone. In compenso si esercita la *charity*, la beneficenza amministrata, che tampona programmaticamente le ferite visibili della società. Nel suo esercizio organizzato l'impulso umano non ha più il minimo posto: anzi la donazione è necessariamente congiunta all'umiliazione, attraverso la distribuzione, il calcolo esatto dei bisogni, in cui il beneficiario viene trattato come un oggetto" (Adorno).

La solidarietà si muove tra gli incerti confini dell'aiuto e della invadenza.

Bisognerebbe maturare la coscienza del dono senza contro-dono (J.Derrida).

Conclusioni

"Molte ha la vita forze tremende; eppure più dell'uomo nulla, vedi, è tremendo" (Sofocle, *Antigone*).

Bibliografia

- "Carta della Terra". Manuale di riflessione per l'azione, commento di E.M. Ferrero e J.Holland, Reggio Emilia, Diabasis, 2003
- H.Jonas, Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica, Torino, Einaudi, 2002
- R.Dawkins, Il gene egoista. La parte immortale di ogni essere vivente, Milano, Mondadori, 1995
- H.Arendt, Responsabilità e giudizio, Torino, Einaudi, 2004
- R.Holloway, Una morale senza Dio. Per tenere fuori la religione dall'etica, Milano, Ponte alle Grazie, 2001
- W.A.Rottschaefer, Biologia e psicologia dell'azione morale, Milano, McGraw-Hill, 2000
- Roy A.Rappaport, Rito e religione nella costruzione dell'umanità, Padova, Edizioni Massaggero, Abbazia di Santa Giustina, 2002
- Matt Ridley, La regina rossa. Sesso ed evoluzione, Torino, Instar Libri, 2003
- T.W.Adorno, Minima moralia, Torino Einaudi, 1974.
- J.Derrida, Donare il tempo. La moneta falsa, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996
- R.Girard, Il risentimento. Lo scacco del desiderio nell'uomo contemporaneo, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999
- J.Baudrillard, Per una critica della economia politica del segno, Mazzotta editore, 1974
- F.Cramer, Caos e ordine. La complessa struttura del vivente, Torino, Bollati Boringhieri, 1994
- E.Tiezzi, Fermare il tempo. Un'interpretazione estetico-scientifica della natura, Milano, Raffaello Cortina, 1996
- G.M. Edelman, Più grande del cielo. Lo straordinario dono fenomenico della coscienza, Torino, Einaudi, 2004

Questa lettura di Roberto Tagliaferri, svolta in Facoltà il 13 ottobre 2004, è stata tenuta al Corso di Bioetica, coordinato da Giovanni Principato, nell'ambito dei Forum Multiprofessionali di Scienze Umane, promossi dalla Facoltà.



Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Corsi Monografici

2° Anno

6. Anatomia dell'organo endocrino adiposo
Prof. S. Cinti - *Anatomia*
13-20-27 Aprile 2005, ore 10,30 - Aula B
8. Regolazione del metabolismo corporeo
Dott.ssa M. Fabri - *Fisiologia*
13-20-27 Aprile 2005, ore 8,30 - Aula D

3° Anno

13. Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare
Prof. A. Olivieri - *Patologia Sistemica I*
13 Aprile 2005, ore 10,30 Auditorium "S. Totti"
Azienda Ospedaliera - 20 Aprile 2005, ore 10,30
Aula E

4° Anno

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

5° Anno

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

6° Anno

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 A

Seminari

1° Anno

- Biologia, Genetica e Biometria*
3. Patologie da alterata proliferazione cellulare
Prof. G. Principato
20 Aprile 2005, Aula B - ore 14,30

3° Anno

- Patologia, Fisiopatologia Generale e Patologia Clinica*
12. Tumori della vescica
Prof. A. Procopio
27 Aprile 2005, Aula C - ore 14,30

Patologia Sistemica I

13. Le sindromi linfoproliferative,
Prof. P. Leoni, Prof.ssa M. Montroni
13 Aprile 2005, Aula C - ore 14,30

4° Anno

- Chirurgia Generale e Gastroenterologia*
21. Colestasi ed itteri
Dott. G.P. Macarri
20 Aprile 2005, Aula C - ore 14,30

5° Anno

- Psichiatria*
27. Psicopatologia ed endocrinopatie
Prof. G. Borsetti
13 Aprile 2005, Aula E - ore 14,30

6° Anno

- Clinica Medica*
32. Vascoliti
Prof. G. Danieli
8 Aprile 2005, ore 11,00 Aula A - ore 14,30





Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Corsi Monografici

C.L. in Fisioterapia

1° Anno

43. Valutazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione

Prof.ssa M. Ceravolo

6-13-20 Aprile 2005 - ore 14,30 Aula Dipartimentale

C.L. in Infermieristica

2° Anno

40. La chirurgia dell'anziano

Prof. V. Suraci

13-20-27 Aprile 2005, ore 10,30 - Aula D

3° Anno

41. L'infertilità maschile

Prof. G. Muzzonigro

20-27 Aprile - 11 Maggio 2005, ore 10,30 - Aula G

C.L. Ortottista/Assistente in Oftalmologia

3° Anno

54. Ulcere ed ascessi corneali

Dr. F. Camilletti

9-16 Marzo - 6 Aprile 2005, ore 16,00 - Aula Clinica Oculistica

C.L. in Ostetricia

3° Anno

60. Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale

Dott. N. Cester

6-13-20 Aprile 2005, ore 8,30 - Aula I

C.L. in Tecnico di Laboratorio Biomedico

2° Anno

51. Marcatori tumorali

C. Rubini, A. Santinelli

13 Aprile 2005, ore 9,00 - Aula Morgagni Anat. Patol.

52. Oncologia molecolare nella diagnosi clinica

Prof. S. Cascinu

20 Aprile 2005, ore 9,00 - Aula Morgagni Anat. Patologica

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

1° Anno

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

Dr.ssa G. Iacoviello, Dott. L. Angelici, Dott. S. Maggi

20-27 Aprile, 11 Maggio 2005, ore 8,30 - Aula H

2° Anno

72. Prospettive della Tecnologia in Medicina Nucleare: la PET

Dott. G. Ascoli, Dott. M. Nonni

6-13 Aprile 2005, ore 8,30-11,30 Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliero Universitaria - Ospedali Riuniti Ancona (Umberto I)

3° Anno

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

Dott. F. Grillo Ruggeri, Dott. M. Cardinali

27 Aprile, 11 Maggio 2005, ore 9,00-12,00 - Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona (Umberto I)





Insegnamento integrato di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica

Il programma di marzo comprende, oltre alle lezioni, ai seminari e ai corsi monografici tradizionali, anche un ciclo intensivo di esercitazioni che si svolgono in ambiente simulato, seguendo il calendario sotto indicato e su argomenti elencati nel numero di marzo del Bollettino (LDF 3, 10-11, 2005).

Questo laboratorio preclinico si prefigge lo scopo di far rinverdire e ricapitolare agli studenti i principi e le modalità tecniche delle abilità apprese nei semestri precedenti.

La frequenza alle esercitazioni è obbligatoria e verificata.

Per quel che concerne la partecipazione degli studenti alle attività didattiche, si segnala che è possibile conoscere presso la Segreteria Studenti la situazione personale relativa alle percentuali di presenza registrate in Clinica Medica nel corso di quest'anno accademico. E' bene conoscerla, perché chi è in difetto di frequenza e persiste nell'errore non potrà ottenere la firma sul libretto e sarà pertanto considerato il prossimo anno come ripetente.

	Mercoledì 3 Apr.	Mercoledì 8 Apr.	Giovedì 7 Apr.	Venerdì 8 Apr.	Mercoledì 12 Apr.	Mercoledì 13 Apr.	Giovedì 14 Apr.	Venerdì 15 Apr.	Mercoledì 19 Apr.	Mercoledì 20 Apr.	Giovedì 21 Apr.	Venerdì 22 Apr.
11.00	Lpc1	GM32	Lpc9	32	Lpc17	GM32	Lpc25	Lpc30	Lpc36	GM32	Lpc43	Lpc48
12.00	Lpc2	GM32	Lpc10	32	Lpc18	GM32	Lpc26	Lpc31	Lpc37	GM32	Lpc44	Lpc49
13.00												
14.00	Lpc3	Lpc6	Lpc11	Lpc14	Lpc18	Lpc22	Lpc27	Lpc32	Lpc37	Lpc40	Lpc45	Lpc50
15.00	Lpc4	Lpc7	Lpc12	Lpc15	Lpc20	Lpc23	Lpc28	Lpc33	Lpc38	Lpc41	Lpc46	Lpc51
16.00	Lpc5	Lpc8	Lpc13	Lpc16	Lpc21	Lpc24	Lpc29	Lpc34	Lpc39	Lpc42	Lpc47	Lpc52
17.00												

Le settimane intensive di Clinica Medica e Clinica Chirurgica comprendono anche:

Lezioni di Clinica Medica: 4-18 Aprile ore 11,00 - 13,00 - Aula A

Lezioni di Clinica Chirurgica: 4-18 Aprile ore 14,00 - 17,00 - Aula A

Seminario integrato medico-chirurgico-radiologico: Emorragie digestive - Prof. P. Leoni e Prof.ssa C. Marmorale con l'intervento di G. Macarri e W. Siquini - 11 Aprile 2005 - ore 11,00 - 17,00 - Aula A

Seminario 32: Vascoliti - Prof. G. Danieli - 8 Aprile 2005, ore 11,00 - Aula A

Corso monografico 32: Linee guida nella diagnosi e nella cura delle malattie immunomediate - Dott.ssa M.G. Danieli 6-13-20 Aprile 2005, ore 10,30 - Aula A

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





PAOLO PELAIA
Emergenze Medico Chirurgiche
Università Politecnica delle Marche

Emergenze... si riparte

Dopo l'esperienza ben riuscita dello scorso anno prosegue la *full immersion* del VI° anno; questa volta gli studenti saranno impegnati dal 26 aprile al 13 maggio nel difficile campo dell'Emergenze medico-chirurgiche.

Il corso articolato in attività pratiche, lezioni frontali e seminari affronterà i seguenti argomenti:

1. Insufficienza respiratoria acuta - 2. Infezioni broncopolmonari - 3. Asma acuto - 4. Scompenso acuto delle broncopneumopatie croniche ostruttive - 5. Edema polmonare acuto - 6. Versamenti pleurici - 7. Stati di shock - 8. Embolia polmonare - 9. Arresto cardiocircolatorio - 10. Trasfusione ematica - 11. Coma - 12. Accidenti vascolari cerebrali - 13. Alterazioni dell'equilibrio acido-base - 14. Disnatremie - 15. Diskaliemie - 16. Ipercalcemie - 17. Squilibri glicemici - 18. Insufficienza surrenalica acuta - 19. Insufficienza epatocellulare - 20. Insufficienza renale acuta - 21. Diagnosi e trattamento delle intossicazioni acute - 22. Dolore toracico - 23. Sindromi dolorose addominali e lombari dell'adulto - 24. Pancreatite acuta - 25. Cefalea acuta e cronica - 26. Dolore - Aspetti terapeutici - 27. Emorragia digestiva - 28. Ischemie acute degli arti - 29. Politraumatismi - 30. Ustioni - 31. Ferite dei tessuti molli - 32. Infezioni gravi (infezioni cutaneo-mucose batteriche e micosiche) - 33. Infezioni nosocomiali - 34. Aspetti etici: Relazione medico-paziente - Informazione del paziente - 35. Aspetti etici: Ricovero in Rianimazione - 36. Aspetti etici: Accanimento Terapeutico Limite ed arresto delle cure - 37. Aspetti etici: Cure Palliative - 38. Le sindromi addominali acute - 39. Aneurisma e dissecazione aortica - 40. Occlusione e pseudocclusione intestinale - 41. Colecistiti e colangiti acute

La frequenza si svolgerà presso le Unità operative del DEA di 2° livello di Torrette nonché presso il Pronto Soccorso e la Rianimazione del Salesi e l'UTIC del Lancisi; tutto ciò per rendere pluridisciplinare l'approccio alle emergenze e la loro gestione. Il calendario che segue traccia il programma del corso; sperando in un proficuo svolgimento, faremo alla fine la somma dell'immersione!!

Orari	Martedì 26/4	Mercoledì 27/4	Giovedì 28/4	Venerdì 29/4
8.30 – 11.00	Attività pratica	Attività pratica	Attività pratica	
11.00 – 12.00	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Dott.ssa Adrario
12.00 – 13.00	Lezione Prof. Gabrielli	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Pelaia
13.00 – 15.00				
15.00 – 16.00	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Dott.ssa Adrario	Seminario
16.00 – 17.00	Lezione Dott.ssa Adrario	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Dott.ssa Adrario	Seminario
Orari	Martedì 3/5	Mercoledì 4/5	Giovedì 5/5	Venerdì 6/5
9.00 – 10.00	Lezione Prof. Pelaia		Lezione Prof. Pelaia	Lezione Prof. Pelaia
10.00 – 11.00	Lezione Dott.ssa Adrario	Festivo	Lezione Dott.ssa Adrario	Lezione Dott.ssa Adrario
11.00 – 12.00	Lezione Prof. Risaliti		Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Pelaia
12.00 – 13.00	Lezione Prof. Pelaia		Lezione Prof. Gabrielli	Lezione Prof. Pelaia
13.00 – 15.00				
15.00 – 16.00	Lezione Prof. Risaliti		Lezione Prof. Gabrielli	Seminario
16.00 – 17.00	Lezione Prof. Pelaia		Lezione Prof. Pelaia	Seminario
Orari	Martedì 10/5	Mercoledì 11/5	Giovedì 12/5	Venerdì 13/5
8.30 – 11.00	Attività pratica	Attività pratica	Attività pratica	Attività pratica
11.00 – 12.00	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Gabrielli	Lezione Prof. Gabrielli	Lezione Prof. Gabrielli
12.00 – 13.00	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Risaliti
13.00 – 15.00				
15.00 – 16.00	Lezione Prof. Pelaia	Lezione Prof. Gabrielli	Lezione Prof. Gabrielli	Seminario
16.00 – 17.00	Lezione Dott.ssa Adrario	Lezione Prof. Risaliti	Lezione Prof. Risaliti	Seminario



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE - FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA



SCIENZE UMANE

Forum Multiprofessionali coordinati da Tullio Manzoni

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Didattico Scientifico Torrette di Ancona

Mercoledì dalle 12,45 alle 14,15 - Aula D

CMF 5 - Organizzazione Sanitaria - Prof. Francesco Di Stanislao
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

Corsi Monografici per gli Studenti dei Corsi di Laurea Specialistica e dei Corsi di Laurea triennale - Conferiscono ciascuno un credito - Valutazione nell'ambito dell'insegnamento di riferimento o, su richiesta degli Studenti, al termine del Corso

Avviso per gli Studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Forum di Storia della Medicina del 6 aprile 2005

Tenuto dalla Prof.ssa Stefania Fortuna, si svolgerà nell'Aula D alle ore 9,00, sul tema: *Medicina e società di fronte alle grandi epidemie.*

La partecipazione a questo Forum è obbligatoria sia per gli Studenti iscritti che hanno seguito le letture del 9 e del 16 Marzo sia per gli Studenti che debbono recuperare il Forum sullo stesso argomento, non realizzato il 17 novembre 2004. La valutazione del Corso, necessaria per l'acquisizione del relativo credito, verrà effettuata nella stessa giornata, al termine del Forum.

