



LETTERE dalla FACOLTÀ

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

dal 1998

on line

Direttore editoriale Prof. Marcello M. D'Errico

Medicina pre-clinica

Sanità

Il nostro racconto del Servizio Sanitario Regionale, quarta parte – Integrazione, Cronicità e Sostenibilità, *Francesco Di Stanislao, Claudio Maria Maffei* (pag. 2)

Professioni sanitarie

Il percorso ottimale nei pazienti portatori di pacemaker/ICD con indicazione a trattamento radioterapico per patologia neoplastica. Nostra esperienza e raccomandazioni operative, *Giuseppe Travaglini, Liliana Balardi, Megi Bushi, Francesco Fenu, Giovanni Mantello, Massimo Cardinali, Gianni Mazzoni* (pag. 7)

Scienze umane

Cosmopolitismo e tolleranza in Amato Lusitano, medico portoghese in Ancona. In memoria di Mario Santoro (1547-1555), *Stefania Fortuna* (pag. 12)

Sociologia e Psicologia sociale

Violenza e Società 6. La violenza contro le donne nella società contemporanea, *Alberto Pellegrino* (pag. 22)

Antropologia

Megalopolis. Appunti di viaggio a Shanghai, *Marco Grilli* (pag. 26)

Vita della Facoltà

Segreterie di Presidenza e Studenti

Ordinamento e tipologie delle attività di insegnamento, *Loreta Gambini, Rossana Daniele* (pag. 28)

Biblioteca

Nuovi arrivi (pag. xxxx)

I Quaderni di Lettere

3. Medicina e Teatro, *Alberto Pellegrino*
in rete venerdì 1° marzo

1
2019

Il nostro racconto del Servizio Sanitario Regionale

Quarta parte – Integrazione, Cronicità e Sostenibilità

Francesco Di Stanislao e Claudio Maria Maffei

Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione Igiene
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Questa è la quarta ed ultima parte di un racconto sulla storia ormai quarantennale del Servizio Sanitario Nazionale, storia che si intreccia con le vicende professionali ed umane degli autori. In questa ultima parte arriviamo ai giorni nostri e si parla di sostenibilità, cronicità, reti cliniche e percorsi assistenziali. Parole sempre più al centro delle attività di formazione e ricerca tipiche dell'Università.

Breve riassunto delle tre parti precedenti

Gli Autori (FDS e CMM) con un comune passato di lavoro e ricerca presso l'Istituto di Igiene dell'allora Università degli Studi di Ancona hanno nella prima parte del loro racconto descritto la nascita nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e i principi cui lo stesso si ispirava: *globalità, equità e solidarismo*. Nella seconda parte il racconto ha riguardato prevalentemente la nascita delle Aziende Sanitarie a metà circa degli anni '90 come risposta ad una esigenza di managerialità del SSN. Questa fase è stata anche l'occasione per trattare due movimenti la cui vitalità si è mantenuta nel tempo, pur se tra tante difficoltà: la rivoluzione pedagogica nella formazione del personale sanitario e il miglioramento della qualità dell'assistenza. La terza parte ha ricostruito "a modo nostro" la fase che arriva all'inizio della seconda decade del nuovo millennio e ha trattato tre questioni particolarmente significative che ci hanno coinvolto particolarmente: la regionalizzazione della sanità, la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e lo sviluppo di forme di governo clinico.

Il racconto delle vicende del SSN lo abbiamo intrecciato con le vicende umane e professionali dei due autori che in questa ultima fase del racconto (che riguarda gli ultimi anni dal 2000

in poi) si trovano di nuovo tutti e due nelle Marche con uno (FDS) che continua a fare il professore ordinario di Igiene (questa volta presso l'Università Politecnica delle Marche) e con alcune intense "immersioni" nei sistemi sanitari regionali (Direzione delle Agenzie Sanitarie Regionali di Marche e Abruzzo per 12 anni) e con l'altro (CDM) che continua a fare nelle Marche il Direttore Sanitario di un IRCCS (l'INRCA). Tanto altro – bello e meno bello, come succede nella vita – è successo ai *nostri eroi* nel frattempo, ma questa non è una autobiografia e quindi ce e ve lo risparmiamo.

Inquadramento generale della "puntata"

Nella conclusione della terza parte ci eravamo impegnati a trattare nella parte successiva (e conclusiva) i seguenti argomenti: le reti cliniche, le evidenze delle innovazioni organizzative, la gestione della cronicità, le prospettive future del SSN e, dentro di queste, il ruolo della ricerca e della formazione. Ci eravamo presi un bell'impegno e vediamo allora di rispettarlo. Come sempre, "a modo nostro".

Integrazione

Il concetto di *Integrazione* rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative portate avanti in questi ultimi decenni da tutte le aziende produttrici di beni e servizi.

Il versante dei servizi per la salute ha per obiettivo quello di orientarsi verso la logica dell' *Integrated care*¹, per ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza e favorire la continuità dell'assistenza creando *connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le diverse istituzioni sanitarie e socio-sanitarie* al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema, e la soddisfazione dei pazienti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider, e setting operativi differenti. L'European Social Network Conference² indica che l'assistenza integrata cerca di colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale, in modo tale che si possa:

- affrontare il cambiamento della domanda di assistenza derivanti dall'invecchiamento della popolazione;
- offrire un'assistenza che è centrata sulla persona, riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti;
- facilitare l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società attraverso un migliore accesso ai servizi della comunità flessibili;

¹ Kodner DL, Spreeuwenberg C. - Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12

² Lloyd, J. , Wait, S. - Integrated Care – A Guide for Policymakers. International Longevity Centre – UK, London, (2006)

- portare ad una migliore efficienza del sistema attraverso un migliore coordinamento dell'assistenza.

L'integrazione è a nostro avviso uno degli obiettivi prioritari del SSN che trova nelle *reti cliniche e nei percorsi assistenziali* logiche e strumenti ormai ineludibili nel governo e gestione di un sistema complesso quale quello della sanità. Reti e percorsi sono la traduzione organizzativa ed operativa del concetto di *sistema* e rappresentano le modalità per passare da un sistema di progetti intra/inter-aziendali spesso virtuosi, ma sovente non coordinati tra loro, a un progetto di sistema in cui le parti in causa agiscono, dialogano, si confrontano intorno ai bisogni del paziente. E su questi due temi spendiamo alcune righe per descriverne i quadri concettuali di riferimento.

RETI CLINICHE

Le *reti cliniche* sono realtà organizzative abbastanza recenti: hanno mosso i loro primi passi solo 20 anni fa nel Regno Unito, e con grande lentezza si sono diffuse negli altri sistemi sanitari come possibili soluzioni al problema della frammentazione dei servizi sanitari in tanti *silos* ultraspecialistici che caratterizza la medicina moderna.

Attualmente non esiste una definizione univoca ed universalmente accettata di Rete Clinica, ma il mondo scientifico sta cominciando a proporre alcune descrizioni di ciò che è una rete.

La prima di queste descrizioni è quella proposta dall'NHS inglese, secondo cui le *reti cliniche* sono "sistemi organizzativi complessi che consentono ai professionisti di più discipline di lavorare in modo coordinato nel contesto di più setting assistenziali, superando le consuete restrizioni dovute ai confini professionali ed organizzativi esistenti"³. Si pone in questo caso l'accento su due concetti fondamentali:

- le reti sono *sistemi complessi*, cioè sistemi costituiti da tante componenti attive, difficilmente caratterizzabili,

tra loro interconnesse in vario modo, ed i cui effetti non sono lineari ma spesso sinergici. Lo studio dei sistemi complessi al fine di individuarne le componenti chiave per far sì che l'intervento sia riproducibile con gli stessi risultati pone particolari problemi metodologici;

- la *multidisciplinarietà* che caratterizza la rete, il fatto cioè che la rete sia un sistema che facilita gli scambi tra professionisti di diverse discipline e di diversi setting assistenziali, in modo che questi possano fare lavoro di squadra ed erogare al paziente le migliori cure lungo tutto il suo percorso di salute e malattia, senza soluzioni di continuità.

Questa caratteristica delle reti di creare continuità nel percorso di cura del paziente tramite l'integrazione dei professionisti appartenenti a tutti i servizi sanitari, cioè attraverso un vero e proprio lavoro di squadra capace di abbattere i muri esistenti tra i vari setting assistenziali, è ripresa anche da Brown⁴, che definisce le reti cliniche come "un gruppo di professionisti che forniscono servizi di prevenzione, diagnosi, cura e di assistenza attraverso sottili confini di collaborazione e integrazione nell'ambito del sistema sanitario in cui svolgono il loro operato". Un ulteriore tassello sulle reti cliniche viene aggiunto da Cunningham⁵, che specifica come le reti debbano essere specifiche per gruppi di patologia (ad esempio tumori, ictus, disturbi respiratori, ecc.), e debbano quindi essere delle organizzazioni in cui la centralità del paziente sia davvero il perno di tutto il sistema: infatti, il servizio non dovrebbe più essere erogato sulla base della branca specialistica, ma sulla base della patologia, che spesso richiede l'intervento di professionisti di tante discipline diverse per la sua gestione.

⁴ Brown BB, Patel C, McInnes E, Mays N, Young J, Haines M. 2016. *The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies*. BMC Health Services Research (2016) 16:360 DOI 10.1186/s12913-016-1615-z

⁵ Cunningham FC, Ranmuthugala G, Westbrook JI, Braithwaite J. 2012. *Net benefits: assessing the effectiveness of clinical networks in Australia through qualitative methods*. Implementation Science 2012, 7:108

Da tutte queste descrizioni si può quindi dire che le reti cliniche sono sistemi organizzativi complessi, focalizzati su specifici gruppi di patologia, capaci di permettere, a professionisti appartenenti a diversi setting assistenziali, di lavorare insieme lungo tutto il percorso di salute e malattia del paziente (dalla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento, all'assistenza di fine vita), garantendo ai pazienti un passaggio fluido tra i vari setting di cura ed evitando il rischio, soprattutto per i più fragili, di perdersi lungo il percorso, generando disuguaglianze nell'erogazione delle cure.

PERCORSI ASSISTENZIALI

I *percorsi assistenziali* [Care Pathway; PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali)] sono definiti dall'E-P-A org (European Pathway Association org)⁶ come *interventi complessi per prendere decisioni ed organizzare in modo condiviso l'assistenza di un ben definito gruppo di pazienti in un intervallo di tempo precisato*⁷

Le caratteristiche che definiscono i percorsi assistenziali sono:

- 1) La chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza, basati su evidenze scientifiche, *best practice*, caratteristiche ed aspettative dei pazienti;
- 2) La facilitazione delle comunicazioni tra i membri del team multidisciplinare e multi-professionale, i pazienti e le loro famiglie;
- 3) L'organizzazione del processo assistenziale tramite il coordinamento dei ruoli, e l'attuazione sequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e del-

⁶ L'European Pathway Association (E-P-A.org) è "nata" il 16/17 settembre 2004 a Jesi, vicino ad Ancona (Italia). Il primo Workshop sul Focus europeo sui percorsi clinici è stato organizzato dall'Agenzia Regionale Sanitaria di Regione Marche sotto la supervisione del Prof. Francesco Di Stanislao, (a quel tempo) direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche e del Prof. Massimiliano Panella. Nel 2008 l'E-P-A è diventata un'associazione ufficiale senza scopo di lucro. <http://e-p-a.org/about-epa/history/>

⁷ Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. PhD dissertation KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven <http://e-p-a.org/care-pathways/>

³ NHS Management Executive. 1999. *Introduction of managed clinical networks within the NHS in Scotland*. Edinburgh: NHS Management Executive; 1999. (MEL(1999)10). www.sehd.scot.nhs.uk/mels/1999_10.htm.

le loro famiglie;

4) La documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli esiti clinici e degli eventuali scostamenti dagli standard di appropriatezza fissati;

8) L'identificazione delle risorse appropriate alla loro implementazione.

L'obiettivo di un percorso assistenziale è quello di:

- migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum assistenziale, finalizzato al miglioramento degli esiti aggiustati sul rischio specifico dei pazienti;

- promuovere la sicurezza dei pazienti;

- aumentare la soddisfazione dei pazienti;

- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Sono tre i livelli concettuali di aggregazione e sviluppo dei percorsi assistenziali, che si caratterizzano per la progressiva specificazione e adattamento alle condizioni di ogni singolo paziente (Vanhaecht, 2010)⁸:

- *Model Pathway*: il *Percorso Modello* è il livello più aggregato e generale di PDTA. È basato sulle evidenze scientifiche internazionali che vengono selezionate da team di esperti ed organizzate in forma di *percorso assistenziale non specifico per le organizzazioni locali*. È un percorso ideale, disponibile ad essere adattato a livello locale.

- *Operational Pathway*: il *Percorso Operativo* viene sviluppato da un'organizzazione tenendo presenti sia le evidenze riportate nel Percorso Modello, sia le peculiarità organizzative locali (risorse, competenze disponibili, ecc.). È ancora un PDTA ideale (è costruito per un gruppo di pazienti ideali), ma è *specifico per l'organizzazione* che si occupa della sua implementazione;

- *Assigned Pathway*: il *Percorso Assegnato* è la contestualizzazione ai bisogni specifici di ogni singolo paziente del Percorso Operativo dell'organizzazione in cui al paziente si viene a trovare. È un *percorso organizzazione specifico e personalizzato* ed, in parte, è

⁸ Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. 2010. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14(3), 117-123. doi:10.1258/jicp.2010.010019

ancora un PDTA ideale in quanto di guida prospettica al percorso reale del paziente che deve essere ancora effettuato. Nella sua versione *Completed Pathway (Percorso Completato)* descriverà l'effettiva esperienza del paziente.

Rispetto all'implementazione dei percorsi assistenziali nell'ambito di una rete clinica non bisogna sottovalutare l'efficacia dei percorsi assistenziali come strumenti di supporto al *team-working* multidisciplinare e al conseguente impatto positivo sugli *outcome* dei pazienti.

Reti cliniche, percorsi e strutturazione organizzativa

Facendo riferimento alla teoria dei sistemi di Nelson⁹ e Batalden¹⁰ potremmo riconoscere l'esistenza di tre diversi livelli di strutturazione organizzativa in campo sanitario: *macrosistema, mesosistema e microsistema*.

Un *Microsistema Clinico* è un piccolo Gruppo indipendente di Operatori che lavora insieme su basi regolari per fornire assistenza a specifici gruppi di pazienti, ad esempio in un reparto od in un ambulatorio, piuttosto che nell'assistenza domiciliare integrata, ecc. Il microsistema è, quindi, il luogo fisico dove viene effettivamente erogata l'assistenza al paziente da parte di un team multidisciplinare, comprendente spesso anche personale di altri settori (ad esempio del sociale), anche non strettamente assistenziale (ad esempio gli amministrativi di un distretto). È evidente come, nell'ambito delle diverse organizzazioni dello stesso sistema sanitario, sia la composizione (numero e tipologia di operatori) che la dotazione (strutturale e tecnologica)

⁹ Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE, McKinley KE, Melin CN, Muething SE, Moore LG, Wasson JH, Nolan TW. 2008. *Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Volume 34 Number 7. July 2008.*

¹⁰ Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, Ashling K. 2003. *Microsystems in Health Care: Part 5. How Leaders Are Leading. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Volume 29 Number 6. June 2003*

e anche l'organizzazione (dal modello fino alle procedure adottate) dei microsistemi deputati alla stessa funzione sia sostanzialmente quasi sempre diversa, con evidenti ricadute sui livelli di performance che tenderanno invariabilmente ad essere differenti con sistemi più o meno performanti a fronte dello stesso bisogno del paziente, da cui la variabilità clinica e assistenziale descritta in introduzione.

Le *Reti cliniche*, intese come un sistema integrato di setting ospedalieri e territoriali volti a dare una risposta ad una data patologia, sono invece, in quest'ottica, da considerarsi un *Macrosistema clinico*, ossia un'impalcatura che dovrebbe permettere di far muovere il paziente attraverso le varie prestazioni sanitarie erogate nei diversi micro-sistemi clinici (che costituiscono, quindi i nodi della rete), garantendo equità, appropriatezza ed efficacia senza lasciare soluzioni di continuità.

Appare evidente, in assenza di interconnessioni tra i due livelli, la distanza tra la rete (intesa come strutturazione organizzata di risorse, tecnologie e regole di comunicazione tra professionisti) e i diversi microsistemi (attività cliniche e assistenziali) che la compongono.

Queste interconnessioni vengono fornite dai *Percorsi assistenziali (PDTA)* che, guidando il contenuto tecnico ed organizzativo delle prestazioni, forniscono ai microsistemi quegli elementi di guida all'appropriatezza del loro contenuto e alla rete lo strumento operativo in grado di coordinare tra di loro i singoli microsistemi. Questa azione dei percorsi assistenziali, viene definita di *Mesosistema clinico*, che in una rete costituisce l'impalcatura operativa dei percorsi che consentono di far muovere il connubio team assistenziali-pazienti all'interno di quella struttura che è il *Macrosistema*. I percorsi assistenziali nella rete vengono, quindi, a configurarsi come un vero e proprio sistema connettivo in grado di veicolare l'Evidence Based Medicine (EBM), insieme alla migliore organizzazione, all'interno della pratica clinica.

Cronicità e un nuovo rapporto ospedale/territorio

Nell'ultima decade è cresciuta sempre più l'attenzione che il peso della cronicità esercita sulla salute pubblica e, di conseguenza, è aumentata la riflessione su quali siano gli equivalenti culturali ed organizzativi di questo fenomeno. Per avere una idea indiretta di quanto influisca la cronicità sullo stato di salute della popolazione si può fare riferimento a questi due dati: l'attesa di vita alla nascita e l'attesa di vita in buona salute alla nascita. Dall'ultimo rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile) in Italia¹¹ abbiamo che l'attesa di vita alla nascita è di 82,8 anni, mentre scende a 58,8 l'attesa di vita in buona salute. Che vuol dire? La risposta è semplice: la medicina per acuti (per semplificare, quella tipica degli ospedali) ha garantito una più lunga sopravvivenza, ma il carico di malattie croniche in modo corrispondente cresce e la qualità della vita ne risente.

Quali siano le malattie croniche che esercitano (singolarmente ed in combinazione, perché spesso sono compresenti) un maggior effetto è presto detto. Sono sempre le stesse: le malattie cardiovascolari, come lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete e -fenomeno ormai da tempo emergente- le demenze. Ma questo elenco è molto più lungo.

