



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Il termine potrà più o meno piacere ma - tant'è - ormai è entrato nell'uso e "il paniere" resta ad indicare un contenitore nel quale l'offerta didattica si raccoglie e si distribuisce.

Gli eventi culturali prodotti dai Corsi di Diploma, di Laurea, di Specializzazione si versano nel paniere ed a questo Studenti dei Corsi di Diploma, di Laurea e di Specializzazione attingono per soddisfare la propria esigenza di sapere.

Il concetto deriva dalla concreta applicazione del nuovo Ordinamento Didattico che si basa, com'è noto, su tre pilastri, l'autonomia degli Atenei, per cui le norme legislative sono poche e quelle regolamentari, proprie di ogni struttura didattica, molte; la flessibilità, che rende l'Ordinamento adattabile alle esigenze della sede formativa e alle vocazioni degli Studenti; il ruolo centrale che questi hanno nel percorso formativo per la loro libertà di scelta dei contenuti; una libertà che presuppone un nucleo centrale di conoscenze - *core curriculum* - comune, necessario, irrinunciabile ma anche un sapere aggiunto, opzionale, elettivo che lo studente acquisisce selezionando nell'ambito dell'offerta didattica, il paniere appunto, i programmi pertinenti ed adeguati al profilo professionale che intende raggiungere.

Nel paniere, Corsi Monografici ed Internati, costituiscono la vera didattica elettiva, mentre i Seminari Interdisciplinari, i Corsi Integrativi e di Forum di didattica interprofessionale sono integrazioni del *core curriculum* che gli Insegnamenti del CdLS in Medicina e Chirurgia producono per i propri Studenti e per tutti quelli interessati ai temi trattati.

Sono novità di quest'anno i Seminari Interdisciplinari ed i Corsi Integrativi; i primi, previsti tra le attività formative del nuovo Ordinamento, sono distinti in clinico-biologici - tenuti da Docenti di Discipline di base e cliniche con l'obiettivo di realizzare la continuità tra le une e le altre - e clinico-interdisciplinari - tenuti da più Insegnanti di discipline cliniche per sperimentare, già nella fase di formazione, quella collaborazione e quella integrazione tra più figure professionali che saranno chiamate a risolvere un problema di salute.

I Corsi Integrativi sono parti fondamentali di determinati Insegnamenti, enucleati dagli stessi per conferire maggiore visibilità e spessore a specifici contenuti; così da Igiene si è generato *Management ed Economia Sanitaria*, che educa ad un uso razionale delle risorse e ad una corretta gestione della sanità, mentre da più insegnamenti è derivato *Scienze Umane*, che segue i futuri professionisti della sanità in tutto l'arco della loro formazione.

Si è svolto in questi giorni ad Ancona l'annuale Conferenza Permanente che coordina i Diplomi Universitari, prossime Lauree, dell'area sanitaria; sono stati trattati temi di grande attualità, come il riconoscimento degli studi compiuti fuori dall'Università ai fini del loro proseguimento; la definizione di un *core curriculum* per i futuri Corsi di Laurea, la preparazione del Regolamento Didattico degli stessi, i contenuti e la programmazione didattica delle future lauree specialistiche. Intorno a questi temi si sono costituiti altrettanti gruppi di studio che forniranno in breve risposte adeguate ai quesiti che questi temi sollevano.

Nel corso del *meeting*, Luigi Frati è stato confermato Presidente della Conferenza per il prossimo triennio; questo rappresenta un'ulteriore garanzia per una efficace realizzazione dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie. Auguri di buon lavoro.

Prof. Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

EDITORIALE 2

Virus oncolitici nella terapia dei tumori
di *Emilio Porfiri, Mario Scartozzi, Andrea Piga e
Riccardo Cellerino*

VITA DELLA FACOLTÀ 4

Seminari interdisciplinari, Corsi integrativi,
Corsi monografici, Scienze umane,
Filosofia della Scienza, Opzione per il nuovo
Ordinamento, Centro di supporto
per l'apprendimento delle lingue, Attività
professionalizzante, Seminari di Reumatologia

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 11

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 12

MEMORIA ED ATTUALITÀ DELLA MEDICINA 13

Jeremy Bentham e la
Deontology or Science of Morality
di *Daniele Rodriguez*

IL LIBRO 18

a cura di *Fiorenzo Conti*

RIUNIONI E CONGRESSI 20

NOVEMBRE IN FACOLTÀ 21

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 24



EMILIO PORFIRI, MARIO SCARTOZZI,
ANDREA PIGA E RICCARDO CELLERINO
Clinica di Oncologia Medica
Università degli Studi di Ancona

Il progresso delle conoscenze di genetica e biologia molecolare delle neoplasie ha condotto alla messa a punto di nuove strategie di trattamento dei tumori volte alla eradicazione delle cellule neoplastiche nel rispetto dei tessuti normali del paziente. Per ottenere tale specificità, alterazioni genetiche tipiche delle neoplasie sono state utilizzate come target per lo sviluppo di nuove modalità terapeutiche, in particolare modalità di terapia genica o di terapia virale dei tumori. Nella terapia genica dei tumori i virus sono utilizzati come vettori per introdurre geni nelle cellule neoplastiche a scopo terapeutico. Più recentemente sono state ideate strategie di trattamento che sfruttano l'effetto citopatico della replicazione virale per indurre la citolisi delle cellule neoplastiche(1). Per il loro impiego nella terapia dei tumori questi virus sono stati chiamati 'virus oncolitici'. Essi hanno suscitato un grande interesse in quanto, tramite certe modificazioni del genoma virale, si è riusciti ad indirizzarne la replicazione e l'effetto terapeutico

Virus oncolitici nella terapia dei tumori

esclusivamente verso le cellule neoplastiche, ottenendo così il risparmio dei tessuti normali(1,2). A tutt'oggi sono stati messi a punto diversi virus oncolitici, derivati da virus herpes o adenovirus, questi ultimi sono quelli che hanno raggiunto la sperimentazione clinica, pertanto verranno descritti con maggiori dettagli.

L'adenovirus dl1520, entrato nella sperimentazione clinica con il nome di Onyx 015, rappresenta il prototipo dei virus oncolitici(3). Onyx 015 contiene una delezione del gene E1B 55kDa il cui prodotto inibisce le funzioni della proteina p53 negli stati precoci dell'infezione virale. Questo virus è in grado di replicarsi e di esercitare la sua attività terapeutica solamente in cellule con mutazioni di p53, al contrario non è in grado di replicarsi in cellule con p53 normale (3). La mutazione di p53 rappresenta la più comune alterazione genetica dei tumori, si stima infatti che la metà di tutte le neoplasie contenga alterazioni del gene che codifica per p53. In alcuni tipi di tumore, come gli adenocarcinomi del colon-retto e del pancreas, mutazioni di p53 sono presenti rispettivamente nel 70% e 90% dei casi. È facilmente comprensibile quante siano le possibilità offerte da questa nuova strategia terapeutica che mette a disposizione dell'oncologo medico una modalità di trattamento selettiva per le cellule tumorali e potenzialmente utilizzabile in un grande numero di pazienti. Esistono però alcune problematiche che devono ancora essere risolte, ad esempio la risposta immune verso gli adenovirus, che rende inefficace la somministrazione sistemica di Onyx 015

o di altri virus oncolitici derivati da adenovirus. Sono in corso studi volti a modificare la struttura del capsido adenovirale che si propongono di diminuirne il potenziale immunogenico e di aumentare il tropismo del virus verso le cellule tumorali(4). A tutt'oggi la somministrazione intratumorale di Onyx 015 è stata sperimentata e si è dimostrata efficace in pazienti con tumori di testa e collo(5), in pazienti con metastasi epatiche da neoplasie del colon ed in altri tipi di neoplasie ad esempio i glioblastomi.

Per cercare di ampliare lo spettro delle neoplasie che possono essere trattate con virus oncolitici, sono stati ideati altri adenovirus modificati, in particolare ha raggiunto la sperimentazione clinica un adenovirus oncolitico denominato dl992-947 in cui è stata prodotta una delezione del gene E1A(6). Il prodotto del gene E1A gioca un ruolo importante nelle fasi precoci dell'infezione virale in quanto impedisce il blocco del ciclo cellulare da parte dei meccanismi di controllo, soprattutto da parte del prodotto del gene RB. Pertanto questo adenovirus può replicarsi esclusivamente in cellule con mutazioni di RB oppure in cellule in cui siano alterati i meccanismi che regolano il ciclo cellulare, soprattutto quelli deputati al controllo del passaggio dalla fase G1 alla fase S. Queste alterazioni genetiche sono molto frequenti nelle neoplasie ed anche dl992-947 si è dimostrato efficace e selettivo nell'indurre la citolisi di cellule tumorali in coltura ed di tumori indotti nell'animale da esperimento(6), si attende ora la pubblicazione dei risultati degli studi clinici di fase I e di fase II che sono in corso.

Data la capacità dei virus oncolitici di raggiungere e replicarsi selettivamente nel tessuto neoplastico, alcuni Autori hanno suggerito di utilizzarli per introdurre nelle cellule tumorali geni citotossici o geni 'suicidi' allo scopo di aumentarne l'attività terapeutica(7). I geni suicidi o citotossici che sono stati utilizzati per "armare" i virus oncolitici, ad esempio Onyx 015(8), sono il gene della timidina chinasi del virus Herpes Simplex di tipo I, il gene della citosina deaminasi, il gene del Tumor Necrosis Factor ed altri(7). Virus oncolitici 'armati' sono stati testati *in vitro* ed in tumori indotti nell'animale da esperimento, essi hanno mostrato un'attività terapeutica superiore rispetto a quella dei virus oncolitici originari(8). È stato ipotizzato che l'aumentata efficacia di questi virus sia dovuta alla sinergia esistente fra l'effetto citopatico della replicazione virale ed il danno causato dall'espressione del gene citotossico.

I virus oncolitici sono stati paragonati a missili teleguidati o a bombe intelligenti in grado di riconoscere e distruggere selettivamente l'obiettivo assegnato. Anche se il tempismo di questo paragone può essere considerato inopportuno, l'immagine proposta rende l'idea della direzione

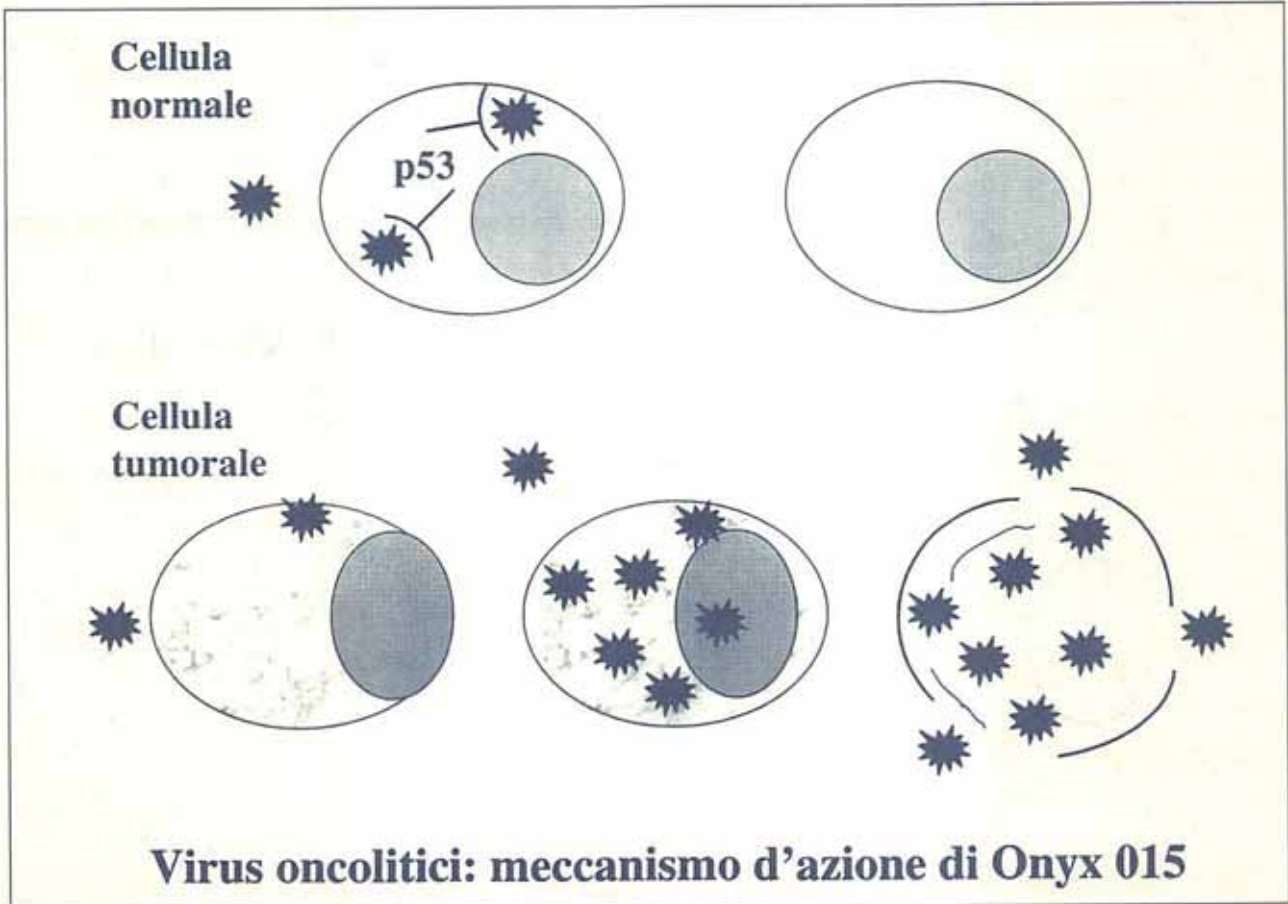




nella quale si sta muovendo la ricerca nell'ambito della terapia dei tumori. Il trattamento chemioterapico, che pure ha prodotto successi importanti, appare sempre più destinato a cedere il passo, mentre la terapia virale ed i farmaci di nuova generazione, finalizzati ad inibire gli effetti oncogeni di specifiche mutazioni, presto costituiranno le opzioni principali dell'armamentario terapeutico a disposizione dell'oncologo medico.