A CURA DI UGO SALVOLINI

A CURA DI MAURIZIO BATTINO

Consiglio di Amministrazione del 18/2/2005

Notizie sulle principali decisioni fornite dalla Ripartizione Organi Collegiali della Direzione Amministrativa

- Il Presidente ha informato il Consiglio della protesta dei ricercatori sul disegno di legge di riforma dello stato giuridico dei docenti e dello sciopero dei docenti
- Sono stati ripartiti i fondi di funzionamento tra le Facoltà, Biblioteche, CESMI e CSAL.
- Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:
 - 1) Adeguamento ed integrazione tariffario Dipartimento di Neuroscienze (Sezione di Medicina Legale)
 - 2) Centro Interdipartimentale di Servizi per la tutela della salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro – Disciplinare di incarico interno.
- Sono state approvate le modifiche relative all'Ordinamento delle lauree specialistiche in Scienze Infermieristiche e Medicina e Chirurgia a ciclo unico, nonché la dislocazione di un nuovo corso triennale in Infermieristica a Pesaro.
- È stato autorizzato il conferimento di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.
- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
 - 1) Proroga di cinque contratti a tempo determinato Cat. B1.
 - 2) Proroga di un contratto Cat. C1 per l'Ist.to di Biologia e Genetica e di una assunzione Cat. D1 per l'Ist.to di Biochimica, a seguito del recesso di un precedente contraente.
- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
 - 1) Anticipo di € 3.600,00 su convenzione di ricerca tra l'Istituto di Biotecnologie Biochimiche e l'I.N.R.C.A..
 - 2) Accordo tra l'Università Politecnica delle Marche e la Fondazione universitaria iberoamericana "Funiber" e con convenzioni con: Universidad de León (Spagna), Universidad de Santiago de Compostela (Spagna), Universidad Rovina i Virgili (Spagna), Universidad de Piura científica del SUR, Universidad central de Ecuador, Diego Portales (Cile).
 - 3) Ricorso avverso accertamento ICI immobili di proprietà dell'Università.
 - 4) Servizio civile volontario.
 - 5) Attivazione Corso di perfezionamento e aggiornamento professionale per operatori subacquei in *Tecniche sub*, propeudeutico all'uso dei respiratori d'aria per Biologi marini.
 - 6) Integrazione Commissione *Spin Off* con il prof. Pietro Alessandrini.

Senato Accademico del 22 marzo 2005

Comunicazioni del Presidente

- Il Dottor Iacobucci, uno dei rappresentanti dei ricercatori in Consiglio di Amministrazione ha ottenuto l'idoneità a Professore Associato ed è stato chiamato a ricoprire tale ruolo dal nostro Ateneo. Pertanto verranno indette nuove elezioni per eleggere un nuovo rappresentante dei ricercatori nel Consiglio di Amministrazione. La data delle elezioni è mercoledì 27/4 e le candidature dovranno essere presentate entro il 12/4.
- È in corso di approvazione al Senato la conversione in legge con molte modificazioni del decreto legge 31 gennaio 2005 n. 7 recante disposizioni urgenti per l'università e la ricerca e che è meglio conosciuto come decreto "omnibus". Tra l'altro, si stabilisce che lo straordinario dei ricercatori rimanga di tre anni ma con stipendio ... pari al 70% dello stipendio del professore associato di pari anzianità... a decorrere dall'inizio del secondo anno di servizio; inoltre tutte le valutazioni comparative per posti di professore di prima e seconda fascia i cui bandi saranno pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale dopo il 15/5 p.v. dovranno prevedere una sola idoneità.

Internazionalizzazione

Le domande presentate sul sito del MIUR eccedono il numero concesso (12) di progetti presentabili da ogni Ateneo. Pertanto è stata stilata una lista di priorità sulla base dei progetti di fattibilità presentati. Ad ogni modo nessun progetto viene scartato *a priori*, nemmeno quelli oltre la dodicesima posizione; potranno essere ripescati nel caso qualcuno di quelli da cui sono preceduti non venisse completato entro il 29/4 con tutta la documentazione richiesta dal MIUR.

Sono stati, per il momento, approvati otto proposte delle tipologie A e B e quattro proposte della tipologia C.

Relazione Nucleo di Valutazione sui cicli di dottorato di ricerca attivi anno 2004

Il Senato ha preso atto della relazione stilata dal nucleo di valutazione in cui si evince come tutti i dottorati del nostro Ateneo rispettano i criteri minimi indicati dal Ministero.

Ricerca Scientifica d'Ateneo

Sono state approvate le ripartizioni indicate da ogni Facoltà e le somme sono state rese immediatamente disponibili per poter essere utilizzate come fondi RD nei progetti di interesse nazionale (PRIN).

Abstracts strutturati

La microchirurgia endoscopica transanale, in pazienti selezionati con cancro del retto distale, previene l'incontinenza anale, preserva la funzione vescicale e consente una normale vita sessuale

Titolo originale: Sphincter-saving surgery in patients with rectal cancer treated by radiotherapy and transanal endoscopic microsurgery: 10 years' experience

Dig Liver Dis. 2003 Dec;35(12):876-80

Guerrieri M¹, Feliciotti F¹, Baldarelli M¹, Zenobi P¹, De Sanctis A¹, Lezoche G², Lezoche E.²

¹Dipartimento di Chirurgia, Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona - Università Politecnica delle Marche

²Dipartimento Paride Stefanini, 2° Clinica Chirurgica, Università La Sapienza Roma

Introduzione: scopo principale della chirurgia del retto in corso di neoplasia maligna è ottenere la radicalità oncologica con un sforzo di conservare la funzione sfinteriale. La radioterapia pre-operatoria fornisce l'opportunità per una chirurgia salva-sfintere. La chirurgia endoscopica transanale (Transanal Endoscopic Microsurgery, TEM) è una tecnica che consente una escissione locale del tumore rettale mini-invasiva con dissezione del grasso peri rettale.

La radioterapia pre-operatoria e la TEM associate appaiono essere una promettente nuova opzione per il trattamento di pazienti selezionati con cancro del retto distale.

Scopo: il trattamento del cancro del retto con TEM è ancora controverso. Scopo del nostro studio è stato di valutare, nel trattamento del cancro rettale, sottoposto a radioterapia pre operatoria il risultato di questa procedura minimamente invasiva, inferiore ai tre cm di diametro.

Tecnica chirurgica e risultato: la strumentazione consiste di un rettoscopio modificato, lungo 12-20 cm, con visione tri-dimensionale e canali operativi. Questo strumento multifunzionale permette funzioni come l'aspirazione, l'irrigazione, l'emostasi e la dissezione. L'escissione locale fu estesa nel grasso perirettale con rimozione a tutto spessore.

Il difetto rettale venne chiuso per mezzo di una sutura microchirurgica endoluminale, con una sutura continua,

assorbibile di clip d'argento allo scopo di evitare nodi intrarettali.

Tutti i pazienti erano stati sottoposti ad uno staging del tumore mediante esplorazione digitale rettale, clisma di bario, colonscopia con macro biopsia del tumore, 6-8 biopsie di mucosa normale a distanza di un cm dal tumore (dopo ciascuna biopsia fu condotta un tatuaggio con inchiostro di china) ecografia endorettale, ecografia epatica, tomografia computerizzata dell'addome della pelvi, scintigrafia ossea e radiografia del torace.

I seguenti parametri vennero valutati: complicanze, numero delle recidive locali, durata della sopravvivenza libera da malattia.

Materiali e metodi: è stato esaminato un gruppo di 137 pazienti selezionati, con cancro rettale extra-peritoneale assenza di linfonodi alla sadiazione pre operatoria, trattati con escissione TEM associata a radioterapia pre-operatoria, secondo il seguente protocollo: la radioterapia pre-operatoria fu condotta con la dose totale di 5040 Cgy, distribuiti in 5 settimane e 28 frazioni. Il rapporto maschi/femmine fu di 2:1 e l'età media di 64,8 anni (intervallo 31-95). L'intervento fu eseguito 15 giorni dal termine della radio-chemioterapia.

Risultati: 11 pazienti (8%) svilupparono complicanze minori, 3 (2%) maggiori. Non vi fu alcuna mortalità perioperatoria. L'istologia definitiva fu la seguente: 37 pazienti con cancro rettale in stadio pT1 (27%), 59 in pT2 (43%) e 23 con pT3 (17%). In 18 (13%) il patologo non fu in grado di ritrovare cellule cancerose nel campione esaminato (pT0). Al controllo medio di 46 mesi (intervallo 6-115 mesi) vennero osservate 7 (5%) recidive locali; di queste 3 pazienti morirono successivamente per diffusione sistemica della malattia. Il grado di sopravvivenza libera da malattia fu del 100% nei pazienti T0 e T1, e rispettivamente dell'81 e del 59% nei pazienti T2 e T3 ad un controllo medio di 46 mesi.

Conclusioni: i risultati in termini di recidiva locale e di sopravvivenza sono sovrapponibili a quelli riportati per la terapia convenzionale. L'associazione della radioterapia pre-operatoria e della TEM nel trattamento dei tumori del retto appare fattibile, sicura ed efficace, secondo questo studio, con ottima conservazione della funzione sfinteriale anale.

Discussione: il cancro del retto può essere considerato una malattia devastante con pazienti che soffrono della loro malattia ed un trattamento che potenzialmente può indurre disfunzione sfinteriale, genito urinaria e cattiva immagine del proprio corpo. Il trattamento rimane essenzialmente chirurgico. Definire il ruolo preciso di una tera-

pia minimamente invasiva e di importanza critica. La TEM conserva la continenza anale, la funzione vescicale e una normale vita sessuale.

Il trattamento chirurgico standard del cancro invasivo del retto distale è ancora la resezione adomino-perineale. Recenti progressi in tecniche di accesso minimale hanno consentito l'esecuzione di una escissione locale negli stadi precoci di malattia.

La TEM appare essere una alternativa efficace rispetto alla chirurgia maggiore per pazienti altamente sezionati, portatori di cancro rettale.

Nei pazienti con emopatia maligna che sviluppano febbre ed infiltrati polmonari dopo chemioterapia o trapianto, l'incremento dei leucociti e la normalità di PCR ed albuminemia appaiono associati a risoluzione del quadro clinico

Titolo originale: Risk assessment of patients with hematological malignancies who develop fever accompanied by pulmonary infiltrates: a historical cohort study

Cancer 2004; 101 (3): 567-77

Massimo Offidani¹, Laura Corvatta¹, Lara Malerba¹, Monica Marconi¹, Elisabetta Bichisecchi², Sara Cecchini², Ester Manso³, Tiziana Principi⁴, Stefano Gasparini⁵, Pietro Leoni¹.
Clinica di Ematologia¹, Clinica di Radiologia², Servizio di Microbiologia³, Clinica di Anestesia e Rianimazione⁴, Università Politecnica delle Marche e Azienda Ospedali Riuniti Umberto I, Salesi, Lancisi, Ancona, Unità Operativa di Pneumologia⁵, Azienda Ospedali Riuniti Umberto I, Salesi, Lancisi, Ancona.

Introduzione: il tasso di mortalità associato a febbre con infiltrati polmonari è rimasto alto (20-50%) nei pazienti con emopatia maligna sottoposti a chemioterapia o trapianto, contrariamente a quanto avvenuto nei pazienti febbrili senza infiltrati polmonari (5-10%) dopo l'introduzione della terapia antibiotica empirica a largo spettro. Nonostante ciò, pochi

lavori pubblicati in letteratura hanno affrontato il problema dei fattori prognostici predittivi dell'esito dei pazienti suddetti con febbre più infiltrati polmonari.

Pazienti e metodi: questo studio si è prefisso lo scopo di costruire un modello predittivo di prognosi ad uso clinico utilizzando parametri biochimici e clinici presenti al momento della rilevazione di febbre e infiltrati polmonari.

È stata esaminata una coorte di 110 pazienti con febbre ed infiltrati polmonari ricoverati per eseguire chemioterapia o trapianto in quanto affetti da leucemia acuta, linfoma o mieloma multiplo. Sono stati presi in considerazione numerosi parametri clinico-laboratoristici i quali sono stati inseriti in analisi univariata e multivariata per valutare quelli predittivi della prognosi. A ciascun parametro significativo all'analisi multivariata è stato assegnato uno *score* per costruire un modello predittivo che identificasse i pazienti a basso rischio di decesso dovuto a febbre con infiltrati polmonari.