Il crescente peso della cronicità si traduce in una serie di conseguenze importanti sul piano della sanità pubblica e della organizzazione sanitaria, la prima delle quali è rimettere al centro la assistenza sanitaria di base, quella dei distretti e del territorio. Il che si traduce (o si dovrebbe tradurre) in un forte potenziamento della assistenza domiciliare e residenziale e nello sviluppo di nuove forme di ambulatorialità, una ambulatorialità proattiva che anticipa la comparsa dei segni della evoluzione della(e) malattia(e) e prende in carico il paziente in modo che lo stesso partecipi al processo assistenziale e se ne faccia protagonista con l'aiuto della famiglia.

Il modello più in voga nell'approccio alla cronicità è quello di *chronic care*

model (un modello di cui esistono diverse varianti) non per niente fatto suo dal Piano Nazionale Cronicità del Ministero della Salute¹² che nel 2016 è stato oggetto di un accordo Stato-Regioni. Rimandiamo a questo Piano per l'approfondimento di quale siano i fondamenti teorici e gli elementi caratterizzanti del *chronic care model*.

Noi qui ne vogliamo sottolineare tre: 1) la personalizzazione del percorso di cura che richiede di adattare il processo assistenziale alle caratteristiche di ciascun singolo paziente, non solo cliniche, ma anche e soprattutto sociali e culturali;

2) un diverso gioco dei ruoli tra le diverse professioni che porta, ad esempio, a valorizzare il ruolo degli educatori e alla creazione, o meglio all'utilizzo, dell'infermiere di famiglia, una figura cui è dedicato (tanto per farsi una idea) un documento di un gruppo di lavoro ministeriale di alcuni anni fa¹³;

3) il coinvolgimento attiva della comunità il cui ruolo "esplode" ad esempio nel caso delle demenze, cui è dedicato un altro piano ministeriale, anche in questo caso oggetto di un Accordo Stato-Regioni, il Piano Nazionale Demenze¹⁴. Non per niente un progetto di recente realizzato nelle Marche (Falconara Marittima) parla a proposito delle demenze di *comunità che si cura*¹⁵.

Per far crescere la risposta territoriale occorre rivedere la rete ospedaliera per razionalizzarla e concentrarla. In questa nostra storia del SSN cerchiamo di trasmettere questo messaggio: fermo nei suoi principi (primi fra tutti l'universalità e l'equità) il SSN per sopravvivere (sul problema

della sua sopravvivenza legato alla sua sostenibilità torneremo tra poco) deve continuamente cambiare nei modelli organizzativi e gestionali. E' proprio di questo che noi vorremmo qui dare ragione. E se le esigenze di una maggiore efficienza hanno portato alla creazione delle Aziende le esigenze di una rete ospedaliera più razionale e (quindi) meno "costosa" hanno portato ad alcuni atti di indirizzo nazionali che stanno condizionando molto le Regioni e di conseguenza le Aziende ed i professionisti, primo fra tutti il cosiddetto Decreto Balduzzi, il Decreto Ministeriale 70/2015¹⁶. Questo, pur non avendo forza di Legge, costituisce di fatto un riferimento fondamentale nello sviluppo dei sistemi sanitari regionali.

In base a questo decreto la rete ospedaliera va profondamente rivista prevedendo di fatto:

1) la definitiva chiusura dei piccoli ospedali e loro trasformazione in ospedali di comunità/case della salute;

2) la classificazione degli ospedali in tre livelli (di base, di primo livello e di secondo livello);

3) bacini di utenza definiti per le varie discipline, in modo da concentrare tanto più una disciplina quanto più la stessa ha bisogno di volumi elevati di attività per garantire buoni risultati;

4) la revisione di tutto il sistema dell'emergenza-urgenza a partire dalle reti tempo-dipendenti (malattie cardiache acute, ictus e trauma maggiore).

A cosa si vuole arrivare oggi nel SSN e nei vari sistemi regionali? Ad avere una robusta e attiva risposta alla cronicità a livello territoriale e una rete ospedaliera per acuti concentrata e fortemente intrecciata con il Sistema dell'Emergenza Territoriale 118. Quanto alla prevenzione, essa mantiene intatto il suo ruolo, ma cambia anch'essa nei suoi modelli organizzativi dovendo coinvolgere molto le comunità come previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione¹⁷.

¹⁶<http://www.camera.it/temi/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>

¹⁷http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allega

¹¹ <https://www.istat.it/it/archivio/207259>

¹²http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

¹³ https://www.infermieristicamente.it/media/documento_finale_.pdf

¹⁴<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=50972&articolo=2>

¹⁵<http://www.marchesanita.it/home/blog/una-bella-esperienza-progettuale-di-risposta-comunitaria-alle-demenze-una-intervista-a-silvia-valenza?highlight=WyJzaWx2aWEiLCJ2YWxlbmphIiwic2l-sdmlhIHZhbGVuemEiXQ==>

In un sistema così territorio ed ospedale non sono (o meglio: non debbono essere) due mondi, ma fare parte di un modello unico ed integrato di risposta ai bisogni dei cittadini.

Sostenibilità

Il termine sostenibilità è diventato negli ultimi anni *di gran voga*, come si diceva una volta. Esso ha a che vedere con la possibilità di continuare a dare *tutto a tutti* in tema di tutela della salute. Così come vorrebbe lo spirito della Legge 833/1978, quella che ha dato inizio al nostro racconto. I temi che si intrecciano dietro o meglio con il termine di sostenibilità sono tanti. Uno è certamente quello del livello di finanziamento del sistema.

Notoriamente l'Italia dedica alla sanità una parte del proprio Prodotto Interno Lordo (PIL) una percentuale decisamente inferiore a quella di molti altri paesi europei. Per questo dato così come per l'andamento storico della spesa pubblica e privata in Italia rimandiamo al III Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN¹⁸. Certo questo dell'entità del finanziamento pubblico del SSN è un dato tutto politico, influenzato certamente dallo stato dell'economia italiana e dall'entità del debito pubblico. Altrettanto certamente la sanità negli ultimi anni è stata interessata da fenomeni del tipo *spending review* che hanno portato a tagli o a mancati incrementi piuttosto consistenti. Ma vorremmo parlare di sostenibilità con un punto di vista diverso: quello del professionista sanitario che ragiona sul modo migliore di usare le risorse finite di cui il SSN dispone. E qui rientra il tema dell'appropriatezza, ovvero al modo migliore di scegliere anche in funzione del controllo dei costi la cosa giusta per le indicazioni cliniche di quello specifico caso.

Questo approccio è quello alla base del movimento *Slow Medicine* (per una medicina *sobria, rispettosa e giusta*)¹⁹ movimento nato negli Stati

Uniti: quello di *Choosing wisely*²⁰. Questo movimento produce ed aggranda, a cura delle Società scientifiche aderenti, elenchi di procedure/interventi ad alto rischio di inappropriata: a marzo 2018, più di 40 società professionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti hanno definito 44 liste di pratiche a rischio di inappropriata in Italia: in totale 220 raccomandazioni su esami, trattamenti e procedure.

E' una idea semplice, ma potenzialmente efficace di introdurre buone pratiche (o meglio di calmierare pratiche potenzialmente cattive) attraverso il coinvolgimento dei professionisti e l'utilizzo di strumenti tipici della Evidence Based Medicine (revisioni sistematiche della letteratura *in primis*).

Ma c'è un'altra forma di appropriatezza cui il professionista sanitario può dare il suo contributo come contributo alla causa della sostenibilità del SSN: la corretta allocazione programmatica delle risorse (umane, strutturali, tecnologiche, ecc.). Al riguardo può valere come esempio l'introduzione della chirurgia robotica. AGENAS²¹, per conto del Ministero della Salute, ha pubblicato un rapporto nel marzo 2017 sulla chirurgia robotica da cui viene estratto il passaggio che segue.

Le prove scientifiche in nostro possesso confermano solo parzialmente i vantaggi ipotizzati, con l'unico beneficio confermato rappresentato dalla riduzione dei tempi operatori. Nonostante la sua popolarità e i potenziali benefici, a fronte degli elevati costi di acquisizione e gestione il robot, rimane una tecnologia parzialmente valutata. Due degli aspetti più importanti, quali la formazione degli operatori e i benefici per il chirurgo ed i suoi assistenti (con presunti benefici indiretti per l'operato) non sono stati mai valutati direttamente nei molti studi identificati. Inoltre i possibili eventi avversi sono mal riportati o addirittura ignorati in letteratura.

²⁰ <https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni>

²¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1202_listaFile_itemName_25_file.pdf

Quindi va benissimo l'investimento tecnologico in un contesto di stimolo alla crescita professionale e alla produzione scientifica, ma anche in un contesto di consapevolezza sui limiti della tecnologia e sull'opportunità di bilanciare gli investimenti tenendo conto delle priorità di sistema.

Formazione e ricerca nel supporto al Servizio Sanitario Nazionale

Abbiamo la fortuna e la responsabilità di scrivere su Lettere dalla Facoltà. E quindi chiudiamo questo nostro racconto ricordando le nostre comuni origini all'Istituto di Igiene diretto dal nostro indimenticabile maestro prof Renga.

Lì giovani e talvolta presuntuosi abbiamo partecipato all'entusiastico avvio della storia del SSN impegnandoci nelle due dimensioni della formazione e della ricerca per diffondere le parole chiave dell'equità e della universalità. Lo stesso ci sentiamo di fare oggi certo meno giovani, ma sicuramente più riflessivi e meno presuntuosi.

E con umiltà²² vogliamo sottolineare il ruolo fondamentale dell'Università nel sostegno al nostro SSN. Università che deve formare professionisti sanitari con un sempre più solido approccio scientifico e un rinnovato apporto delle scienze umanistiche, nonché ricercatori che oltre a cercare/sperimentare cause e rimedi efficaci/efficienti/sicuri contro le malattie, sperimenti e validi modelli organizzativi nuovi: percorsi di presa in carico della cronicità, percorsi assistenziali e reti cliniche. Speriamo di aver portato un contributo a quanto queste debbano essere nuove forme di pratica e di organizzazione professionale e non solo nuove parole da usare quando si parla di sanità.

E (come dice di solito l'ultima slide con una struggente alba sullo sfondo) *Grazie dell'attenzione!*

²² <http://www.ihl.org/communities/blogs/health-care-leaders-heroism-is-out-humility-is-in>

¹⁸ http://www.rapportogimbe.it/3_Rapporto_GIMBE.pdf

¹⁹ <http://www.slowmedicine.it>

Il percorso ottimale nei pazienti portatori di pacemaker/ICD con indicazione a trattamento radioterapico per patologia neoplastica

Nostra esperienza e raccomandazioni operative

Giuseppe Travaglini¹, Liliana Balardi¹, Megi Bushi¹, Francesco Fenu², Giovanni Mantello², Massimo Cardinali², Gianni Mazzone¹

¹ Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

² Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona: SOD di Radioterapia

L'aumento della speranza di vita della popolazione ha determinato una maggior incidenza simultanea di patologie cardiovascolari e oncologiche. Un numero sempre maggiore di pazienti, portatori di device cardiaco, necessitano di trattamenti radioterapici. Vengono illustrate le procedure che rendono possibile un percorso radioterapico in condizioni di sicurezza, attraverso un inquadramento di tali pazienti non soltanto oncologico ma anche cardiologico.

Introduzione

L'incidenza dei disturbi cardiovascolari è aumentato in modo esponenziale negli ultimi decenni, con l'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento della popolazione. Analogamente, anche l'incidenza di malattie neoplastiche è in aumento, per cui gli Specialisti che si occupano delle patologie oncologiche, soprattutto Radioterapisti Oncologi, gestiscono sempre più pazienti con pacemaker cardiaco nella loro pratica quotidiana.

Tale dispositivo è di solito collocato in una tasca sottocutanea sopra i muscoli pettorali, in prossimità della regione sottoclaveare. Pertanto, il trattamento radiante (carcinoma mammario, polmonare, testa-collo, linfomi sovradiaframmatici, tiroide, tumori esofagei ed altri distretti) può causare malfunzionamenti o guasti del dispositivo, sia per un effetto ionizzante che per interferenza elettromagnetica. Nel presente lavoro è stato preso in considerazione il percorso di 34 pazienti oncologici che hanno eseguito una terapia radiante presso la SOD di Radioterapia dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, cercando di protocollare un percorso condiviso con i colleghi Cardiologi.

Materiali e metodi

Dal 2014 al 2018 presso la SOD di Radioterapia degli Ospedali Riuniti di Ancona sono stati eseguiti 34 trattamenti radianti in pazienti portatori di pacemaker e defibrillatore ICD (Tabella 1).

ID	Tipo device	Marca Device	sede trattamento	scopo trattamento	macchina trattamento	energia	tipologia trattamento	dose totale
1	DEF	St. JUDE	PROSTATA	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	7800
2	PMK	BIOTRONIC	POLMONE SX	PALLIATIVO	2100	15 MV	CAMPIFISSI	3000
3	PMK	MEDTRONIC	ACETABOLO DX	PALLIATIVO	2100	6-15 MV	CAMPIFISSI	3000
4	DEF	MEDTRONIC	CERVIC	POSTOPERATORIO	21EX	6 MV	RAPIDARC	5400
5	PMK	BIOTRONIC	PROSTATA	CURATIVO	21EX	6 MV	CAMPIFISSI	7800
6	DEF	MEDTRONIC	RETTO	PREOPERATORIO	2100	15 MV	CAMPIFISSI	5100
7	DEF	St. JUDE	PROSTATA	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	7800
8	PMK	St. JUDE	PROSTATA	CURATIVO	21EX	6 MV	RAPIDARC	7800
9	PMK	BIOTRONIC	COLONNA D10-L1e L3-L5	PALLIATIVO	600	6 MV	CAMPIFISSI	800
10	PMK	MEDTRONIC	PROSTATA	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	7800
11	DEF	St. JUDE	ORL	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	6800
12	PMK	BIOTRONIC	PROSTATA	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	7800
13	PMK	BIOTRONIC	POLMONE DX	PALLIATIVO	21EX	6 MV	CAMPIFISSI	3000
14	PMK	MEDTRONIC	CUTE TORACE	CURATIVO	21EX	3 MV	CAMPIFISSI	3200
15	DEF	BIOTRONIC	PROSTATA	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	7800
16	DEF	MEDTRONIC	PROSTATA	CURATIVO	21EX	18 MV	CAMPIFISSI	7800
17	PMK	MEDTRONIC	PLEURA	CURATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	6800
18	PMK	St. JUDE	COLONNA SACRO-COCCIGEA	PALLIATIVO	2100	15 MV	CAMPIFISSI	3000
19	PMK	St. JUDE	COSTE DX	PALLIATIVO	2100	15 MV	CAMPIFISSI	800
20	PMK	SORIN	VESICIA	POSTOPERATORIO	2100	6 MV	CAMPIFISSI	2000
21	PMK	St. JUDE	POLMONE DX	PALLIATIVO	2100	6 MV	RAPIDARC	3000
22	DEF	MEDTRONIC	OMERO DX	PALLIATIVO	2100	6 MV	CAMPIFISSI	2000
23	DEF	MEDTRONIC	POLMONE SX	PALLIATIVO	600	6 MV	CAMPIFISSI	800
24	PMK	SORIN	MAMMELLA SX	POSTOPERATORIO	600	6 MV	CAMPIFISSI	5000
25	PMK	St. JUDE	MAMMELLA SX	POSTOPERATORIO	600	6 MV	CAMPIFISSI	6000
26	PMK	MEDTRONIC	MAMMELLA SX	POSTOPERATORIO	600	6 MV	CAMPIFISSI	6000
27	PMK	SORIN	ORL	PALLIATIVO	TCMO	6 MV	ELICOIDALE	1500
28	PMK	SORIN	RECIDIVA PAROTIDE	PALLIATIVO	600	6 MV	CAMPIFISSI	2500
29	PMK	MEDTRONIC	LATEROCERVICALE DX	PALLIATIVO	600	6 MV	CAMPIFISSI	3000
30	PMK	MEDTRONIC	GLIOBLASTOMA	PALLIATIVO	600	6 MV	CAMPIFISSI	4005
31	PMK	St. JUDE	SOVACETABOLO SX	PALLIATIVO	2100	15 MV	CAMPIFISSI	3000
32	DEF	SORIN	MEDIASTINO	CURATIVO	21EX	18 MV	CAMPIFISSI	5400
33	DEF	SORIN	ENCEFALO	PALLIATIVO	600	6 MV	CAMPIFISSI	2500
34	PMK	SORIN	RETTO	PREOPERATORIO	21EX	6 MV	RAPIDARC	2500

Tabella 1 - Caratteristiche di pacemaker, patologie, finalità della radioterapia, energie usate, tecnica e dose

Dei 34 pazienti esaminati, 23 erano portatori di pacemaker e 11 erano portatori di defibrillatore ICD (Fig.1).

Dei 34 pazienti (Fig.2) in studio, 17 sono stati classificati a basso rischio in quanto le regioni anatomiche trattate su questi pazienti (cervice uterina, prostata, acetabolo, tratto di colonna sacro-coccigeo, vescica, retto ed encefalo) risultavano lontane dal distretto toracico dove viene impiantato il device. Gli altri 17 pazienti, invece, sono stati classificati ad alto rischio in quanto su di essi sono stati eseguiti trattamenti (mammella, omero, polmoni, pleura, cute toracica, mediastino, coste, colonna toracica, parotide, trattamenti ORL e tratto laterocervicale)

in distretti vicini alla regione toracica e quindi posti in stretta prossimità del device il quale, di conseguenza, risulta soggetto a possibili situazioni di malfunzionamento.

Dei 17 pazienti a basso rischio, 8 erano pacemaker indipendenti, 2 pacemaker dipendenti e 7 portatori di defibrillatore ICD (Fig.3).

Dei 7 pazienti portatori di defibrillatore ICD a basso rischio (Fig.4), 5 sono stati trattati con fotoni ad energia pari ai 6 MV, mentre i restanti 2 pazienti sono stati trattati con fotoni con energie > 6 MV.

Tra i 10 pazienti portatori di pacemaker (sia dipendenti che indipendenti)

Professioni sanitarie

denti) a basso rischio (Fig.5), 7 sono stati trattati con fotoni ad energia pari ai 6 MV, mentre i restanti 3 pazienti sono stati trattati con fotoni ad energie > 6 MV.