Riferimenti bibliografici

- 1) HEISE C. AND KIRN D. *Replication-selective adenoviruses as oncolytic agents.* J. Clin. Invest. 105:847-851, 2000.
- 2) ALEMANY R., BALAGUÉ C., CURIEL D.T. *Replicative adenoviruses for cancer therapy.* Nat. Biotech. 18:723-727, 2000.
- 3) BISCHOFF J.R., KIRN D., WILLIAMS A., HEISE C., HORN S., MUNA M., NG L., NYE J.A., SAMPSON-JOHANNES A., FATTAYE A., MCCORMICK F. *An adenovirus mutant that replicates selectively in p53 deficient human tumor cells.* Science 274:373-376, 1996.
- 4) DOUGLAS J.T., MILLER R.C., KIM M., DIMITRIEV I., MIKHEEVA G., KRASNYYKH V., CURIEL D.T. *A system for the propagation of adenoviral vectors with genetically modified receptor specificities.* Nat. Biotech. 17:470-475, 1999.
- 5) KHURI F.R., NEMUNAITIS J., GANLY I., ARSENEAU J., TANNOCK I.F., ROMEL L., GORE M., IRONSIDE J., MACDOUGALL R.H., RANDEV B., GILLENWATER A.M., BRUSO P., KAYE S., HONG W. K., KIRN D.H. *A controlled trial of intratumoral Onyx-015, a selectively replicating adenovirus, in combination with cisplatin and 5-fluorouracil in patients with recurrent head and neck cancer.* Nat. Med. 6:879-885, 2000.
- 6) HEISE C., HERMISTON T., JOHNSON L., BROOKS G., SAMPSON-JOHANNES A., WILLIAMS A., HAWKINS L., KIRN D. *An adenovirus E1A mutant that demonstrates potent and selective anti-tumoral efficacy.* Nat. Med. 6:1134-1139, 2000.
- 7) HERMISTON T. *Gene delivery from replication-selective viruses: arming guided missiles in the war against cancer.* J. Clin. Invest. 105:1169-1172, 2000.
- 8) WILDNER O., BLEASE R.M., MORRIS J.C. *Therapy of colon cancer with oncolytic adenovirus in enhanced by the addition of herpes simplex virus-thymidine kinase.* Cancer Res. 59:410-413, 1999.





IL PANIERE DI NOVEMBRE

Il paniere contiene l'offerta didattica che la Facoltà pone nel mese di novembre a disposizione, di tutti gli Studenti, al di là dei corsi ufficiali di insegnamento. Si compone di:

- **Seminari interdisciplinari**, prodotti dagli insegnamenti del corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia per i propri Studenti; la frequenza è obbligatoria per gli Studenti del corso e necessaria per acquisire i relativi crediti;
- **Corsi integrativi**, derivati dai corsi ufficiali e parte integrante degli stessi, la frequenza è obbligatoria per gli Studenti del corso da cui l'integrativo deriva;
- **Corsi monografici**, a libera scelta degli Studenti, che devono frequentarne diciotto nei sei anni di corso, per raccogliere i corrispondenti diciotto crediti;
- **Forum di didattica interprofessionale**, dedicati questo mese al corso integrativo di Scienze Umane e in particolare alla Storia della Medicina, integrativa di Fisiologia e quindi a frequenza obbligatoria per gli Studenti di questo corso; aperti agli Studenti di tutti i Corsi di Laurea e di Diploma. Il programma completo di Scienze umane è pubblicato a pagina 6.

SEMINARI INTERDISCIPLINARI

3° Anno

20 novembre 2001 Ore 16,30 Aula A
Microbiologia - Prof. P. E. Varaldo

Antibiotico resistenza nei pazienti immunocompromessi
In collaborazione con Immunologia, Malattie Infettive ed
Emergenze Medico Chirurgiche

4° Anno

20 novembre 2001 Ore 16,30 Aula B
Diagnostica per immagini e radioterapia - Prof. E. De Nigris

Senologia diagnostica multidisciplinare
In collaborazione con Anatomia Patologica

6° Anno

20 novembre 2001 Ore 16,30 Aula E
Clinica Medica - Prof. G. Danieli

Vascoliti
In collaborazione con Medicina Interna e Chirurgia Vascolare

CORSI INTEGRATIVI

**Management
ed Economia Sanitaria**

Integrativo del Corso di Igiene e Sanità Pubblica, frequenza obbligatoria per gli Studenti del 4° anno del CdLS Med. Chir.

Prof. GianMario Raggetti

Venerdì ore 10.30, Aula E

19 ottobre 2001

Introduzione al *Management* in sanità

16 novembre 2001

La programmazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale

23 novembre 2001

Le responsabilità gestionali del Medico

30 novembre 2001

Il controllo di gestione

Storia della Medicina

Integrativo di Fisiologia, frequenza obbligatoria per gli Studenti del 3° anno del CdLS Med. Chir.

Prof.ssa Stefania Fortuna
Venerdì ore 12,45 - 14,15 Aula D

9 novembre 2001

Medicina, magia e religione

16 novembre 2001

Anatomia e fisiologia

23 novembre 2001

Patologia

30 novembre 2001

Diagnosi e prognosi





IL PANIERE DI NOVEMBRE

CORSI MONOGRAFICI

1° Anno

30 novembre - Ore 8.30 Aula A
L'equilibrio acido-base: aspetti chimico-fisiologici
 Prof. G.P. Littarru (Chimica e Propedeutica Biochimica)

2° Anno

9-16-23 novembre - Ore 8.30 Aula A
Regolazione del metabolismo corporeo
 Dott.ssa M. Fabri

3° Anno

9-16-23 novembre - Ore 10.30 Aula A
Resistenza nei gram positivi
 Prof. P. E. Varaldo (Medicina di Laboratorio)

30 novembre - Ore 14.30 Aula A
 Patologia da amianto
 Prof. A. Procopio (Patologia e Fisiopatologia Generale)

4° Anno

9-16-23 novembre - Ore 8.30 Aula G
Linfomi dell'apparato gastroenterico
 Prof. I. Bearzi (Anatomia Patologica)

9-16-23 novembre - Ore 14.30 Aula G
Rischi igienico-sanitari in ospedale: aspetti epidemiologici e preventivi
 Prof. M. M. D'Errico (Igiene e Sanità Pubblica)

30 novembre-7 dicembre 2001-11 gennaio 2002 - Ore 8.30 Aula G
Metodologie di studio e loro applicazione nelle glomerulopatie
 Prof. R. Montironi (Anatomia Patologica)

30 novembre - Ore 8.30 Aula G
Metodologie di studio e loro applicazione nelle glomerulopatie
 Prof. R. Montironi (Anatomia Patologica)

30 novembre - Ore 14.30 Aula G
Elettrocardiografia clinica
 Prof. P. Russo (Patologia Sistemica III)

30 novembre - Ore 16.30 Aula G
I percorsi assistenziali
 Dott.ssa M. Prospero (Igiene e Sanità Pubblica)

5° Anno

9-16-23 novembre - Ore 8.30 Aula B
Insufficienza del pavimento pelvico
 Dott. R. Ghiselli (Chirurgia generale e Gastroenterologia)

9-16-23 novembre - Ore 14.30 Aula B
Introduzione alla genetica forense
 Prof. A. Tagliabracci (Medicina Legale)

30 novembre - Ore 8.30 Aula B
Problemi assistenziali dei traumi cranici
 Prof. F. Richlicki, Dott. M. Bartolini (Malattie del sistema nervoso)

30 novembre - Ore 10.30 Aula B
Approfondimenti in tema di Ipertensione Arteriosa
 Prof. A. Rappelli (Medicina Interna e Geriatria)

6° Anno

7-14-21-28 novembre - Ore 16.30 Aula A
Ricostruzione del torace
 Prof. A. Bertani (Clinica Chirurgica)

9-16-23 novembre - Ore 8.30 Aula E
Medicina molecolare
 Prof. A. Gabrielli (Clinica Medica)

9-16-23 novembre - Ore 10.30 Aula B
Endometriosi: aspetti clinici
 Prof. G.G. Garzetti, Dr. A. Ciavattini (Ginecologia e Ostetricia)

30 novembre - Ore 8.30 Aula E
Ipertensione in gravidanza
 Prof. A. Tranquilli (Ginecologia e Ostetricia)

30 novembre - Ore 14.30 Aula B
Uropatie congenite
 Prof. G. Amici (Pediatria)





SCIENZE UMANE

Coordinatore, Prof. Tullio Manzoni
Venerdì ore 12,45 – 14,15 Aula D

Il Corso, che segue gli Studenti per tutti gli anni della loro formazione, si svolge nell'Aula Magna (Aula D), come Forum di didattica interprofessionale, in quanto aperto agli Studenti di tutti i Corsi di Laurea e di Diploma interessati ai temi trattati.

I contenuti delle letture sono periodicamente pubblicati sul Bollettino; in questo numero, nelle pagine 7-8, sono riportati gli appunti della conversazione sulla Filosofia della Scienza, tenuta dal Prof. Marco Buzzoni, nel mese di ottobre.

Filosofia della Scienza - Integrativo di Fisiologia
Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 2° anno del CdLS Med. Chir.

- 12 ottobre 2001 Lo Statuto epistemologico della Medicina come scienza umana
Mario Buzzoni
- 19 ottobre 2001 Il realismo scientifico
Francesco Orilia

Storia della Medicina - Integrativo di Fisiologia
Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 3° anno del CdLS Med. Chir.

- 26 ottobre 2001 Storia della medicina: cronologia, fonti, testi
Stefania Fortuna
- 9 novembre 2001 Medicina, magia e religione
Stefania Fortuna
- 16 novembre 2001 Anatomia e fisiologia
Stefania Fortuna
- 23 novembre 2001 Patologia
Stefania Fortuna
- 30 novembre 2001 Diagnosi e prognosi
Stefania Fortuna
- 7 dicembre 2001 Terapia
Stefania Fortuna
- 11 gennaio 2002 Epidemie e contagio
Stefania Fortuna
- 18 gennaio 2002 Medico e paziente
Stefania Fortuna

I NUOVI INSEGNAMENTI

Antropologia Clinica - Integrativo di Psichiatria
Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 4° anno del CdLS Med. Chir.

- 25 gennaio 2002 Soggettività, oggettività e conoscenze
Bernardo Nardi
- 1 febbraio 2002 Tempo psicologico, memoria individuale e collettiva
Bernardo Nardi

Deontologia ed Etica professionale - Integrativo di Medicina Legale
Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 5° anno del CdLS Med. Chir.

- 8 marzo 2002 Questioni etiche e deontologiche in materia di donazione di organi
Daniele Rodriguez
- 15 marzo 2002 Sulle manifestazioni di volontà espresse anticipatamente dalla persona in stato di incoscienza attuale
Daniele Rodriguez
- 22 marzo 2002 I codici deontologici delle professioni della salute e la guerra
Daniele Rodriguez

Bioetica ed Etica Clinica - Integrativo di Biologia e Genetica, Ginecologia e Ostetricia, Clinica Medica
Frequenza obbligatoria per gli Studenti del 1° e 6° anno del CdLS Med. Chir.