Risultati: gli infiltrati polmonari sono stati microbiologicamente documentati nel 46% dei casi e i batteri Gram-negativi (47%) seguiti dai funghi filamentosi (14%) sono risultati gli agenti più frequentemente isolati. Fra i batteri Gram-negativi lo *Pseudomonas aeruginosa* è risultato di gran lunga prevalente (21%) seguito da *Escherichia Coli* (14%) e da *Stenotrophomas maltophilia* (10%). Fra i funghi, l'*aspergillo* spp è stato isolato in 4 casi su 7 totali. La mortalità cruda è risultata pari al 23%. I fattori associati alla risoluzione della polmonite sono risultati i leucociti in incremento (OR=5.6; IC95%=1.7-18.9; p=0.001), la PCR < 10 mg/dl (OR=4.6; IC95%=1.6-3.8; p=0.001) e l'albumina ≥ 3 g/dl (OR=3.2; IC95%=1.4-7.3; p=0.004) rilevati al momento della scoperta degli infiltrati polmonari. I pazienti a basso rischio (score 2-3) avevano una sopravvivenza del 95% contro il 46% di quelli ad alto rischio (score 0-1) (p<0.0001). Il modello risultava avere una specificità dell'88%, un valore predittivo positivo del 95% e un potere discriminatorio dell'80% con la curva ROC.

Commento: il modello di rischio identificato dal nostro studio è in grado di predire accuratamente i pazienti ematologici con febbre ed infiltrati polmonari a basso rischio di decesso per tale complicanza. Una volta validato prospetticamente questo modello potrebbe essere usato per selezionare i pazienti da sottoporre a nuove procedure diagnostiche e terapeutiche.

Gli epatociti umani isolati da fegato non adatto al trapianto ortotopico costituiscono una valida alternativa temporanea, nell'attesa del trapianto di fegato

Titolo originale: Isolation of Human Hepatocytes From Livers Rejected for Liver Transplantation on a National Basis: Results of a 2-Year Experience
Liver transplantation 2003; 5: 506-512

A. Risaliti, U. Baccarani, N. Cautero, S. De Luca, P. Garelli
Chirurgia dei trapianti d'organo

Introduzione: l'offerta di trapianto di fegato in molti pazienti è limitata dalla scarsità degli organi. Molte tecniche alternative sono state proposte per ridurre l'intervallo di tempo tra domanda e disponibilità di organi da trapiantare. Alcune di queste, come la tecnica *split liver* o il trapianto di fegato da donatore vivente, vengono già utilizzate con apprezzabili risultati. L'utilizzo di segmenti epatici nel trapianto si basa sulla capacità del fegato di rigenerarsi attraverso la proliferazione degli epatociti fino a raggiungere un volume e una funzionalità adeguati. L'applicazione clinica di una terapia basata su cellule epatiche umane, tali da creare un organo bioartificiale, potrebbe essere una valida alternativa temporanea al trapianto di fegato così da permettere a più pazienti di essere trattati diminuendo la mortalità nella lista d'attesa. Lo sviluppo di un metodo standardizzato nell'isolamento degli epatociti è stato punto di forza nell'applicazione in

larga scala della terapia con cellule epatiche. La ricerca, svolta su base nazionale, è stata quella di analizzare retrospettivamente l'esperienza di 2 anni nell'isolamento di epatociti umani da fegati non ritenuti idonei al trapianto.

Metodi: sono stati utilizzati 54 organi. Di questi la macrosteatosi è stata, per oltre il 60%, la ragione più comune di non idoneità al trapianto, seguita da cirrosi di tipo non virale. Per la digestione del fegato e per l'isolamento degli epatociti umani è stata utilizzata la perfusione di collagenasi a 2 step e successivamente quella a 4 step.

Risultati: gli epatociti umani isolati da tessuto digerito sono stati più di 7 milioni di cellule epatiche /g, con una vitalità del 73% +/- 14. Gli organi steatosici hanno dato, in termine di colture cellulari, migliori risultati rispetto ai fegati cirrotici. Gli epatociti isolati messi in coltura sono stati in grado di svolgere specifiche funzioni epatiche come evidenziato dalla produzione di Fattore IX e di mRNA dell'Albumina. Le modifiche della tecnica di isolamento epatocitario (isolamento a 4 step) approntate al metodo tradizionale (isolamento a 2 step), volte a ridurre il danno da ischemia-riperfusion e a migliorare le condizioni delle cellule post-isolamento, hanno portato all'incremento della vitalità cellulare.

Commento: è dunque possibile l'utilizzo della maggior parte dei fegati non ritenuti idonei al trapianto come fonte di epatociti umani funzionanti, per un eventuale loro impiego terapeutico.

STEFANIA FORTUNA

Storia della Medicina - Università Politecnica delle Marche

ALESSANDRA SFRAPPINI

Biblioteca Comunale Mozzi Borgetti di Macerata

Giulio Casseri

(Piacenza, c. 1552 - Padova, 1616)

Giulio Casseri fu un rappresentante della scuola anatomica patavina, che prese avvio con Andrea Vesalio. Nacque a Piacenza e si trasferì giovanissimo a Padova, dove ebbe l'occasione di conoscere

Fabrizi d'Acquapendente, allora professore di anatomia e chirurgia presso l'università della città, che lo impiegò come aiutante nelle sue dissezioni. Fu lo stesso Fabrizio che lo spinse ad intraprendere gli studi universitari e Casseri si laureò in medicina nel 1580.

Presto divenne un chirurgo apprezzato e un anatomista di fama, tanto che le Università di Parma e di Torino gli offrirono la cattedra di anatomia. Casseri continuò però a vivere a Padova, esercitando la libera professione, affiancando o sostituendo Fabrizio nell'insegnamento, dando lezioni pri-

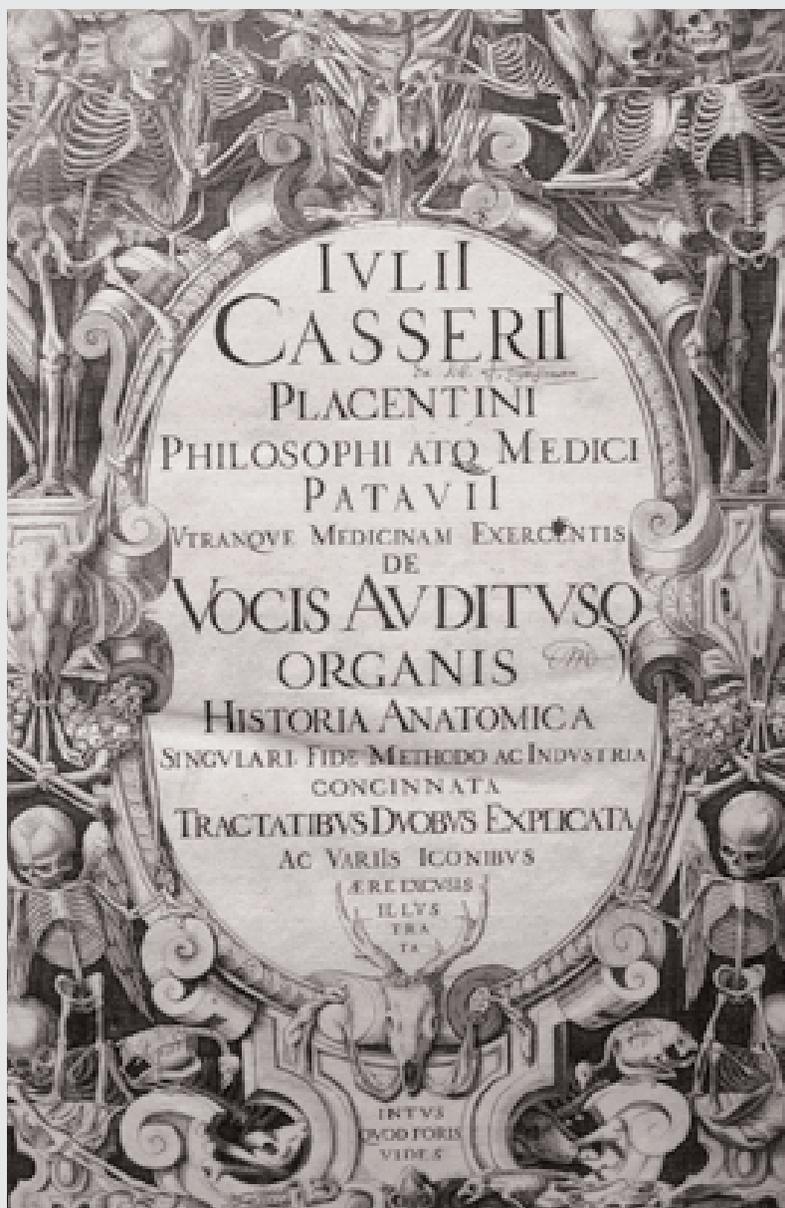
vate, molto ambite, e soprattutto svolgendo le sue ricerche. Nel 1609, quando la cattedra di Fabrizio fu sdoppiata, Casseri ebbe l'insegnamento di chirurgia. Nel 1614 ebbe anche l'incarico delle lezioni di

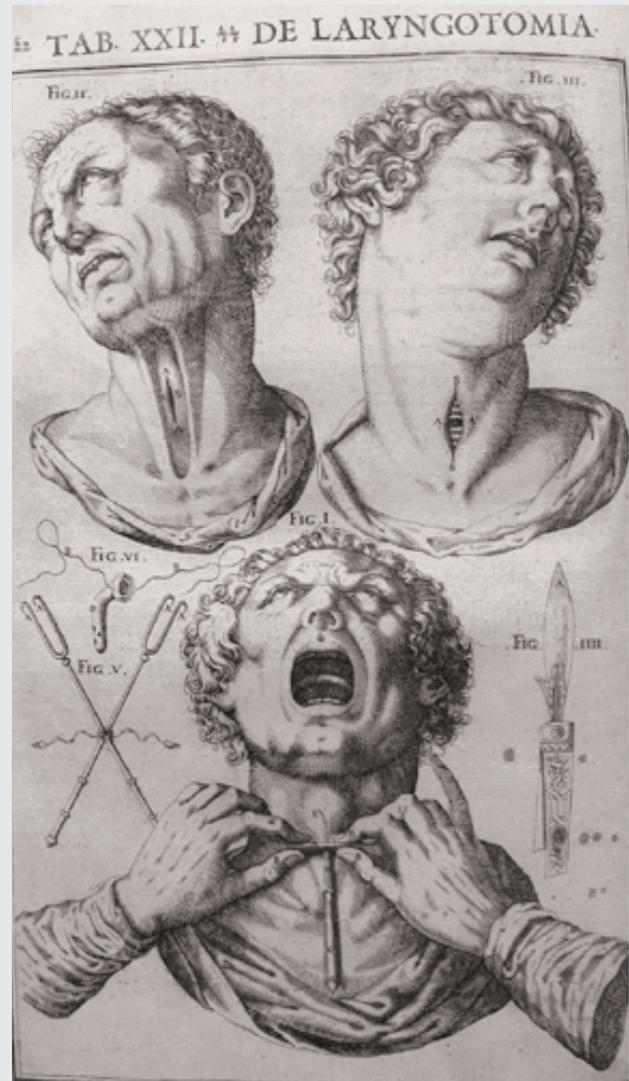
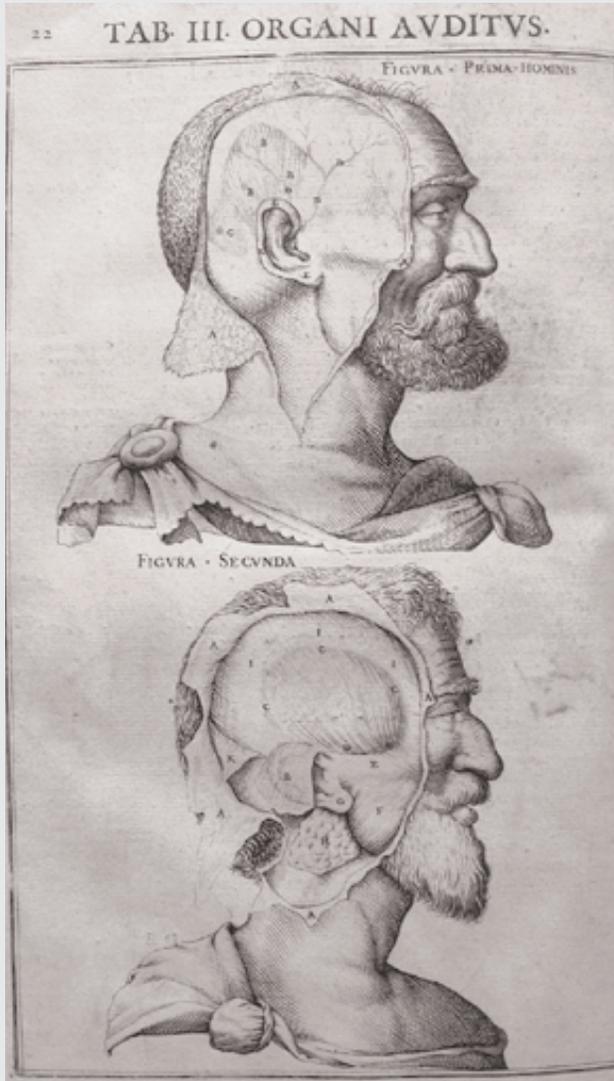
anatomia sui corpi, che Fabrizio non era più in grado di tenere; l'incarico gli fu affidato di nuovo negli anni successivi.

La sua aspirazione era quella di succedere a Fabrizio nella cattedra di anatomia, che era stata di Vesalio, Colombo, Fallopio, ma Casseri morì improvvisamente, per un attacco febbrile, nel 1616, tre anni prima di Fabrizio.

Casseri fu autore di tre opere, che ebbero grande importanza nella storia della medicina e dell'illustrazione anatomica.