Dei restanti 17 pazienti ad alto rischio, 11 erano pacemaker indipendenti, 2 pacemaker dipendenti e 4 portatori di defibrillatore ICD (Fig.6)

Dei 4 pazienti portatori di defibrillatore ICD ad alto rischio (Fig.7), 3 sono stati trattati con fotoni ad energia pari ai 6 MV, mentre 1 paziente è stato trattato con fotoni ad energie > 6 MV.

Tra i 13 pazienti portatori di pacemaker (sia dipendenti che indipendenti) ad alto rischio (Fig.8), 11 di questi sono stati trattati con fotoni ad energia pari ai 6 MV, 1 paziente è stato trattato con 9 MeV usando gli elettroni, mentre 1 paziente è stato trattato con fotoni ad energie > 6 MV.

Risultati

Per i vari gruppi di pazienti sopra indicati, sono stati adottate decisioni differenti nell'effettuazione del trattamento radioterapico rispetto ai necessari controlli cardiologici.

In particolare, i **7 portatori di defibrillatore a basso rischio** sono stati valutati prima della Radioterapia e a 5 di questi sono stati indicati controlli cardiologici periodici. A 4 pazienti è stata prescritta la disattivazione delle terapie anti tachicardiche prima di ogni seduta e a 3 di questi la riattivazione al termine di ognuna di esse. Ad 1 di questi 4 pazienti è stato, inoltre, prescritto un controllo in previsione del ciclo radiante, a 2 l'assistenza aritmologica durante le sedute radianti, a 1 il monitoraggio durante le sedute e infine, ad un altro dei quattro, un controllo al termine del ciclo radioterapico. A 4 pazienti non sono stati riscontrati eventi atriali o ventricolari dal loro ultimo follow up, mentre in un paziente è stato riscontrato un TVNS (aritmie ipercinetiche ventricolari) dal suo ultimo follow up.

Relativamente agli **8 portatori pacemaker indipendenti a basso**



Figura 1 - Pazienti in studio portatori di defibrillatore e pacemaker.



Figura 2 - Pazienti a basso e alto rischio

DEVICE DEI PAZIENTI A BASSO RISCHIO

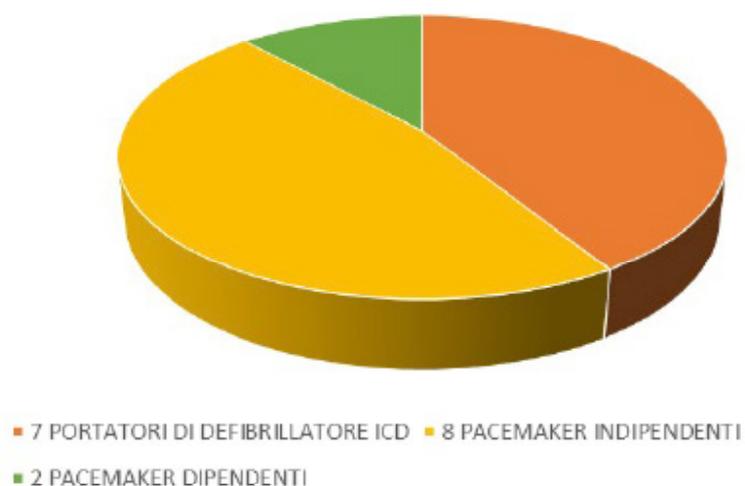


Figura 3 - Tipi di device dei pazienti a basso rischio

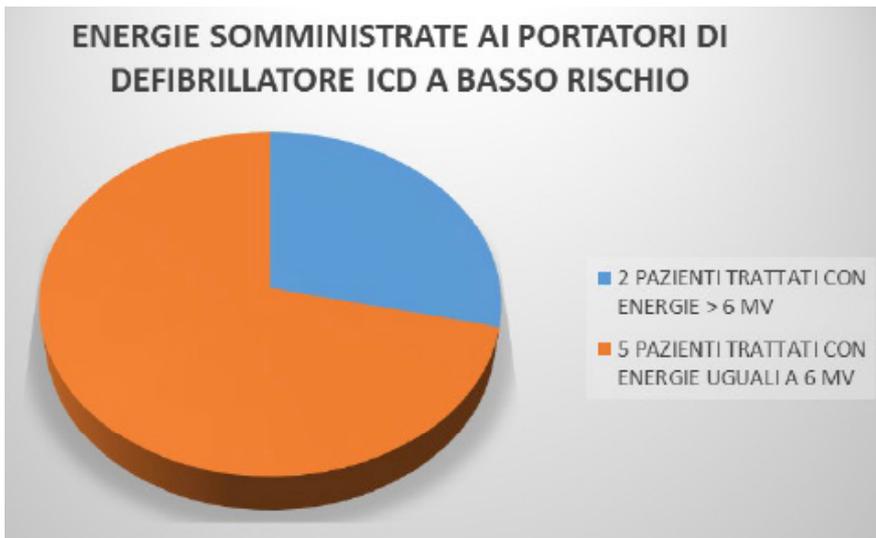


Figura 4 - Energie utilizzate nei pazienti portatori di defibrillatore a basso rischio

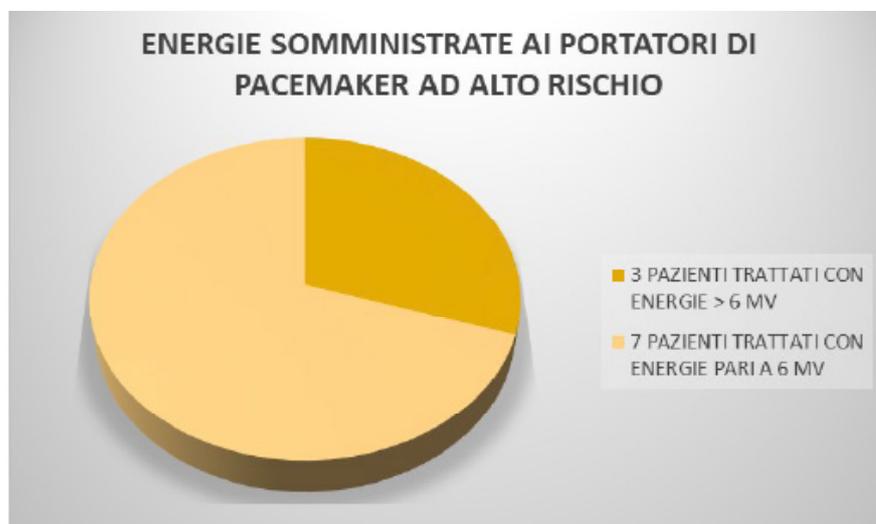


Figura 5 - Energie utilizzate nei pazienti portatori di pacemaker a basso rischio

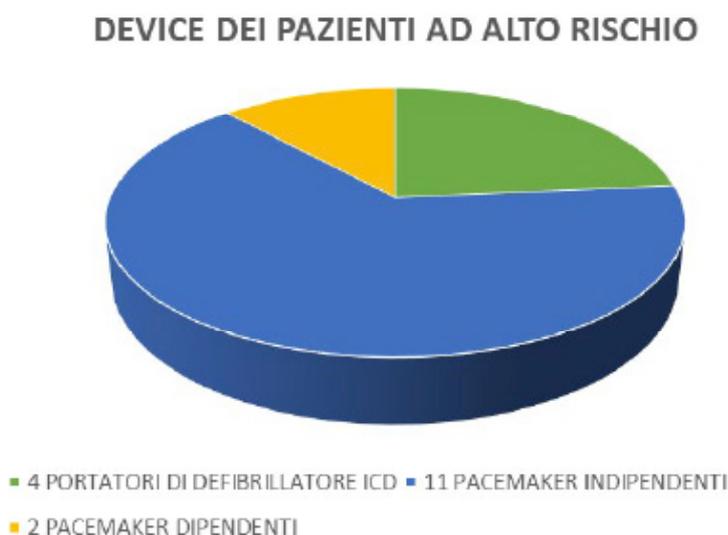


Figura 6 - Tipi di device dei pazienti ad alto rischio

rischio, a 5 di questi, prima della Radioterapia, sono stati indicati controlli cardiologici periodici. Ad 1 paziente è stato prescritto lo spegnimento delle terapie anti tachicardiche mediante il posizionamento di magneti durante le sedute di Radioterapia e il controllo cardiologico al termine del ciclo radiante, mentre a un altro il controllo al termine delle sedute. Ad 1 paziente è stato prescritto un controllo a metà del ciclo radiante, e ad altri 2 la protezione del dispositivo col piombo durante la seduta senza la necessità di riprogrammarlo prima o dopo le sedute. Di questi ultimi 2 pazienti, ad uno è stato consigliato un controllo cardiologico prima del trattamento insieme a un controllo dopo la 5° seduta ed a 1 un controllo post trattamento. A 3 pazienti non sono stati riscontrati eventi ventricolari o aritmici dal loro ultimo follow up, mentre a 2 pazienti sono stati riscontrati TVNS (aritmie ipercinetiche ventricolari) dal loro ultimo follow up.

Per quanto riguarda i **2 pazienti pacemaker dipendenti a basso rischio**, prima della Radioterapia gli sono stati indicati controlli cardiologici periodici. Ad 1 di essi, durante le sedute di trattamento radiante, è stato necessario posizionare un magnete sulla cassa del device in quanto il paziente risultava essere pacemaker dipendente e ciò ha determinato una stimolazione in asincrono (DOO) alla frequenza magnetica di 90. Infine, al termine delle sedute gli è stato prescritto un controllo per ottenere la riprogrammazione della risposta al magnete in automatico. Nell'altro paziente, invece, in occasione delle varie sedute radianti è stato riprogrammato il device in asincrono DDO ed al termine di ogni seduta è stato effettuato un controllo del dispositivo e una riprogrammazione in DDDR 60. In 1 di questi 2 pazienti non sono stati riscontrati eventi aritmici dall'ultimo follow up eseguito, a contrario dell'altro paziente in cui sono state riscontrate fibrillazioni atriali.

Per quanto riguarda i **4 pazienti portatori di defibrillatore ICD ad alto rischio**, anche essi sono stati valutati prima del trattamento ra-

dante e ad essi sono stati indicati controlli cardiologici periodici. A 3 di questi 4 pazienti poi sono state rilevate TVNS (aritmie ipercinetiche ventricolari) dall'ultimo follow up da essi eseguito.

Per quanto riguarda gli **11 pazienti pacemaker indipendenti ad alto rischio** la loro valutazione prima della Radioterapia si è così caratterizzata: a 6 di questi sono stati indicati controlli cardiologici periodici. Ad 1 è stato anche indicato lo spegnimento delle terapie anti tachicardiche durante ogni trattamento radiante, il monitoraggio durante la Radioterapia e la successiva riaccensione delle terapie anti tachicardiche al termine della terapia, a 3 pazienti è stato indicato un controllo post ciclo radioterapico, poi a 1 di questi 3 è stato prescritto anche un controllo dopo la prima seduta di trattamento, mentre ad un altro paziente dei 3 è stato prescritto anche un controllo pre-trattamento. A 2 pazienti è stata identificata non necessaria la riprogrammazione del dispositivo in occasione delle sedute, ma per 1 dei 2 pazienti sono stati ritenuti utili controlli settimanali in occasione di esse. Ad un paziente è stato richiesto di eseguire controlli del device ogni 2-3 giorni durante cicli di Radioterapia e dopo 7 giorni dal termine degli stessi. In un altro paziente, prima della Radioterapia, è stato indicato di recarsi presso l'ambulatorio pacemaker per la modifica della programmazione e di ritornare nell'ambulatorio al termine della seduta per verificare il ripristino e il controllo dell'integrità del device. Ad un altro paziente è stato prescritto un controllo a due mesi per verificare la stabilità dei parametri a medio termine, e infine in 1 paziente è stata necessaria l'impostazione del device in DOO in occasione del ciclo di terapia e un controllo periodico dei parametri elettrici dopo ogni seduta. In 6 pazienti non sono stati riscontrati eventi ventricolari o aritmici dall'ultimo follow up mentre in un paziente è stato riscontrato un TVNS (aritmie ipercinetiche ventricolari) e in un altro paziente un evento di fibrillazione atriale sempre dal loro ultimo follow up. Relativamente ad **1 paziente pace-**

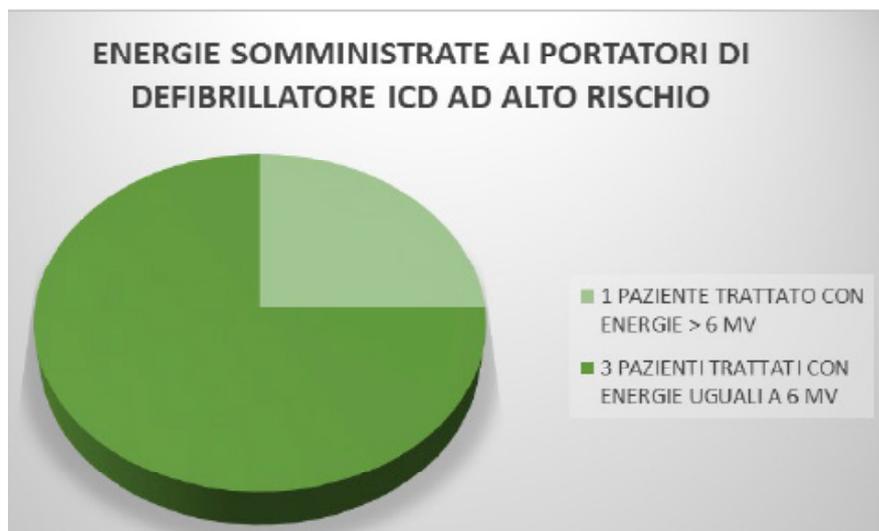


Figura 7 - Energie utilizzate nei pazienti portatori di defibrillatore ad alto rischio

PAZIENTI PACEMAKER DIPENDENTI o PORTATORI DI DEFIBRILLATORE ICD	PAZIENTI PACEMAKER INDIPENDENTI
Necessità del Cardiologo in Radioterapia che controlla e attua procedure sui device prima e dopo ogni singola seduta di trattamento e effettua anche il monitoraggio durante l'erogazione reale della dose, con impegno di personale specialistico e infermieristico	Indicati controlli prima della radioterapia e al termine del ciclo radiante, con possibilità di controlli cardiologici periodici a domicilio

Tabella 2 - Indicazioni cardiologiche nel trattamento radioterapico dei pazienti pacemaker dipendenti e indipendenti e dei portatori di defibrillatore ICD

maker dipendente ad alto rischio, valutato prima della Radioterapia, è stato prescritto un controllo cardiologico periodico, la disattivazione delle terapie anti tachicardiche prima di ogni ciclo e la successiva riattivazione con contestuale controllo dei parametri elettrici. Qualora necessario, il paziente è stato invitato a contattare l'ambulatorio pacemaker.

Infine, al **paziente ad alto rischio trattato con gli elettroni da 9 Mev**, pacemaker dipendente, è stata prescritta, una visita cardiologica prima dell'inizio del trattamento, la riprogrammazione ed il controllo del device prima e dopo ogni seduta. Nel paziente non sono stati rilevati eventi ventricolari dall'ultimo follow up da lui eseguito, ma episodi di fibrillazione atriale. Qualora necessario, il paziente è stato invitato a contattare l'ambulatorio pacemaker.

Tutti i pazienti sono stati ricontattati telefonicamente e per nessuno di essi sono state riscontrate turbe elettriche legate al malfunzionamento del pacemaker e/o del defibrillatore.

mento del pacemaker e/o del defibrillatore.

Indicazioni sul percorso radioterapico

L'analisi dei 34 pazienti oggetto del presente studio si è evidenziato la necessità di un percorso preliminare al processo radioterapico.

I pazienti che non sono pacemaker dipendenti o ICD dipendenti, tendenzialmente, fanno controlli dei device prima e al termine del ciclo di Radioterapia; questo risulta importante per la programmazione delle sedute di Radioterapia in quanto non è necessaria la presenza del Cardiologo o l'effettuazione di procedure sui device (copertura con il piombo), necessarie solo se il volume di trattamento è vicino.

Al contrario, i pazienti pacemaker dipendenti e ICD dipendenti hanno bisogno del Cardiologo in sede che controlla e attua procedure sui device prima e dopo ogni singola seduta di trattamento e effettua, anche, il monitoraggio durante l'e-

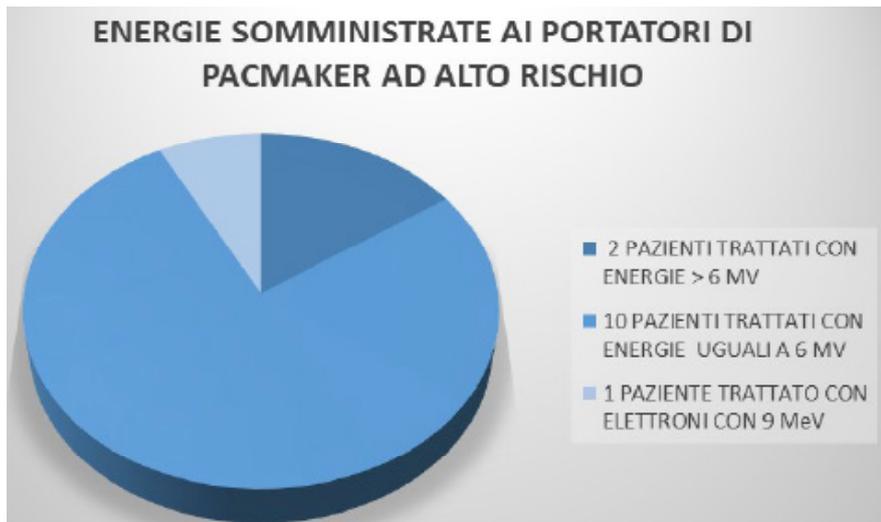


Figura 8 - Energie utilizzate nei pazienti portatori di pacemaker ad alto rischio

rogazione reale della dose. Questi pazienti devono essere accorpati in un'unica fascia oraria in maniera da minimizzare l'impegno del Cardiologo nel reparto di Radioterapia facilitando il compito degli operatori e minimizzando anche le pause della strumentazione utilizzata (acceleratori lineari).

Conclusioni

La moderna Radioterapia si avvale sempre di più di sofisticate tecniche di centraggio (utilizzando impianti TC/RM/PET) e di apparecchiature dedicate (acceleratori lineari di ultima generazione) che riescono a erogare alte dosi di Radioterapia in stretta prossimità di strutture anatomiche (organi a rischio) che possono soffrire dal passaggio del fascio radiante.