- 12 aprile 2002 Fecondazione assistita
Giuseppe Gioele Garzetti
- 19 aprile 2002 Identità dell'embrione e Statuto della persona umana. Diritto alla vita e alla salute
Luigi Alici
- 3 maggio 2002 Etica delle Biotecnologie
Massimiliano Marinelli
- 10 maggio 2002 Manipolazione genetica
Armando Gabrielli
- 17 maggio 2002 Salute e malattia nell'ottica dell'evoluzione biologica
Giovanni Principato
- 24 maggio 2002 Fine della vita ed Eutanasia
Dulio Bonifazi
- 31 maggio 2002 Uso razionale delle risorse
Gian Mario Raggetti
- 7 giugno 2002 Etica del Ricercatore
Fiorenzo Conti
- 14 giugno 2002 Il rapporto medico-paziente
Giovanni Danieli





SCIENZE UMANE
FILOSOFIA DELLA SCIENZA

1. La natura tecnica del sapere scientifico e il momento tecnico-operativo in medicina

1.1. Qualsiasi tentativo di determinare lo statuto epistemologico della medicina dev'essere necessariamente preceduto da un chiarimento del significato che si intende attribuire al termine scienza. Qui si muoverà dalla tesi secondo cui il "criterio di demarcazione" della scienza sta nella sua natura tecnico-operativa, e più precisamente nel fatto che la mediazione teorica presente nella conoscenza empirica è in linea di principio risolvibile in procedimenti operativi o in applicazioni tecniche riproducibili. La traducibilità e la riproducibilità tecnica sono il criterio distintivo (anche se non esclusivo) della verità delle proposizioni scientifiche.

1.1.1. Questa tesi, che sottolinea la funzione costitutivamente conoscitiva che il momento del successo tecnico-operativo possiede per la determinazione della verità scientifica, conduce a rigore a rifiutare la separazione fra una scienza 'pura' ed una scienza 'applicata' (o fra scienza e tecnologia). Il fatto che si possa estirpare la malaria mediante il prosciugamento delle paludi in cui si moltiplica la zanzara anofele non è soltanto un'applicazione d'una ipotesi medica, ma è, dal punto di vista logico-epistemologico, una conferma dell'ipotesi stessa.

1.2. Il momento tecnico-operativo in medicina dipende dal suo scopo: la conservazione e/o il recupero della salute o, correlativamente, la prevenzione e/o l'eliminazione delle malattie d'una o più persone. Nel successo della prevenzione e/o della terapia sta il criterio tecnico-operativo con cui la medicina può rivendicare la scientificità dei suoi asserti.

1.3. La tesi secondo cui il criterio di scientificità d'una disciplina consiste nella possibilità del suo controllo tecnico-operativo ci consente d'impostare e risolvere in modo nuovo alcuni problemi tradizionali dell'epistemologia della medicina.

1.3.1. Problema del rapporto fra la medicina e le scienze di base su cui essa si fonda. E' fuorviante assumere certe discipline, come la fisica, la chimica, la biologia, ecc. come "scienze di base" della medicina. Benché le conoscenze delle discipline mediche presuppongano talvolta le conoscenze di altri settori scientifici, bisogna rifiutare il presupposto implicito che solitamente viene assunto con quest'ultima affermazione, secondo cui la medicina trarrebbe da queste altre discipline la loro scientificità. La medicina deve poter garantire in modo autonomo il proprio statuto scientifico.

1.3.2. Problema della tradizionale distinzione fra sapere clinico (inteso come sapere necessario per una diagno-

si, prognosi e prescrizione terapeutica d'un medico che si trova in un rapporto diretto con un paziente) e ricerca biomedica di base basata sulla contrapposizione fra un sapere meramente teorico ed una sua successiva applicazione. Dal punto di vista qui difeso, evidentemente, non è possibile distinguere sapere clinico e sapere biomedico di base in questo modo, poiché ciò equivarrebbe a riproporre l'errore di separare una scienza applicata da una scienza pura. Sia il sapere clinico sia quello biomedico non possono avere altro fondamento se non quello tecnico-operativo e non possono avere come fine ultimo se non il successo nella cura delle persone malate.

1.3.2.1. Una possibile obiezione: il clinico ha il compito di far rientrare il caso del singolo paziente entro un sapere generale, fornito dalla ricerca di base - svolta dal medico sotto le vesti del patologo e tesa alla costruzione di modelli ideali di malattia. Per rispondere a questa obiezione è sufficiente sollevare il quesito del fondamento epistemologico della costruzione delle tassonomie mediche: è evidente che

non v'è altro modo di formulare e sviluppare queste tassonomie se non muovendo dai singoli casi clinici.

1.3.3. Problema se la medicina sia scienza o arte: l'essere scienza di questa disciplina non potrebbe andare disgiunto dal suo essere un'arte, nel senso d'un agire finalizzato all'acquisizione di determinate conoscenze, e viceversa. Neppure si può sostenere che essa sia sintesi di scienza e arte, poiché, oltre ad un fondamento teorico fornito dalle varie scienze, essa possiederebbe per proprio conto elementi extrascientifici, consistenti, per esempio, nel padroneggiamento personale di abilità e strumenti; non ha senso, poiché abbiamo visto che il sapere scientifico è sempre nella sua natura intenzionale più profonda un intervento sul reale accompagnato dalle ragioni del proprio procedere, un'abilità-sapere dove non si può separare questa coppia di concetti senza renderli inesplicabili entrambi.

Sullo statuto epistemologico e metodologico della medicina come scienza umana

Marco Buzzoni
Università degli Studi di Macerata



2. La medicina come scienza umana

2.1. Per quanto il criterio tecnico-operativo sia irrinunciabile in medicina, esso non è sufficiente a caratterizzarla.

2.1.1. Impossibilità di fissare col solo ricorso al criterio tecnico-operativo il concetto della malattia. Definizione di malattia fornita da Boorse: "un tipo di stato interno che è o una menomazione di una capacità funzionale normale, cioè una riduzione di una o più capacità funzionali al di sotto dell'efficienza tipica, oppure una limitazione della capacità funzionale causata da agenti ambientali".

2.1.2. Critica del tentativo di C. Boorse: per definire il concetto di salute, occorre quello di normalità; quest'ultimo, tuttavia, dev'essere definito o rispetto a un modello normativo che specifichi le capacità fondamentali che un uomo dovrebbe possedere per adeguare pienamente il proprio concetto oppure rispetto a capacità che sono possedute dalla maggioranza delle persone. Nel primo caso siamo già al di là d'una definizione meramente organica della malattia e della salute, poiché si riconosce la necessità d'un modello normativo. Nel secondo caso, il ricorso allo strumento statistico va incontro a ovvi controesempi (vi sono fenomeni statistici frequenti – per esempio connessi all'invecchiamento, connessi ad un'epidemia o le semplici carie dentarie – che sono solitamente ritenuti patologici. E viceversa, vi sono delle deviazioni dalla media statistica che non sono considerate come malattie: non è malato l'atleta, che ha una bassissima frequenza cardiaca). In realtà nessuna deviazione statistica può dirci cosa sia una malattia se prescinde da alcuni valori personali e sociali, che possono variare da persona a persona, da società a società.

2.1.2.1. Ripercussioni sulla scelta del termine per designare il concetto di malattia. Il concetto italiano di "malattia", quello francese di "maladie" e quello tedesco di "Krankheit" comprende sia il "disease" sia l'"illness". Ovviamente può essere assai utile possedere due distinti concetti per esprimere aspetti diversi della malattia, ma la distinzione terminologica inglese suggerisce che un "disease" possa essere presente o svilupparsi senza una "illness". In realtà non v'è "disease" che possa essere identificato senza ricorrere o presupporre, direttamente o indirettamente, una "illness", cioè una dimensione di sofferenza che, da ultimo, è sempre vissuta in prima persona.

2.2. Sarebbe tuttavia un errore altrettanto grave ritenere di poter fornire una definizione dei concetti di salute e malattia in termini meramente soggettivi o culturali.

2.2.1. Critica di alcune definizioni in termini di vissuto sog-

gettivo, di scopi personali o meramente sociali: incorrono in controesempi (si pensi ai casi di coma profondo in cui possiamo assumere ragionevolmente che i pazienti non provino più alcuna sofferenza) e soprattutto pagano il gravissimo prezzo metodologico di rendere il concetto di salute non intersoggettivamente controllabile e, di conseguenza, di rendere tale anche lo stesso sforzo medico teso alla guarigione.

2.3. Un primo risultato delle nostre considerazioni è che non può essere soddisfacente alcuna definizione di salute o di malattia in termini di mera funzionalità tecnico-organica, di mero benessere soggettivo o di mera funzionalità sociale, poiché la dimensione soggettiva e culturale, investendo necessariamente la dimensione organica, ne modifica di volta in volta il significato. Il problema che si pone a questo punto è se ciò comprometta inevitabilmente la scientificità della medicina, se renda impossibile un concetto intersoggettivamente controllabile di salute e di malattia.

2.3.1. Cenni per una risposta a questo problema: le modifiche cui è sottoposto il lato organico o tecnico-funzionale della salute o della malattia da parte della dimensione soggettivo-culturale non sono arbitrarie, ma rispettano esse stesse delle regolarità che, per quanto non identiche a quelle di cui si occupano le scienze della natura, possono nondimeno rendere possibili delle previsioni e delle spiegazioni analoghe a quelle delle scienze della natura. Le "leggi" proprie delle scienze umane hanno una natura peculiare, perché non possono mai completamente prescindere da una mediazione della coscienza, la quale può in ogni momento in linea di principio sospendere l'efficacia. Proprio questo fa sì che le varie discipline mediche (incluse le diverse psicoterapie), pur muovendo necessariamente dalla situazione clinica per accertare l'eventuale successo terapeutico, abbiano poi bisogno di ricorrere anche a controlli di tipo statistico (che sono in linea di principio diversi da quelli propri delle scienze naturali), per limitare le incertezze e le difficoltà dovute all'interferenza della dimensione soggettivo-culturale (per es. effetto placebo).

2.3.2. Carattere circolare, ma non vizioso, della reciproca presupposizione fra la validità dei risultati del metodo clinico e la validità dei risultati del metodo extraclinico. In una spirale senza fine di revisioni, la collaborazione sinergica di strategie cliniche ed extracliniche può, in linea di principio, fornire un criterio intersoggettivamente controllabile per rispondere alla domanda se una particolare forma di medicina è effettivamente efficace, come strumento di prevenzione e/o terapia, non soltanto eccezionalmente, ma nella maggior parte dei casi.





LETTERA

Nello scorso Dicembre la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona ha presentato i nuovi Ordinamento e Regolamento didattico che entreranno in vigore a partire dall'Ottobre 2001. Entro questa data lo Studente deve decidere se optare per il nuovo o per il vecchio Ordinamento.

Durante questi mesi abbiamo lavorato, riunendoci in diverse assemblee studentesche, e abbiamo formulato alcune proposte di modifica presentate in Commissione Didattica e in Consiglio di Facoltà e approvate in queste sedi.

Consigliamo pertanto a tutti di optare per il nuovo Ordinamento, pur consapevoli dei problemi organizzativi del prossimo anno accademico (essendo un anno di transizione).

Perché optare per il nuovo Ordinamento?

1. Sono stati eliminati i blocchi ad esclusione di quello per il passaggio dal II al III anno;
2. Per gli studenti iscritti nell'a.a. 2001-2002 al II anno di corso e successivi si è aggiunto un appello (per gli esami curriculari) nel mese di Aprile di ciascun anno fino al completamento del corso degli studi;
3. Il limite temporale dei "fuori corso" (3 anni al massimo) e della durata del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (12 anni) si applica solo agli iscritti al I anno a partire dall'a.a. 2001-2002;
4. L'intero curriculum formativo percorso sarà riconosciuto a ogni studente sulla base di precostituite tabelle di equipollenza ed equivalenza ore/crediti (viene riconosciuta tutta l'attività opzionale e non opzionale che lo studente ha svolto);
5. Tesi di laurea. A determinare il voto di Laurea contribuiscono i seguenti parametri:
 - la media dei voti così come verbalizzati conseguiti negli esami e trasformata in centodecimi;
 - il voto dell'esame che abbassa di più la media ai fini della valutazione finale viene escluso dal computo della media stessa;
 - i punti attribuiti dalla Commissione di Laurea in sede di discussione tesi, distinguendo tra
 - tesi compilativa tetto massimo 6 punti
 - tesi clinico - sperimentale o sperimentale tetto massimo 10 punti

Il Relatore prima della discussione è tenuto a dichiarare se la tesi è compilativa o clinico - sperimentale o sperimentale;

- i punti attribuiti per la durata degli studi: 3 punti a chi consegue la laurea entro 6 anni, 2 entro 7 e 1 entro 8;
- 0.33 punti per ogni lode ottenuta negli esami di profitto che vanno aggiunti alla media già trasformata in centodecimi;

- da 0 a 1 punto per il coinvolgimento in programmi di scambio internazionale in relazione al numero, alla durata ed al profitto;
- la lode può venire attribuita con parere a maggioranza qualificata della Commissione.