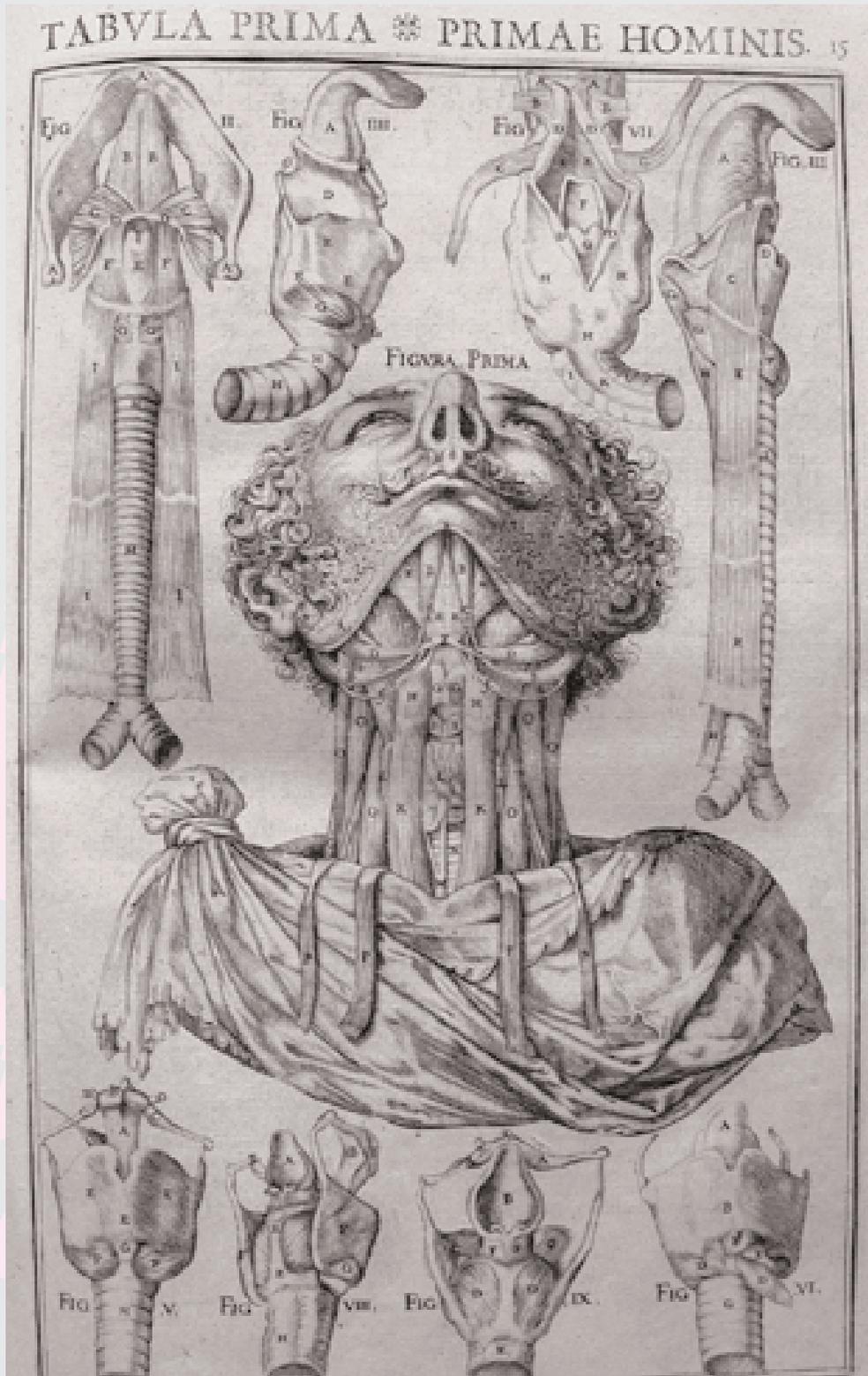
Il *De vocis auditusque organo historia anatomica* fu pubblicato per la prima





volta a Ferrara, nel 1600, corredato da 34 tavole; contiene due trattati di anatomia comparata, l'uno riguardante la laringe e l'altro l'orecchio, ed entrambi offrono contributi nuovi nella descrizione degli organi della voce e dell'udito. Una seconda opera, il *Pentaestheseion, hoc est De quinque sensibus liber* fu pubblicata per la prima volta a Venezia nel 1609, accompagnata da 33 tavole; offre una trattazione sugli organi di senso che rimase insuperata per tutto il Settecento. Le *Tabulae anatomicae LXXIIX, omnes novae nec antehac visae* furono pubblicate postume nel 1627, da Daniel Rindfleisch, insieme con un trattato di Adriaan van den Spieghel intitolato *De humani corporis fabrica*; si segnalano tutte per bellezza, accuratezza ed attenzione a strutture mai prima rappresentate.

Le illustrazioni riprodotte in questo numero sono tratte dalla prima edizione del *De vocis auditusque organis historia anatomica*, pubblicata a Ferrara nel 1600.





BERNARDO NARDI, ILARIA CAPECCI

Psicologia Clinica e Psicopatologia
Università Politecnica delle Marche

L'approccio clinico alla persona assistita - Prima parte

Razionalismo e post-razionalismo

1. Introduzione: razionalismo e post-razionalismo nella pratica clinica

Chi studia una mappa cromosomica, osserva un preparato istologico, ricerca un segno di malattia, referta una immagine radiologica, opera una laparoscopia o compie un altro atto medico è abituato a riferirsi ad un modello oggettivo della realtà, in base al quale la conoscenza umana consente di rappresentare in maniera più o meno esatta il mondo interno ed esterno, muovendosi quindi secondo una epistemologia razionalista; ne deriva che un osservatore, istruito in un dato settore disciplinare, può inserire una informazione o un evento all'interno di categorie discrete e definite, normali ("fisiologiche") o anormale ("patologiche"). Per molti fenomeni fisici e biologici, il modello razionalista funziona sufficientemente bene e può essere applicato - come negli esempi fatti sopra - senza particolari problemi. Anche nel caso di fenomeni più complessi e meno accessibili all'osservazione e alla sperimentazione diretta, una modellizzazione oggettiva consente risultati soddisfacenti.

Del resto, il metodo scientifico stesso si basa su criteri induttivi-ipotesico-deduttivi, in quanto dall'osservazione e dallo studio di aspetti e fenomeni particolari vengono ricavate concezioni più ampie e generali; si articola su tre livelli: a) quello galileiano della riproducibilità delle esperienze condotte; b) quello della prevedibilità di un fenomeno sulla base dei dati disponibili; c) quello teorico, fondato su ipotesi logiche che non possono al momento essere sufficientemente suffragate dai dati sperimentali (Nardi, 2001).

Nel caso del cervello, un approccio "oggettivo" fornisce modelli speculativi e operativi ampiamente soddisfacenti per valutare non solo le funzioni senso-motorie o neurovegetative, ma anche alcuni aspetti complessi come, ad esempio, la capacità di compiere in sequenza delle azioni (*prassie*), di riconoscere oggetti o volti (*gnosie*), di comprendere e di esprimere un linguaggio verbale (*fasie*).

D'altra parte, di fronte ad altri tipi di fenomeni - come nel caso delle funzioni psichiche che, nel loro insieme, configurano le esperienze mentali e che sono alla base del senso di unicità e di continuità nel tempo di un individuo

- l'approccio razionalista non consente di costruire modelli comprensivi ed operativi soddisfacenti. Permette, è vero, di individuare e categorizzare certe esperienze o di classificare i disturbi mentali in base a raggruppamenti coerenti di sintomi, ma si arresta di fronte ad aspetti che appaiono "incomprensibili" o "inderivabili" oppure può portare a semplificazioni riduzioniste e, di fatto, errate. Come insegnano la fisica e l'ingegneria, un modello è utile se, nella riduzione, semplificazione e compressione dei dati di partenza non trascurava o esclude informazioni essenziali. E, nel caso dei fenomeni mentali, la variabile che sfugge all'approccio e ai modelli razionalisti è la soggettività, espressione della unicità e irripetibilità dei processi attraverso i quali ciascun soggetto riferisce a sé l'esperienza vissuta e la trasforma in informazioni - percepite come oggettive - su di sé e sul mondo.

In ogni approccio clinico, che ne siamo consapevoli o meno, avviene sempre un incontro tra due modalità soggettive di percepire e riferire a sé aspetti essenziali dell'esperienza quali possono essere, ad esempio, confrontarsi con il dolore, attraversare una fase di depressione dell'umore, sperimentare l'ansia di guarire (da parte del paziente) o di curare (da parte del medico).

In questi casi è importante che, non solo lo specialista psichiatra, ma anche chi studia e si avvicina ad aspetti medici in generale, sia a conoscenza, oltre che delle possibilità fornite dagli approcci "oggettivi" nel campo diagnostico e terapeutico, anche dell'importanza di affiancare ad essi la consapevolezza che il rapporto con il soggetto sano o malato è sempre l'incontro di due soggettività. Sotto questo profilo, il medico deve sapere che può accedere alla conoscenza dell'altro tenendo conto del fatto che il soggetto che ha di fronte, almeno sul piano potenziale, è l'unico esperto di sé, in quanto è l'unico in contatto diretto con i suoi processi mentali.

L'attenzione per gli aspetti soggettivi - che fa del medico non un osservatore privilegiato quanto piuttosto un coesploratore strategicamente orientato - è propria degli approcci post-razionalisti (che non vanno confusi con gli approcci idealisti di tipo non razionalista, in quanto non rifiutano la natura oggettiva delle cose, ma non la ritengono da sola sufficiente a comprendere i soggetti che la vivono e la trasformano in conoscenza personale).

Alla luce delle brevi considerazioni fatte, appare interessante lo sviluppo delle riflessioni, avvenuto negli ultimi decenni, sui modelli, oggettivi e soggettivi, di conoscenza. Esso ci consente di capire come ogni approccio clinico deriva da una concezione, non solo di malattia o di paziente, ma prima ancora di ciò che si intende per conoscenza umana.

Letture tenute in Facoltà in un Forum di Didattica Multiprofessionale il 2 Marzo 2005. Nei fascicoli successivi, la seconda e terza parte.

2. Evoluzione delle teorie razionaliste e post-razionaliste

Lo studio scientifico della epistemologia (cos'è la conoscenza umana, come si sviluppa e che rapporto ha con la realtà esterna) è stato portato avanti soprattutto nell'ambito dell'approccio noto comunemente come "cognitivismo".

L'origine degli approcci cognitivi risale agli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso: George Kelly (1955) sviluppò una psicoterapia centrata sui "costrutti personali"; di lì a poco Albert Ellis (1957) studiò le modalità razionali di controllo emotivo nella sua "terapia razionale emotiva". Ma fu Aaron Beck nel 1957 a parlare per primo di "psicoterapia cognitiva", definizione oggi inquadabile, come quella di Ellis, nell'ambito degli approcci cognitivi razionalisti. L'ottica costruttivista, riprendendo la teoria di Kelly, iniziò a svilupparsi all'inizio degli anni Ottanta attraverso contributi come quelli di Mahoney (1974, 1988, 1991) e da Guidano e Liotti (1983).

Il cognitivismo, dunque, deriva storicamente da quello che è il classico comportamentismo (*behaviour therapy*), non perché quest'ultimo fosse un modello che andava incontro a fallimenti ed insuccessi, ma per un certo empirismo che creava una discrepanza di comprensione nel behaviorismo, sebbene quest'ultimo consentisse di ottenere notevoli risultati clinici. La crisi del behaviorismo (comprendente una lunga serie di tecniche basate su un modello semplice stimolo-risposta: attraverso stimoli adeguati si possono produrre modificazioni comportamentali) è stata, appunto, una crisi del modello di comprensione, dato che esso non riusciva a spiegare adeguatamente la natura dei processi intrapsichici e, quindi, neanche i suoi stessi successi sul piano terapeutico.

Il cognitivismo, inizialmente, è entrato in scena per ampliare quello che era lo schema concettuale del comportamentismo. Esso ha consentito di superare i limiti teorici della terapia comportamentale e si è sviluppato, a partire dai primi anni Settanta, intorno agli studi di *problem solving* (che si occupano di come la mente analizza e risolve i problemi esistenziali), di psicolinguistica (centrati sullo studio del linguaggio verbale, in condizioni normali e patologiche), di applicazione dell'informatica e della cibernetica per comprendere il funzionamento cerebrale. Oggetto di studio sono divenuti gli eventi interni, non limitabili a semplici catene di stimolo-risposta, ma inquadrabili come insiemi di immagini, fantasie, dialoghi e pensieri, che si traducono in comportamenti a seconda delle motivazioni individuali e delle condizioni ambientali. Il modello comportamentista è stato ampliato in stimolo-organismo-risposta, centrando l'attenzione sul ruolo del

soggetto nel mediare, attraverso il pensiero, stimoli e risposte. La conoscenza ha iniziato ad essere considerata come un progressivo avvicinamento alla comprensione della realtà oggettiva, accessibile attraverso gli organi e le vie di senso, pur tenendo presente che tale conoscenza è limitata proprio dalle possibilità fornite dalle strutture neurali ("razionalismo critico").