I pazienti portatori di pacemaker o defibrillatore ICD possono avere un percorso radioterapico in condizioni di sicurezza, a patto che vengano inquadrati immediatamente sin dalla prima visita e seguiti in maniera multidisciplinare non soltanto dal punto di vista oncologico ma anche cardiologico. Per entram-

be le categorie (pazienti pacemaker dipendenti e non dipendenti da device) è comunque richiesto un grado di attenzione da parte del TSRM nell'effettuazione della Radioterapia giornaliera, con il monitoraggio visivo del paziente, del battito cardiaco e della saturazione attraverso dispositivi dedicati.

In conclusione è possibile affermare che i moderni trattamenti radioterapici e l'impiego di codificate procedure di controllo dei device cardiaci sono in grado di prevenire eventuali malfunzionamenti che metterebbero in pericolo di vita il paziente.

Bibliografia

[1] D.U. Silverthorn, Fisiologia umana. Un approccio integrato. Edizione italiana a cura di M. Passatore, S. Rosta, F. Vallea Sacchi. University of Austin, Pearson Benjamin Cummings Ed., 2010, 5° ed., 14: 486-513.

[2] B. Trapletti. Gestione peri-operatoria del paziente portatore di pacemaker e/o defibrillatore interno, SSSCI Lugano, 2017, pp.37.

[3] R.S. Khandpur. Biomedical instru-

mentation technology and Applications. New Delhi, McGraw Hill ed., 2004, 2° ed., 25: 687-713, 26: 714-727.

[4] R.S. Sanders and M.T. Lee. Implantable Pacemakers. Angleton Texas (USA), Proceeding of the IEEE, 1996, vol 84 n°3, 480-486.

[5] Medtronic Italia S.p.a. Vivere con il pacemaker; informazioni utili per i pazienti (www.Medtronic.com), "s.d".

[6] E. Lazzeri, A. Signore, P.A. Erba, N. Prandini, A. Versari, G. D'errico, G. Mariani. Radionuclide Imaging of infection and inflammation. Pisa, Springer, 2012, 1° ed., 8: 188-189.

[7] M. Zecchin, M. Severgnini, A. Fiorentino, V.L. Malavasi, L. Menegotti, F. Alongi, D. Catanzariti, B.A. Jereczek-Fossa, M. Stasi, E. Russi, G. Boriani. Management of patients with cardiac implantable electronic devices (CIED) undergoing radiotherapy. International Journal of Cardiology, 2017, pp. 27.

[8] C.W. Hurkmans, J.L. Kneijens, B.S. Oei, A.J.J. Maas, G.J. Uiterwaal, A.J. Van der Borden, M.M.J. Ploegmakers and L. Van Erven. Management of radiation oncology patients with a pacemaker or ICD: A new comprehensive practical guideline in The Netherlands. Radiation Oncology, 2012, 7: 198.

[9] M. Santomauro, D. Da Prato, L. Ottaviano, A. Borrelli, M. Chiariello. Dipartimento di Cardiologia e Cardiochirurgia, Università degli Studi "Federico II", Napoli. Raccomandazioni per la protezione dal rischio di interferenze elettromagnetiche in ambiente ospedaliero per i pacemaker e i defibrillatori impiantabili. Cattedra di Cardiologia Università degli studi "Federico II", Ital Heart Suppl, 2002, vol. 3, 440-445.

[10] Rapporti ISTISAN 15/9. Dispositivi cardiaci impiantabili attivi e risonanza magnetica: aspetti tecnologici, inquadramento normativo e modelli organizzativi. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2015.

[11] G.C. Manzoni, P. Torelli. Neurologia. Bologna, Società Editrice Esculapio, /2012, 11: 160

[12] R. Calvanese. Facciamo il punto sul paziente con DEVICE (PM/ICD) da sottoporre a chirurgia. Notizie mediche. VDA NET, 2017, pp.8.

Cosmopolitismo e tolleranza in Amato Lusitano, medico portoghese ad Ancona (1547-1555)

In memoria di Mario Santoro

Stefania Fortuna

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Storia della Medicina
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Si pubblica qui il testo della lezione tenuta il 13 dicembre 2018 presso la Biblioteca Civica Romolo Spezioli di Fermo, di cui è direttrice Maria Chiara Leonori, nell'ambito di una collaborazione tra l'Università Politecnica delle Marche e la Biblioteca che ha preso avvio nel 2015, con cadenza annuale. Per l'occasione è stata allestita una mostra delle opere di Amato Lusitano e dei suoi maestri, colleghi e rivali, a cura di Natalia Tizi (cf. infra, l'elenco delle opere esposte dal 13 dicembre 2018 all'8 gennaio 2019).

Amato Lusitano (1511-68) è un medico marrano che dal Portogallo si sposta in tutta Europa per ragioni religiose, e per otto anni vive ad Ancona (1547-55), dove scrive oltre 400 Curationes, storie di pazienti che sono straordinarie testimonianze della vita dell'epoca, pervase da intensa eticità.

Amato Lusitano (1511-1568) è un grande medico ebreo converso o marrano del Cinquecento, nato in Portogallo e conosciuto con il nome cristiano di João Rodrigues o Iohannes Rodericus, che si sposta in tutta Europa per sfuggire ovunque alle persecuzioni dell'Inquisizione, finché giunge a Salonico, dove gode della tolleranza religiosa garantita dall'impero ottomano e vive finalmente con libertà l'identità ebraica. Per otto anni, dalla primavera 1547 all'estate 1555, Amato soggiorna ad Ancona e ad Ancona scrive la versione completa del commento al *De materia medica* di Dioscoride e gran parte delle sette *Centurie delle Curationes*, pubblicate per la prima volta l'una nel 1553, le altre tra il 1551 e il 1566¹.

Mario Santoro (1905-1998), stimato pediatra e appassionato umanista,

¹ Il commento di Amato ai primi due libri del *De materia medica* di Dioscoride è pubblicato per la prima volta dalla vedova di Martino Cesare ad Anversa nel 1536, mentre quello completo ai cinque libri del *De materia medica* da Gualtiero Scoto a Venezia nel 1553. Sulle edizioni delle opere di Amato, comprese quelle censurate, cf. Friedenwald (1937) 649-653 e Gutwirth (2004) 236, n.18.

è stato direttore prima del brefotrofito di Fermo dal 1939 al 1958, poi della biblioteca civica Romolo Spezioli dal 1960 al 1993, oltre che docente di storia della medicina all'Università di Ancona dal 1981 al 1984². Tra gli scaffali di questa splendida biblioteca, che conserva un fondo antico di libri medici importante per quantità e qualità, Santoro incontra Amato Lusitano ed è conquistato subito dall'uomo e dalle sue opere. Amato gli appare molto diverso dall'immagine negativa che di lui aveva costruito il medico senese Pietro Andrea Mattioli (1501-1578) nella fortunata operetta *Apologia adversus Amathum Lusitanum*, pubblicata in numerose edizioni dal 1558 al 1674³.

² Un profilo biografico di Santoro si deve a Luisananna Verdoni nell'introduzione alla raccolta dei suoi scritti: Santoro (1998) 10-11. Cf. anche il sito dello *Studio Firmiano* (<http://www.studiofirmiano.net/>), fondato da Santoro nel 1555, con l'intento di promuovere studi di storia della medicina attraverso pubblicazioni e convegni scientifici, le cosiddette *Tornate*.

³ Sull'*Apologia adversus Amathum Lusitanum* e sull'influenza esercitata dalle accuse di Mattioli nella *damnatio memo-*



Figura 1 - Amato Lusitano (1511-1568)

Qui Amato è presentato da Mattioli come un calunniatore pieno d'invidia che non solo non conosce la botanica – per cui merita il nome di *Amathus*, invece di *Amatus*, che in greco significherebbe ignorante – ma è anche spergiuro ed eretico, in quanto ebreo che nonostante la conversione continua a vivere secondo le usanze ebraiche. L'attacco violento e scomposto del Mattioli è in risposta alle critiche contenute e moderate che Amato gli aveva mosso in una ventina di passi nel suo commento al Dioscoride, dove non manca di ricordarlo come "il più grande traduttore e commentatore di Dioscoride degli ultimi tempi".

In un articolo pubblicato nel 1974, in occasione delle celebrazioni per i 400 anni della morte di Bartolomeo Eustachio (ca. 1510-1574) svoltesi nella città natale di San Severino, Santoro prende le distanze dalle accuse lanciate da Mattioli contro Amato, definendole *tout court* "contumelie inaudite", e mostra inoltre di apprezzare lo spirito mo-

riae di Amato per almeno due secoli, cf. Lemos (1907) 147-153 e Friedenwald (1937) 620-623 e 633-636.

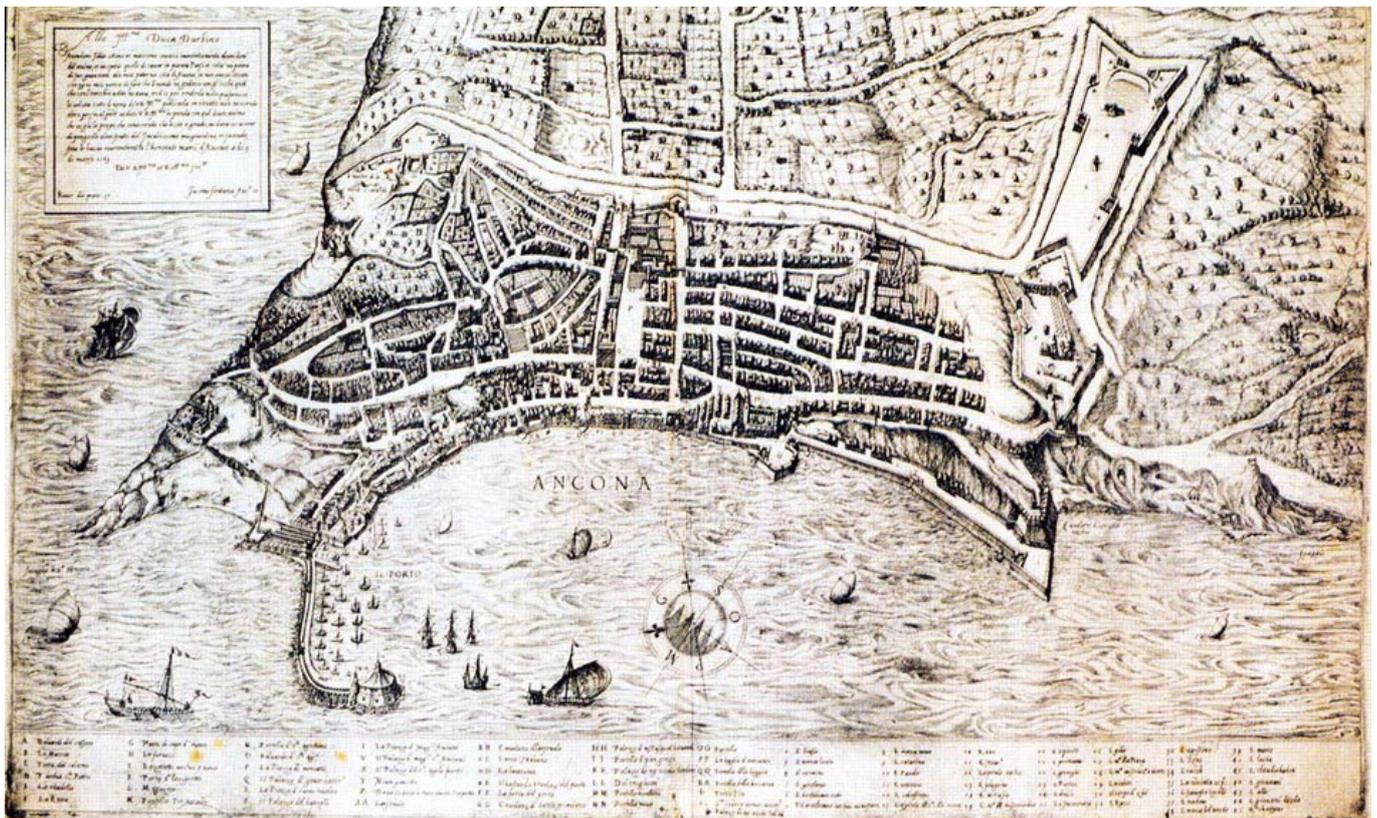


Figura 2 - Giacomo Fontana, Mappa di Ancona 1569 (Museo della Città)

derato ed equilibrato del medico portoghese⁴. Amato si era sempre ispirato ai principi ippocratici nell'esercizio della medicina con i pazienti, con gli allievi e con i colleghi, come lui stesso afferma nel suo *Giuramento*, scritto a Salonico nel 1559 e pubblicato prima alla fine della sesta *Centuria* nel 1560, poi della settima nel 1566⁵. Infine Santoro esprime il grandissimo entusiasmo che la lettura delle *Curationes* gli aveva suscitato, definendole un "documento di straordinaria potenza, di costumi, modo di vivere, di commerci, di stupende osservazioni sullo stato igienico sanitario" dell'Ancona di metà Cinquecento⁶. Molti anni dopo, nel 1991, Santoro pubblica il libro intitolato *Amato Lusitano e Ancona* presso il *Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos* dell'Università di Coimbra⁷. Questo libro è un omag-

gio al medico portoghese, a lungo trascurato o addirittura ignorato in Italia e nelle Marche, alla città di Ancona e alla sua amata biblioteca di Fermo: per gli autori menzionati nel testo sono elencate in nota le edizioni del Cinquecento conservate a Fermo; quanto a quelle di Amato, sono riprodotte in ristampa anastatica in varie pagine del libro, con il timbro della biblioteca in evidenza.

Gli studi degli ultimi decenni hanno riconosciuto ad Amato un posto importante nella storia della letteratura e dell'epistemologia medica, come fondatore di un nuovo genere, le *curationes* o le *observationes*, il racconto dei casi clinici, che ha grande sviluppo nel Seicento e poi nel Settecento contribuendo alla nascita della medicina moderna: l'esperienza non è più interpretata alla luce delle teorie dei medici greci e arabi, Galeno, Ippocrate e Avicenna, come nel Medioevo, ma è piuttosto la base su cui le teorie

sono valutate e nuove conoscenze sono elaborate⁸. Inoltre le ricerche d'archivio hanno fatto emergere una ricca documentazione sulle comunità degli ebrei sefarditi che si formano in Europa nel Cinquecento, comprese quelle di Ferrara e di Ancona in Italia, di cui Amato fa parte per un certo tempo, sui loro protagonisti e sulle loro attività⁹.

A venti anni dalla morte di Mario Santoro, se ne vuole qui onorare la memoria tornando alle *Curationes* di Amato che tanto lo avevano appassionato, con lo scopo di proseguire le sue ricerche e di approfondire la figura del medico portoghese e il ruolo importante

⁴ Santoro (1974) 9-10 e 20.

⁵ Cf. soltanto Amato Lusitano (1560) 381-383. Una traduzione italiana del *Giuramento* di Amato è in Toaff (1986) 18-20.

⁶ Santoro (1974) 10.

⁷ Santoro (1991). Il volume è precedu-

to da una presentazione di Américo da Costa Ramalho (1921-2013), che esprime grande stima per Santoro, per i suoi studi e per le sue iniziative.

⁸ Cf. l'importante articolo di Pomata (2010), che ricostruisce l'origine e l'evoluzione del genere e, in appendice, elenca tutte le raccolte di casi clinici pubblicate nel Cinquecento e nel Seicento, da Amato a Thomas Sydenham (1624-1689), dal 1551 al 1676; anche Pomata (2005).

⁹ I contributi sulle comunità sefardite a Ferrara e ad Ancona nel Cinquecento sono numerosi; qui si segnalano soltanto i volumi postumi di Leoni (2011), che forniscono un imponente materiale documentario.



Figura 3 - Mario Santoro (1905-1998), al centro, nella Sala del mappamondo della Biblioteca Civica Romolo Spezioli di Fermo, 1955 (archivio della Biblioteca)

che Ancona ha avuto nella sua vita professionale e familiare e nella composizione delle sue opere, con una rilettura del testo, insieme, filologica e documentaria.

1. L'arrivo di Amato ad Ancona e la fuga

Le complesse vicende biografiche di Amato sono state ricostruite per molti aspetti, sulla base di quanto lui stesso ci racconta nelle sue opere e dei documenti pervenutaci¹⁰. Nasce nel 1511 a Castelo Branco, in Portogallo, da una famiglia di ebrei costretti alla conversione, studia in Spagna, a Salamanca, dove si lau-

rea in medicina nel 1530, quindi per pochi anni pratica la professione in patria, a Lisbona, e poi si sposta in numerose città, tra loro molto lontane, ma tutte tappa della grande diaspora sefardita di quegli anni: Anversa, Ferrara, Venezia, Ancona, Roma, Pesaro, Ragusa, e infine Salonicco, dove muore nel 1568.

Dopo aver soggiornato per sette anni a Ferrara, dove era arrivato nel 1540, Amato si trasferisce ad Ancona nel maggio 1547, come afferma lui stesso nel commento al Dioscoride pubblicato nel 1553¹¹. A Ferrara si era creato un ambiente poco favorevole per lui e per la sua famiglia dopo la chiusura fallimentare, nell'aprile 1545, della società commerciale che si era costituita qualche anno prima tra il duca Er-

cole II d'Este e i suoi parenti, Stefano e Henriques Pires, quest'ultimo zio di Amato per parte di madre, grande mercante proveniente da Anversa, leader ovunque della nazione degli ebrei portoghesi e tra l'altro padre di Diogo Pires (1517-1599), poeta neolatino ed esponente illustre dell'umanesimo portoghese¹². Improvvisante i Pires si erano trovati ad avere un grosso debito di 23.500 scudi d'oro nei confronti del duca, estinto soltanto tra la fine del 1548 e l'inizio del 1549, per il quale Amato si era fatto sempre garante in solido¹³.

¹² Su Diogo Pires cf. Andrade (2014); sul rovescio finanziario dei Pires cf. Leoni (2011) I 138-140.

¹³ Nei documenti d'archivio pubblicati in Leoni (2011) II, di Amato compare il nome cristiano Iohannes Rodericus, che è stampato anche nella prima edizione del commento del Dioscoride pubblicata ad Anversa nel 1536; nelle successive edizioni del commento al Dioscoride e in quelle delle Curationes, si trova in-

¹¹ Amato Lusitano (1557) IV 54, 401. Cf. anche la lettera di dedica dello stesso commento, indirizzata al senato di Ragusa e datata Roma, 15 maggio 1551.