6. Al di là di questi "vantaggi", non possiamo non considerare che iscrivendoci al Nuovo Ordinamento ci muoviamo nella direzione europea. Saremo i primi Laureati ad uscire con la nuova tipologia di Laurea (che nel futuro prossimo circolerà in Europa). Noi pensiamo che sia meglio essere i primi laureati "europei" piuttosto che gli ultimi ad uscire con la vecchia laurea (visto che questo cambiamento prima o poi coinvolgerà tutti). Il Diploma supplement (DS) votato dal Consiglio d'Europa e dall'UNESCO (Lisbona '97) e che le Facoltà rilasceranno ad ogni Laureato contiene, oltre ai dati anagrafici dello studente e alla descrizione del titolo di studio, anche tutte le notizie concernenti il curriculum (esami, crediti, voti e valutazione finali). E' compilato in due lingue (per noi italiano e una lingua straniera scelta dall'Ateneo) e costituisce uno strumento utile - ed in tempi di autonomia didattica degli Atenei, indispensabile - per la mobilità nazionale e internazionale degli studenti e dei laureati per l'identificazione dei loro percorsi didattici. E' quindi necessario che in questa scheda il nostro curriculum sia di tipo europeo. Per chi vuole saperne di più vi consigliamo di leggere Lettere dalla Facoltà di Aprile.

Perché iscriversi al nuovo Ordinamento?

N.B.: Chi vuole optare per il Nuovo Ordinamento e dovrebbe iscriversi al VI anno in qualità di fuori corso (per la prima o più volte consecutive), *si iscriverà come ripetente del VI anno per l'anno accademico 2001/2002.*

Per il conseguimento della Laurea Specialistica i medesimi dovranno acquisire, oltre ai crediti eventualmente mancanti a seguito del riconoscimento della carriera universitaria percorsa, i 9 crediti opzionali previsti per il 6° anno, iscrivendosi quali ripetenti per l'anno accademico 2001/02.

P.S. Il nuovo Regolamento sarà approvato entro il corrente mese dal Senato Accademico; intanto è possibile consultare la formula approvata dal Consiglio di Facoltà lo scorso 25/07/2001 allo Student Office (il turno è provvisoriamente il mercoledì dalle 13 alle 14).

I Rappresentanti degli Studenti di ListAperta
Gianmaria Mattioli, Francesco Orlandoni





Centro di Supporto per l'Apprendimento delle Lingue (CSAL)

L'Università di Ancona dispone di un centro di supporto per l'apprendimento delle lingue straniere, che ha sede presso la Facoltà di Economia e svolge la propria attività presso tutte le Facoltà dell'Ateneo.

Il centro ha lo scopo di predisporre attrezzature e fornire servizi linguistici di supporto ai vari settori dell'Università, anche in funzione di scambi internazionali.

Attività dello CSAL

- Il centro fornisce assistenza anche mediante gestione *self access* per l'apprendimento delle lingue straniere per gli Studenti e per il Personale dell'Università;
- produce materiale didattico e autodidattico originale;
- fornisce assistenza per gli Studenti stranieri che hanno richiesto l'iscrizione all'Università di Ancona al fine di favorire l'apprendimento della lingua italiana;
- collabora all'organizzazione di convegni e scambi internazionali;
- promuove l'attività di studio e di documentazione nell'area di propria competenza;
- favorisce rapporti e sviluppa collaborazioni con istituzioni universitarie e non, in ambito nazionale ed internazionale nel campo delle applicazioni delle lingue straniere.

Attività del CSAL presso la Facoltà

- L'attività del CSAL si svolge presso l'Atelier Informatico situato al primo piano del Polo Didattico.
- In questo centro sono a disposizione mezzi audiovisivi e computer con programmi specifici per l'autoapprendimento della lingua inglese.
- Il centro è aperto dal Lunedì al Giovedì dalle ore 9,00 alle ore 18,00.
- Collaboratori linguistici sono presenti tutti i mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 per attività di formazione e di verifica linguistica a favore degli studenti dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e dei D.U.
- Il referente linguistico per il corrente anno accademico è la Signora Pauline Jones.
- Per ulteriori informazioni, contattare la Segreteria di Presidenza.

Attività formativa professionalizzante nei Reparti clinici

Prosegue per gli Studenti del 3°-4°-5°-6° anno del CdLS in Medicina e Chirurgia e per il raggiungimento degli obiettivi predeterminati, l'attività formativa professionalizzante nelle strutture dell'Azienda Ospedaliera Umberto I di Ancona, secondo il calendario pubblicato nella Guida.

L'attività nei Reparti si svolge, sotto la guida di Tutori, nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì, dalle ore 8,30 alle ore 11,30.

Il venerdì è libero da ogni attività programmata, a frequenza obbligatoria, per consentire agli Studenti il libero accesso alle diverse attività formative contenute nel paniere didattico del mese.

Reumatologia 2001

La Cattedra di Reumatologia dell'Università ricorda i seguenti appuntamenti nell'ambito del ciclo di Seminari "Reumatologia 2001":

La polimialgia reumatica 7 novembre 2001

Relatore Dott. Carlo Salvarani (U.O. Reumatologia
Ospedale di Reggio Emilia)

Osteoporosi e Glucocorticoidi 30 novembre/1 dicembre 2001

Gli incontri si svolgeranno presso il Centro Congressi dell'Hotel Federico II di Jesi (AN) dalle 15,30 alle 18,30 nelle date indicate.

Segreteria Scientifica: Dott.ssa Rossella De Angelis
Clinica Reumatologica - Ospedale "A. Murri" - Jesi (AN)
Tel. 0731 534125 - Fax 0731 534124
e-mail: deaross65@libero.it





A CURA DI MAURIZIO BATTINO

SENATO ACCADEMICO DEL 5 OTTOBRE 2001

Comunicazioni del Presidente

- La Facoltà di Economia ha deciso di intitolare la facoltà stessa al Prof. Giorgio Fuà, recentemente scomparso.
- Il 7 dicembre 2000 fu nominata una Commissione con il compito di individuare dei criteri per la valutazione della produttività scientifica di professori e ricercatori, criteri che fossero un valido ausilio per i lavori del Nucleo di Valutazione dell'Ateneo. La Commissione ha terminato i lavori ed i risultati (i criteri) sono stati inviati al Nucleo di Valutazione.
- L'attuale Legge Finanziaria in esame al Senato prevede il blocco delle assunzioni per il personale tecnico-amministrativo universitario.
- E' aperto il Bando per il Programma di Internazionalizzazione delle Università per il triennio 2001-2003. Maggiori dettagli sul sito del MIUR.

Regolamenti

- Corsi di perfezionamento del settore sanitario: anche al personale del Servizio Sanitario Nazionale potrà essere riconosciuto un contributo economico nei modi e nei termini previsti per i docenti universitari.

Assegni di ricerca

- Sono stati approvati tutti gli assegni di ricerca proposti.

Varie ed eventuali

- Sono stati ratificati alcuni Decreti Rettorali aventi per oggetto la convocazione di valutazioni comparative in Gazzetta Ufficiale.
- Sono state approvate alcune modifiche riguardanti il tirocinio nei D.U. di Medicina: per il profilo infermieristico saranno sede di tirocinio anche le Aziende di Camerino e di San Benedetto del Tronto mentre per il profilo di Ostetrica l'Azienda di Civitanova sostituirà quella di Recanati.
- Corsi Liberi: vengono aboliti nei corsi di studio a numero programmato.
- Concesso il nulla-osta ai colleghi che chiedono di afferrire a Dottorati con sede diversa dall'Ateneo Dorico.
- Sono state respinte tutte le richieste di equo-indennizzo.
- Nell'ambito dell'accordo quadro con l'Università di Tunisi viene concessa una borsa di soggiorno di tre mesi per un collega di quell'Università.
- Inserimento del SSD MED 01 nell'Istituto di Medicina Clinica e afferimento della Prof.ssa Flavia Carle a detto Istituto in concomitanza con la chiusura dell'Istituto di Scienze Biomediche.

Istituto di Microbiologia e Scienze Biomediche

Su richiesta dei rispettivi Consigli di Istituto vengono disattivati gli Istituti di Microbiologia e di Scienze Biomediche e viene formato un nuovo Istituto di Microbiologia e Scienze Biomediche che ha le caratteristiche previste dallo Statuto.

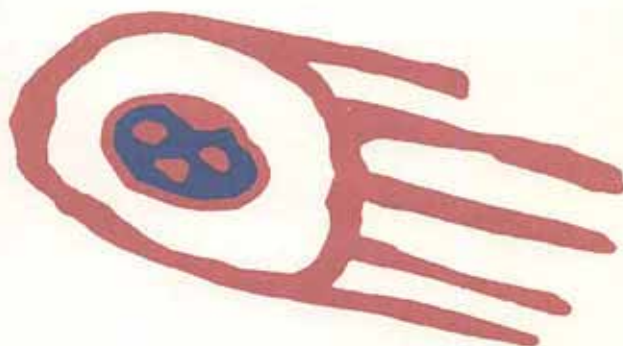




CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 3/10/2001

Notizie sulle principali decisioni

- Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:
 - È in corso presso il nostro Ateneo un'ispezione da parte di un funzionario del Ministero del Tesoro ai fini di una indagine conoscitiva di tipo economico finanziario.
 - La bozza della Legge Finanziaria 2001 prevede un blocco delle assunzioni per tutta la Pubblica Amministrazione ivi comprese le Università (solo personale tecnico amministrativo).
- Sono state apportate alcune variazioni al bilancio di previsione dell'es. fin. 2001 ed è stata approvata una proposta di impegni sulle maggiori entrate F.F.O.2001.
- È stato aggiornato il piano triennale per l'edilizia 2002-2004.
- Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:
 - Convenzione con l'Università di Urbino per l'attivazione ed il funzionamento del dottorato di ricerca in "Oncologia Urologica" – III ciclo – nuova serie;
 - Convenzione con l'Università di Siena per il finanziamento, da parte dell'Università di Ancona, di n. 1 borsa di studio quadriennale per il dottorato di ricerca in "Biochimica Applicata" – XVII ciclo (III ciclo – nuova serie);
 - Modifica convenzione con la Regione Marche per pagamento borse di studio per Anestesia e Rianimazione e Chirurgia Vascolare;
- È stata costituita la "Fondazione prof. Rodolfo Giorgini" avente la finalità di compiere ricerche neuropsichiatriche.
- Sono state autorizzate le seguenti prestazioni d'opera:
 - Ist.to di Scienze Fisiche – Dott.ssa Federica Corsi.
 - Ist.to di Scienze Fisiche – Dott.ssa Larissa Valkova.
 - Ist.to di Scienze Fisiche – Dott. Luciano Pallottini.
 - Ist.to di Clinica Medica Generale Ematologia ed Immunologia Clinica – Dott.ssa Federica Arduini.
- È stato espresso parere favorevole alle modifiche da apportare alle tabelle 2 e 3 allegate allo Statuto così come previste dal Regolamento Didattico di Ateneo.
- È stato espresso parere favorevole alla disattivazione degli istituti di Microbiologia e di Scienze Biomediche ed alla costituzione dell'Ist.to di Microbiologia e Scienze Biomediche.
- Sono stati autorizzati discarichi inventariali nelle seguenti strutture:
 - Ist.to di Biochimica.
 - Ist.to Policattedra delle Malattie del Sistema Nervoso.
- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
 - È stato concesso un acconto di L. 69.600.000 all'Ist.to di Scienze Fisiche sui fondi della Commissione Europea.
 - È stato accettato un contributo di L. 200.000.000 dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) alla Dott.ssa Francesca Fazioli.
 - È stata accolta la richiesta di trasferimento del Dott. Luigi Novelli.
 - È stata accolta la richiesta di trasferimento della Dott.ssa Veronica Cacitti.
 - È stato espresso parere favorevole alla modifica Protocollo d'Intesa Università-Regione a.a. 2001/2002.
 - È stato accettato un contributo di £.10.000.000 dalla Società Roche SpA;
 - È stata accertata la copertura finanziaria per un posto di ruolo 2ª fascia settore MED/28 Malattie Odontostomatologiche.
 - È stato autorizzato il rinnovo, per l'a.a.2001/2002, del corso di perfezionamento in Chimica dei sistemi biologici.
 - Resistenza in giudizio nel ricorso presentato da alcuni specializzandi della Facoltà di Medicina.





DANIELE RODRIGUEZ

Cattedra di Medicina legale
Università degli Studi di Ancona

La deontologia non può non essere correlata a Jeremy Bentham (nato a Londra nel 1748, ivi deceduto nel 1832) per il semplice fatto che si tratta di termine che da lui per la prima volta fu coniato. Il neologismo compare nel titolo del suo saggio pubblicato postumo in due volumi da John Bowring nel 1834: *Deontology or the Science of Morality*. È lo stesso Bentham che spiega di usare il termine deontologia "per la sola ragione che non esiste, nella parte originaria della lingua inglese, una singola parola con la quale si possa esprimere lo stesso significato". E completa subito dopo il pensiero indicando che: "Per 'deontologia' intesa nel senso più ampio, si intende quel settore dell'arte e scienza che ha per suo oggetto il fare in ogni occasione ciò che è giusto e conveniente fare". Altrove Bentham precisa: "Il compito della deontologia consiste principalmente nella distribuzione degli obblighi: nel segnare sul campo dell'azione i luoghi nei quali si può ritenere convenientemente che sorga un obbligo; e, in caso di conflitto fra obblighi derivanti da fonti diverse, nello stabilire quale debba ottenere la preferenza e quale debba rinunciarvi. Gli uomini hanno bisogno di venire informati degli obblighi che gravano su di loro."