Schematizzando, la realtà è vista come obiettivamente studiabile e, di conseguenza, modificabile sulla base di parametri validi per tutti. Se è il pensiero che opera la mediazione tra stimoli e risposte comportamentali, modificando le modalità patologiche del pensiero è possibile cambiare le espressioni comportamentali che determinano un quadro clinico. Le emozioni vengono considerate come sottoprodotti del pensiero e per comprenderle è necessario e sufficiente individuare i processi di pensiero che le hanno precedute. Muovendo da questi presupposti, i disturbi psico-comportamentali sono inquadrabili come conseguenze di disfunzioni cognitive (con correlati emotivi) nella rappresentazione di sé, del mondo e del futuro, che si cerca di ridurre, controllare e, se possibile, eliminare attraverso interventi miranti a fronteggiare - *coping* - e a gestire in maniera più adeguata le situazioni stressanti. Il terapeuta ha il compito di ristrutturare i processi distorti del pensiero che le hanno determinate, rinforzando le abilità di gestione (*coping skills*) e di risoluzione dei problemi esistenziali (*problem solving*). La relazione terapeutica ha carattere prevalentemente pedagogico e fondamentalmente direttivo; il terapeuta razionalista è sostanzialmente uno che insegna, è un *teacher*. Questo aspetto diventa limitante: quando uno aderisce ad un ordine esterno costituito in quanto tale, inevitabilmente diventa uno strumento, un custode, uno che fa rispettare quell'ordine e quindi diventa un persuasore. Il terapeuta è, dunque, un docente che insegna al paziente-discente le modalità per riconoscere i propri pensieri irrazionali e sostituirli con altri razionali; cerca di far acquisire al paziente maggiore consapevolezza dei propri processi di pensiero e di fargli accettare l'ipotesi che essi possano essere scorretti e di conseguenza possano essere errate certe valutazioni della realtà; tenta di incoraggiare il paziente a formulare altre ipotesi per reperire nuove soluzioni e modalità più simmetriche di rappresentare la realtà.

Le teorie cognitive razionaliste sono andate incontro ad una notevolissima diffusione (ad esempio, sono tuttora le più usate nel trattamento della depressione), sebbene, a partire dalla fine degli anni Settanta, siano state anch'esse oggetto di critica sul piano epistemologico. Per semplificare, lo schema lineare secondo cui i comportamenti dipendono dai pensieri, per cui se si cambiano i pensieri si possono cambiare i comportamenti, è cominciato ad



apparire un po' discrepante: da un lato, si osservava spesso un miglioramento clinico e, dall'altro, il beneficio era talora transitorio e frequenti potevano essere le ricadute.

Sono stati pertanto sviluppati, all'interno del cognitivismo costruttivista, modelli post-razionalisti, diversi, rispetto ai precedenti, in base a diversi parametri: presupposti epistemologici, concetto di guarigione, atteggiamento del terapeuta verso i problemi del paziente, approccio alle emozioni, modalità di impostare la relazione terapeutica e rilevanza della relazione terapeutica ai fini del cambiamento.

In sintesi, le caratteristiche di questi modelli si possono sintetizzare nei punti sottoindicati.

1. Abbandono della prospettiva empirista: il concetto di "simmetria razionalista" tra costruzioni soggettive e mondo ontologico viene sostituito dal concetto di "viabilità" o "percorribilità" (Maturana e Varela, 1980, 1987). L'adeguatezza delle costruzioni individuali non viene valutata attraverso il confronto con la realtà oggettiva ma tramite il parametro di successo-insuccesso delle azioni nel raggiungere i propri scopi.

2. Atteggiamento del terapeuta verso la sintomatologia e la sofferenza emotiva del paziente: i sistemi viventi sono sistemi organizzativi chiusi ed autoreferenziali. Il terapeuta non ha più il compito di valutare se e quanto le costruzioni del paziente corrispondono alla realtà esterna, ma quello di chiedersi se sono internamente coerenti ed in grado di fargli raggiungere i propri obiettivi. Non viene più utilizzato il criterio della razionalità, ma quello della "coerenza interna": non è tanto importante chiedersi "come" modificare il sistema di conoscenze del paziente ma "perché" le sue sensazioni, emozioni e pensieri sono ciò che sono. In altri termini, ogni sistema conoscitivo ha una propria logica interna da considerarsi valida e presenta sempre una certa quantità di incoerenza che può coinvolgere diversi ambiti. Le contraddizioni sono individuabili e risolvibili se vengono identificate le strutture schematiche sovra-ordinate rispetto a quelle contraddittorie. L'obiettivo non è eliminare i sintomi, ma comprendere il loro significato e leggere l'informazione adattiva che essi hanno (Mahoney, 1974, 1988, 1991; Guidano, 1987, 1991).

3. Diversa modellizzazione dei processi cognitivi corrispondenti alle emozioni: viene operata una concettualizzazione delle emozioni, intese come attività cognitive autonome ed indipendenti dall'elaborazione attuata dal sistema cognitivo. Le elaborazioni concettuali, emozionali e procedurali sono autonome ma si influenzano reciprocamente in parallelo. Le emozioni di base sono biologicamente determinate e svolgono una funzione adattiva, per cui tutte le emozioni, anche quelle spiacevoli connesse

con la sintomatologia del paziente, devono essere lette e comprese nel loro valore comunicativo ed informativo (Greenberg e Safran, 1987).

4. Riconsiderazione del problema della coscienza e dell'elaborazione inconsapevole dell'informazione: muovendo dai recenti approcci forniti dalle neuroscienze (si pensi ai contributi di Edelman e Damasio) è stata messa a fuoco la natura bilivellare dell'esperienza umana (quella immediata e quella delle spiegazioni *a posteriori*), cui fa riscontro la dialettica tra conoscenza tacita o implicita (globale e scarsamente consapevole) e conoscenza esplicita (logico-analitica e consapevole), con specifiche modalità di mantenimento della coerenza interna. A questo proposito, le funzioni cognitive appaiono prioritariamente legate al mantenimento della coerenza interna piuttosto che a fornire un'immagine attendibile dell'esperienza vissuta e ricordata (Guidano, 1987, 1991; Nardi, 2001).

5. Utilizzo delle teorie dell'attaccamento, a partire dalle osservazioni di Bowlby (1969), per spiegare i processi e le modalità di sviluppo e di costruzione del Sé: la possibilità di concettualizzare i fenomeni che si verificano nella relazione terapeutica permette di spiegare i processi di sviluppo e la costruzione del sistema conoscitivo individuale; l'identità emerge a partire dalle caratteristiche delle relazioni primarie di attaccamento e si costituisce gradualmente, per cui ogni fase si struttura sulla precedente e, a sua volta, determina i possibili sviluppi delle successive (Crittenden, 1994, 1997). Una rilettura della propria storia di attaccamento e delle esperienze precoci nelle relazioni affettive consente di costruire una diversa e più funzionale immagine di sé, tenendo presente il fatto che gli schemi di attaccamento tendono ad essere riapplicati sulla figura del terapeuta. La comprensione dei processi conoscitivi deve tenere conto dell'andamento temporale della costruzione della conoscenza, nelle sue fasi più continue e in quelle di riarrangiamento critico (aspetto "evolutivo processuale") e del fatto che i processi mentali emergono come attività di un sistema conoscitivo complesso ("aspetto sistemico"), finalizzato al mantenimento della coerenza interna, nonostante i cambiamenti sperimentati nel ciclo di vita (Prigogine, 1973, 1991; Guidano, 1987, 1991).

6. Revisione critica dei concetti di salute e malattia: quando le previsioni individuali vengono invalidate, il sistema conoscitivo può articolare e modificare in una complessità maggiore i modelli rappresentativi, a condizione che sia in grado di riconoscere ed accogliere l'invalidazione adattando le sue strutture di conoscenza. Quindi l'efficienza, l'equilibrio e la salute (complessivamente, la normalità) di un sistema sono strettamente connessi con la capacità di: a) costruire modelli percorribili del mondo; b) formulare anti-





Fig. 1 – Aristotele con il busto di Omero (Rembrandt, 1653).

cipazioni di eventi funzionali al raggiungimento o al cambiamento dei propri obiettivi; c) accogliere le invalidazioni e modificarsi di conseguenza. I concetti di normalità e patologia non sono espressi in termini dicotomici; mai un sistema è sempre e perfettamente funzionale, mai è totalmente incapace, per questo si parla di un *continuum* compenso/scompenso. L'approccio clinico può avviare un percorso di autoconoscenza che serve a ricostruire, *a posteriori*, in termini autoreferenziali, i processi attuati al di fuori della consapevolezza. È il paziente a dover svolgere questo lavoro terapeutico, mentre il terapeuta ha il compito di aiutarlo e di accompagnarlo in questo percorso. La differenza di atteggiamento tra un'ottica razionalista e post-razionalista la si vede anche a proposito delle "resistenze": nell'approccio razionalista si guarda ad esse come ad una sorta di stile cognitivo, costituito da atteggiamenti oppositivi, da affrontare in un confronto dialettico. Dal punto di vista post-razionalista, invece, esse sono una ulteriore chiave di informazione, per chiarire quali siano i processi di mantenimento della coerenza interna e in che modo il soggetto sperimenta la difficoltà a percepire una diversa immagine di sé.

Possiamo ora riassumere schematicamente le principali caratteristiche di queste due modalità di approccio clinico.

Nella modalità razionalista l'osservatore è *super-partes*, può misurare i fenomeni ed il loro scostamento dalla normalità, la patologia è espressione di tale scostamento,

mentre l'adattamento è la capacità di aderire all'ordine esterno. In questo caso il medico è un esperto, in quanto possessore di verità, ed è capace di decodificare l'esperienza degli altri.

Nella modalità post-razionalista, invece, l'approccio ad un individuo, inteso come un sistema complesso, viene fatto attraverso il suo punto di vista; in tal modo vengono riprese e rielaborate le tendenze delle scienze di base del Novecento, che proponevano una visione probabilistica della realtà esterna. Il medico è un coesploratore strategicamente orientato (non un interprete, in quanto l'unico esperto di sé è il soggetto stesso) e si prefigge di studiare la conoscenza (l'approccio al sintomo portato dal paziente) in termini di organizzazione, in quanto la conoscenza è una costruzione di senso finalizzata al mantenimento di un significato personale. Viene introdotto il concetto di "processualità", una visione dinamica dell'individuo e del ciclo di vita, che evolve attraverso fasi continue e periodi critici, che ricorrono non solo durante l'infanzia e l'adolescenza, ma anche nel corso dell'età adulta e della senescenza.

In definitiva, l'uomo, come ogni essere vivente, per mettere in atto comportamenti funzionali alla propria sopravvivenza, necessita di un sistema di conoscenza per percepire ciò che è rilevante nel mondo e coordinarlo con le proprie azioni. La conoscenza ha la funzione principale di rappresentare la realtà e formulare previsioni su ciò che può accadere. Essa non deve essere intesa soltanto come esplicita, razionale e verbalizzabile, ma come tutto l'insieme di informazioni (consapevoli o meno, verbalizzabili o meno, concettuali, motorie o emotive) che ciascuno possiede ed utilizza nella sua interazione con l'ambiente, al fine di determinare la propria condotta. L'uomo non risponde agli stimoli ambientali facendosi plasmare passivamente da essi, ma elabora attivamente le informazioni raccolte, interpretandole in funzione delle conoscenze di sé e del mondo che già possiede; egli è un attivo elaboratore di dati, un generatore di significati e di conoscenze personali. In base a ciò, dunque, la conoscenza non è mai, univocamente, oggettiva o soggettiva: parte dal mondo reale e non può prescindere da esso; ma al tempo stesso è attuata, limitata e condizionata dalle strutture neurali e dalle modalità soggettive apprese: ciò che appare come "vero e reale" è sempre anche una costruzione personale derivante dai modelli soggettivi creati in precedenza e ritenuti stabilmente nella nostra memoria. Alla nascita il sistema conoscitivo è costituito da strutture elementari geneticamente determinate che permettono di costruire le prime esperienze, arricchendosi ed articolandosi in modo complesso. In seguito, l'aumento della complessità avviene tramite le esperienze e la validazione di esse; tale valida-

zione permette di plasmare i propri schemi in modo da comprendere le nuove esperienze. Un sistema può essere in tal modo flessibile (quando è in grado di integrare al suo interno le nuove esperienze), lasso (quando è costituito da punti di riferimento vaghi ed ambigui e per questo motivo presenta difficoltà a costruire in modo definito le proprie esperienze) o rigido (quando i suoi punti di riferimento sono unici ed assolutamente certi, non permettendo quasi per nulla l'integrazione di nuove esperienze).

3. Conclusioni

Come si può ricavare dalle sintetiche considerazioni esposte, nell'approccio clinico le modalità razionaliste e *post-razionaliste* trovano specifiche indicazioni e vanno privilegiate a seconda di ciò che si intende mettere a fuoco.

Il sapere medico si fonda su un metodo scientifico che è sostanzialmente razionalista, induttivo-ipotesico-deduttivo, così come l'evoluzione delle conoscenze in ambito fisiologico e patologico deve essere oggetto di verifiche e validazioni. Ma negli stessi protocolli clinici e terapeutici non possono venire ignorate le variabili individuali, che rendono l'esperienza stessa di salute e di malattia qualcosa di unico e peculiare, e che solo nella comprensione dei processi di costruzione della conoscenza di ciascun soggetto (medico incluso) possono trovare una adeguata comprensione.

Nel complesso, le modalità cliniche razionaliste e post-razionaliste possono arricchirsi e completarsi reciprocamente, rendendo al medico quella capacità, che gli viene richiesta e riconosciuta fin dagli scritti ippocratici, che consiste non solo nel saper operare ed analizzare, ma anche nell'essere in grado di avvicinarsi al soggetto, sano o malato che sia, considerandolo come un tutto e non come un insieme di organi, di apparati e di funzioni.

Bibliografia

Beck A.T.: Depression. Harper & Row, New York, 1967 (Ed. it.: *La Depressione*. Boringhieri, Torino, 1978).

Beck A.T.: Cognitive Therapy and Emotional Disorders. International University Press, New York, 1976 (Ed. it.: *Principi di Terapia Cognitiva*. Astrolabio, Roma, 1984).

Bowlby J.: Attachment and Loss. Hogarth Press, London, 1969 (3 Vol.)(Ed. it.: *Attaccamento e Perdita*. Boringhieri, Torino, 1972).

Cionini: *Le Psicoterapie*. Carocci Ed. Roma.

Crittenden P.M.: *Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio*. Guerini, Milano, 1994.

Crittenden P.M.: *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson, Milano, 1997.

Damasio A.R.: The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness, 1999 (Ed. it.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000).