¹⁰ Sulla vita e sull'opera di Amato è tuttora di riferimento il libro di Lemos (1907); cf. anche il saggio di Friedenwald (1937), poi confluito in Friedenwald (1944). Per altri riferimenti bibliografici su Amato cf. Ventura (2009-2010) 142, n. 3; a questi ora si aggiungono diversi contributi di Antonio Andrade, per i quali si rimanda ad Andrade (2013).



Figura 4 - Biblioteca Civica Romolo Spezioli di Fermo, Sala del mappamondo

Ancona era diventata meta della diaspora sefardita dal settembre 1532, quando la città perde la libertà ed è annessa allo Stato della Chiesa¹⁴. Tra i primi provvedimenti presi dal cardinale Benedetto Accolti, dopo essere entrato ad Ancona con le truppe pontificie e averla conquistata in accordo con il papa Clemente VII, c'è la sottoscrizione di un salvacondotto a favore "dei mercanti levantini, turchi, greci, ebrei di qualsiasi condizione che già vivevano o che in seguito si fossero stabiliti ad Ancona", con riferimento agli ebrei sefarditi, capaci di ingenti investimenti ed esperti in commerci internazionali. Negli anni successivi, non solo sotto il pontificato di Clemente VII, ma anche di Paolo III e di Giulio III, continua in città la politica di concessioni e privilegi nei confronti degli ebrei, compresi i conversi sefarditi, con lo scopo di fare di Ancona un grande centro commerciale, ponte dello Stato Pontificio verso i Balcani e l'Oriente. Tra il 1547 e il 1549, Paolo III vara diverse disposizioni che permettono ai conversi portoghesi di praticare pubblicamente la religione ebraica; e nel febbraio 1553 Giulio III riconosce ufficialmente l'*Universitas Hebraeorum Lusitanorum* di Ancona.

Alcuni parenti di Amato, membri della famiglia Pires, si trasferiscono ad Ancona già nel 1532, e molti altri vi arrivano in seguito¹⁵. Il fratello di Amato, Ioseph Oeff Falcon, *alias* Ioseph Amato¹⁶, abita a Ferrara all'inizio degli anni Quaranta, ma è in affari con mercanti di Ancona, e il 7 giugno 1547 si dichiara abitante di Ancona in una procura conclusa presso il notaio Andrea

vece Amatus Lusitanus, latinizzazione del nome ebraico Chaviv, in seguito utilizzato a Salonico; cf. Tucker (2003) 201 e 216 e Colorni (1983) 721.

¹⁴ Per una sintesi su Ancona nel Cinquecento cf. Moroni (2016) con la bibliografia citata.

¹⁵ Cf. Leoni (2011) I 192-193 e 288-292 e Bonazzoli (2001-2002) 24-37.

¹⁶ L'identificazione del fratello di Amato, conosciuto come Ioseph Amato, con Ioseph Oeff Falcon si deve a Leoni (2011) I 319-322, grazie all'esame incrociato di vari documenti d'archivio.

Bernardino Pilestri¹⁷. Ioseph sembra poi stabile ad Ancona e tra i mercanti più intraprendenti della città: "dotato di sagacia, di energia e di vasti mezzi", si impegna in varie società che operano nel prestito e nel commercio di tessuti, pellami, preziosi e granaglie¹⁸. Amato potrebbe essere arrivato ad Ancona con il fratello o averlo raggiunto. In ogni caso, tra la fine degli anni Quaranta e i primi anni Cinquanta, numerosi ebrei portoghesi si spostano ad Ancona, attratti dalle opportunità economiche che la città offre con il porto in piena attività, e dal clima di tolleranza religiosa che sembra garantire.

Ma la situazione cambia repentinamente quando sale al soglio pontificio, con il nome di Paolo IV, il cardinale Gian Pietro Carafa, l'uomo della Controriforma e dell'Inquisizione, che fa della lotta contro ogni eresia la sua missione. Il 14 luglio 1555 il nuovo papa emette la bolla *Cum nimis absurdum*, con cui pone limitazioni alle libertà degli

¹⁷ Cf. il seguente documento segnalato da Luca Andreoni in Andreoni-Fortuna 2019: Archivio di Stato di Ancona (= ASAN), *Notarile di Ancona*, not. A.B. Pilestri, n. 233, c. 306v, 7 giugno 1547 (procura).

¹⁸ Cf. il profilo di Ioseph Oeff Falcon in Leoni (2011) I 319-322, e i documenti pubblicati in Leoni (2011) II, che vengono sia dall'Archivio di Stato di Ferrara sia da quello di Ancona, quest'ultimo esplorato solo in parte; l'indice è in Leoni (2011) II 1269.

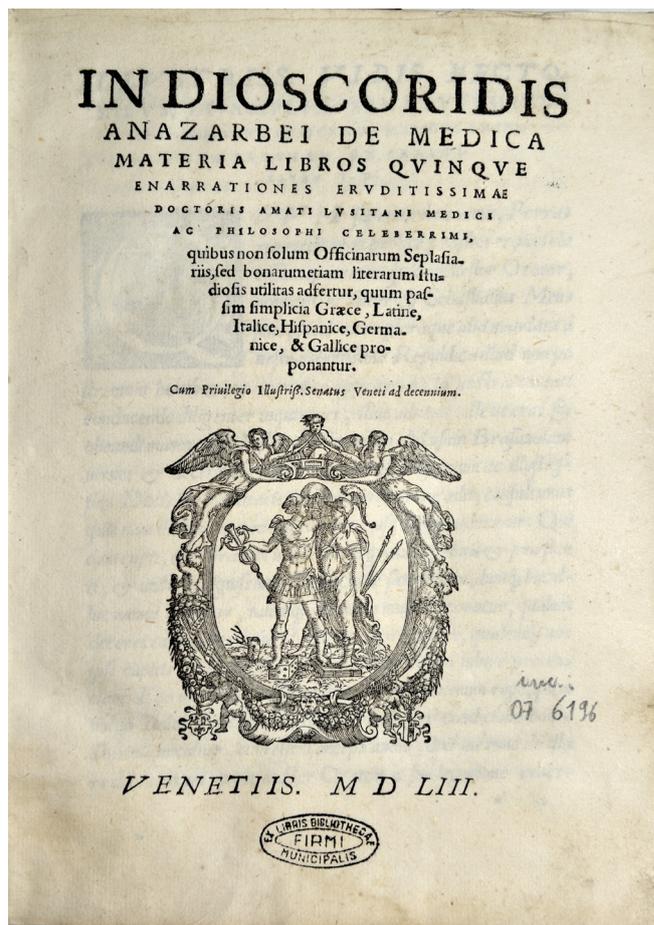


Figura 5 - Amato Lusitano, *In Dioscorides Anazarbei de medica materia ... enarrationes*, Venezia 1553

ebrei e li confina nei ghetti. Alcuni giorni dopo, il 26 luglio, invia i suoi commissari ad Ancona, con il compito di risolvere in modo definitivo la "vergogna", per lui inaccettabile, dei portoghesi che vivevano secondo i costumi ebraici, pur discendendo da coloro che erano stati costretti a convertirsi: allontanati i dubbi sulla validità del battesimo che pure erano sorti, muove contro di loro l'accusa di apostasia¹⁹.

Ad agosto avvengono i primi arresti dei portoghesi, le confische dei loro beni, e anche le fughe, tra le quali quella di Amato che si rifugia a Pesaro insieme con altri, lasciando ad Ancona tutti i suoi beni: vestiti, biancheria, arredi, libri e soprattutto le sue opere, sia il commento al *Canone* di Avicenna sia la quinta *Centuria* delle *Curationes*, il

¹⁹ Sulle persecuzioni dei ebrei conversi ad Ancona cf. Leoni (2011) I 487-494, Andrade (2012) e Foa-Andreoni (2013) con la ricca bibliografia citata.

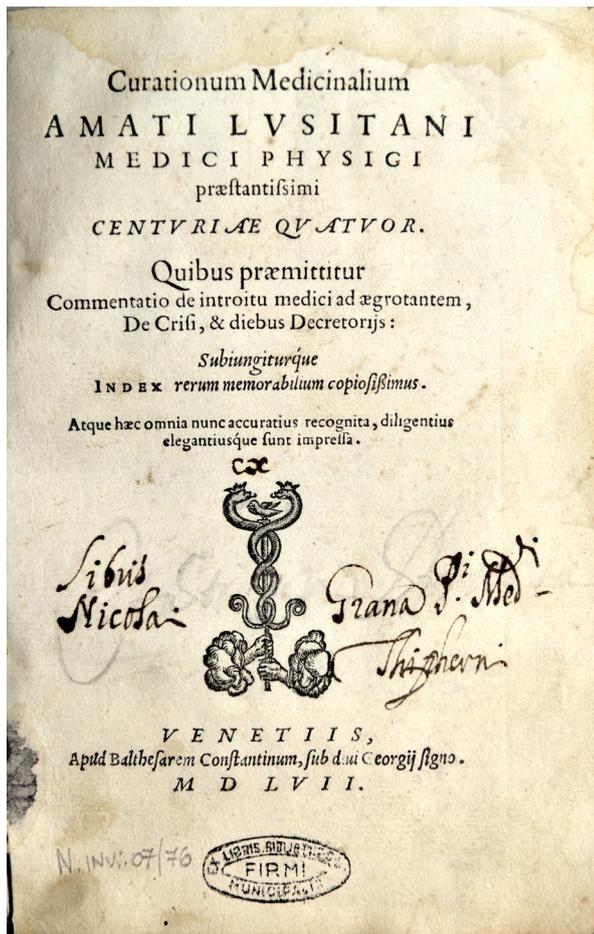


Figura 6 -Amato Lusitano, *Curationum medicinalium ... centuriae quattuor*, Venezia 1557

primo perduto, mentre la seconda in seguito recuperata. Lo racconta lo stesso Amato nella lettera indirizzata a Giuseppe Nasi, nipote di Grazia Mendes o Beatrice de Luna ed allora personaggio influente alla corte del sultano Solimano I il Magnifico a Costantinopoli, datata Salonico, 1 dicembre 1530 (= 1560), e stampata a partire dalla seconda edizione della quinta e sesta *Centuria*, pubblicata a Lione da Guillaume Rouille nel 1564²⁰. Lo conferma il lungo inventario dei beni sequestrati di Amato, redatto il 7 settembre 1555, dove, tra l'altro, sono elencate due casse di libri di cui si segnala soltanto "l'opera di Galeno in ottavo foglio"²¹.

²⁰ Amato Lusitano (1564) a2. Sulla perdita del commento ad Avicenna, cf. anche Amato Lusitano (1560) V 70, 107.

²¹ L'inventario dei beni di Amato è stato pubblicato da Segre (1985) 209-215, n. 37, insieme con quelli di altri quarantasette ebrei portoghesi o ritenuti tali, ac-

cusati di apostasia nell'estate del 1555. L'inventario di Amato è stato poi ripubblicato e tradotto da Andrade-Crespo (2012).

²² Cf. Foa (1999) 190.

²³ Cf. Leoni (2011) I 493-494, che segue l'elegia di Shelomò Hazan, pur segnalando che nella cronaca di Bernardino da Civitanova non compare il nome di Joseph Oeff Falcon tra i martiri di Ancona del 1556.

²⁴ Cf. Ioly Zorattini (2001-2002) 47-50.

²⁵ Non si conosce la data dell'arresto di Joseph, ma l'inventario dei suoi beni sequestrati è datato 3 ottobre 1555; cf. Segre (1985) 218-219, n. 42.

²⁶ Cf. Leoni (2011) II 1108-1109 (doc.

Quanto alla sorte dei portoghesi arrestati, novanta circa, si susseguono, in breve, interrogatori, torture, processi, evasioni, riconciliazioni con la Chiesa, e per venticinque di loro la morte sui roghi nell'attuale piazza Enrico Malatesta, tra l'aprile e il giugno 1556, che segna il momento più tragico della diaspora sefardita del Cinquecento e la totale dispersione della comunità portoghese di Ancona, formata da circa un centinaio di famiglie²². Tra i martiri sono stati annoverati anche lo zio di Amato Henrique Pires e il fratello Joseph Oeff Falcon, entrambi rappresentanti della nazione portoghese anconetana²³. Tuttavia un documento della seduta dell'Inquisizione del 5 dicembre 1555 li elenca tra i quattordici ebrei portoghesi di

2. Le *Curationes* ed Ancona

Nel commento al Dioscoride, passando rapidamente in rassegna le principali tappe della sua vita, a proposito di Ferrara Amato scrive: *Ferrariam veni, cuius clientela sexennius moratus sum, ubi quoque publice artem medicam professi sumus, et multa a viris doctissimis in re anatomica et herbaria didicimus*²⁷.

Amato, che pure era giunto a Ferrara da professionista esperto, riconosce di aver approfondito le sue conoscenze mediche in questa città, sede di un prestigioso ateneo, dove erano attivi il botanico Antonio Musa Brasavola (1500-1555) e l'anatomista Giovan Battista Canani (1515-1579), dove avevano insegnato maestri come Nicolò Leonicensi (1428-1524) e Giovanni Mainardi (1464-1536), e dove aveva studiato Giovan Battista da Monte (1489-1551), allora professore a Padova.

Non sorprende, dunque, che a Ferrara Amato dia avvio alle sue *Curationes*, negli stessi anni in cui sono raccolte quelle di Brasavola e di Da Monte, rimaste manoscritte le prime, pubblicate le seconde da un allievo, Johann Crato von Crafftheim (1519-1585), oltre un decennio dopo, nel 1558²⁸. Nella *Curatio* I 9²⁹, parlando del giovane ebreo Alcalai, che si ammala e muore a Ferrara a ventisette anni, in sole quarantotto ore, Amato segnala la data d'inizio delle *Curationes*, il 4 settembre 1546, che cade nella vigilia dello *Yom Kippur*, il giorno in cui "gli ebrei chiedono perdono a dio per i loro peccati". Si tratta di una coincidenza che rappresenta esplicitamente una consolazione per gli amici che piangono il giovane vissuto *sanctissime* e *innocentissime*, ma che sembra anche un sacro sigillo per l'opera che Amato si accinge a scrivere³⁰.

Soltanto otto mesi dopo, nel maggio 1547, Amato lascia Ferrara per

1373).

²⁷ Amato Lusitano (1557) I 137, 134.

²⁸ Cf. Pomata (2010) 208-212 con la bibliografia citata, a cui si aggiunga Mugnai Carrara (2004) sull'insegnamento clinico di Da Monte.

²⁹ Amato Lusitano (1557) 47.

³⁰ Cf. Gutwirth (2004) 233.

Ancona, dove rimane fino all'estate del 1555, come si è detto, e dove continua le sue *Curationes* fino alla *Curatio* V 68, che avviene ad Ancona: riguarda una donna di trentacinque anni, affetta da sifilide che aveva contratto dal marito, proveniente da "Sanctus Lupidius, da identificarsi con l'attuale Sant'Elpidio a mare, in provincia di Fermo³¹. La successiva *Curatio* si colloca invece a Pesaro (V 69), *Pisauri habita*, ed è introdotta da una presentazione elogiativa della città – *nunc vero civitas nobilis est et magnifica*, mentre nell'antichità il poeta Catullo l'aveva definita *moribunda* – e del duca Guidobaldo II della Rovere, *clementissimus et liberalissimus*: Amato afferma, all'inizio, di essere giunto a Pesaro, *Pisaurum venimus*, e in conclusione di aver praticato qui la medicina per alcuni mesi, sotto la protezione del duca, *sub cuius tutela Pisauri aliquot menses medicati sumus*³².

Se la fine delle *Curationes* anconetane è ben segnalata da Amato, non lo è invece il loro avvio, che cade comunque nella prima *Centuria*, terminata ad Ancona il 1 dicembre 1549³³. Le *Curationes* riflettono l'attività clinica di Amato senza esserne un diario: riguardano in genere i rimedi utilizzati per uno o più pazienti trattati in tempi non necessariamente vicini, sui quali le informazioni sono dettagliate o minimali, se non addirittura assenti, con l'aggiunta frequente di commenti, chiamati *scholia*, anche questi di lunghezza e contenuto diversi³⁴. Quanto alla prima *Centuria*, le *Curationes* ripercorrono la carriera di Amato: prendono avvio in Portogallo, procedono per Anversa e Ferrara, e arrivano ad Ancona. La prima *Curatio* che riguarda un paziente esplicitamente trattato ad Ancona è I 48: un uomo di quarant'anni, probabilmente un mercante che era giunto dalla Puglia, curato da Amato per un dolore al costato³⁵.

Ma riferimenti a donne, puerpere osservate ad Ancona, sono già contenuti nella *Curatio* I 27, dove la storia principale è quella di Anna, moglie di Stefano Pires e cugina di Amato che partorisce felicemente un bambino a Ferrara, dopo una lunga gravidanza di oltre dieci mesi³⁶. Amato coglie l'occasione per citare e discutere parti anomali – come quelli di donne che dopo un aborto avevano partorito animali – che gli era capitato di vedere soprattutto ad Ancona: la moglie di un mercante che veniva dall'Inghilterra e altre donne anconetane.

Qui è raccontato anche il parto di una donna che abita presso le scale di San Ciriaco, la cattedrale di Ancona, e della figlia di Giovanni Gualtaruzzi, che ora sappiamo mercante di Ancona da un atto del notaio anconetano Girolamo Monaco del 13 ottobre 1541³⁷.