Jeremy Bentham, esponente dell'illuminismo e del postilluminismo ottocentesco, fu personalità eclettica, dai molteplici interessi; proveniente da studi giuridici, egli esercitò per poco tempo la professione di avvocato, cimentandosi per tutta la vita nello studio e nella elaborazione di idee e progetti in vari ambiti scientifici e culturali: diritto, politica, sociologia, economia, filosofia. Il suo fervore intellettuale è documentato da numerosissimi scritti, in parte pubblicati postumi.

Fra gli interessi che Bentham coltivò non vi fu comunque la medicina o lo studio della relazione medico-paziente. Né la deontologia viene considerata dal filosofo in relazione all'esercizio della professione medica. Il sostantivo "deontologia" fu comunque recepito anche nell'ambito della professione medica e le conseguenze dell'introduzione di questo concetto in ambito medico sono meritevoli di riflessione.

Per chiarire il punto è necessario focalizzare preliminarmente alcune osservazioni relativamente al termine "deontologia":

- 1) esso è stato coniato a tavolino e quindi, come tale, è privo di radici storiche. Collocandosi come elemento costitutivo del pensiero di un filosofo costituisce un paradigma, un'idea di riferimento, piuttosto che la presa d'atto, la rappresentazione lessicale sintetica, di una tradizione o l'espressione di una cultura;
- 2) deriva dal greco e per la precisione da *de'on* che significa "dovere" e *lo'gos* che significa "discorso";
- 3) ha avuto grande fortuna e si è rapidamente diffuso,

nelle varie traduzioni, tutte rispettose della terminologia greca da cui è stato fatto nascere. In particolare il concetto di deontologia è stato recepito per definire l'insieme delle regole doverose per il corretto esercizio di una data professione ed è stato adottato da associazioni, ordini e collegi di vari professionisti per essere inserito nel titolo delle proprie codificazioni scritte delle norme comportamentali disciplinanti l'attività professionale.

Per quanto concerne la professione medica, in relazione ai tre punti precedenti, si osserva che l'adozione del termine "deontologia" per la codificazione dell'esercizio professionale (punto 3) si inserisce in un contesto culturale della professione medica, i cui principi fondamentali risalivano ad un lontano passato (punto 1) e non si basavano sulla nozione del "dovere" (punto 2).

Questa situazione può essere letta in vari modi. Un punto di vista è che la parola deontologia ebbe favorevole accoglienza in ambito medico solo quando la cultura medica della relazione con il paziente iniziò ad andare incontro a cambiamenti, talché, per il medico,

Jeremy Bentham e la *Deontology or Science of Morality*

riferirsi al principio del "dovere" meglio rispondeva ad una relazione rinnovata, basata sui diritti del paziente e, di converso, sui doveri del medico, rispetto alle precedenti concezioni basate su modelli di carattere filantropico ai quali il medico si era fino ad allora ispirato.

A prescindere dalla individuazione delle ragioni per le quali il termine ha avuto successo anche nella comunità medica, è fondamentale rendersi conto che il sostantivo è stato accolto proprio nel suo intrinseco significato "etimologico" che fa del "dovere" l'elemento significante. Ciò non ha impedito che, sussistendo comunque nel mondo medico una tradizione in merito alla correttezza della condotta professionale, si sia collegata questa nuova concezione a tale tradizione. Il collegamento è stato fatto in modo spontaneo e semplicistico, senza volontà di sistematizzare scientificamente la materia, dando per scontato che un termine di provenienza estranea alla cultura medica potesse inserirsi organicamente nella tradizione e potesse in qualche modo esserne la rappresentazione lessicale sintetica, fedele ed efficace. Ciò che sembrava scontato non si è, tuttavia, verificato; anzi, si è creato un paradosso e questo paradosso ha avuto precise conseguenze.

Il paradosso è che, anche se il sostantivo deontologia è stato coniato solo tardivamente, si è arrivati a parlare, ed





a scrivere, di storia della deontologia medica, facendola decorrere da periodi nei quali la deontologia, sia come parola che come concetto, ancora non esisteva. Si è tracciata questa storia facendola risalire all'antica medicina babilonese o greca, mentre è evidente che la storia della deontologia non può che essere successiva al 1834, data di pubblicazione del testo di Bentham sulla "Deontologia". Volendo modificare il lessico di siffatta storiografia, è inammissibile parlare anche solo di idee precorritrici e di principi antesignani della moderna deontologia, perché il concetto di "dovere" del medico è estraneo al contenuto dei documenti ai quali il medico si è in passato ispirato per l'esercizio professionale.

Oggi la locuzione deontologia medica è adottata con specifico riferimento alle regole di condotta, cui il medico deve attenersi nell'esercizio professionale, raccolte in apposito codice da parte di organismi o associazioni mediche, nazionali o sovranazionali; più in generale, per deontologia medica si può oggi intendere anche l'insieme, più vasto, degli obblighi contemplati da norme in genere (giuridiche e professionali) ed incumbenti ai medici. In questo scritto, la locuzione viene considerata nella sua prima accezione, perché ciò di cui si intende ora discutere è la concezione di deontologia come recepta nel codice professionale dei medici italiani e perché tale accezione è quella più vicina al pensiero di Bentham, secondo il quale "Il diritto appartiene quasi esclusivamente alla legge; con la deontologia ha ben poco a che fare: nella deontologia è relativamente raro che si presenti l'occasione per menzionarlo." Comunque, comune alle due accezioni è il concetto, cardine, che entrambe richiamano il vincolo del "dovere" del medico di uniformare la propria condotta professionale a nome di riferimento.

Come anticipato, il concetto di dovere non caratterizza i documenti che sono stati tramandati e che dimostrano i principi ai quali il medico si è ispirato, nelle varie epoche storiche, nell'esercizio della propria professione. Prima che Bentham partorisce il concetto di deontologia e prima che esso fosse conosciuto nella comunità, il medico si riferiva non al concetto del dovere, ma a quello dell'impegnarsi nell'interesse del paziente, concetto, quest'ultimo, che, con quello prima indicato, non si identificava di certo. Il dovere scaturisce da un obbligo, mentre l'impegno è l'espressione alta di una scelta (in genere in funzione di un obiettivo). Ed il dovere resta fondamentalmente un'imposizione esterna, anche se il singolo soggetto vi aderisce volontariamente.

Il principio dell'impegno nell'interesse del paziente emerge in tutta evidenza da quello che, nei testi che trattano di deontologia medica, è in genere indicato fra i primi documenti di riferimento per delineare la storia (pseudostoria)

di tale deontologia: il cosiddetto giuramento di Ippocrate.

"Io giuro per Apollo medico e per Asclepio, e per Igea e per Panacea e per gli dei tutti e le dee, che prendo a testimoni, che secondo le mie forze ed il mio giudizio osserverò questo giuramento e questi precetti:

rispettare colui che mi ha insegnato quest'arte allo stesso modo che i miei genitori;

dividere con lui il sostentamento e dargli ciò di cui abbia bisogno;

considerare i suoi discendenti come miei fratelli; insegnar loro l'arte, se vogliono apprendere, senza mercede o condizioni;

rendere partecipi delle istruzioni, dell'insegnamento e dell'intera disciplina i figli miei e quelli del mio maestro e poi i discepoli iscritti che hanno prestato giuramento secondo il costume medico, e nessun altro;

secondo le mie forze e il mio giudizio, prescriverò la dieta per giovamento dei malati, e mi asterrò da ogni danno e violenza;

pur se richiesto, non darò ad alcuno farmaco mortale, né darò consiglio siffatto: allo stesso modo non darò a donna rimedio abortivo;

puramente e santamente custodirò la vita e l'arte mia: non farò l'operazione della pietra, ma la lascerò agli specialisti di questa operazione;

in qualunque casa io entri, vi andrò per giovamento del malato, astenendomi da ogni azione volontariamente dannosa e da contatti impuri con donne e uomini, con liberi e servi;

qualunque cosa io vegga o oda durante la cura, che non sia da divulgare, ovvero anche fuor della cura nei rapporti della vita, la tacerò, come cosa che non è permesso dire.

Se osserverò questo giuramento e non lo violerò, mi sia concessa vita e arte in buona fama presso tutti gli uomini, per sempre; il contrario, ove io trasgredisca e spergiuri."

Non è il contenuto di questo giuramento di cui ora interessa discutere. È il modo in cui esso è formulato che rileva; tale modo evidenzia una logica ben particolare. Si tratta di un giuramento, appunto, e, come tale, è reso volontariamente dal medico ed è da lui espresso in prima persona. La stessa formula conclusiva del giuramento esprime un'invocazione, fatta sempre in prima persona. Si tratta dell'invocazione delle conseguenze negative in caso di spergiuro; anche siffatta invocazione è dunque una scelta, non la manifestazione dell'accettazione di una punizione. Il giuramento di Ippocrate è, in sostanza, un insieme di determinazioni (autodeterminazioni) piuttosto che di attività doverose.

Lo stesso dicasi dell'altro dei due documenti storici per lo più citati come fonti che hanno ispirato la condotta pro-





fessionale del medico in passato: la preghiera attribuita a Mosè Maimonide (1135-1204): anch'essa è formulata in prima persona, come espressione di richiesta di aiuto divino per ottenere gli obiettivi professionali auspicati.

Orbene, questi due documenti si caratterizzano per essere l'espressione di un impegno autonomo del medico. E' ben vero che molti dei contenuti di questi documenti riguardano questioni od ambiti di attività che sono ripresi nei moderni codici di deontologia medica. Ma non sono le tematiche oggetto di regolamentazione quelle che hanno rilevanza ai fini della presente analisi, bensì il modo con cui il medico si pone di fronte a queste tematiche per realizzare la condotta professionale consona ai bisogni del paziente; ed i modi possibili possono essere schematicamente ricondotti a due canoni fondamentali, rispettivamente, quello dell'assumersi impegni o quello di mantenere rispettosamente la condotta che è imposta.

Ad una superficiale considerazione, la valutazione, ora indicata, del "modo di porsi" può apparire una questione meramente teorica. Si può osservare, infatti, che l'obiettivo del rispetto delle regole corrette può essere raggiunto a prescindere dal movente che ispira il medico: il rispetto delle regole è tale, si potrebbe sostenere, sia che il medico operi in forza di un intimo convincimento morale, sia che agisca per dovere (ed in quest'ultimo caso, si potrebbe aggiungere, sia che il senso del dovere scaturisca dal timore di sanzioni, sia che esso sia espressione di educazione al rispetto delle regole).

Il motivo per cui il medico realizza una data condotta ha invece importanza decisiva, perché condiziona tutto lo stile dell'agire professionale e l'adeguatezza della risposta del medico ai bisogni del paziente. Agire in funzione di scelte, il che corrisponde alla logica dell'impegno, è espressione di una capacità di sapersi rapportare con il paziente ed analizzarne i bisogni e dare risposte confacenti, siano esse di natura tecnico-scientifica o relazionale-sociale. Agire perché si devono rispettare regole rischia di non educare il medico alla comprensione dei bisogni contingenti della persona di cui si prende cura ed a sapersi comportare in funzione della problematicità del singolo caso.

E' a questo punto chiaro il significato della conclusione del ragionamento precedente, del fatto cioè che i documenti elaborati dalla professione medica avanti l'introduzione del concetto di deontologia da parte di Bentham, si caratterizzavano proprio per essere l'espressione della logica dell'impegno del medico nei confronti del paziente: essi erano testimoni di un particolare stile di vivere la professione da parte del medico.

La logica dell'impegno nei confronti del paziente, sinora presentata in termini positivi, non è tuttavia priva di limiti. L'impegno medico è sempre stato intrinsecamente caratte-

rizzato da unilateralità: preghiere e giuramenti sono forme in cui il medico esprimeva il proprio impegno che era, per sua natura, unilaterale. Nella dimensione della deontologia, viene stabilito un dovere professionale perché è riconosciuto un corrispondente diritto dell'altro, il paziente: in questo senso può assumere risalto la bilateralità, che è comunque più fittizia che sostanziale, posto che è sempre il medico, sempre unilateralmente, a dettare le regole del codice di deontologia. Se il codice di deontologia deve essere il riconoscimento dei diritti del paziente e dei rispettivi doveri del medico, allora dovrebbe essere negoziato fra le parti interessate.

Pur con questi limiti, il discorso del dovere del professionista nella sua corrispondenza speculare con il diritto dell'altro, cioè del paziente, libera il rapporto dal paternalismo, dall'arbitrio e dalla presunzione d'onnipotenza del medico. Per queste ragioni, il fatto che un codice comportamentale si ispiri alla logica del dovere può essere considerato una conquista del paziente.

Ma il discorso del dovere, chiedendo uniformità di condotte, facilita anche la deresponsabilizzazione del medico nei confronti del paziente e contribuisce al calo della sua empatia con il paziente stesso e ad una formalizzazione del rapporto.

Sta di fatto, ormai, che l'insieme delle norme che disciplinano l'attività professionale del medico assume la definizione di codice di deontologia e che è impensabile modificare la terminologia in uso.