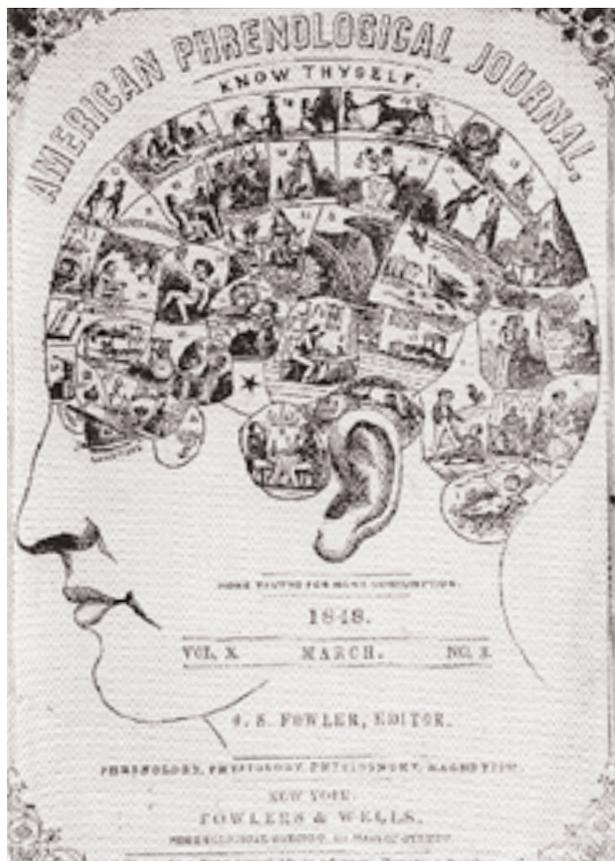


Fig. 2 – Frontespizio dell'American Phrenological Journal (1848).

Edelman G.: *Il Presente Ricordato*. Rizzoli, 1991.

Ellis A.: Reason and Emotion in Psychotherapy. Stuart, New York, 1962.

Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): *Emotions in Psychotherapy*. Guilford, New York, 1987.

Guidano V.F.: Complexity of the Self. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano V.F.: The Self in Progress. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.

Kelly G.A.: *The Psychology of Personal Constructs*. Norton, New York, 1955.

Mahoney M.J.: *Cognition and Behaviour Modification*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1974.

Mahoney M.J.: Constructive metatheory. International Journal of Person Constructivistic Psychology, 1(1), 1-36, 1988.

Mahoney M.J.: *Human Change Processes. The Scientific Foundation of Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1991.

Maturana H., Varela F.: Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).

Maturana H., Varela F.: The Tree of Knowledge. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).

Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Si possono apprendere e insegnare le *Medical Humanities*?

Credo che si debba proprio compiacersi del fatto che le *Medical Humanities* (MH) ritrovino spazio nella formazione dei professionisti della salute. Qualcuno potrà stupirsi che abbia scritto ri-trovino, ma non si tratta di una svista: ri-trovino perché da sempre è palese in quanti esercitano la medicina un atteggiamento che da un certo momento in poi è stato definito come "umanistico".

Su questa attitudine psico-affettiva si è fatta anche molta retorica, e tanti - forse troppi - fiumi d'inchiostro si sono versati sul medico umanista, sulla "missione del medico", sulla vocazione filantropica delle diverse professioni sanitarie e sull'umanitario consolatore di sofferenze; tanto che in certi periodi e in certi ambienti si è giunti a sopravvalutare la disponibilità affettiva del medico rispetto alla sua competenza tecnico-scientifica, e quest'ultima competenza non è stata nemmeno presa in considerazione fino a poco tempo fa per le altre professioni sanitarie.

D'altronde chi tra noi, nel decidere di diventare medico o infermiere, non ha subito il fascino un po' mitico (e mitizzato nel comune sentire) di diventare un salvatore di vite, un consolatore di sofferenti, una persona che sceglieva una professione tutta particolare, più nobile delle altre perché aveva a che fare con la vita e con la morte dei suoi simili?

È vero d'altra parte che fino a meno di un secolo fa la medicina non possedeva strumenti efficaci per modificare la storia naturale delle malattie e quindi, al di là dell'osservare e del descrivere gli eventi patologici, non poteva effettivamente fare molto di più e di meglio dell'assistere gli ammalati, sorreggendoli affettivamente con la vicinanza umana, e cercando così di rendere meno penose le loro sofferenze.

Nella realtà la "casta" dei medici, con un buon grado di presunzione, ha quasi sempre tentato anche nel passato d'intervenire terapeuticamente sulle malattie, ma con successi molto limitati e non raramente con risultati catastrofici (si pensi all'abuso dei salassi e dei catartici e all'uso di pozioni medicinali, figlie di un "credere di sapere" che aveva a che fare più con la stregoneria che non con la scienza come oggi la intendiamo...).

Letture svolte al Seminario di Fermo su *Scienze Umane in Medicina* il 18 Settembre 2004

Bisogna infine ammettere che in gran parte i medici di un passato anche abbastanza recente erano cresciuti in famiglie di medici, nelle quali veniva coltivata tradizionalmente la cultura umanistica, fatta per lo più di buone letture e di buoni sentimenti.

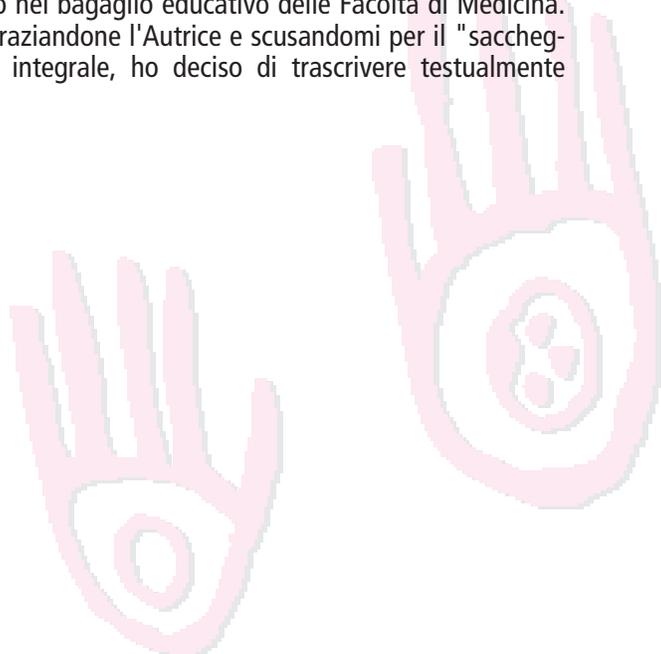
Poi nacque la "medicina tecnologica", la medicina che ha cominciato a scrutare nei corpi con strumenti sofisticati ed efficaci, ma spesso anche invasivi e sgradevoli; la medicina che ha imparato a curare con efficacia adeguata ancorché non totale i sintomi, ma anche a contrastare le cause delle malattie o almeno i loro meccanismi di produzione.

Da allora crebbero spesso a dismisura i "deliri di onnipotenza" della medicina diagnostica e terapeutica e il *to cure* prese sovente il sopravvento sul *to care*.

Ben venga allora, anche se talvolta sembra frutto di un senso di colpa più che di una necessità inderogabile, l'interesse per la dimensione globale, olistica dell'*ars medica*, non solo *evidence based*, ma anche umanamente sensibile e capace di usare oltre alle potenti tecnologie la forza del pensiero e delle emozioni; ben venga perciò l'interesse per le MH, tradotte non brillantemente in italiano in "scienze umane", come offerta di studio nelle nostre Facoltà di Medicina, non solo per i medici ma anche per tutti i futuri professionisti della salute.

Ma che cosa sono in concreto le *Medical Humanities*?

Quando ho cominciato a cercare e a raccogliere materiale per scrivere questo testo, mi sono imbattuto in un brano scritto da Paola Binetti, non so neppure in quale occasione, che sintetizza secondo me in modo magistrale come le MH possano e debbano entrare a pieno titolo nel bagaglio educativo delle Facoltà di Medicina. Ringraziandone l'Autrice e scusandomi per il "saccheggio" integrale, ho deciso di trascrivere testualmente



(con qualche minima aggiunta inserita in corsivo tra parentesi) quello che aveva scritto Paola Binetti, piuttosto che tentarne una maldestra riscrittura personale.

Orduque, Binetti scrive: "L'inserimento delle humanities nei curricula della Facoltà di Medicina nasce dalla considerazione che la preparazione tecnico-scientifica risulta insufficiente per rispondere alle nuove e più complesse esigenze che la Società pone alla Sanità in termini di umanizzazione della medicina. L'azione terapeutica va concepita sempre più come "atto integrato", in quanto costituisce il punto di convergenza e il campo di applicazione di cognizioni non solo strettamente mediche, ma anche di carattere antropologico, psicologico, etico e socio-economico. Ne deriva un paradigma più ampio di scientificità, che comprende una gamma maggiore di competenze e di capacità.

Non è semplice però scegliere quali *humanities* e in che modo inserirle nei piani di studio, per evitare il rischio di una ulteriore forma di frammentazione del sapere nell'approccio umanistico proposto allo studente. Una ricerca in tal senso può permettere di calibrare meglio obiettivi e metodologie di intervento formativo, per dare un contributo reale alla qualità dell'assistenza, a cominciare dalla relazione medico-paziente, che pone nuovi interrogativi al *team* dei curanti anche in funzione degli attuali modelli di organizzazione aziendale.

L'inserimento delle *humanities* potrebbe anche contribuire in modo significativo ad attivare quei programmi di educazione del paziente, che lo vogliono protagonista del suo processo di cura, attraverso positivi cambiamenti del suo stile di vita.

Il punto di vista narrativo, emergente in ambito psicopedagogico, si pone come potenziale chiave euristica ed ermeneutica per approfondire ed esplorare quegli aspetti dell'attività umana caratterizzati da processi di produzione, elaborazione e trattamento di significati e di interpretazioni. È quindi particolarmente utile per me-

dici ed infermieri, sollecitati a farsi carico dei problemi dei loro pazienti anche attraverso la comprensione del significato che la malattia ha per loro e per la loro famiglia. La letteratura opera sulla realtà una sorta di "variazione immaginativa", l'aristotelica *mimesis*, che, trasformando cose e situazioni, consente di coglierle negli aspetti meno consueti e nelle sfumature più profondamente esistenziali.

Grazie al testo letterario, presentato in varie forme, il medico o l'infermiere (e genericamente ogni professionista della salute) riceve un supplemento di esperienza che rivela nuove possibilità di essere-nel-mondo. Sensibilizzare lo studente di medicina (e di tutte le altre "scienze della salute") a cogliere i ritmi del narrare e la loro valenza di comunicazione non verbale costituisce un mezzo in più per insegnare a fare una buona anamnesi (e comunque a relazionarsi con umanità con chi chiede aiuto).

L'uso mirato del cinema con il suo linguaggio così moderno e coinvolgente rappresenta una fonte di narrazioni di straordinaria capacità evocativa e dischiude orizzonti di significati difficilmente esperibili in altro modo.

La storia della medicina, considerata anche nell'ottica delle *humanities*, può svolgere un ruolo pedagogico importante, accresciuto dal bisogno di un pensiero unificatore, in presenza delle forti spinte intese a suddividere la medicina in varie specialità. La storia della medicina, come storia della scienza, è "il laboratorio della epistemologia", in quanto favorisce la riflessione critica sull'agire medico in tutte le sue diverse forme, in modo da consentire di appropriarsi meglio dei processi intellettuali che costituiscono la base del ragionamento clinico e scientifico. Una sperimentazione in tal senso può aiutare a individuare i modi più efficaci per mettere lo studente in condizione di controllare meglio i propri processi logici, alla luce della esperienza storica e filosofica che ha caratterizzato l'evoluzione scientifica. In questa fase di rapidi cambiamenti culturali, che vedono l'avvicinarsi accelerato di nuove teorie e di nuovi modelli interpretativi, è importante disporre di criteri orientativi che consentano di vagliare e di selezionare le ipotesi proposte da nuove teorie, identificando realmente il valore aggiunto dalla nuova rispetto a quella precedente. Se si tiene conto che oltre il 50% del patrimonio culturale di uno studente di medicina nell'arco dei sei anni diventa obsoleto, saper scegliere sul piano intellettuale non è obiettivo da poco".



Credo che risulti evidente la natura "partigiana" della mia scelta del testo or ora riportato per delineare il ruolo delle MH nella formazione dei professionisti della salute: è una scelta che rifiuta – s'intende solo nel momento formativo - l'autonomia disciplinare dei diversi saperi che confluiscono nelle MH, per privilegiare al contrario un approccio che faccia sintesi dei differenti apporti in funzione del fine unitario che è appunto l'educazione globale - non solo tecnico-scientifica, ma anche umana – di ogni professionista della salute.

E allora, si pone prepotente a questo punto la domanda che segue.

Come insegnare e/o apprendere le *Medical Humanities*?

Come per ogni altro contenuto formativo anche per le MH, prima di definire le modalità didattiche pedagogicamente più efficaci è indispensabile individuare con sufficiente precisione gli obiettivi educativi che si ritiene necessario far perseguire a qualsiasi professionista della salute.

L'operazione della definizione di tali obiettivi non è semplice, perché non può limitarsi a individuare nozioni da memorizzare, né a segnalare insegnamenti disciplinari particolari ai quali affidare la trasmissione di nuove conoscenze (nuove, o meglio inconsuete per gli studenti delle professioni sanitarie).

Si potrebbe dire in accordo con Umberto Galimberti che apprendere le MH di fatto coincide con l'educazione dell'anima; a tal proposito proprio Umberto Galimberti ha scritto: "Se la scuola fallisce nel compito dell'educazione psicologica, che prevede - oltre a una maturazione intellettuale - anche una maturazione affettiva l'ultima *chance* potrebbe offrirla la società, se i suoi valori non fossero solo *business*, successo, denaro, immagine e tutela della *privacy*, ma anche qualche straccio di solidarietà, relazione, comunicazione, aiuto reciproco Per questo c'è un gran lavoro da fare nell'educazione preventiva dell'anima (e non solo del corpo e della intelligenza) per essere all'altezza del nostro tempo....".