Le *Curationes* anconetane potrebbero iniziare dalla *Curatio* I 35, che di certo avviene ad Ancona, anche se la città non è citata³⁸. Riguarda infatti la storia della figlia trentenne di Vincenzo, il conciatore di pelli, che si ammala prima in estate e in autunno impazzisce. Il conciatore di pelli Vincenzo è citato anche in seguito, nella *Curatio* II 60³⁹, riguar-

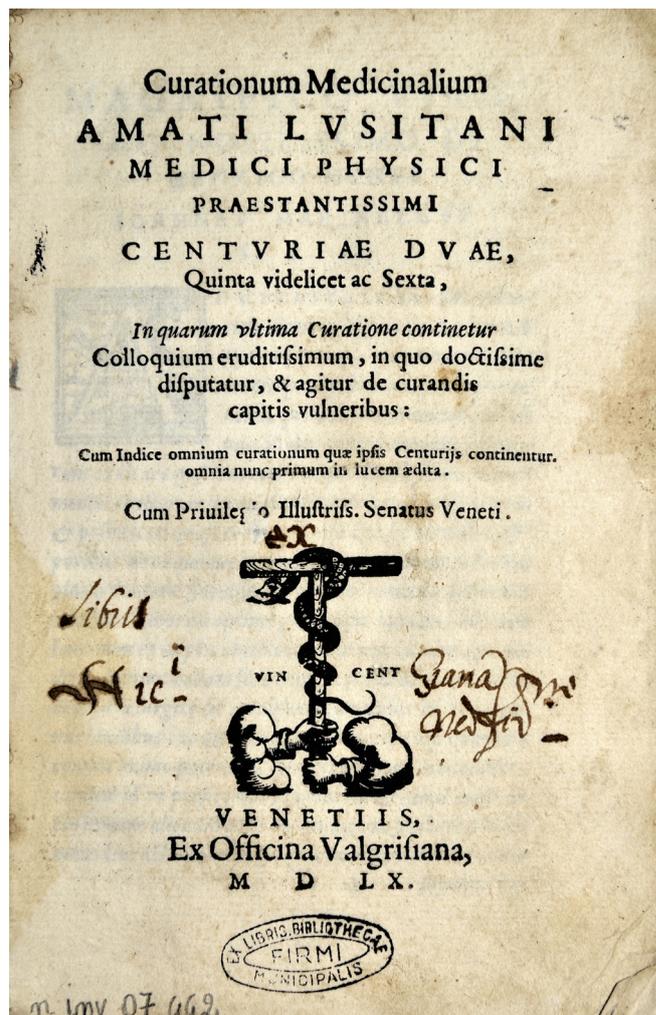


Figura 7 - Amato Lusitano, *Curationum medicinalium ... centuriae duae*, Venezia 1560 (con il Giuramento)

dante il figlio che aveva contratto la sifilide da una donna con cui era vissuto per qualche giorno. Qui Amato dice che il figlio di Vincenzo abita accanto alla chiesa di San Nicola, che compare indicata con il numero 29 nella pianta di Ancona incisa da Giacomo Fontana nel 1569⁴⁰. Si tratta di un'antica chiesa della città, forse fondata dalla comunità greca già nel V secolo, ampliata e trasformata nel tempo in un complesso conventuale, e infine abbattuta nel 1821 con lo scopo di

⁴⁰ Una copia della pianta di Giacomo Fontana del 1569 è presso il museo della città di Ancona, in piazza del Plebiscito. La pianta di Ancona di Francesco Paolo De Giardinis del 1745, non troppo dissimile da quella del Fontana, è stata pubblicata e commentata da Vincenzo Pirani; per la chiesa di San Nicola cf. Pirani (1991) 63.

³¹ Amato Lusitano (1560) 172-176.

³² Amato Lusitano (1560) 102-105.

³³ Amato Lusitano (1557) I 100, 206.

³⁴ Sugli *scholia* nelle *Curationes* di Amato cf. Ventura (2009-2010).

³⁵ Amato Lusitano (1557) 131-132.

³⁶ Amato Lusitano (1557) 86-87.

³⁷ Cf. Leoni (2011) I 197.

³⁸ Amato Lusitano (1557) 115-116.

³⁹ Amato Lusitano (1557) 302-304.

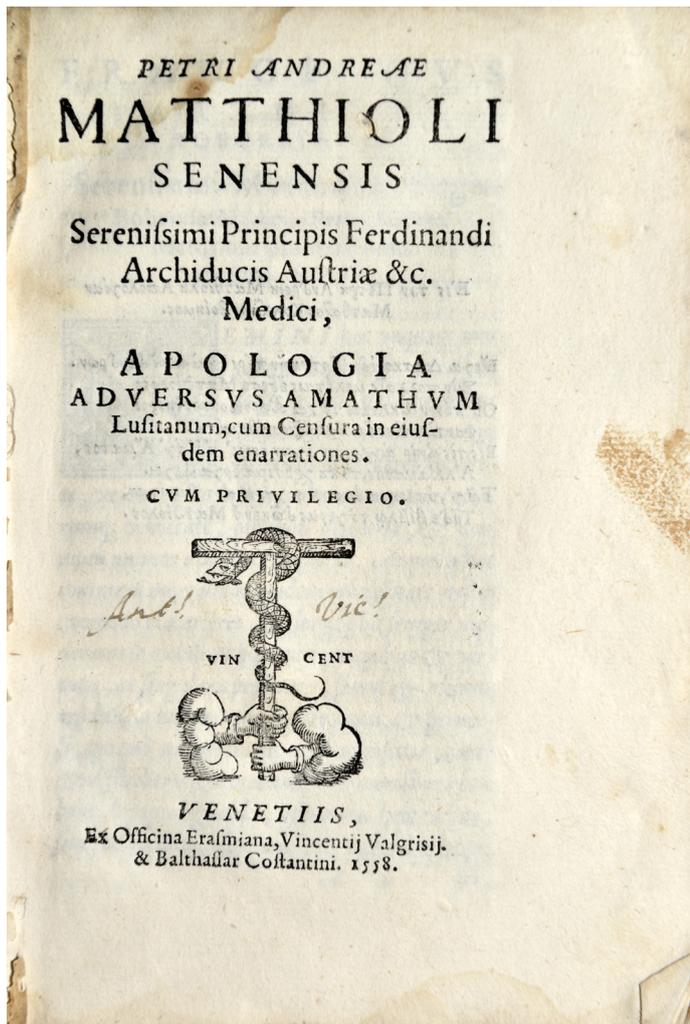


Figura 8 - Pietro Andrea Mattioli, *Apologia adversus Amatum Lusitanum*, Venezia 1558

creare la piazza antistante il teatro delle Muse, attualmente piazza della Repubblica⁴¹.

In conclusione, le *Curationes* I 35-V 68 riguardano principalmente pazienti che Amato cura ad Ancona, ad esclusione di un gruppo tra la fine della seconda *Centuria* e l'inizio della terza (II 82-III 13), che raccontano storie di pazienti che Amato segue a Roma, dove si era recato per curare il papa Giulio III, molto malato, e dove si ferma per alcuni mesi, forse tra l'autunno del 1550 e il giugno 1551⁴².

3. I pazienti ad Ancona

Per circa otto anni, dal maggio

⁴¹ Cf. Pirani (1998) 146-148.

⁴² Sul soggiorno di Amato a Roma cf. in dettaglio Andreoni-Fortuna (2019), in cui sono trattati anche i viaggi a Firenze e a Venezia.

1547 all'estate 1555, Amato vive quasi ininterrottamente ad Ancona, anche se non sembra sentire questa città come sua sede definitiva, almeno per un certo tempo. Forse avrebbe voluto avere un incarico pubblico di lavoro per una maggiore stabilità, ma il consiglio di Ancona non glielo concede, e quindi lo cerca altrove⁴³. In una lettera al senato di Ragusa datata 1551 e pubblicata nel 1553 con il commento al Dioscoride, si candida a ricoprire il ruolo di

medico primario sull'altra sponda dell'Adriatico⁴⁴. In un'altra lettera indirizzata a Cosimo I de' Medici, senza data ma stampata con la prima *Centuria* nel 1551, loda l'ateneo di Pisa che il duca aveva da poco riaperto, nel quale molto probabilmente avrebbe voluto insegnare.

Ancona è descritta da Amato come una città nobile e antica, allora popolata da persone di diversa provenienza, multiethnica e internazionale: *nobilis et antiqua civitas, vario*

⁴³ Cf. ASAN, *Consigli* 40-44, che conserva le deliberazioni prese dal consiglio di Ancona negli anni 1547-1555, con cui sono assegnate le condotte annuali ai medici e chirurghi della città. Tra questi non compare mai il nome di Amato, mentre ce ne sono alcuni citati nelle *Centurie*; cf. Morroni (1994) 122.

⁴⁴ Cf. *supra*, n. 11.

*genere gentium ornata*⁴⁵. Da tempo, ad Ancona, erano presenti comunità greche, turche, levantine, e più di recente si era formata e accresciuta quella degli ebrei portoghesi, di cui lo stesso Amato faceva parte. A metà del Cinquecento Ancona è un grande centro commerciale, un emporio in cui confluiscono mercanti di ogni genere da tutto l'Oriente, come racconta Amato: *Anconam veni nobile apud Italiam emporium, ad quod omne genus hominum mercatorum totius Orientalis plagae confluit*⁴⁶.

Non sorprende quindi che, tra i pazienti di Amato, numerosi siano i mercanti, talvolta difficile dire se di passaggio o residenti ad Ancona per qualche tempo. Questi vengono dall'Oriente e dall'Egitto (Costantinopoli, Salonicco, Edirne e Alessandria)⁴⁷, ma anche dal Nord Europa (soprattutto Anversa)⁴⁸, dai Balcani (Ragusa, Valona e Antibari)⁴⁹, e da ogni parte d'Italia (Firenze, Lucca, Venezia, Padova, Bergamo, Milano, Napoli e Bari⁵⁰), oltre che dalle località limitrofe.

Anche gli ebrei portoghesi che vivono ad Ancona sono in gran parte mercanti, esperti in rotte e commerci internazionali. Nella *Curatio* V 66, Amato parla di un tale Pietro Francesco, mercante di Terranova,

⁴⁵ Amato Lusitano (1557) III 74, 465.

⁴⁶ Amato Lusitano (1557) IV 2, 285.

⁴⁷ Amato Lusitano (1557) I 83, 177; II 18, 236; IV 16, 535 (Costantinopoli); I 91, 185 (Salonicco); III 65, 446 (Edirne); Amato Lusitano (1560) V 56, 87 (mercante ligure che viene da Alessandria).

⁴⁸ Amato Lusitano (1560) V 4, 11; V 24, 51 (Anversa); anche V 43, 79 (mercante veneto che viene da Anversa); V 61, 93 (mercante fiorentino che viene da Anversa).

⁴⁹ Amato Lusitano (1557) I 92, 190 (Ragusa); III 72, 459; IV 5, 519 (Valona); I 97, 200 (Antivari).

⁵⁰ Amato Lusitano (1557) III 52, 434; Amato Lusitano (1560) V 49, 82; V 61, 93; V 62, 94-95 (Firenze); Amato Lusitano (1557) IV 54, 593 (Lucca); III 62, 443-444; Amato Lusitano (1560) V 43, 79 (Venezia); Amato Lusitano (1557) IV 54, 593 (Padova); IV 15, 535; IV 22, 546; Amato Lusitano (1560) V 44, 79 (Bergamo); V 33, 70 (Milano); Amato Lusitano (1557) II 45, 288; Amato Lusitano (1560) V 5, 19 (Napoli); Amato Lusitano (1557) III 88, 485 (Bari).

e lo definisce molto bravo, *diligentissimus*⁵¹. Di lui ci dice che abita nella casa dei Barberini, da identificarsi con quella di Niccolò Barberini, a sua volta mercante fiorentino attivo ad Ancona. Pietro Francesco doveva essere un mercante portoghese che si era guadagnato l'appellativo di Terranova perché era stato a Terranova, l'isola dell'Atlantico ora territorio canadese che nel 1502 era stata esplorata da Miguel Corte-Real e subito annessa al Portogallo⁵².

Altri ebrei portoghesi, citati da Amato nelle *Centurie*, avevano lavorato e soggiornato in India, che allora apparteneva al Portogallo. Un certo Didaco Ferdinando della Pietra doveva il suo appellativo della Pietra ad una pietra preziosa che aveva portato con sé dall'India⁵³. Un oscuro Girolamo, che è medico e interlocutore di Amato, racconta di aver praticato a lungo la professione in India⁵⁴. Francesco Barbosa, anche lui medico e mercante, citato da Amato in diversi passi delle *Centurie*, era vissuto per diciotto anni in India, per poi giungere ad Ancona e impegnarsi in attività finanziarie e commerciali che ora si conoscono in dettaglio, attraverso l'esplorazione degli archivi notarili⁵⁵.

I protagonisti delle *Curationes* di Amato non sono soltanto mercanti, ma un'umanità molto varia che tocca ogni cetto sociale. Amato cura l'élite cittadina, a partire dai parenti del papa Giulio III: la sorella Giacomina, che soggiorna ad Ancona, e il nipote Vincenzo de Nobili, che ad Ancona è governatore delle armi e che lo introduce al papa stesso⁵⁶. Suoi pazienti sono religiosi, priori e badesse, monaci e suore, come

pure notai, letterati, poeti, musicisti, maestri, soldati, artigiani, conciatori di pelli, scalpellini, bottegai, fornai, marinai, pescatori, servi. Ci sono poi tante donne di diversa età e cetto, alcune lavoratrici, e i bambini colpiti da malattie o incidenti, tra cui frequente è la caduta dalle scale. Di tutti questi Amato racconta le storie da medico esperto e grande narratore in modo diverso, sempre con lucidità e comprensione, ma di volta in volta con simpatia, ironia, severità o pietà, animando i molteplici luoghi della città con dettagli altrimenti dimenticati e rivelandosi un testimone straordinario dell'Ancona di metà Cinquecento, come Santoro aveva affermato.

Gli ultimi, i poveri, gli emarginati, i maltrattati o perseguitati non sono mai trascurati. Amato dedica la *Curatio* II 30 agli ebrei etiopi, i falascia che, cacciati dalla Spagna prima e dal Portogallo poi per motivi religiosi, in quanto "neofiti, cioè ebrei costretti a convertirsi al cristianesimo contro il loro volere", erano giunti ad Ancona per fare i servi, malati e poveri, *pecuniis empti*: si salvano quelli che si curano bene, mentre gli altri muoiono di consunzione o tubercolosi⁵⁷. In pochi giorni muore anche una serva etiopica di trentaquattro anni, che era caduta in uno stato di incoscienza dopo aver avuto a lungo la febbre. Amato racconta la sua storia nella *Curatio* II 26, ricordando che la padrona, un'agiata ebrea portoghese, era solita picchiarla in testa: spiega così acutamente la causa della malattia e pietosamente conserva la memoria della donna umile e mite⁵⁸.

Le *Curationes* confermano quindi quanto Amato scrive nel *Giuramento*, che è una sorta di testamento, in cui descrive la sua condotta professionale, ispirata all'antica deontologia del medico greco Ippocrate, ma approfondita e raffinata in prospettiva universalistica⁵⁹. Qui tra l'altro si legge: "mai ho fatto caso alla posizione elevata del malato e

con la stessa diligenza ho curato i poveri e i nati in altissimo loco"; e soprattutto, prima, "sempre uguali per me sono stati gli uomini di ogni religione, sia ebrei che cristiani o mussulmani"⁶⁰. Quest'ultima frase, di intensa eticità e di sorprendente modernità, è stata cancellata nell'edizione censurata delle opere di Amato stampata nel 1620, in nome di un'intolleranza religiosa che era rovinosamente diffusa allora, e che in modi e forme diverse è una minaccia devastante ancora oggi.

Elenco delle opere in mostra nella Biblioteca Civica Romolo Spezioli di Fermo (13 dicembre 2018 - 8 gennaio 2019)

Amato Lusitano, *In Dioscorides Anazarbei de medica materia libros quinque enarrationes eruditissimae*, Venezia, G. Scoto, 1553;
Amato Lusitano, *Curationum medicinalium ... centuriae quatuor*, Venezia, B. Costantini, 1557;
Amato Lusitano, *Curationum medicinalium ... centuriae duae*, Venezia, V. Valgrisi, 1560;
Amato Lusitano, *Curationum medicinalium ... centuriae septem*, Barcellona, S. e J. Mathevats, 1628;
Antonio Musa Brasavola, *Examen omnium simplicium medicamentorum, quorum in officinis usus est*, Venezia, sub signo putei, 1539;
Pietro Andrea Mattioli, *Commentariorum secundo aucti, in libros sex Pedacii Dioscoridis Anazarbei De medica materia. His accessit eiusdem Apologia adversus Amathum Lusitanum, quin & censura in eiusdem enarrationes*, Venezia, A. Arrivabene, 1558;
Pietro Andrea Mattioli, *Commentarii, in libros sex Pedacii Dioscoridis Anazarbei, de medica materia. Adiectis quam plurimis plantarum & animalium imaginibus, eodem authore*, Venezia, V. Valgrisi, 1554.

Bibliografia

Amato Lusitano (1557), *In Dioscoridis Anazarbei De medica materia libros quinque enarrationes eruditissimae*, Venezia, G. Ziletti.

⁵¹ Amato Lusitano (1560) 97; cf. Leoni (2011) II 1223.

⁵² L'isola di Terranova è citata anche in Amato Lusitano (1560) V 10, 31.

⁵³ Amato Lusitano (1557) IV 23, 553.

⁵⁴ Amato Lusitano (1557) I 91, 189.

⁵⁵ Cf. Leoni (2011) in particolare I 315-317; Andreoni (2012).

⁵⁶ Su Giacomina Ciocchi del Monte cf. Amato Lusitano (1557) II 1, 207-214; su Vincenzo De Nobili cf. in particolare Amato Lusitano (1557) II 31, 254-261 e IV 44, 578-581; il papa Giulio III è citato in Amato Lusitano (1560) V 29, 65.

⁵⁷ Amato Lusitano (1557) 254.

⁵⁸ Amato Lusitano (1557) 247.

⁵⁹ Sul *Giuramento* cf. soltanto Friedewald (1937) 640.

⁶⁰ Toaff (1986) 219; cf. *supra*, n. 5.