Il fatto che il termine "deontologia" abbia preso piede è specchio di un diverso modo, diffusosi nel tempo, di vivere la professione.

Tuttavia, alcuni segni indicano che la storia dell'impegno nell'esercizio professionale volto alla tutela della salute continua a vivere, pur nel contesto delle codificazioni scritte che sono nate sotto l'insegna della nuova terminologia di "deontologia". Gli spunti di interesse derivano dalla frase, di Jeremy Bentham, che è stata posta in epigrafe all'ultima versione del codice di deontologia medica e dal "Giuramento" premesso al codice stesso. Altri spunti che permettono di cogliere la persistenza della logica dell'impegno verso la persona di cui ci si prende cura sono contenuti nel codice deontologico dell'infermiere; due di essi assumono particolare rilievo: si tratta del "Patto infermiere-cittadino" anteposto all'ultima versione del codice ultimo citato, nonché dell'uso reiterato che, nel testo dello stesso codice, viene fatto dei verbi "attivarsi", "adoperarsi", "impegnarsi". L'analisi dettagliata di questi spunti porta alle seguenti considerazioni.

Come accennato, un passo di Bentham è stato riportato,



quale citazione introduttiva, nell'ultima versione del codice di deontologia medica; la frase che figura in epigrafe al codice del 1998 è: "L'etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia". Non risulta da alcun documento ufficiale il motivo per cui questa frase sia stata premessa al codice di deontologia medica.

Certo è che la frase stimola due riflessioni, di grande portata, sui rapporti intercorrenti, rispettivamente, fra deontologia ed etica (la frase esprime un punto di vista sulla relazione fra i due concetti) e fra deontologia e diritto (quest'ultimo non espressamente indicato, ma meritevole di essere considerato proprio per il fatto di non essere citato nella frase scelta). Tuttavia, queste due riflessioni non verranno svolte organicamente in questa sede; saranno proposte solo alcune considerazioni marginali, prevalentemente sui rapporti fra etica e deontologia, posto che il ragionamento in sviluppo verte sulla persistenza della logica dell'impegno nell'esercizio professionale, anche nella codificazioni scritte qualificate con il termine di "deontologia".

Quale significato intendeva esprimere, non tanto Bentham quando ha scritto la sua frase che è stata premessa all'attuale codice di deontologia medica italiano, quanto piuttosto gli estensori dell'ultima versione dello stesso, quando hanno stabilito che questa dovesse essere la citazione introduttiva?

"L'etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia". Qualcuno ha ritenuto di poter volgarizzare il significato della frase indicando che la deontologia è una sorta di distillato pratico dell'etica; in parole ancor più semplici, ricorrendo ad una metafora medico-farmacologica, si è detto che la deontologia è l'etica in pillole.

Aver premesso questa frase al codice di deontologia medica suona come tributo al creatore del termine "deontologia", ma è anche un'affermazione del senso profondo della deontologia, ed in particolare del fatto che essa deve essere vissuta come espressione dell'etica, cioè come un richiamo alla valutazione critica e responsabile nell'agire e nel programmare, quindi, nell'operare scelte consone al bisogno. In altre parole, se l'aspetto formale di un codice di deontologia è quello di indicare una serie di condotte e di precisare che esse sono doverose, occorre proprio considerare che questo è solo l'aspetto formale, cui deve corrispondere, nella concezione della deontologia da parte del singolo professionista, l'adesione meditata e volontaria a quanto contenuto nel codice.

Se così è, se cioè la frase va letta nel senso che la deontologia è espressione dell'etica e che quindi la logica del dovere si stempera in quella della riflessione, della valutazione e della scelta, allora è vero quello che si prospettava poco sopra, che cioè lo stile dell'impegno nell'agire pro-

fessionale continua a vivere nonostante la "nuova" terminologia di deontologia.

Se le precedenti argomentazioni fossero non convincenti, si consideri che della persistenza, nel codice di deontologia, della logica dell'impegno resta traccia evidentissima nella scelta di aver premesso al codice di deontologia, non solo nell'attuale, ma in tutti quelli che sono stati elaborati nel nostro Paese, il "Giuramento", che, nella sua formula, rispecchia proprio lo stile dell'impegno e non quello del dovere.

Correlata a questo "Giuramento", la frase "L'etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia" può essere letta in un modo ancor diverso, in una dimensione forse poco rispettosa di Jeremy Bentham e lontana dai suoi intendimenti: la deontologia è solo un "nome", una convenzione, l'invenzione lessicale di un filosofo, che è stata condivisa dai più. Ciò che conta non è quello che il nome significa, ma il significato che il medico dà alle scelte professionali. Il che equivale a dire che la logica del dovere resta confinata al nome di deontologia e che la condotta corretta scaturisce dall'impegno e dalla volontà del singolo professionista.

A supporto delle considerazioni precedenti, si consideri ora un fenomeno che si è manifestato in Italia negli ultimi anni, e che consiste nel fatto che sono stati approvati per la prima volta o sono stati riformulati codici di deontologia riguardanti gli esercenti varie professioni sanitarie. Si tratta di fenomeni di grande interesse, che va interpretato come espressione della volontà, maturata nell'ambito delle varie professioni sanitarie, di disciplinare la rispettiva attività professionale. L'analisi del contenuto di questa nuova, diffusa, produzione deontologica in ambito sanitario fa risaltare una peculiare concezione del concetto di deontologia, concezione che si traduce non tanto nell'indicazione di ottemperare ad una serie di doveri, quanto piuttosto nel porre in risalto il senso di solidarietà verso l'assistito e la volontà di realizzare la condotta professionale corretta come impegno personale.

In particolare, è nel codice deontologico degli infermieri che il termine "deontologia" pare non corrispondere al significato di discorso del dovere. Detto codice fa infatti un uso veramente sporadico del sostantivo "dovere" (cinque volte: commi 3.3, 4.4, 5.3, 6.2 e 6.5) e della voce verbale "deve" (due volte: commi 3.5 e 4.13). Le regole consone alla corretta condotta professionale nella varie circostanze sono, in parte dei casi, indicate in modo descrittivo, ricorrendo cioè al verbo pertinente coniugato all'indicativo presente. In altri passi, le regole sono presentate con maggior enfasi utilizzando tre verbi di analogo significato. I verbi sono: "attivarsi" (commi 2.6; 3.1; 3.4; 3.6; 4.1; 4.14; 5.2);



"adoperarsi" (commi 4.5; 4.10; 4.11; 4.18); "impegnarsi" (commi 1.5; 2.2; 2.5; 2.6; 4.12; 4.14). Il significato dell'uso di questi verbi è rafforzato dal parimenti frequente richiamo, nel codice deontologico (commi 1.1, 1.3; 1.4; 2.1; 3.2; 3.3; 6.1; 6.3), alla responsabilità dell'infermiere intesa come impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto, facendosi carico dell'assistito e fornendo risposte competenti ai suoi bisogni.

Il codice deontologico dell'infermiere testimonia dunque una concezione della deontologia che ha il significato, più che di "discorso dei doveri", di discorso della responsabilità o, se si preferisce, dell'impegno, posto che, e non potrebbe essere altrimenti, "responsabilità" corrisponde ad "impegno" professionale nell'interesse di salute della persona. Può dunque essere proposta la locuzione di "deontologia della responsabilità", evidentemente contraddittoria per via dell'associazione dei termini che la compongono, ma non illogica, perché prende atto da un lato di un lessico ormai consolidato - "deontologia" - e propone nel contempo la chiave di lettura dello stesso - "responsabilità" -. L'infermiere aderisce ai precetti del codice deontologico non per imposizione, ma per scelta, in quanto guidato dal suo senso di responsabilità.

In argomento, un passo del codice deontologico si può considerare emblematico. Si tratta del comma 4.8, che recita: "L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui". Non occorre alcuna spiegazione: è, infatti, di tutta evidenza che questo comma, oltre ad affrontare il rapporto fra deontologia codificata e legge, è il paradigma della deontologia della responsabilità, cioè della scelta consapevole e dell'impegno nell'interesse (non solo strettamente di salute) della persona. Il comma merita considerazione non solo per il suo contenuto, ma anche perché esso corrisponde esattamente al testo dell'art. 3 del previgente codice deontologico dell'infermiere: ciò significa che questo passo è un segno di continuità fra il vecchio ed il nuovo codice deontologico e testimonia che già nel codice precedente erano state poste le fondamenta della deontologia della responsabilità. Non si dimentichi che l'art. 6 di quello stesso codice richiamava, per la prima volta nel panorama normativo italiano, la "responsabilità" dell'infermiere, correlandola alla "migliore tutela della salute dei cittadini, sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture, sia nella gestione democratica dei servizi, tenendo sempre presenti i bisogni reali della popolazione nell'ambito del territorio."

Il codice deontologico degli infermieri, con la sua concezione implicita della deontologia della responsabilità, testimonia la persistenza, fra i professionisti della salute, della

logica dell'impegno pur in un contesto (la deontologia, appunto) che, formalmente, si colloca in una logica del dovere.

Ma vi è di più: in questo codice, la logica dell'impegno viene ad assumere un volto parzialmente nuovo, quello della ricerca dell'alleanza con la persona assistita. Al codice deontologico dell'infermiere è infatti premesso il "Patto infermiere-cittadino", che è una dichiarazione con cui gli infermieri si impegnano a ricercare, insieme con gli assistiti, una via per la promozione e la tutela della salute, che salvaguardi l'appropriatezza sia delle cure e dell'assistenza sia dell'uso delle risorse.

Bibliografia

- 1) ANACLERIO M., ANACLERIO M., *Principi di deontologia medica*. Marrapese ed., Roma 1981.
- 2) BARNI M., *Diritti-Doveri Responsabilità del medico*. Giuffrè ed., Milano 1999.
- 3) BENCIOLETTI P., *Il codice di deontologia medica e la normativa italiana*. In: Barni M. (curatore), *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale del medico*. Atti Convegno Certosa di Pontignano, Siena 5-6 febbraio 1999. Giuffrè ed., Milano 1999, pp. 87-101.
- 3) BENCIOLETTI P., APRILE A., *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*, in Menon C., Rupolo G., *Pronto soccorso per l'infermiere professionale*. Ambrosiana ed., Milano 1995, pp. 281-288.
- 4) BENTHAM J., *Deontologia*. La Nuova Italia ed., Firenze 2000.
- 5) CALCAGNI C., *Deontologia medica*. Società editrice Universo, Roma 1987.
- 6) FINESCHI V., *Il codice di deontologia medica*. II edizione, Giuffrè ed., Milano 1996.
- 7) FORMAGGIO T.G., *Deontologia medica e legislazione sanitaria*. Soc. Ed. Pavese, 1958.
- 8) INTRONA F., TANTALO M., COLAFIGLI A., *Il Codice di Deontologia medica correlato a leggi ed a documenti*. Liviana Medicina ed., Padova 1992.
- 9) LEGA C., *Deontologia medica. Principi generali*. Piccin ed., Padova 1979.
- 10) MOTTURA G., *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*. Editori Riuniti, Roma 1986.
- 11) SPINSANTI S. (curatore), *Documenti di deontologia e etica medica*. Ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1985.





Jean Claude Ameisen, *Al cuore della vita. Il suicidio cellulare e la morte creatrice*. Ed. Feltrinelli, 2001 Lit. 40.000

Come lo scultore ricava l'opera facendola emergere mediante progressive eliminazioni, la "morte cellulare" scolpisce le forme dell'embrione. Nell'embrione umano, la mano inizialmente appare come una specie di manopola e poi le cellule che formano il tessuto fra le dita cominciano a morire. E la sopravvivenza o la morte delle cellule, lungi dall'essere eventi predeterminati con esattezza dai geni, dipendono in larga misura da fenomeni stocastici e dalle complesse interazioni che le cellule stabiliscono con l'ambiente che le circonda: preleviamo alcune cellule dall'ala di un embrione di uccello in un punto in cui presto moriranno, collochiamole in una zona in cui le cellule sono invece destinate a persistere, e le vedremo sopravvivere. Può apparire un paradosso, ma la morte cellulare è alla base dello sviluppo della vita. In *Al cuore della vita* Jean Claude Ameisen, professore di immunologia a Parigi e capo di un gruppo di ricerca all'Inserm, ci illustra sorprendenti teorie biologiche impregnate su questo paradosso, teorie di cui discute l'enorme potere di revisione delle idee scientifiche sull'evoluzione degli organismi viventi, l'invecchiamento e le malattie.