Non voglio peraltro ingenerare la falsa impressione che studiare le MH possa in qualche modo coincidere con una specie di *training* psicologico personale, teso a rafforzare le difese psico-emotive del futuro operatore sanitario di fronte agli stress che questi tipi di professione fatalmente ingenerano nei loro esercenti; non voglio nemmeno dire che l'acquisizione della capacità di gestione positiva delle proprie emozioni non sia un

obiettivo formativo rilevante, ma il suo conseguimento non può essere attribuito alle MH nell'accezione sopra delineata e richiederebbe quindi un discorso a parte.

È tuttavia abbastanza probabile che il patrimonio formativo di cui ci stiamo qui interessando costituisca una base importante per l'acquisizione e la maturazione di quelle abilità di controllo psico-emotivo così importanti (e purtroppo poco curate anche a livello formativo) nelle professioni sanitarie; potremmo dire che gli obiettivi educativi della MH sono per lo più obiettivi di natura "metodologica": alla conclusione del proprio iter scolastico il laureato in Scienze della Salute dovrebbe essere in grado di affrontare e di risolvere i problemi professionali complessi che incontrerà più frequentemente non solo in un'ottica tecnico-scientifica, ma anche in una prospettiva complessiva più ampia e articolata, che sappia tener conto di tutte le componenti di tali problemi: dalla componente psico-relazionale a quella etica, dalla componente antropologica a quella filosofica ed epistemologica, da quella socio-culturale a quella storica ed economica.

Si tratta di obiettivi difficilmente formalizzabili in nozioni o conoscenze teoriche, anche se di queste pure si nutrono; in altri termini gli obiettivi essenziali delle MH non possono essere prevalentemente quelli del conoscere astrattamente le caratteristiche del funzionamento della psiche umana, o le tecniche della comunicazione efficace, o le regole teoriche della logica, o i principi astratti dell'etica, o la sequenza degli eventi fondanti della storia della medicina, o le leggi dell'economia sanitaria, o la storia della letteratura, del cinema, della filosofia e dell'arte.

Il conseguimento degli obiettivi educativi essenziali delle MH dovrebbe aiutare i futuri professionisti della salute a far tesoro di queste conoscenze - peraltro non sistematiche, e quindi patrimonio di elaborazione culturale personale e non di mera erudizione – nella soluzione dei problemi di salute, non solo di malattia, che le "persone integrali" porranno loro nel momento in cui chiederanno d'instaurare col curante una relazione d'aiuto; si tratta infatti di una relazione che richiede contemporaneamente competenze di natura tecnico-scientifica e di natura psico-relazionale, cioè le capacità di ascoltare, comprendere, condividere e sorreggere, oltre che di rilevare, diagnosticare, decidere, prescrivere, curare, prevenire e riabilitare. Sono infatti convinto che le capacità tipicamente cliniche or ora elencate per seconde possono essere esercitate in modo più completo e soddisfacente solo se si nutrono intimamente delle

capacità "umane" che le precedono.

Si noti che quanto sopra espresso non è appannaggio esclusivo della figura professionale del medico, ma oggi coinvolge con qualche differenza più quantitativa che qualitativa tutte le professioni della salute in quanto finalizzate alla cura delle persone.

Tutto ciò, tuttavia, non è facile da realizzare, anche perché come scrive Binetti in un altro suo contributo*:

"Non a caso appartengono al dibattito sulle scienze umane due approcci complementari che ne rivelano l'intrinseca complessità: quello di tipo logico-epistemico in cui l'attenzione è tutta centrata sui modi delle conoscenza, sulle possibilità di controllare l'errore di tipo logico, attraverso il rigore del ragionamento ipotetico-deduttivo, e quello di tipo etico-relazionale, in cui l'attenzione si centra sulla relazione di aiuto e sulle motivazioni che presidiano il senso di responsabilità del medico e ne connotano la specifica dignità professionale. Il problema del vero e il problema del bene sono da sempre i binari lungo cui scorrono le scienze propriamente umane, sia che affrontino questi temi in chiave filosofica, sia che accettino la narrazione letteraria come scenario in cui più e meglio appare l'uomo con le sue contraddizioni, con le sue sofferenze e con le sue ambizioni, più o meno nobili".

Tuttavia personalmente mi permetto di affermare che tra questi due approcci non esiste solo una complementarietà, ma anche una necessità di sintesi: infatti, solo per limitarmi a un esempio, credo che sia molto difficile negli errori di applicazione del metodo clinico distinguere quanto sia attribuibile a fattori d'inadeguatezza cognitiva nell'uso della logica e quanto al fatto che il processo logico sia stata "distorto" da fattori psico-emotivi o di contesto socio-ambientale.

Se così è, temo vivamente che il rischio di tali errori sarebbe maggiore se – dopo aver separato schematicamente gli obiettivi didattici specifici – li facessimo oggetto di insegnamenti disciplinari separati, magari affidati a titolarità accademiche ben distinte (o addirittura contrapposte), ciascuna con il proprio corso d'insegnamento da realizzare in modo autonomo.

Le conseguenze logiche di tutto questo discorso sono le seguenti:

- gli studenti in quanto futuri professionisti della salute hanno bisogno di affrontare in modo unitario e armonico l'apprendimento delle conoscenze, delle abilità e delle competenze che attengono alle *Medical Humanities*;

- in modo ancora più rilevante di quanto non accada per la formazione tecnico-scientifica, per l'educazione alle MH credo fermamente indispensabile che anche l'insegnamento sia proposto attraverso un approccio didattico-pedagogico fortemente armonico e unitario.

Ma come fare tutto ciò, senza svilire le MH a una sorta di *hobby* culturale per pochi eletti, magari reso odiosamente obbligatorio per tutti? C'è infatti il rischio concreto che l'avvicinamento alle MH sia vissuto come una oziosa perdita di tempo dai nostri pragmatici studenti, i quali con un utilitarismo ben consolidato accantonano tutto ciò che non si lega al rito del premio/punizione elargito da docenti autorevolmente identificati ciascuno dalla propria titolarità disciplinare.

Sono peraltro fortemente convinto che esista un antidoto al disinteresse degli studenti diverso e più efficace del meccanismo "moraleggiante" del premio/punizione: è l'antidoto del coinvolgimento personale dello studente, posto al centro del processo educativo non solo a parole, ma con i fatti che lo rendono artefice corresponsabile della propria crescita educativa.

Già immagino il sorriso un po' scettico di alcuni Colleghi a queste mie "utopiche" affermazioni, ma la cosa non mi turba, anche perché il ridere è fonte di benessere per l'incremento endorfinico che produce.

Andando al concreto, coinvolgere gli studenti nell'approccio alle MH significa impegnarli ad affrontare personalmente – generalmente in piccolo gruppo, almeno inizialmente animato e moderato da un tutore – problemi simili a quelli che verosimilmente incontreranno nel loro futuro professionale; il confronto tra pari all'interno del piccolo gruppo attorno a problemi concreti che riguardano la cura delle persone non può non suscitare interesse in chi abbia scelto una qualsiasi professione sanitaria; l'interesse si trasforma in curiosità e in stimolo alla ricerca personale nel momento in cui i discenti constatano il proprio grado, sia pure variabile da soggetto a soggetto, d'incompetenza nel cercare la migliore soluzione del problema.

Inoltre, la peculiarità di ogni problema sanitario realisticamente proposto è quella di richiedere approcci multidisciplinari e multiprofessionali; multidisciplinari nel senso che ogni singolo problema può presentare contemporaneamente più tipi di quesiti, ai quali possono dare risposte complementari le diverse MH: cioè quesiti che di volta in volta richiedono risposte con risvolti prevalentemente psicologici, etici, antropologici, filoso-

fici, sociali o economici variamente associati in relazione alle situazioni specifiche.

Si diceva inoltre che i problemi sanitari reali (o realistici) nella grande maggioranza dei casi cercano e trovano risposte dall'apporto collaborativo e armonico di più professioni sanitarie con differenti competenze tecniche o scientifiche, ma con il comune fine dettato dalla relazione di cura; se ciò è vero, sembra naturale che fin dai primi anni del proprio *cursus studiorum* gli studenti delle diverse professioni della salute affrontino fianco a fianco (cioè in gruppi misti) i medesimi problemi attinenti alle MH, per abituarli a contribuire alla loro soluzione ciascuno con le proprie specificità professionali oltre che umane, così da evitare contrapposizioni e inutili conflitti spesso dannosi proprio per il destinatario della relazione di cura nel momento concreto della sua realizzazione.

Insomma, la proposta dell'apprendimento basato su problemi con metodo tutoriale in piccolo gruppo, che è teoricamente valido e invitante per tutto l'arco della formazione alle professioni sanitarie, si presenta particolarmente adatto all'approccio didattico all'insegnamento/apprendimento delle MH, per la loro intrinseca natura metodologica, cioè per la loro finalità a contribuire alla crescita educativa globale e armoniosa di tutti i professionisti della salute; questa non è solo crescita di conoscenze in specifici ambiti disciplinari, ma è piuttosto capacità di applicare tali conoscenze nell'esercizio professionale che per l'appunto coincide – come ogni attività professionale adulta – nella continua soluzione di problemi in parte nuovi e in parte ricorrenti anche se quasi sempre con connotati parzialmente differenti.

Ancora una volta mi aspetto a questo punto il sorriso di autorevoli Colleghi, che con benevola perfidia mi chiedono: come potranno i discendenti applicare conoscenze che ancora non possiedono, se qualcuno – cioè il docente competente – non le avrà loro somministrate? E la mia altrettanto benevola e sorridente risposta è la seguente: i nostri studenti sono persone adulte, in genere dotate d'intelligenza vivace e quindi capaci di apprendere in modo autonomo, purché siano validamente motivate a farlo e aiutate – ma non indottrinate – nell'acquisizione delle conoscenze necessarie.

Certamente tutto ciò non può essere un processo spontaneo, né frutto di approssimazione o d'improvvisazione; al contrario, vorrei dire che richiede una pianificazione e una preparazione spesso più accurata e faticosa della preparazione di alcuni corsi disciplinari di lezioni. E allora, forse un po' presuntuosamente, mi per-

metto di avanzare una proposta concreta e articolata che potrebbe essere offerta alla fruizione collaborativa di tutti i Corsi di Laurea in Scienze della salute che vogliano imbarcarsi in questa avventura.

Una proposta concreta (e un po' provocatoria)

Il nucleo portante dell'insegnamento/apprendimento delle MH nelle nostre Facoltà – per tutti i Corsi di Laurea in Scienze della salute – potrebbe essere costituito da una serie di 20-30 casi-problemi su tematiche affrontabili sulla base di conoscenze di pertinenza delle Scienze Umane (Antropologia, Bioetica ed Etica clinica, Psicologia, Epistemologia, Filosofia, Logica, Economia sanitaria, Letteratura, Cinema, Arti, Pedagogia, ecc.); va detto che tali casi-problema sono già in gran parte disponibili nell'archivio della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) e potrebbero essere messi a disposizione di tutti coloro che lo desiderano mediante la loro pubblicazione sul sito web della Società.

Certamente non basta disporre dei casi, ma bisogna anche mettere mano a un'operazione di pianificazione, che peraltro – una volta effettuata – richiederebbe solo interventi periodici di "manutenzione".

La pianificazione iniziale richiede almeno altre due tappe:

- la verifica dell'adeguatezza dei casi-problema in relazione agli obiettivi didattici specifici che si riterranno pertinenti per il *core curriculum* delle Scienze umane (obiettivi probabilmente uguali per tutte le professioni sanitarie);
- la preparazione per ogni caso-problema della traccia di discussione correlata agli obiettivi didattici, nonché della bibliografia necessaria per sostanziare di contenuti adeguati l'apprendimento attivo in piccolo gruppo, completato dallo studio individuale; la scelta della bibliografia risulta essenziale per conferire valore effettivo all'apprendimento delle MH; deve essere non troppo ampia, ma in compenso può essere di varia natura (potrebbero per esempio rientrare nella bibliografia citazioni sia letterarie che cinematografiche, per supportare la formazione cognitiva con l'apporto narrativo e con le componenti psico-emotive a questo connesse.

Sarebbe auspicabile che a questo lavoro preparatorio si dedicassero con un encomiabile sforzo collaborativo tutti coloro che nel nostro Paese hanno interesse a rendere efficace l'educazione alle MH nelle nostre Facoltà; si tratterebbe in altri termini di preparare una sorta di



Antologia delle Medica Humanities, che potrebbe rappresentare un sussidio didattico comune per quanti lo vogliano liberamente utilizzare; potrebbero farsene promotrici le Conferenze permanenti dei Presidenti di Corso di Laurea in Scienze della salute, eventualmente con la consulenza pedagogica della SIPeM.

L'organizzazione locale dell'apprendimento per problemi non deve spaventare, perché può probabilmente bastare la discussione in piccolo gruppo di tre o quattro casi-problema per anno, opportunamente scelti in base agli obiettivi didattici e collegati ad altre attività didattiche tradizionali, per mettere gli studenti nelle condizioni di affrontare anche con un approccio personale e interattivo di natura problematica gli elementi educativi delle MH essenziali alla formazione dei professionisti della salute.

Certamente non è semplicissimo organizzare attività tutoriali di questo genere soprattutto quando il numero di studenti è elevato, ma il numero limitato dei casi-problema, sia pure affrontati a rotazione da molti gruppi di studenti, è praticabile perché può essere distribuito nell'arco dell'intero anno accademico.

In compenso un tale approccio ha la configurazione "trasversale" che mi sembra coerente – come ho precedentemente argomentato - con la natura delle MH; avrebbe inoltre il vantaggio di sottrarre l'insegnamento delle Scienze umane al monopolio di singoli docenti, in particolare di quelli che, con titolarità specifica ma differente da sede a sede, vantano competenza su una delle discipline che rientrano nelle Scienze umane (in una sede il docente di bioetica, in un'altra lo storico della medicina, in un'altra ancora il docente di antropologia o di educazione sanitaria o di sociologia o di economia sanitaria...).