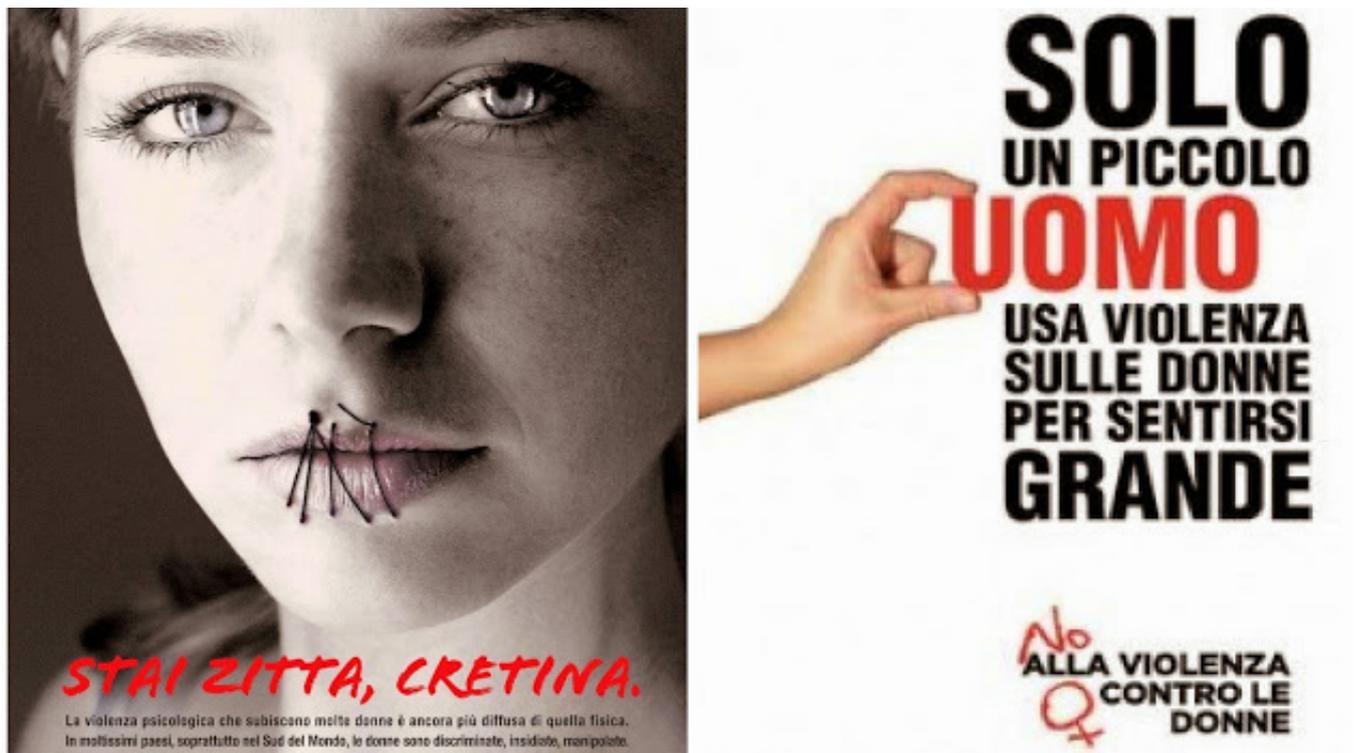
- Amato Lusitano (1557), *Curationum medicinalium Amati Lusitani medici phisici praestantissimi centuriae quatuor*, Venezia, V. Valgrisi.
- Amato Lusitano (1560), *Curationum medicinalium Centuriae duae, quinta videlicet et sexta*, Venezia, V. Valgrisi.
- Amato Lusitano (1564), *Curationum medicinalium Centuriae duae, quinta videlicet et sexta*, Lyon, G. Rouille.
- Amato Lusitano (1570), *Curationum medicinalium centuria septima*, Lyon, G. Rouille.
- Andrade, A.M.L. (2012), "Amato Lusitano em Ancona: a tragédia da família Pires", *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao século XXI. Cadernos de Cultura* 26, 20-27.
- Andrade, A.M.L.-Crespo, H.M. (2012), "Os inventários dos bens de Amato Lusitano, Francisco Barbosa e Joseph Molcho, em Ancona, na fuga à Inquisição (1555)", *Ágora. Estudos Clássicos em Debate* 14.1, 45-90.
- Andrade, A.M.L. (ed.) (2013), *Humanismo, diáspora e ciência, séculos XVI e XVII*, Aveiro-Porto, Universidade de Aveiro-Biblioteca pública municipal do Porto.
- Andrade, A.M.L. (2014), *O Cato Minor de Diogo Pires e a poesia didáctica no século XVI*, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Andreoni, L. (2012), "«Perché non se habbia più à tribulare». Gli ebrei nella Marca fra spazi economici e conflitti giudiziari alla metà del XVI secolo", in M. Caffiero-A. Esposito (eds.), *Gli ebrei nello Stato della Chiesa. Insediamenti e mobilità (secoli XIV-XVIII)*, Padova, Esedra editrice, 109-147.
- Andreoni, L.-Fortuna, S. (2019) "Amato Lusitano e Ancona: nuovi contributi", in M.Á. González Manjarrés (ed.), *Amato Lusitano y la medicina de su tiempo*, Madrid, Escolar y Mayo, 2019 (in corso di stampa).
- Bonazzoli, V. (2001-2002), "Un'identità ricostruita. I portoghesi ad Ancona dal 1530 al 1547", *Zakhor. Rivista di Storia degli Ebrei in Italia* 5, 9-38.
- Colorni, V. (1983), *Judaica minora. Saggi sulla storia dell'ebraismo italiano dall'antichità all'età moderna*, Milano, Giuffrè.
- Foa, A. (1999), *Ebrei in Europa. Dalla peste nera all'emancipazione*, Roma-Bari, Laterza.
- Foa, A.-Andreoni, L. (2013), "Marrani al rogo, L'inquisizione e la condanna dei giudaizzanti portoghesi di Ancona", in S. Sparapani (ed.), *Lezioni di storia*, Ancona, Il lavoro editoriale.
- Friedenwald, H. (1937), "Amatus Lusitanus", *Bulletin of the Institute of the History of Medicine* 5, 603-653.
- Friedenwald, H. (1944), *The Jews and Medicine*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, vol. 1, 332-380.
- Gutwirth, E. (2004), "Amatus Lusitanus and the Location of Sixteenth Century Cultures", in D.B. Ruderman-G. Veltri (eds.), *Cultural Intermediaries: Jewish Intellectuals in Early Modern Italy*, Philadelphia, University of Pennsylvania.
- Ioly Zorattini, P.C. (2001-2002), "Ancona sui giudizzanti portoghesi di Ancona (1556): condanna e riconciliazione", *Zakhor. Rivista di Storia degli Ebrei in Italia* 5, 39-51.
- Lemos, M. (1907), *Amato Lusitano, a sua vida e a sua obra*, Oporto, E. Tavares Martins.
- Leoni, A. di Leone (2011), *La nazione ebraica spagnola e portoghese di Ferrara (1492-1559). I suoi rapporti col governo ducale e la popolazione locale ed i suoi legami con le Nazioni Portoghesi di Ancona, Pesaro e Venezia*, L. Graziani Secchieri (ed.), 2 voll., Firenze, Olschki.
- Moroni, M. (2016), "Ancona al tempo di Benvenuto Stracca (1509-1578)", *Proposte e Ricerche* 76, 199-211.
- Morrone, M. (1994), "Fisici e cerusici alla metà del XVI secolo", in *Medicina e salute nelle Marche dal Rinascimento all'età napoleonica*, Urbino, Arti Grafiche Editoriali, vol. 1, 111-140.
- Mugnai Carrara (2004), "Le strategie didattiche di Giovan Battista da Monte (1489-1551) e il tentativo di riforma del curriculum patavino", *Medicina nei Secoli* 16, 491-502.
- Pirani, V. (1991), *Una pianta di Ancona del 1745*, Ancona, Comune di Ancona.
- Pirani, V. (1998), *Le chiese di Ancona*, Ancona, Nuove Ricerche Ancona.
- Pomata, G. (2005), "Praxis Historialis: The Uses of Historia in Early Modern Medicine", in G. Pomata-N.G. Siraisi (eds.), *Historia: Empiricism and Erudition in Early Modern Europe*, Cambridge (MA)-London-England, The MIT Press, 105-146.
- Pomata, G. (2010), "Sharing Cases: The Observations in Early Modern Medicine", *Early Science and Medicine* 15, 193-236.
- Santoro, M. (1974), "Saggio storico su Bartolomeo Eustachio", in *Bartolomeo Eustachio 1574-1974*, Macerata, Cassa di Risparmio della Provincia di Macerata, 10-27.
- Santoro, M. (1991), *Amato Lusitano e Ancona*, Coimbra, Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Santoro, M. (1998), *Scritti medici*, G. Leopardi (ed.) (collaborazione di L. Verdoni), Fermo, Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo.
- Segre, R. (1985), "Nuovi documenti sui marrani d'Ancona (1555-1559)", *Michael* 9, 130-233.
- Toaff, R. (1986), "Deontologia dei medici greci nei secoli", in *Scritti in memoria di Nathan Cassuto*, Gerusalemme, Kedem, 209-233.
- Tucker, G.H. (2003), *Homo viator. Itineraries of Exile, Displacement and Writing in Renaissance Europe*, Genève, Droz, 195-238.
- Ventura, I. (2009-2010), "Theory and Practice in Amatus Lusitanus's Curationum medicinalium Centuriae: The Case of Fevers", *Korot* 20, 139-179.

Violenza e Società

6. Violenza contro le donne nella società contemporanea

Alberto Pellegrino

Sociologo



La violenza sulle donne è stata definita dall'ONU "un flagello mondiale" al causa della sua diffusione in tutti i Paesi compresa l'Italia. Gli aggressori appartengono a tutte le classi e compiono abusi fisici e sessuali su soggetti adulti e su minori, sul lavoro e in famiglia. Per combattere questa forma di violenza, oltre alle leggi, servono adeguate forme di prevenzione e di educazione.

Le Nazioni Unite hanno votato nel 1993 la *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*, nella quale questo tipo di violenza viene così definita: «Qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata». Siamo di fronte a una delle tante violazioni dei diritti umani, al radicamento di un rapporto tra esseri umani che ha condotto gli uomini a prevari-

care e discriminare le donne, a un meccanismo sociale che costringe le donne a vivere in una posizione subordinata rispetto agli uomini.

Purtroppo la violenza contro le donne sta diventando un fenomeno sempre più diffuso nell'ambito della famiglia e in tutta la società, per cui è indispensabile affrontare seriamente il problema per eliminare o almeno ridurre gli effetti negativi prodotti da questo tipo di violenza, che va punita non solo quando si presenta sotto le forme più brutali e disumane, ma anche quando assume l'aspetto del ricat-

to morale e della violenza psicologica.

In un'epoca che si professa civilizzata come la nostra, le Nazioni Unite hanno giustamente definito la violenza sulle donne "un flagello mondiale", un fenomeno barbarico che sta raggiungendo dimensioni preoccupanti, perché non comprende solo l'aggressione fisica ma include anche vessazioni psicologiche, ricatti economici, minacce, violenze e persecuzioni di vario genere, fino a sfociare nella forma estrema e drammatica del femminicidio. Basti pensare che, secondo

i dati ufficiali del 2016, sei milioni e 788 mila donne hanno subito nel mondo una qualche forma di violenza fisica o sessuale. In Italia, nonostante la legge del 2013 che inasprisce le pene e le misure cautelari, la violenza contro le donne sta assumendo dimensioni veramente preoccupanti, se si pensa che, sempre nel 2016, sono stati commessi 3.984 reati sessuali, 13.117 delitti di stalking, 14.247 maltrattamenti in famiglia e 149 omicidi.

È ormai dimostrato che la violenza contro le donne è diventata endemica sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo. Le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali, a tutti i ceti economici e culturali; sono spesso mariti, fidanzati, compagni di vita e padri, seguiti dagli amici, vicini di casa, conoscenti stretti, colleghi di lavoro o di studio.

Bisogna inoltre precisare, per evitare stereotipi devianti e socialmente dannosi, che queste violenze non sono commesse solo da uomini sbandati, malati di mente, tossicodipendenti, migranti, persone che vivono ai limiti della società, ma anche da individui cosiddetti "normali".

In molti paesi le giovani sono vittime di matrimoni coatti, matrimoni riparatori e/o sono costrette alla schiavitù sessuale, mentre altre vengono indotte alla prostituzione forzata. Altre forme di violenza sono le mutilazioni genitali femminili o altri tipi di mutilazioni come lo stiramento del seno, le morti a causa della dote, lo stupro di guerra ed etnico.

Il fenomeno sta assumendo dimensioni mondiali e non è sufficiente cercarne le cause nella frustrazione maschile, nella mancata realizzazione personale dell'uomo, nelle difficoltà sul lavoro o nella vita, nell'insoddisfazione, ma bisogna andare più in profondità per cercare le cause nel mancato riconoscimento dell'identità delle donne da parte degli uomini e nella non realizzata parità di diritti tra uomini

e donne, nel negare alle donne la possibilità di realizzarsi e di decidere secondo quanto ritengono sia meglio per loro stesse.

Varie forme di violenza contro le donne

Esiste la violenza domestica esercitata soprattutto nell'ambito familiare o nella cerchia di conoscenti, attraverso minacce, maltrattamenti fisici e psicologici, atti persecutori, stalking, percosse, abusi sessuali, delitti d'onore, uxoricidi passionali o premeditati. Una forma particolare di violenza familiare è la violenza economica, che consiste nel controllo del denaro da parte del partner, nel divieto d'intraprendere attività lavorative esterne all'ambiente domestico, nel controllo delle proprietà e nel divieto ad ogni iniziativa autonoma rispetto al patrimonio della donna.

La violenza nella famiglia non avviene solo nei confronti di individui adulti ma anche con abusi sessuali su minorenni che, coinvolti nella relazione sessuale, non sono in grado di cogliere il significato di quanto viene effettuato su di loro. Il minore non è nelle condizioni di comprendere le conseguenze anche gravi cui sarà esposto, perché in questi casi la vittima è solo in grado di percepire di essere oggetto di attenzioni particolari da parte dell'abusante rispetto agli altri componenti della famiglia, per cui vive questa condizione come un pesante segreto, il quale produce un trauma dissociativo che ostacola i processi d'integrazione e di crescita del minore.

Gli abusi sessuali intra familiari avvengono soprattutto sulle figlie da parte delle figure maschili della famiglia (padri, nonni, zii, amici che godono di grande considerazione e fiducia da parte della famiglia) e questi abusi, di cui sono vittime le bambine e le ragazze adolescenti possono arrivare alla violenza estrema dell'incesto. L'abuso familiare è spesso compiuto con strategie di manipolazione e di violenza psicologica diretta o indiretta, con strategie di seduzione. Il legame incestuoso con la figlia

tiene al padre al riparo dalla propria fragilità, dalla paura di confrontarsi alla pari con una donna adulta; gli consente inoltre di usare questa relazione incestuosa per affermare la propria autorità sulla famiglia e il proprio potere sulle donne, scegliendo la più debole e la più dipendente per dominarla completamente. Dalla distruzione psicologica di una figlia il padre guadagna una sensazione emozionale autocentrata e sganciata da un reale scambio affettivo e questo sfocia spesso in comportamenti possessivi e in gelosie patologiche che si manifestano anche con un marcato dirigismo sulla vita esterna della figlia.

Un tipo particolare di violenza sessuale si sta diffondendo nella Rete con forme di adescamento che sfuggono al controllo dei genitori e rendono difficoltosi gli interventi della polizia postale a causa dell'uso incontrollato di Internet, dove ragazze adolescenti o preadolescenti postano sui social network le loro immagini in abiti succinti o addirittura mostrano le loro nudità ad amici e compagni, si scambiano foto intime per un malinteso senso di libertà sessuale.

Purtroppo questi profili sono aperti e permettono l'ingresso di sconosciuti o addirittura di cybermaniaci, i quali procedono a forme di adescamento che sfociano in incontri pericolosi, che fanno scattare minacce e ricatti di tipo sessuale.

A volte ragazze minorenni o anche giovani adulte compiono rapporti sessuali con il proprio compagno dinanzi a una telecamera e quando la relazione s'interrompe le immagini finiscono in rete e diventano oggetto di ricatto psicologico da parte del loro ex o da parte di sconosciuti con forme di persecuzione che possono sfociare con preoccupante frequenza in suicidi da parte di ragazze terrorizzate dal fatto che quei video possano fare il giro del web.

Esiste poi una violenza esercitata sul posto di lavoro, dove le donne sono esposte ad abusi e ricatti ses-

suali. Si tratta di una sopraffazione molto sottostimata nelle sue manifestazioni fisiche e sessuali che va da una forma di maschilismo soft basato su battute, offerte di protezione, tentativi di seduzione, per arrivare alle violenze fisiche e a tutti i tipi di molestie sessuali. Ci sono forme di maltrattamenti psicologici che entrano a far parte dei rapporti di lavoro e che finiscono per essere considerati come inevitabili, pur provocando uno stato d'insofferenza e di disagio nelle donne che sentono di essere considerate come un oggetto, caricate di eccessive responsabilità e di paure con minacce vaghe o palesi. Molte donne vittime di queste molestie soffrono di disturbi psicologici e fisici di vario genere, di turbe caratteriali, perché il mantenere un costante stato di sorveglianza finisce per compromettere gli equilibri psicofisici, oppure porta ad accettare la violenza come normale o addirittura necessaria per conservare il posto di lavoro o per fare carriera.

Lo stupro non è solo un grave reato

Tra le forme più gravi di violenza contro le donne rientra lo stupro, una pratica maschile attuata fin dall'antichità da parte dei vincitori sulle donne dei vinti, nel corso delle guerre dal medioevo all'età moderna, durante le guerre coloniali, nella prima e nella seconda guerra mondiale fino a diventare un'arma bellica nel corso della guerra serbo-croata-bosniaca con gli stupri di massa contro le donne del nemico. Si tratta della forma di violenza più abietta, perché pone la donna in una condizione di assoluta incapacità di difesa sia quando lo stupro è commesso da un gruppo o da una singola persona con l'uso della forza fisica, dell'alcol o di sostanze stupefacenti che debilitano la volontà di reazione del soggetto femminile. Al di là di possibili motivazioni psicologiche o sociali, siamo sempre e comunque di fronte a un reato che deve essere punito con la massima severità senza indulgere in giustificazioni che riguardino una eventuale provocazione, forme di abbigliamento, atteggiamenti di seduzione da parte della

donna, presunte e non dimostrate forme di consenso. Alla base dello stupro c'è la convinzione che riduce la donna a oggetto, a strumento di godimento, a un pezzo di carne destinato a soddisfare gli appetiti sessuali del maschio in una società che favorisce lo scatenamento di fantasie sadico-aggressive, la regressione dell'individuo a un animale disinibito. "Una delle scoperte più importanti, emerse negli ultimi dieci anni sugli stupratori, è che per questi individui, per nulla ipersessuati, lo stupro è più una manifestazione di forza, prevaricazione e rabbia che di desiderio sessuale. Va notato che la maggior parte dei violentatori non soffre del problema di non avere un partner sessuale disponibile. Ciò non significa che lo stupro non abbia alcuna connotazione o motivazione sessuale; ma nella maggior parte dei casi le componenti di aggressività sono talmente predominanti da far passare in secondo piano l'aspetto sessuale dell'azione" (W. H. Masters e V. E. Johnson, 1987).

Le caratteristiche della violenza maschile

La violenza maschile nelle espressioni più drammatiche (percosse, stupri, omicidi) non è un fenomeno socialmente isolato; essa nasce in un sistema di relazioni molto ampio e capillare che riguarda l'organizzazione sociale dei rapporti tra i sessi, in forme di sessismo che pongono il maschio in una condizione dominante, sulla tendenza a occultare la violenza o a riconoscerla solo in gruppi sociali considerati socialmente ed economicamente inferiori. La violenza sessuale non riguarda solo l'uccisione di una donna da parte di un uomo ("femminicidio"), ma anche il giudizio estetico e morale sui corpi e sulle scelte delle donne, i condizionamenti psichici, le pratiche di negazione e di controllo, le minacce, gli insulti, le offese sotto gli occhi di tutti e per lunghi periodi di tempo. Una forma particolarmente drammatica di violenza è l'uso dell'acido contro le donne per deformarne l'aspetto fisico, per cancellarne la bellezza e la grazia, perché la logica perversa dello

sfregio non è solo una punizione, ma è anche un modo per affermare il proprio possesso per impedire a una donna di potersi unire ad altri, perché si pensa che sfigurare il corpo della donna possa toglierle ogni valore, ogni possibilità di affermazione nella società, possa essere una condanna alla cancellazione sociale.

La violenza maschile nelle espressioni più drammatiche (percosse, stupri, omicidi) non è un fenomeno socialmente isolato, ma nasce in un sistema di relazioni molto ampio e capillare che riguarda l'organizzazione sociale dei rapporti tra i sessi, che giustifica forme di sessismo destinate a porre il maschio in una condizione dominante, a consolidare la tendenza a occultare la violenza o a riconoscerla solo in gruppi sociali considerati socialmente ed economicamente inferiori. Da questo deriva, anche nell'universo mentale femminile, quella introiezione inconscia delle strutture androcentriche su cui si è costruito nel tempo il potere maschile, secondo paradigmi culturali e schemi di valore che si trasmettono alle successive generazioni e che contribuiscono a consolidare e perpetrare l'impianto sociale dominante. Quest'assimilazione/interiorizzazione del dominio maschile come elemento acquisito è una delle cause che producono e rafforzano l'inclinazione alla subalternità e alla sottomissione su cui poggia la "mitologia androcentrica" che un tempo aveva le sue fondamenta sull'egemonia patriarcale esercitata nella famiglia e che è ancora presente, con le dovute differenze culturali, in diverse aree geopolitiche. Bisogna pertanto smascherare ideologicamente quei meccanismi concettuali che trasformano un arbitrio culturale in una condizione naturale che parte dalle differenze biologiche tra uomo e donna per arrivare a una costruzione sociale posta a fondamento di una divisione arbitraria dei due sessi.

Come intervenire contro la violenza maschile

Non è sufficiente considerare la violenza maschile contro le donne soltanto un reato da punire con

pene anche severe, perché bisogna collocare il fenomeno all'interno di un contesto sociale e culturale per procedere sul piano dell'educazione e sulla costruzione di nuovi modelli culturali. In questo modo si sarebbe possibile smontare determinati stereotipi che sono un retaggio del passato e sono privi di ogni fondamento scientifico: il *mito maschilista della virilità*, secondo il quale le donne desiderano, più o meno coscientemente, di essere possedute con la violenza e possono indurre alla violenza, provocando la reazione maschile attraverso il loro abbigliamento o atteggiamenti invitanti; la *riduzione della sessualità alla genitalità*, che riduce la donna da "soggetto" a "oggetto" sessuale; la *desensibilizzazione rispetto all'immoralità e alla violenza*, che comporta una progressiva perdita delle resistenze morali. Per evitare che il problema della violenza sulle donne rimanga ai margini della società, per mettere in gioco il modo di stare al mondo degli uomini, per cambiare le rappresentazioni che i maschi hanno di loro stessi e delle donne, è necessario ricorrere alla prevenzione: quando si vede che nel rapporto di coppia, nel rapporto familiare, nel rapporto con gli amici o con giovani conoscenti qualcosa inizia a non andare per il verso giusto, bisogna agire immediatamente in qualunque contesto sociale ci si trovi a

vivere. Si deve tenere presente che quelle frasi, quelle avance, quei comportamenti, che non rispettano né la persona né la donna, possono costituire il primo passo verso brutte avventure, per cui è necessario prendere provvedimenti a questo livello prima che certi "segnali" degenerino in forme di vera e propria violenza fisica e psicologica. Le donne, che subiscono violenza, devono subito rivolgersi ai centri antiviolenza, presenti in molte città, perché da sole non è possibile uscire da certe situazioni, per cui c'è bisogno di un sostegno psicologico e di un aiuto legale. Nello stesso tempo occorrono una maggiore severità e una maggiore rapidità nell'emettere le sentenze da parte della magistratura, visto il 44,6 per cento delle donne assassinate avevano denunciato i loro uccisori, che molte delle denunce presentate contro partner violenti vengono archiviate (il 45%), che per arrivare a una sentenza di condanna passano almeno tre anni. Bisogna evitare il fenomeno delle violenze sommerse, che spesso sono compiute tra le mura domestiche e che non vengono denunciate. Dice il sociologo Marzio Barbagli: "A differenza di altri reati, come quelli contro il patrimonio, le denunce per stupro non raccontano adeguatamente la realtà. Le violenze sessuali denunciate sono infatti solo una piccola parte di quelle davvero

compiute molte violenze avvengono in famiglia per opera del partner o comunque di una persona conosciuta e questo è un fenomeno che resta in gran parte sommerso. Ancora meno sappiamo degli stupri di immigrati a danno di donne loro connazionali".

La battaglia culturale contro la violenza sessuale deve passare attraverso un'educazione alla sessualità e all'amore, per valorizzare l'incontro tra i sessi come un incontro tra differenze. Questo tipo di formazione non può prescindere da un'educazione al rispetto dell'altro, dalla convinzione che la domanda d'amore non può mai coincidere con il sopruso e con l'annientamento della libertà dell'altro, ma come un dono di libertà. La forma più alta d'amore è amare la libertà del proprio partner, amare la sua differenza di cui la donna è il simbolo. Coloro che scelgono la strada della violenza, preferiscono "il dominico cieco al rischio dell'esposizione, l'affermazione narcisistica del fallo all'incontro con l'alterità di un corpo, come quello femminile, fatto di segreti. Se l'amore è sempre un salto nel vuoto è perché esso implica la rinuncia a rendere l'altro una nostra proprietà, la rinuncia alla violenza come soluzione (impossibile) del problema della libertà" (Massimo Recalcati).



Antropologia

Megalopolis Appunti di viaggio a Shanghai

Marco Grilli

Sociologo

Megalopoli, gigantografie disconnesse dell'umano, coesistenze di universi lontanissimi. Disconnesse al loro interno e connesse con il mondo, in analogia con gli effetti dei social media, potenziali fattori di comunicazione planetaria come di frammentazione.

Mutuo il nome da una città dell'antica Grecia, ἡ Μεγάλη Πόλις, fondata da Epaminonda e popolata con elementi di 40 borgate e 4 città. Oggi sono agglomerati urbani di dimensioni enormi, con un numero di abitanti che supera i 10 milioni (in alcuni casi sono oltre 20 milioni). Megalopoli, gigantografie disconnesse dell'umano, luoghi quasi sovrapposti a superluoghi*, spazi reali dove si incrociano coesistenze di universi lontanissimi, materializzati nei panni stesi in vista sui marciapiedi delle vie principali, tra le auto, le moto e i carretti trainati dalle biciclette, e sullo sfondo, a poche decine di metri, teorie di grattacieli monumentali affacciati sui vicoli stretti del degrado urbano così come sulle *road* commerciali che ostentano i simboli più marcati dell'occidente consumistico. Per le strade di Shanghai l'odore forte di CO2 mescolato agli aromi intensi, di coriandolo e di *spring onions*, delle botteghe alimentari. Omologhi sembrano i visi orientali, che possono apparire "tutti uguali" solo alla visione gestaltica sommaria di un occidentale, diversissimi invece nei tratti somatici e nella specificità biografica di ciascuno. Evidente la coesistenza simultanea dei segni del degrado accanto a quelli di uno sviluppo esageratamente rapido, sconosciuto alle modalità

*il termine è di Marc Augé, che così rettifica la nozione classica di "nonluoghi", per definirne l'evoluzione nel senso di una nuova rappresentazione di questi territori di passaggio come punti di riferimento e di incontro sociale (si pensi ai centri commerciali)

costruttive e organizzative tradizionali. In questo senso le megalopoli contengono e riassumono il meglio e il peggio dell'umanità, così disconnesse al loro interno e altrettanto connesse con il resto del mondo (Castells). Immediata è la percezione di una stretta analogia con gli esiti dell'avvento dei nuovi media comunicativi, "social" solo di nome, di fatto potenziali fattori di isolamento e di frammentazione a livello di gruppi e di formazioni sociali e in generale in tutti gli ambiti di condivisione materiale delle pratiche comuni. Così come per le autostrade virtuali della "Rete delle reti", anch'essa gigantografia comunicativa dell'umano, dove si esprime con potenza inaudita la molteplicità sincronica delle biografie e delle narrazioni, insieme alla



percezione di una pluralizzazione dei mondi vitali che è frutto della modernità.

La modernità solida della prima ora, quella della civiltà capitalistica industriale e del disincantamento del mondo, dell'affermazione del pensiero libero e della nuova



scienza positiva. E poi la modernità liquida, o post modernità, che è in effetti modernità nella sua estrema versione evolutiva, presenza e assenza dell'umano, dissoluzione del sociale, solitudine. Sulla metro passeggeri frenetici, di ogni estrazione sociale, con gli iPhone e gli Huawei in mano, cia-

scuno connesso con altri mondi, ma ciascuno disconnesso dagli occhi del vicino. Così come nelle strade iperaffollate e negli immensi centri commerciali che occupano interi grattacieli. Forse l'unico sguardo umano sembrano gli occhi incuriositi alla vista di un viso occidentale.

Bibliografia

M. Augé, *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, elèuthera, Milano 1996
 M. Castells, *La nascita della società in rete*, Università Bocconi Editore, Milano 2002
 Z. Bauman, *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari 2002

Loreta Gambini, Rossana Daniele

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche



Sono descritte le diverse forme con cui vengono erogati i contenuti didattici nell'ambito dei diversi Corsi di Studio, lezioni ex-cathedra, didattica tutoriale (tirocini o attività formativa professionalizzante, attività didattiche elettive – ADE (a scelta dello Studente). Una lettura indispensabile per chi segue gli studi presso la nostra Facoltà.

I Consigli di Corso di Studio e gli Organi di Facoltà (Assemblea e Consiglio), per le rispettive competenze e nel rispetto delle disposizioni legislative, statutarie e regolamentari vigenti, definiscono l'Ordinamento didattico che, per ogni Corso di studio, prevede l'articolazione delle attività in: *Attività formative di base, caratterizzanti, affini o integrative, a scelta dello Studente, finalizzate alla prova finale.*

Ciascuna attività formativa si articola in ambiti disciplinari, ai quali afferiscono i Settori scientifico-disciplinari pertinenti ai diversi corsi di studio.

L'ordinamento didattico, oltre a stabilire i SSD da attivare, definisce il range di CFU attivabili per ogni ambito.

Il numero di esami che occorre sostenere per accedere all'esame di laurea, i moduli didattici (denominazione e carico didattico) necessari al raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati ed articolati in corsi integrati

e/o monodisciplinari vengono definiti con i piani di studio che, annualmente, vengono approvati dalla Facoltà su proposta dei Consigli di Corso di studio e che sono destinati alla coorte di studenti immatricolati nell'anno accademico di riferimento.

Nei corsi integrati è prevista la nomina di un Coordinatore, che la Facoltà, nel rispetto dei criteri stabiliti dal proprio Consiglio, nomina annualmente tra i docenti dei diversi moduli didattici afferenti.

Le diverse forme con cui vengono erogati i contenuti didattici nell'ambito dei vari Corsi di Studio vengono di seguito descritte:

Lezione ex-cathedra

Si definisce "Lezione ex-cathedra" la trattazione di uno specifico argomento identificato da un titolo e facente parte del curriculum formativo previsto per il Corso di Studio.

La lezione ex-cathedra è tenuta da un docente universitario (professore

o ricercatore) o, previa procedura selettiva, da un docente esterno (SSN o contratto) sulla base di un calendario predefinito, ed impartita agli studenti regolarmente iscritti ad un determinato anno di corso.

Didattica tutoriale (Tirocini o Attività Formativa Professionalizzante)

Le attività di didattica tutoriale costituiscono una forma di didattica interattiva indirizzata, di norma, ad un piccolo gruppo di Studenti; tale attività didattica è affidata a professionisti definiti in ambito didattico "Tutori" (Tutor/ referente, Guida) il cui compito è quello di agevolare gli studenti a loro affidati nell'acquisizione di competenze (conoscenze, abilità, modelli comportamentali ecc.) utili all'esercizio della professione. Tali attività, di norma, prevedono lo svolgimento di esercitazioni pratiche e/o frequenza in ambienti clinici, in laboratori etc.. attraverso le quali lo studente viene

“guidato” nell’analisi dei problemi, nell’individuazione delle azioni richieste per la loro soluzione, nella assunzione condivisa delle decisioni necessarie, nell’espletamento diretto e personale delle attività (gestuali e relazionali) richieste. Per ogni occasione di attività tutoriale vengono definiti precisi obiettivi formativi (skill), il cui conseguimento verificato in sede di esame.

Attività Didattiche Elettive – ADE (a scelta dello studente)

L’Attività Didattica Elettiva (ADE), a scelta dello studente, costituisce parte integrante del curriculum formativo ed un bagaglio culturale che personalizza il curriculum dello studente sulla base delle sue inclinazioni, propensioni e interessi personali.

Le ADE sono finalizzate all’approfondimento di specifiche conoscenze e aspetti formativi che ottimizzano la preparazione e la formazione del laureato offrendo argomenti non ricompresi nei programmi degli insegnamenti attivati.

Le attività didattiche elettive, sono attività per le quali lo Studente esercita la propria personale opzione, fino al conseguimento del numero complessivo di CFU previsto dai diversi Corsi di Studio (da un minimo di 6 ad un massimo di 12).

Fra le attività elettive, per il CdLMCU in Medicina e Chirurgia, rientrano anche le attività di Internato svolte in laboratori di ricerca o in reparti clinici per un valore complessivo di 14 CFU.

L’impegno didattico richiesto per le ADE

a. Tipologia delle ADE - Le ADE possono essere articolate in:

- *Corsi Monografici e Forum* (corsi dedicati alla trattazione di uno o più argomenti specifici, tenuto da docenti dei corsi di studio della facoltà)

- *Internati elettivi* (percorsi che

prevedono la frequenza in strutture cliniche o laboratori di ricerca).

b. Scelta dell’ADE da parte degli studenti

Lo studente sceglie il numero minimo di **Corsi monografici/forum** previsto dal proprio piano di studi. Tale numero può aumentare soltanto per il recupero di eventuali debiti di anni precedenti dovuti a modifiche alle proprie scelte, frequenza non effettuata ovvero assenza di scelte fino ad un massimo di corsi monografici/forum pari al debito derivante dagli anni precedenti.

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

Non è consentito allo studente ottenere, per corsi monografici/forum, un numero di crediti superiore a quello previsto dall’Ordinamento per ciascun anno di corso.

Qualora lo studente non abbia frequentato una o più attività didattiche elettive (corsi monografici-forum-internati) scelte negli anni precedenti, è tenuto a cancellarla/e nell’anno in cui ha effettuato la scelta, laddove l’attività risulti selezionata, e a recuperare i relativi crediti nell’anno accademico corrente. Lo studente potrà selezionare nuovamente la/e attività se presente/i nell’offerta attuale oppure sostituirla/e con altre attività.

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

Non è consentito allo studente svolgere internati in più rispetto a quelli previsti dall’Ordinamento ottenendo crediti in sovrannumero per tali attività e non possono essere svolti più di due internati

nello stesso anno.

L’accesso all’attività di internato per la struttura prescelta è vincolata al numero di posti previsti dalla struttura.

Lo studente accede alla struttura secondo un criterio temporale di iscrizione.

Le ADE vanno tassativamente svolte in orari tali da non interferire con le altre forme di attività didattica.

Certificazione e valutazione delle ADE

L’acquisizione dei crediti attribuiti alle ADE avviene solo con una frequenza del 70% per i Corsi monografici ed i Forum e del 100% per quanto riguarda gli Internati.

La frequenza alle ADE è obbligatoria. I Corsi Monografici ed i Forum possono essere offerti dopo che lo studente ha scelto il proprio piano di studi e che è stato verificato il raggiungimento del numero di studenti necessari all’attivazione (almeno 10 studenti).

I Corsi Monografici ed i Forum, di norma, vengono organizzati in orario pomeridiano. La verifica di tali attività viene effettuata dal docente titolare dell’incarico didattico al termine del corso.

I CFU degli internati vengono acquisiti dallo studente nell’ambito della verifica del Corso Integrato cui afferiscono le strutture scelte.

La valutazione delle singole attività didattiche elettive svolte dallo Studente è presa in considerazione nell’attribuzione del voto dell’esame finale del corso che ha organizzato le rispettive attività didattiche elettive.

L’offerta delle Attività Didattiche elettive 2018/2019 è visibile nelle pagine che nel sito della Facoltà di Medicina e Chirurgia – area Didattica – Offerta Formativa, (<http://www.med.univpm.it/?q=offerta-formativa>) vengono dedicate ai singoli corsi di studio.



LETTERE dalla FACOLTÀ on line

Direttore editoriale Marcello M. D'Errico

Comitato editoriale Fiorenzo Conti, Lory Santarelli, Gian Marco Giuseppetti, Adriano Tagliabracci

Comitato di Redazione Pamela Barbadoro, Anna Campanati, Francesca Campolucci, Francesco Di Stanislao, Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Alessandra Giuliani, Maurizio Mercuri, Alberto Pellegrino, Maria Rita Rippo, Andrea Santarelli, Cecilia Tonnini

Direttore responsabile Giovanni Danieli

Consulenza tecnica Giorgio Gelo Signorino, Laura Fiorini