La morte cellulare è in realtà una sorta di "suicidio": è la cellula stessa a sintetizzare le proteine che attivano il programma di autodistruzione. Oggi si usa il termine "apoptosi", parola che in greco antico evoca la caduta autunnale delle foglie. In un verme dallo sviluppo embrionale estremamente semplice e dal nome complicato (*Caenorhabditis elegans*) sono stati identificati i geni

per la sintesi di alcune proteine che controllano la vita e la morte delle cellule embrionali: una di queste proteine, l'*esecutore*, è necessaria perché la cellula si uccida; deve però essere messa in moto da un'altra proteina, l'*attivatore* che, a sua volta, può dare l'ordine di esecuzione solo in assenza di un *protettore*, il quale normalmente impedisce l'avvio del processo di autodistruzione nelle cellule che sopravvivono. Il protettore può essere poi inibito da un *antagonista*, che in tal modo può innescare l'autodistruzione. La vita e la morte di una cellula dipendono quindi dalla quantità di esecutori, attivatori, protettori e antagonisti che essa produce in risposta ai molteplici segnali che riceve dal proprio ambiente nel corso dello sviluppo embrionale. Anche se il modulo genetico di *C.elegans* ha subito una diversificazione straordinaria nel corso della filogenesi, e ciò implica certamente un aumento della complessità dei sistemi cellulari responsabili dell'apoptosi, il modello di base è applicabile anche agli organismi superiori e all'uomo.

Il suicidio cellulare prosegue anche nell'età adulta. Nel nostro corpo si autodistruggono quotidianamente, e vengono efficacemente sostituite, miliardi di cellule. Basti pensare all'elevatissimo turnover a cui sono soggette le cellule della pelle: come non ci bagniamo mai nelle acque dello stesso fiume, non siamo mai avvolti dalla stessa pelle. Recentemente si è visto che anche le cellule che notoriamente vivono più a lungo, quelle cerebrali e del sistema immunitario, posseggono la capacità di autodistruggersi in ogni momento. Sopravvivono perché ricevono dall'ambiente i segnali che impediscono loro di suicidarsi. Cellule staminali possono sostituire le cellule apoptotiche nel cervello, e questo apre affascinanti percorsi di ricerca sul ruolo dell'apoptosi e del rinnovamento cellulare nella plasticità del sistema nervoso. E nella patogenesi delle malattie. L'idea che anche alcune malattie siano dovute a disfunzione dei meccanismi di suicidio cellulare è rivoluzionaria, anche per i suoi risvolti terapeutici. Se nel morbo di Alzheimer o nell'ictus cerebrale le cellule muoiono non perché un aggressore le distrugge ma perché, in base ai segnali che percepiscono, attivano il meccanismo che porta alla loro autodistruzione, basta allora modificare i segnali esterni o la risposta cellulare a tali segnali perché le cellule sopravvivano. Nel mito greco, il canto delle sirene provocava la morte dei marinai che, rapiti dall'estatica dolcezza del canto, non esitavano a gettarsi tra i flutti. E il mito stesso suggerisce alcune strategie di salvezza. Ulisse tappa le orecchie ai suoi marinai e si fa legare all'albero della nave. Orfeo suona la lira per neutralizzare il canto delle sirene. Metafore di strategie attualmente esplorate dai ricercatori, con risultati molto promettenti: bloccare la ricezione del segnale di morte, inibire la capacità di rispondervi, aggiungere segnali contrari.

Per finire. Esiste un'analogia tra il destino di una cellula e quello di un individuo? La longevità degli individui è, come quella di una cellula, regolata da una forma di equilibrio tra esecutori e protettori? È lecito proiettare lo schema interpretativo delle teorie ispirate alla "morte prematura" delle cellule allo studio delle società umane, e abbozzare una sorta di legge naturale a fondamento del funzionamento delle nostre società?

Andrea Minelli

con la collaborazione delle Librerie
Feltrinelli e Ragni di Ancona



Gabriele Lolli, *La crisalide e la farfalla. Donne e matematica*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000, 126 pagine; Lire 18000

Che la scienza e la ricerca scientifica siano state, ed in parte siano ancora per alcuni aspetti, dominio maschile è un concetto noto su cui diversi Autori hanno scritto e discusso. Ma come tutti i concetti noti rischia di diventare un luogo comune, un argomento di conversazione da salotto, di cui si parla senza conoscerne la dimensione e le caratteristiche che, senza dubbio, sono in continuo cambiamento.

E' per questo motivo che il libro di Gabriele Lolli, professore di logica matematica presso l'Università di Torino, incuriosisce e risulta interessante via via che si prosegue nella lettura, resa scorrevole e piacevole dallo stile che ricorda la stesura logica e schematica di un lavoro scientifico, colorata a tratti dai commenti aneddotici dell'Autore. Anche se, come precisato nella presentazione, il libro non rappresenta il risultato di uno specifico lavoro di ricerca, ma piuttosto vuole essere "una testimonianza del genere di conoscenze e di pensieri che sull'argomento si agitano nell'aria che professionalmente si respira, e di conseguenza della percezione che del problema viene ad avere una persona comune", l'argomento viene affrontato riportando dati oggettivi e citazioni da studi di storia delle matematiche sicuramente poco noti alla maggior parte dei lettori, stimolando, in questi ultimi, la curiosità e l'approfondimento della conoscenza del problema.

Partendo da una battuta (che definisce agghiacciante!) del grande fisico-matematico Hermann Weyl (1885-1955), secondo il quale ci sarebbero state "solo due donne matematiche nella storia Sof'ja Kovalevskaja e Emmy Noether: la prima non era una matematica, la seconda non era una donna", Gabrielle Lolli inizia la sua riflessione su "quello che si è perduto con l'esclusione dalla matematica dell'altra metà del cielo" sfogliando i libri di storia delle matematiche. Da tali fonti emergono alcuni nomi di donne che hanno dato un importante contributo allo sviluppo delle scienze matematiche, pur dovendo affrontare l'ostilità, il disprezzo e la derisione degli scienziati e degli storici a loro contemporanei o meno.

La storia della bellissima Ipazia, alla quale vengono attribuite molte opere matematiche, uccisa dai fanatici seguaci del vescovo Cirillo di Alessandria, probabilmente geloso del suo ingegno, nel 415 d.C., sembra essere uno di quegli episodi estremi della nostra storia, scaturiti da un condizionamento culturale che consideriamo barbaro e superato da tempo. Tuttavia, Lolli ci dimostra come la misoginia della scienza abbia continuato e continui ad operare per la matematica, sebbene in modo meno cruento ma forse ancora più efficace. All'inizio del XX secolo, lo storico e matematico Gino Loria scriveva: "si può dunque dire che una donna matematica sia contro natura, in un certo senso sia un ermafrodito... Donne dotte e artiste sono prodotti di degenerazione. Soltanto in forza di variazioni patologiche la donna può acquistare qualità diverse da quelle che la rendono amante e madre. Bisogna dunque aspettarsi che nelle donne d'ingegno esistano ancora altre deviazioni (travestitismo, salute cagionevole, ...)".

Spesso, ci fa osservare Lolli, le donne matematiche sono ricordate come figlie, mogli, amanti sorelle di ..., dimenticando di aggiungere che nella maggior parte delle situazioni lavorare con il sostegno di una figura maschile, anche se intellettualmente e culturalmente inferiore, rappresentava l'unica occasione di lavorare; a tal proposito ancora Loria scrive: "...si direbbe che la donna, negli studi più ardui, mai cessi di essere scolara; che la larva possa bensì raggiungere lo stato di crisalide, ma le siano vietati i liberi voli della farfalla".

Il lavoro di Lolli continua attingendo informazioni dalle statistiche sulla presenza delle donne nelle carriere accademiche e nelle istituzioni scientifiche e dall'interpretazione di tali dati, dagli studi sui test attitudinali e psicologici e sulle differenze di genere in biologia, dagli scritti femministi e dalla letteratura.

"Anche se nessuno crede più, come nell'Ottocento, che man mano che si sviluppa il cervello si atrofizzano le ovaie e che quindi all'inizio delle mestruazioni le ragazze devono essere escluse dalla scuola, resta la curiosità di sapere se esista qualche fattore biologico utile a spiegare l'eventuale differenza nelle prestazioni intellettuali di maschi e femmine". Ma durante la ricerca per soddisfare tale curiosità si deve far attenzione alle estrapolazioni che "connettono caratteristiche e differenze anatomiche o fisiologiche a funzioni ambientali o sociali, attribuendo loro un valore adattivo", e che conducono sullo scivoloso terreno della psicologia evolutivista. Il vero progresso intellettuale in questo campo è stato proprio, secondo Lolli, l'aver capito questo rischio e l'aver cessato di fare estrapolazioni pericolose.

Quindi la situazione è migliorata, soprattutto dopo la seconda guerra mondiale, anche se negli ultimi anni gli spazi, le posizioni di rilievo raggiunte negli anni Settanta si stanno chiudendo, come ci fa osservare l'Autore attraverso i dati delle statistiche relative alla presenza femminile nelle carriere accademiche e nelle istituzioni culturali negli Stati Uniti e in l'Italia. E' dunque necessario agire per aumentare il numero delle donne matematiche che sono poche e spesso costrette a lavorare in un'atmosfera se non apertamente ostile, sicuramente difficile: "Oggi le ragazze che sono giudicate e credute adatte a studiare la matematica sono quelle precise e pazienti nei conti, ordinate e senza fantasia, da orientare a diventare una di quelle terribili "profie" che fanno odiare la materia a generazioni di allievi". Modificando tale convinzione, e aiutando le donne ad avvicinarsi alla matematica, si contribuisce a disegnare una immagine di questa scienza diversa dallo stereotipo di disciplina dura, rigorosa a cui è necessario dedicarsi come a una religione ma senza passione e fantasia: "l'uomo matematico si è degradato a prete decadente proprio perché per tutta la storia ha lavorato senza avere a fianco le donne".

Dalle pagine scritte da Lolli emerge la sua concezione della matematica come scienza creativa, fantasiosa, estetica e divertente: la matematica è bella e, come tutte le scienze, deve essere "un investimento di passione". Lolli rivolge il suo libro soprattutto agli insegnanti, agli educatori e in primo luogo ai genitori: "sono loro che hanno la responsabilità di non perpetuare una ridicola discriminazione, dannosa per la scienza e per la dignità umana; di non sottrarre, con i loro pregiudizi e la loro inadeguatezza, alle future generazioni di donne l'opportunità di una carriera affascinante, di una grande avventura intellettuale e di una realizzazione di sé piena e gratificante."

Flavia Carle

Dal 25 al 28 Settembre 2001 si è tenuto presso la sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torrette di Ancona, il 52° congresso nazionale della Società Italiana di Fisiologia. Il congresso, nuovo nella sua veste organizzativa rispetto alle precedenti edizioni, ha dato spazio a interessanti e costruttivi dibattiti tra i partecipanti ed è stato occasione di incontro tra colleghi che operano in settori scientifici di estremo interesse medico e biologico.

Di grande attualità i temi affrontati dai simposi: le canalopatie del sistema nervoso centrale e il loro ruolo nelle epilessia e in altre patologie del sistema nervoso ("Channelopathies: which link between genetic heterogeneity and clinical phenotype?", organizzatore e moderatore del simposio Enzo Wanke); i meccanismi cerebrali del dolore dagli studi molecolari ed elettrofisiologici a quelli di neuroimaging funzionale ("Brain mechanisms of pain",

organizzatore e moderatore del simposio Giancarlo Carli); i meccanismi molecolari della regolazione del volume cellulare ("Physiological quest for cell volume regula-

tion", organizzatore e moderatore del simposio Maria Svelto). Di alto contenuto innovativo e scientifico la lettura magistrale di Massimo Avoli dal titolo "Neuronal network interactions leading to *in vitro* electrographic seizures" sui modelli sperimentali di epilessia *in vitro* e quella di Cesare Montecucco dal titolo "The role of urease, vacuolating toxin and neurotrophin activating protein in the survival of helicobacter pylori in the human stomach" sui meccanismi molecolari alla base della tossicità dell'helicobacter pylori nello stomaco umano.

L'incontro-dibattito di storia della fisiologia dal titolo "Continuing the Stockholm confrontation: S. Ramon y Cajal, Camillo Golgi and the birth of neuroscience" organizzato da Fiorenzo Conti e Tullio

Manzoni, ha visto impegnati Javier DeFelipe e Paolo Mazzarello i quali, rivisitando la produzione scientifica di S. Ramon y Cajal e di Camillo Golgi, hanno delineato l'impatto che gli studi di quest'ultimi hanno avuto nella nascita e nello sviluppo delle neuroscienze moderne. Javier DeFelipe ha evidenziato come ancora oggi permangono segni inequivocabili dello studio di Cajal che pur disponendo della sola analisi al microscopio ottico di tessuto cerebrale preparato secondo la tecnica messa a punto dallo stesso Golgi, intuì la individualità dei neuroni e la possibilità che essi potessero comunicare grazie a zone di contatto altamente specializzate. Altrettanto accattivante la relazione di Paolo Mazzarello che oltre a decifrare la centralità del metodo che Golgi mise a punto per lo studio del tessuto nervoso, ha evidenziato la modernità delle deduzioni dello studioso italiano sulla continuità della struttura e della funzione del sistema nervoso.

Nel corso del congresso è stato ricordato da Carlo Reggiani il compianto Renzo Minelli ed è stato consegnato a Fabio Recchia il premio SIF 2000 per i suoi studi sul ruolo dell'ossido nitrico nel metabolismo cardiaco.

Nel corso dell'assemblea generale dei membri della Società, Tullio Manzoni è stato eletto con largo consenso, Presidente della Società Italiana di Fisiologia per il biennio 2003-2005.

Le sessioni delle comunicazioni orali e dei posters hanno rappresentato una occasione di importante confronto sui temi più significativi della ricerca fisiologica moderna: dalle neuroscienze alla fisiologia cardiovascolare fino alla fisiologia cellulare; settori scientifici che pur nella diversità degli argomenti trattati, condividono il linguaggio della ricerca sperimentale avanzata.

Nel complesso i temi scientifici sviluppati nel corso delle giornate di lavoro del congresso, hanno evidenziato una forte spinta innovativa nella ricerca fisiologica sperimentale con aree di ricerca di frontiera che si snodano tra le conoscenze fisiologiche di base e quelle fisiopatologiche della medicina.

52° Congresso Nazionale di Fisiologia



52° CONGRESSO NAZIONALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI FISIOLOGIA



ANCONA, 25-28 SETTEMBRE 2001
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Ora-Sede
7, mercoledì	Corso monografico	Ricostruzione del Torace	Prof. A. Bertani	Ore 16.30 Aula A
	Scuola di specializzazione	L'evidenza in patologia vascolare	Proff. F. P. Alò, P. Dessi Fulgheri, C. Grilli Cicilloni ed altri	Ore 15.00 Aula I
	Scuola di specializzazione	La realtà delle strutture riabilitative psichiatriche nelle Marche	Prof. G. Borsetti	Ore 15.30
	Scuola di specializzazione	Discussione di casi clinici	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi	Ore 16.00
8, giovedì	Scuola di specializzazione	Casistica clinica-neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	Ore 8.30
9, venerdì	Corso monografico	Regolazione metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Ore 8,30 Aula A
	Corso monografico	Inufficienza pavimento pelvico	Dott. R. Ghiselli	Ore 8.30 Aula B
	Corso monografico	Medicina molecolare	Prof. A. Gabrielli	Ore 8.30 Aula E
	Corso monografico	Linfomi dell'apparato gastroenterico	Prof. I. Bearzi	Ore 8.30 Aula G
	Corso monografico	Resistenza nei gram positivi	Prof. P. E. Varaldo	Ore 10.30 Aula A
	Corso monografico	Endometriosi, aspetti clinici	Prof. G.G. Garzetti, Dr. A. Ciavattini	Ore 10.30 Aula B
	Forum	Storia della Medicina <i>Medicina, magia e religione</i>	Proff.ssa S. Fortuna	Ore 14,45 Aula D
	Corso monografico	Introduzione alla genetica forense	Prof. A. Tagliabracci	Ore 14.30 Aula B
	Corso monografico	Rischi igienico-sanitari in ospedale, aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M. M. D'Errico	Ore 14.30 Aula G
14, mercoledì	Scuola di specializzazione	Il cancro della prostata Lo screening bioptico	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi, Dott. M. Polito jr.	Ore 16.00
	Corso monografico	Ricostruzione del torace	Prof. A. Bertani	Ore 16.30 Aula A
15, giovedì	Scuola di specializzazione	Casistica clinica-neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	Ore 8.30
16, venerdì	Corso monografico	Regolazione metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Ore 8,30 Aula A
	Corso monografico	Inufficienza pavimento pelvico	Dott. R. Ghiselli	Ore 8.30 Aula B
	Corso monografico	Medicina molecolare	Prof. A. Gabrielli	Ore 8.30 Aula E
	Corso monografico	Linfomi dell'apparato gastroenterico	Prof. I. Bearzi	Ore 8.30 Aula G
	Corso monografico	Resistenza nei gram positivi	Prof. P. E. Varaldo	Ore 10.30 Aula A
	Corso monografico	Endometriosi, aspetti clinici	Prof. G.G. Garzetti, Dr. A. Ciavattini	Ore 10.30 Aula B
	Corso Integrativo	Management – <i>La programmazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale</i>	Prof. G. M. Raggetti	Ore 10,30 Aula E

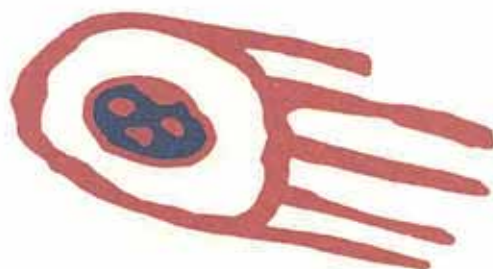




Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Ora-Sede
16, venerdì	Forum	Storia della Medicina <i>Anatomia e fisiologia</i>	Proff.ssa S. Fortuna	Ore 12.45 Aula D
	Corso monografico	Introduzione alla genetica forense	Prof. A. Tagliabracci	Ore 14.30 Aula B
	Corso monografico	Rischi igienico-sanitari in ospedale: aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M. M. D'Errico	Ore 14.30 Aula G
	Scuola di specializzazione	L'epatopatia alcolica: nuove acquisizioni fisiopatologiche e terapeutiche	Prof. A. Casini (Firenze)	Ore 13.00
	Scuola di specializzazione	Discussione di casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	Ore 14.00
20, martedì	Seminario interdisciplinare	Senologia diagnostica multidisciplinare	Prof. E. De Nigris	Ore 16.30 Aula B
	Seminario interdisciplinare	Vascoliti	Prof. G. Danieli	Ore 16,30 Aula E
	Seminario interdisciplinare	Antibiotico resistenza nei pazienti . immunocompromessi	Prof. E. Varaldo	Ore 16.30 Aula A
21, mercoledì	Corso monografico	Ricostruzione del torace	Prof. A. Bertani	Ore 16.30 Aula A
	Scuola di specializzazione	Temi di vita depressivi nell'adolescente secondo l'approccio cognitivo-sistemico processuale	Prof. G. Borsetti	Ore 15.30
	Scuola di specializzazione	Discussione di casi clinici	Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Polito jr.	Ore 16.00
22, giovedì	Scuola di specializzazione	Casistica clinica-neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	Ore 8.30
	Scuola di specializzazione	Terapia medica nella malattia endometriosa	Prof. G.G. Garzetti, Dott. A. Ciavattini	Ore 17.00
23, venerdì	Corso monografico	Inufficienza pavimento pelvico	Dott. R. Ghiselli	Ore 8.30 Aula B
	Corso monografico	Medicina molecolare	Prof. A. Gabrielli	Ore 8.30 Aula E
	Corso monografico	Linfomi dell'apparato gastroenterico	Prof. I. Bearzi	Ore 8.30 Aula G
	Corso monografico	Resistenza nei gram positivi	Prof. P. E. Varaldo	Ore 10.30 Aula A
	Corso monografico	Regolazione metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Ore 8,30 Aula A
	Corso monografico	Endometriosi, aspetti clinici	Prof. G.G. Garzetti, Dr. A. Ciavattini	Ore 10.30 Aula B
	Corso monografico	Introduzione alla genetica forense	Prof. A. Tagliabracci	Ore 14.30 Aula B
	Corso monografico	Rischi igienico-sanitari in ospedale, aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M. M. D'Errico	Ore 14.30 Aula G
	Forum	Storia della Medicina <i>Patologia</i>	Prof.ssa S. Fortuna	Ore 12.45 Aula D
	Corso integrativo	Management - <i>Le responsabilità gestionali del medico</i>	Prof. G. M. Raggetti	Ore 10,30 Aula E
	Scuola di specializzazione	Il trattamento delle emorragie del tratto digestivo superiore	Dott. G. Battaglia (Padova)	Ore 13.00



Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Ora-Sede
28, mercoledì	Corso monografico	Ricostruzione del torace	Prof. A. Bertani	Ore 16,30 Aula A
	Scuola di specializzazione	La diagnosi operativa come base per l'attuazione delle strategie terapeutiche nel dipartimento di salute mentale	Prof. G. Borsetti	Ore 15.30
	Scuola di specializzazione	Prostatectomia radicale retropubica versus crioablazione transperineale della prostata	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi, Dott. M. Polito jr.	Ore 16.00
29, giovedì	Scuola di specializzazione	Casistica clinica-neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	Ore 8.30
30, venerdì	Corso monografico	L'equilibrio acido-base: aspetti chimico-fisiologici	Prof. G.P. Littarru	Ore 8.30 Aula A
	Corso monografico	Problemi assistenziali dei traumi cranici	Prof. F. Richlicki, Dott. Bartolini	Ore 8.30 Aula B
	Corso monografico	Iperensione in gravidanza	Prof. A. Tranquilli	Ore 8.30 Aula E
	Corso monografico	Metodologie di studio e loro applicazione nelle glomerulopatie	Prof. R. Montironi	Ore 8.30 Aula G
	Corso monografico	Approfondimenti in tema di Iperensione Arteriosa	Prof. A. Rappelli	Ore 10.30 Aula B
	Corso monografico	Patologia da amianto	Prof. A. Procopio	Ore 14.30 Aula A
	Corso monografico	Elettrocardiografia clinica	Prof. P. Russo	Ore 14.30 Aula G
	Corso monografico	Uropatie congenite	Prof. G. Amici	Ore 14.30 Aula B
	Corso monografico	I percorsi assistenziali	Prof. F. Di Stanislao	Ore 16.30 Aula G
	Forum	Storia della Medicina <i>Diagnosi e prognosi</i>	Prof.ssa S. Fortuna	Ore 12.45 Aula D
	Corso integrativo	Management - <i>Il controllo di gestione</i>	Prof. G. M. Raggetti	Ore 10,30 Aula E
	Scuola di specializzazione	Uropatie congenite	Prof. G. Amici	Ore 14.30
	Scuola di specializzazione	Meccanismi molecolari della trasformazione epatocitaria	Prof. M. Levrero (Cagliari)	Ore 13.00





AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

NOVEMBRE

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
07-nov	15.00	Facoltà-Aula I	L'evidenza in patologia vascolare	Prof. F. P. Aiù, P. Dessì Fulgheri, C. Grilli Cicilioni ed altri	DS: AA, C, B, D, E, F, CC, DD, P, S, EE, V
07-nov	15.30/16.30	Aula Discipl. Psichiatriche e Sociomed. - Pad.13 - IV piano	La realtà delle strutture riabilitative psichiatriche nelle Marche	Prof. G. Borsetti	DS: H, I, O, P, R, U, AA, DD, GG, II
07-nov	16.00	Facoltà-Aula M	Discussione casi clinici	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi	DS: A, D, I, R, T, V, AA, BB, CC, DD, II
08-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
14-nov	16.00	Facoltà-Aula M	Il cancro della prostata - Lo screening bioptico	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi, Dott. M. Polito jr.	DS: A, D, I, R, T, V, AA, BB, CC, DD, II
15-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
16-nov	13.00/15.00	Facoltà-Auletta di Gastroenterologia	L'epatopatia alcolica: nuove acquisizioni fisiopatologiche e terapeutiche	Prof. A. Casini (Firenze)	DS: Tutte
16-nov	14.00/16.00	Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O; S; FF; DD; DU; CC
21-nov	15.30/16.30	Aula Discipl. Psichiatriche e Sociomed. - Pad.13 - IV piano	Temi di vita depressivi nell'adolescente secondo l'approccio cognitivo-sistemico processuale	Prof. G. Borsetti	DS: H, I, O, P, R, U, AA, DD, GG, II
21-nov	16.00	Facoltà-Aula M	Discussione casi clinici	Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Polito jr.	DS: A, D, I, R, T, V, AA, BB, CC, DD, II
22-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
22-nov	17.00/19.00	Facoltà, Polo Didattico	Terapia medica della malattia endometriosica	Prof. G.G. Garzetti, Dott. A. Ciavattini	DS: I, CC
23-nov	13.00/15.00	Facoltà-Auletta di Gastroenterologia	Il trattamento delle emorragie del tratto digestivo superiore	Dott. G. Battaglia (Padova)	DS: Tutte
28-nov	15.30/16.30	Aula Discipl. Psichiatriche e Sociomed. - Pad.13 - IV piano	La diagnosi operativa come base per l'attuazione delle strategie ist. nel dipartimento di salute mentale	Prof. G. Borsetti	DS: H, I, O, P, R, U, AA, DD, GG, II
28-nov	16.00	Facoltà-Aula M	Prostatectomia radicale Retropubica versus Crioblazione transperineale della prostata	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi, Dott. M. Polito jr.	DS: A, D, I, R, T, V, AA, BB, CC, DD, II
29-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica-neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
30-nov	14.30	Facoltà-Aula B	Uropatie congenite	Prof. G. Amici	DS: T, D, V
30-nov	13.00/15.00	Facoltà-Auletta di Gastroenterologia	Meccanismi molecolari della trasformazione epatocitaria	Prof. M. Leviero (Cagliari)	DS: Tutte

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



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Ancona
Anno IV - n. 11, Novembre 2001
Aut. del Tribunale
di Ancona n.17/1998
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C
legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

Progetto Grafico
Stampa Lirici Greci
Errebi srl Falconara