È pur vero che è indispensabile l'opera di un coordinatore per organizzare un'attività didattica che presenta un particolare grado di complessità, in quanto – come quasi dovunque si è affermato – dovrebbe coprire longitudinalmente tutti gli anni del Corso di Laurea e può utilmente affiancare alla didattica tutoriale anche altre varie e differenti offerte didattiche più o meno tradizionali (conferenze, letture, seminari, tavole rotonde,

ecc.); per tutta questa serie di considerazioni probabilmente il ruolo di coordinatore delle MH potrebbe essere ricoperto in modo funzionale dal Presidente del Corso di Laurea, cosa tutt'altro che scandalosa se si considera che in fondo questo sarebbe finora l'unico corso d'insegnamento/apprendimento che può presentarsi nelle nostre Facoltà di Medicina con caratteristiche reali d'integrazione sia verticale che orizzontale.

L'offerta pubblica del materiale didattico (casi-problema, tracce di discussione, bibliografia, ecc.), risulterebbe probabilmente di aiuto per molti Corsi di Laurea che incontrano qualche difficoltà nell'organizzare iniziative formative riguardanti le MH e inoltre favorirebbe un certo grado di omogeneità dell'approccio didattico e pedagogico nelle varie sedi.

Ciò senza tuttavia incrinare il principio e il valore dell'autonomia didattica, perché l'apprendimento per problemi in piccolo gruppo non configgerebbe con le altre iniziative didattiche locali; sono stati pubblicati negli ultimi anni parecchi progetti didattici che prevedono la temporizzazione delle tematiche di MH nei vari anni di corso, in modo coerente con il procedere degli altri insegnamenti curriculari; la logica sottesa a tali progetti non viene turbata dall'approccio per problemi, che anzi può e deve attingere apporti di contenuto anche dalle iniziative di disseminazione delle conoscenze, per l'apporto capaci di fornire il substrato culturale all'apprendimento per problemi.

In conclusione, ritengo che si possa rispondere affermativamente al quesito che si è posto come titolo di questo contributo: oso affermare che le MH debbono essere apprese dai nostri studenti e possono essere insegnate; tuttavia, a mio avviso, l'efficacia del loro apprendimento dipende grandemente dal modo in cui sarà attuato il loro insegnamento; proprio per la natura intrinsecamente problematica delle MH, sono convinto che per un loro apprendimento utile, l'insegnamento deve rispettare questa natura e quindi deve essere a sua volta problematico; ciò per non correre il rischio concreto di rappresentare per gli studenti l'ennesima serie di nozioni teoriche da memorizzare su indicazioni più o meno dogmatiche.





La poesia di Pina Violet

Il tuo profumo

*Quasi non lo ricordo.
Mi avvicinava
come ormeggio alla riva
o il volteggiare d'ali
alla sperata meta.
Del tempo è già trascorso,
forse sto guarendo
adesso.*

Perché amo

*Soltanto perché amo
ti sono grata,
soltanto perché amo
vivo,
altrimenti... no,
diversamente,
non potrei.
Soltanto perché amo
ti sono grata
e un bacio nel sogno
mi desta viva.*

Dalla raccolta *Umanissime emozioni* - Ed. 2° International Meeting on Urology in Ancona - July 2001 - Università degli Studi di Ancona

Aprile in Facoltà

Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
6-apr	Corso Monografico	Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale	Dott. N. Cester	h. 8.30 Aula I
6-apr	Corso Monografico	Prospettive della Tecnologia in Medicina Nucleare: PET	Dott. G. Ascoli, Dott. M. Nonni	Aula Didattica U.O. Med. Nucleare h.8.30
6-apr	Corso Monografico	Linee guida nella diagnosi e nella cura delle malattie immunomediate	Dott.ssa M.G. Danieli	Aula A h. 10.30
6-apr	Forum	Il Piano Sanitario Regionale	Prof. F. Di Stanislao	Aula D h. 12.45
6-apr	Corso Monografico	Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione	Prof.ssa M.G. Ceravolo	Aula Dip.to h. 14.30
6-apr	Corso Monografico	Ulcere ed ascessi corneali	Dott. F. Camilletti	Aula Clin. Ocul h. 16.00
8-apr	Seminario	Vascoliti	Prof. G. Danieli	Aula A h. 11.00
13-apr	Corso Monografico	Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale	Dott. N. Cester	Aula I h. 8.30
13-apr	Corso Monografico	Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Aula D h. 8.30
13-apr	Corso Monografico	Linfomi dell'apparato gastroenterico	Prof. I. Bearzi	Aula C h. 8.30
13-apr	Corso Monografico	Prospettive della Tecnologia in Medicina Nucleare: PET	Dott. G. Ascoli, Dott. M. Nonni	Aula Didattica U.O. Med. Nucleare h.8.30
13-apr	Corso Monografico	Linee guida nella diagnosi e nella cura delle malattie immunomediate	Dott.ssa M.G. Danieli	Aula A h. 10.30
13-apr	Corso Monografico	Lupus Eritematoso Cutaneo	Prof.ssa A.M. Offidani	Aula C h. 10.30
13-apr	Corso Monografico	Imaging non invasivo cardiovascolare	Prof. A. Giovagnoni	Aula F h. 8.30
13-apr	Corso Monografico	Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse medico	Dott. M. Piemontese, Dott. M. Re	Aula F h. 10.30
13-apr	Corso Monografico	Anatomia dell'organo endocrino adiposo	Prof. S. Cinti	Aula B h. 10.30
13-apr	Corso Monografico	La chirurgia dell'anziano	Prof. V. Suraci	Aula D h. 10.30
13-apr	Corso Monografico	Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare	Prof. A. Olivieri	Auditorium S. Totti h. 10.30





APRILE

Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
13-apr	Corso Monografico	Marcatori tumorali	Dott.ri C. Rubini, A. Santinelli	Aula Morgagni Anat. Patol h. 9.00
13-apr	Forum	ASUR: aspetti strategici ed operativi	Dott. A. Aprile	Aula D h. 12.45
13-apr	Seminario	Psicopatologia ed endocrinopatie	Prof. G. Borsetti	Aula E h. 14.30
13-apr	Seminario	Le sindromi linfoproliferative	Prof. P. Leoni, Prof.ssa M. Montroni	Aula C h. 14.30
13-apr	Corso Monografico	Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione	Prof.ssa M.G. Ceravolo	Aula Dip.to h. 14.30
20-apr	Corso Monografico	I Rivelatori nelle attività di Fisica Sanitaria:	Dott.ssa G. Iacoviello, Dott.ssa L. Angelini, Dott.ssa S. Maggi	Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare h.8.30
20-apr	Corso Monografico	Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale	Dott. N. Cester	Aula I h. 8.30
20-apr	Corso Monografico	Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Aula D h. 8.30
20-apr	Corso Monografico	Linfomi dell'apparato gastroenterico	Prof. I. Bearzi	Aula C h. 8.30
20-apr	Corso Monografico	Linee guida nella diagnosi e nella cura delle malattie immunomediate	Dott.ssa M.G. Danieli	Aula A h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	Lupus Eritematoso Cutaneo	Prof.ssa A.M. Offidani	Aula C h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	Imaging non invasivo cardiovascolare	Prof. A. Giovagnoni	Aula F h. 8.30
20-apr	Corso Monografico	Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse medico	Dott. M. Piemontese, Dott. M. Re	Aula F h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	Anatomia dell'organo endocrino adiposo	Prof. S. Cinti	Aula B h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare	Prof. A. Olivieri	Aula E h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	La chirurgia dell'anziano	Prof. V. Suraci	Aula D h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	L'infertilità maschile	Prof. G. Muzzonigro	Aula G h. 10.30
20-apr	Corso Monografico	Oncologia molecolare nella diagnosi clinica	Prof. S. Cascinu	Aula Morgagni Anat. Patol. h. 9.00
20-apr	Forum	L'organizzazione ospedaliera nel Servizio Sanitario Regionale	Dott. P. Menichetti	Aula D h. 12.45
20-apr	Seminario	Patologie da alterata proliferazione cellulare	Prof. G. Principato	Aula B h. 14.30
20-apr	Seminario	Colestasi ed itteri	Dott. G. Macarri	Aula C h. 14.30
20-apr	Corso Monografico	Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione	Prof.ssa M.G. Ceravolo	Aula Dip.to h. 14.30
27-apr	Corso Monografico	Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Aula D h. 8.30
27-apr	Corso Monografico	Linfomi dell'apparato gastroenterico	Prof. I. Bearzi	Aula C h. 8.30
27-apr	Corso Monografico	I Rivelatori nelle attività di Fisica Sanitaria:	Dott.ssa G. Iacoviello, Dott.ssa L. Angelini, Dott.ssa S. Maggi	Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare h.8.30
27-apr	Corso Monografico	Radioterapia Conformazionale della Prostata.	Dott. F. Grillo Ruggieri, Dott. M. Cardinali	Aula Didattica U.O. Radioterapia h. 9.00-12.00
27-apr	Corso Monografico	Lupus Eritematoso Cutaneo	Prof.ssa A.M. Offidani	Aula C h. 10.30
27-apr	Corso Monografico	Imaging non invasivo cardiovascolare	Prof. A. Giovagnoni	Aula F h. 8.30
27-apr	Corso Monografico	Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse medico	Dott. M. Piemontese, Dott. M. Re	Aula F h. 10.30
27-apr	Corso Monografico	Anatomia dell'organo endocrino adiposo	Prof. S. Cinti	Aula B h. 10.30
27-apr	Corso Monografico	Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare	Prof. A. Olivieri	Aula E h. 10.30
27-apr	Corso Monografico	La chirurgia dell'anziano	Prof. V. Suraci	Aula D h. 10.30
27-apr	Corso Monografico	L'infertilità maschile	Prof. G. Muzzonigro	Aula G h. 10.30
27-apr	Forum	Fecondazione artificiale	Prof. A.L. Tranquilli	Aula D h. 12.45
27-apr	Seminario	Patologia vascolare della retina	Prof. C. Mariotti	Aula A h. 14.30
27-apr	Seminario	Corretto uso degli antibiotici	Prof. F. Barchiesi	Aula E h. 14.30
27-apr	Seminario	Tumori della vescica	Prof. A. Procopio	Aula C h. 14.30





AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

APRILE

Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
4-apr	14.00-15.00	Aula Didattica Clin. Reumat.	Discussione Casi Clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC
5-apr	16:00	Aula Didattica Patologia Chirurgica Osp. INRCA	Tecniche mininvasive nei tumori del retto	Prof. V. Saba, Prof. M. Guerrieri	B
6-apr	14.30-16.30	Aula Dipart.le Azienda Ospedaliera	1° Modulo: Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione	Prof.ssa M.G. Ceravolo	O-II-CdL Fisioterapia
7-apr	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
7-apr	14.00-15.00	Aula Didattica Clin. Reumat.	Rheumatology Interactive Lecture: Measuring functional status in rheumatic disease	English Speaker Dott. Giovanna Garofalo	FF-CC-DD
9-apr	9.00-17.00	Hotel Grassetti Macerata	Congresso Società Italiana di Endocrinologia - Sezione Regionale Marche: Le Iperprolattinemie (evento ECM accreditato)	Prof. M. Boscaro	CC
11-apr	14.00-15.00	Aula Didattica Clin. Reumat.	Discussione Casi Clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC
13-apr	14.30-16.30	Aula Dipart.le Azienda Ospedaliera	2° Modulo: Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione	Prof.ssa M.G. Ceravolo	O-II-CdL Fisioterapia
13-apr	15.00-17.00	Aula M Polo Didattico	Terapia estro-progestinica nella donna in età fertile	Dott.ssa Giacchetti	CC
14-apr	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
14-15 apr	9.00-19.00	Aula Cattedra Igiene	Seminario sulla Qualità	Prof. F. Di Stanislao	L (2° e 3° anno)
14-apr	14.00-15.00	Aula Didattica Clin. Reumat.	Rheumatology Interactive Lecture: Miscellaneous diseases and complications	English Speaker Dott. Giovanna Garofalo	FF-CC-DD
16-apr	9.00-13.00	Aula Cattedra Igiene	Seminario sulla Qualità	Prof. F. Di Stanislao	L (2° e 3° anno)
19-apr	16:00	Aula Didattica Patologia Chirurgica Osp. INRCA	La ricerca in Chirurgia	Prof. V. Saba, Prof. S. Stipa	B
20-apr	14.30-16.30	Aula Dipart.le Azienda Ospedaliero-Universitaria	3° Modulo: Validazione ed utilizzo di strumenti di misura in riabilitazione	Prof.ssa M.G. Ceravolo	O-II-CdL Fisioterapia
20/22-apr	14.30-19.00	Centro Congressi Hotel Federico II - Jesi (AN)	Advanced Rheumatology Sonography I modulo, 2° gruppo Corso teorico pratico di Ecografia Muscolo-scheletrica	Relatori vari	
21-apr	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di Neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD EE
28-apr	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di Neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD EE
29-apr	11.00-20.00	Aula Magna Torrette	Convegno 30 Anni TC ad Ancona	Proff. U. Salvolini <i>et al.</i>	EE
29-apr	8.30-16.30	Hotel Federico II - Jesi (AN)	Il Corso Interuniversitario di Reumatologia: Le Spondiloartriti: stato dell'arte	Relatori vari	
30-apr	8.30-14.00	Aula Magna Torrette	Convegno 30 Anni TC ad Ancona	Proff. U. Salvolini <i>et al.</i>	EE
30-apr	9.00-17.00	Auditorium S. Totti Azienda Ospedaliero-Universitaria	Congresso: Sindrome Metabolica e complicanze cardiovascolari (evento ECM accreditato)	Dott.ssa E. Faloia, Dott. G. Balercia	CC



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche
Anno VIII - n° 4
Aprile 2005
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 Ciarmatori, Daniela Pianosi, Daniela Venturini
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli