



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Da sempre la Facoltà, oltre che sede di produzione e di conservazione del sapere, è anche e soprattutto sede di trasmissione dello stesso da parte dei docenti agli studenti, sotto forma di lezioni, di esercitazioni, di attività professionalizzante.

La Facoltà è perciò prima di tutto una fonte di "informazioni", di cui cura e garantisce qualità ed aggiornamento, preoccupandosi inoltre di sviluppare strumenti per una sempre più efficace comunicazione.

Ma oggi tutto ciò non basta più e, ripetendo uno slogan certamente efficace, occorre ora "dall'informazione passare alla formazione". In altri termini, accanto all'informazione la Facoltà a cura di fornire ai discenti la formazione culturale e gli strumenti tecnici necessari per una continua formazione.

Le conoscenze necessarie per l'esercizio professionale si sono in realtà talmente espanse che è impossibile trasmetterle completamente; d'altra parte le stesse si rinnovano con tale velocità che debbono di continuo essere aggiornate; da queste considerazioni scaturisce l'impegno della Facoltà ad educare i giovani all'autoapprendimento fornendo loro gli strumenti necessari, libri, riviste e computer, ma soprattutto l'abilità alla ricerca dei saperi necessari.

Medicina basata sulle evidenze non è nata venti anni fa con Sackett, padre dell'EBM, e neppure oltre cent'anni fa con Pierre Louis, clinico francese inventore della *Médecine d'Observation*, ma è da sempre presente nella mente del Medico e dello Scienziato che di fronte ad un problema, ad una osservazione, si sono posti delle domande, hanno formulato ipotesi e cercato di fornire una risposta alle prime ed una soluzione alle seconde. La Medicina basata sulle evidenze ha avuto però due grandi meriti, primo quello di dettare le regole per porre correttamente i quesiti, saper ricercare le risposte agli stessi, valutarne criticamente la validità ed applicarle al problema clinico; secondo, di risvegliare nei futuri professionisti della sanità l'esigenza, che in ultima analisi è esigenza di verità e di obiettività, di assumere ogni decisione non solo sulla base delle proprie conoscenze ed esperienze, ma anche delle "evidenze" ossia delle "prove" fornite dalla ricerca clinica correttamente condotta e validata.

Prende avvio anche, in questo mese di novembre, per gli studenti di medicina dal terzo anno in poi e dal primo anno per gli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, l'attività formativa professionalizzante che comporta la frequenza a rotazione delle strutture cliniche e l'acquisizione in queste sedi delle abilità pratiche, sia gestuali che comportamentali, necessarie ai futuri professionisti. L'elenco delle abilità da acquisire, che fanno parte ovviamente del core curriculum in quanto rientrano nei saperi irrinunciabili, è pubblicato nei fascicoli della programmazione didattica. Gli studenti devono prenderne accurata visione e cercare anche con iniziative personali l'acquisizione delle skills indicate; tutto ciò per la loro preparazione professionale e, nell'immediato, per superare le verifiche che li attendono sia dopo ogni esame sia, al termine del corso di studio, sotto forma di prova pratica globale.

Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà

EDITORIALE 2

Olio extra vergine di oliva, un ausilio alla salute dal nostro patrimonio alimentare
di Maurizio A. Battino

RICERCA CLINICA 5

Interventi di salvataggio dello sfintere nei tumori del retto: la microchirurgia endoscopica transanale (TEM)
di Mario Guerrieri

VITA DELLA FACOLTÀ 9

Precisazioni relative alla procedura di iscrizione alle attività didattiche elettive - Internato - Orario lezioni di Inglese scientifico - Altre attività formative - Corsi monografici - Forum multiprofessionali di Scienze Umane
a cura di Giovanni Danieli

STORIA DELLA MEDICINA NELLE MARCHE 13

Champagne e salute, Francesco Scacchi da Fabriano
di Francesco Orlandi

ALBUM 15

Antonio Filippo Ciucci nella Biblioteca Comunale di Macerata
di Rosa Marisa Borraccini

SCIENZE UMANE 19

Le Scienze Umane in Medicina
di Giovanni Federspil

NOVEMBRE E DICEMBRE IN FACOLTÀ 31

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 32

Olio extra vergine di oliva, un ausilio alla salute dal nostro patrimonio alimentare*

Premessa

Tutto ebbe inizio dal dissidio tra Atena e Poseidone e dalla loro competizione per controllare la città di Atene e l'intera Attica. Al cospetto di Zeus e di tutti gli altri dei dell'olimpico il primo germoglio di olivo fatto nascere da Atena sull'Acropoli venne considerato il regalo più prezioso.

Tralasciando il fascino della mitologia, l'archeologia ci racconta che la storia dell'olivo è molto complessa essendo una delle specie più antiche: resti fossili testimoniano la sua presenza già nel paleolitico. Si cominciò a coltivare un primo olivo, simile all'attuale olivastro, fra il 6.000 ed il 5.000 a.C. negli ampi altopiani dell'Anatolia in una zona compresa fra Mediterraneo, Caucaso ed Iran. Si estese poi a tutta la costa mediterranea orientale e quando intorno al III millennio a.C. popoli come i turdetani ed i tartessi appresero ad estrarne l'olio questi diventò, in breve, il cardine dei commerci e delle culture dei popoli rivieraschi. L'importanza economica, sociale e per molti versi anche strategica del commercio dell'olio d'oliva è durata fino alla caduta dell'Impero Romano d'Oriente, poi un sostanziale oblio fino agli anni '50 del secolo scorso.

Olio di oliva, aspetti biomedici

L'approccio biomedico è molto più recente: fino a circa 30 anni or sono, la conoscenza scientifica sul ruolo dei grassi in relazione alla salute dell'individuo si centrava sugli acidi grassi poliinsaturi (PUFA) e soprattutto sul linoleico (w-6) che è preponderante negli oli di semi (girasole, mais, soia, etc.). Ciò era dovuto a studi che ne avevano dimostrato un potenziale effetto ipocolesterolemizzante. I risultati di queste ricerche ebbero come risultato l'inserimento nella dieta quotidiana di questi tipi di oli (ricchi in w-6) a discapito dell'olio extra vergine di oliva (OEVO), ma anche degli oli con elevati contenuti in acidi grassi w-3, il cui apporto alla dieta divenne sempre più esiguo. La biologia molecolare era solo all'inizio e si dovette arrivare a tempi molto più recenti per sfatare il mito del linoleico miracoloso. Infatti, a partire dagli anni '90, gli sforzi congiunti di molti laboratori, hanno evidenziato che

* Ho imparato ad amare l'olivo negli anni di studio in Spagna, in quella terra così ferocemente colpita dalla cieca violenza terrorista dell'11 marzo 2004. In quei tristi momenti mi trovavo a Barcellona, comunicando gli ultimi risultati sulle proprietà antiossidanti dell'olio d'oliva al V International Congress on the Mediterranean Diet.

MAURIZIO A. BATTINO

Istituto di Biochimica

Università Politecnica delle Marche

la biosintesi del colesterolo, l'endocitosi delle LDL, la sintesi degli acidi grassi sia saturi che insaturi così come il metabolismo del glucosio dipendono da specifici geni alcuni dei quali vengono attivati da una molteplicità di fattori di trascrizione riconducibili a proteine del tipo SREBP (*Sterol Regulatory Element Binding Proteins*) (cf. gli oltre 80 lavori di Goldstein JL, Brown MS e collaboratori ed inoltre 1-6). Questi fattori di trascrizione vengono a loro volta stimolati da insulina, steroli ossidati e PUFA, in modo quasi indifferente alla natura di questi ultimi. Tutto ciò ha contribuito a far cadere definitivamente il dogma della totale insostituibilità degli w-6 nella dieta, rivalutando nel contempo il ruolo fondamentale sia degli w-3 che dell'OEVO in quelle nazioni che storicamente producevano e consumavano questo prodotto.

Molto prima, però, Ancel Keys (oggi stanco ma felice centenario) fu il primo, e quasi unico, che ipotizzò dei benefici derivanti dal consumo di olio di oliva⁷. Per questa ipotesi si basava sui riscontri ottenuti da un'indagine epidemiologica condotta in sette paesi: osservò che i livelli plasmatici di colesterolo della popolazione cretese non erano elevati e l'incidenza di patologie coronariche ischemiche era bassa e questo nonostante che il consumo quotidiano di grassi, in forma di olio di oliva, fosse particolarmente elevato. In questo studio si dimostrò che la qualità, piuttosto che la quantità, del grasso ingerito con la dieta presenta una relazione con l'incidenza della patologia coronarica. Dieci anni trascorsero quasi invano fino a che, nel III International Congress of the Biological Value of Olive Oil svoltosi a Creta nel 1980, vennero presentate le prime evidenze scientifiche dei possibili benefici per la salute umana derivanti dal consumo di olio di oliva. Da quel momento hanno inizio molte ricerche indirizzate a chiarire il ruolo degli acidi grassi monoinsaturi (MUFA) in distinti aspetti della salute umana. Ciò nonostante il livello di conoscenza sull'olio d'oliva e soprattutto sull'OEVO era ancora ridottissimo e una prova di ciò si trova in un documento congiunto FAO/WHO del 1993 (*Fats and oils in human nutrition: Report of a joint expert consultation*) dove l'importanza ed il ruolo di MUFA/olio d'oliva sulla salute umana era appena sfiorato e, addirittura, nel capitolo dedicato alle dosi giornaliere raccomandate, venivano fornite le raccomandazioni circa gli acidi grassi saturi ed il solo linoleico ma non venivano neppure citati i MUFA.

In seguito, la situazione è profondamente mutata prova ne sia che negli ultimi 15 anni sono apparsi oltre 2.500 articoli scientifici su prestigiose riviste della letteratura medica internazionale e la Comunità Europea ha bandito molte "Azioni di Ricerca" proprio sulla triplice relazione Dieta-Olio di Oliva-Salute.

E' innegabile che questa rivalutazione dell'olio d'oliva e soprattutto dell'OEVO, che rispetto al precedente può vantare una notevole quantità ed un ampio spettro di potenti



antiossidanti naturali (tocoferoli, carotenoidi, steroli, composti fenolici, etc.), sia dovuta anche alla concomitante rivalutazione della cosiddetta Dieta Mediterranea (DM), della quale è uno dei componenti essenziali. Il successo della DM è legato all'evidenza che nei paesi interessati, caratterizzati da un elevato consumo di OEVO, l'incidenza di patologie croniche è tra le più basse in assoluto mentre l'aspettativa di vita è tra le più elevate⁸. Il successo tanto della DM che dell'OEVO ha assunto proporzioni inattese ed ha travalicato i confini della biochimica e della nutrizione per attrarre l'interesse del *USA Department of Agriculture* e di alcuni settori della Sanità Pubblica^{9,10}.

Oggi è ormai ampiamente accettato che anche i MUFA abbiano un impatto positivo sul profilo lipidico serico ma, aspetto ancor più qualificante, siano in grado, grazie alla loro scarsa ossidabilità, di limitare quei fenomeni che portano alla ossidazione delle LDL e con questi alle prime tappe irreversibili sulla via delle degenerazioni di tipo aterosclerotico¹¹⁻¹⁵. L'OEVO, oltre a fornire elevate quantità di MUFA, è ricco, come già ricordato, di molecole che intervengono anch'esse nella protezione contro gli insulti ossidativi. Anche il nostro gruppo di ricerca ha attivamente contribuito in questi settori ottenendo positivi risultati sia in pazienti dislipidemici (dislipidemie di tipo IIb e IV) che in animali da laboratorio¹⁶⁻²¹. In particolare, abbiamo dimostrato una ridotta ossidabilità delle LDL dei pazienti dislipidemici dopo una dieta in cui l'apporto lipidico fosse dipeso da OEVO piuttosto che da un altro grasso^{18,19} e che l'apporto dietetico di OEVO, negli animali da laboratorio, contribuisce a ridurre molti di quei fenomeni, anche quelli tipici dell'invecchiamento o dell'esercizio fisico, legati alla produzione di radicali liberi (FR) e specie reattive dell'ossigeno (ROS)^{16,17,20,21}. Inoltre, abbiamo dimostrato che la composizione lipidica della dieta non influenza solo la composizione acidica delle lipoproteine plasmatiche bensì, in tempi contenuti e incrementando comunque con la crescita e lo sviluppo, determina anche la composizione delle membrane cellulari (mitocondriali e microsomiali comprese) di fegato, cuore, cervello e muscolo scheletrico^{16,17,20-31}. Se si dovesse, con una sola frase, coniare un'affermazione per una campagna divulgativa, si potrebbe a ragione dire: "Siamo ciò che mangiamo". Sebbene quest'affermazione non sia scientificamente rigorosa nella sua globalità, rispecchia abbastanza bene ciò che accade con l'apporto lipidico della dieta.

I risvolti di questa scoperta sono di straordinaria importanza perchè controllando e/o modificando la qualità dei lipidi forniti con l'alimentazione quotidiana, si possono, "plasmare" le membrane cellulari in modo che posseggano un carattere di saturazione o insaturazione ben definito. Tutto ciò evidentemente avviene entro certi limiti (differenze di alcuni punti percentuali tra le specie acidiche più rappresentate), che sono comunque sufficienti per ottenere strutture biologi-

che più resistenti allo stress ossidativo sia di tipo fisiologico (attività fisica o gli stessi processi di invecchiamento) che di provenienza esogena (assunzione di xenobiotici). Questi dati sono ancor più significativi se si considera che FR e ROS prodotti fisiologicamente a livello delle membrane biologiche, per es. nella respirazione mitocondriale o nei processi endogeni di detossificazione epatica, possono trovare un freno o un incentivo alla propagazione a seconda del substrato con cui vengono a contatto (MUFA o PUFA, rispettivamente) e della quantità e qualità di molecole antiossidanti disponibili in grado di tamponare la loro attività.

Proprio la complessa composizione dell'OEVO lo rende pertanto un "succo" naturale con spiccate proprietà antiossidanti³⁰⁻³³, propensione che viene confermata anche in situazioni ambientali estreme come può essere il forte riscaldamento durante i processi di cottura e frittura. E' forse in queste condizioni estreme che l'OEVO esplicita tutta la sua potenzialità antiossidante non degradandosi e non accumulando grandi quantità di perossidi, così come invece avviene per gli oli ricchi in PUFA e poveri in antiossidanti, proteggendo nel contempo anche gli alimenti che vengono immersi per la cottura.

Molti di questi argomenti saranno oggetto dal 21 al 23 ottobre 2004 dell'*International Conference on Olive Oil and Health* (vedi programma dettagliato su www.cias2004.es) a cui tutti siete invitati. Da questo incontro scaturirà un documento di consenso sul ruolo dell'olio d'oliva nei fenomeni di stress ossidativo, nei processi di invecchiamento, nella prevenzione e progressione tumorale, nella prevenzione delle patologie cardiovascolari, ed infine sui possibili effetti benefici dei suoi composti fenolici. Sono ormai decisamente lontani i tempi in cui l'olio d'oliva non veniva neppure citato negli incontri internazionali dedicati ai grassi alimentari.

L'olivo, alimento per l'anima

Mi piace concludere ricordando che l'olivo, l'olio d'oliva ed il lavoro ad essi collegato non sono solo scienza: come abbiamo accennato all'inizio, sono stati a lungo protagonisti della mitologia e della storia dell'uomo accompagnandolo nel suo faticoso divenire lungo i secoli, alimentandolo, rischiando le sue notti e riscaldando il suo cuore. Anche alcuni grandi poeti non hanno saputo resistere a questo fascino ed hanno contraccambiato a loro modo:

Andaluces de Jaén,
aceituneros altivos,
decidme en el alma: ¿quién,
quién levantó los olivos?

No los levantó la nada
ni el dinero, ni el señor,
sino la tierra callada,
el trabajo y el sudor.



Unidos al agua pura
y a los planetas unidos,
los tres dieron la hermosura
de los troncos retorcidos.
(Miguel Hernández)

"...trovò verso il fiume l'alto pino
E l'arbor de l'oliva a quello apresso :
Da le radice stilla una acqua chiara,
Dolce nel gusto e dentro al core amara ... "
M.M. Boiardo, Orlando innamorato (II, VV)

" Non lauro o palma, ma tranquila oliva
Pietà mi manda, e'l tempo rasserena,
E'l pianto asciuga, et vuol anchor ch'ì viva ".
F. Petrarca, Canzoniere (CCXXX)

"
sovra candido vel cinta d'uliva
donna m'apparve, sotto verde manto
vestita di color di fiamma viva".
Dante (Purgatorio, canto XXX)

Bibliografia

1. Worgall TS, Sturley SL, Seo T, Osborne TF, Deckelbaum, RJ. Polyunsaturated fatty acids decrease expression of promoters with sterol regulatory elements by decreasing levels of mature sterol regulatory element-binding protein. *J. Biol. Chem* 1998, 273:25537-25540.
2. Xu J, Nakamura MT, Cho HP, Clarke SD. Sterol regulatory element binding protein-1 expression is suppressed by dietary polyunsaturated fatty acids. *J. Biol. Chem.* 1999, 274: 23577-23583.
3. Jump DB, Clarke SD. Regulation of gene expression by dietary fat. *Annu. Rev. Nutr.* 1999, 19: 63-90.
4. Sundqvist A, Ericsson J. Transcription-dependent degradation controls the stability of the SREBP family of transcription factors. *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.* 2003,100:13833-13838.
5. Jump DB. Fatty acid regulation of gene transcription. *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2004, 41:41-78.
6. Soccio RE, Breslow JL. Intracellular cholesterol transport. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2004, 24:1150-1160.
7. Keys A. (ed) coronary heart disease in seven countries. *Circulation* 1970, 41 suppl.1.
8. Nestle M. Mediterranean diets: historical and research overview. *Am. J. Clin. Nutr.* 1995, 61:13135-13205.
9. Serra-Majem L, Trichopoulou A, Ngo de la Cruz J, Cervera P, García Álvarez A, La Vecchia C, Lemtouni A and Trichopoulos D. Foreword: Does the Mediterranean Diet definition need to be updated? *Public Health Nutr* 2004, 7: in stampa.
10. Battino M, Ferreiro MS. Ageing and Mediterranean diet: a review of the role of dietary fats. *Public Health Nutr.* 2004, 7: in stampa.
11. Karantonis HC, Antonopoulou S, Demopoulos CA. Antithrombotic lipid minor constituents from vegetable oils. Comparison between olive oils and others. *J. Agric. Food Chem.* 2002, 50:1150-1160.
12. Aguilera CM, Ramirez-Tortosa MC, Mesa MD, Ramirez-Tortosa CL, Gil A. Sunflower, virgin-olive and fish oils differentially affect the progression of aortic lesions in rabbits with experimental atherosclerosis. *Atherosclerosis.* 2002,162:335-344.
13. Moreno JJ, Mitjavila MT. The degree of unsaturation of dietary fatty acids and the development of atherosclerosis. *J. Nutr. Biochem.* 2003, 14:182-195.
14. Masella R, Vari R, D'Archivio M, Di Benedetto R, Matarrese P, Palorni W, Scaccocchio B, Giovannini C. Extra virgin olive oil biophenols inhibit cell-mediated oxidation of LDL by increasing the mRNA transcription of glutathione-related enzymes. *J. Nutr.* 2004, 134:785-791.
15. Kok FJ, Kromhout D. Atherosclerosis: epidemiological studies on the health effects of a Mediterranean diet. *Eur. J Nutr.* 2004, 43S: 2-5.
16. Huertas JR, Battino M, Barzanti V, Maranesi M, Parenti-Castelli G, Littarru GP, Turchetto E, Mataix FJ, Lenaz G. Mitochondrial and microsomal cholesterol mobilization after oxidative stress induced by adriamycin in rats fed with dietary olive and corn oil. *Life Sci.* 1992, 50: 2111-2118.
17. Quiles JL, Huertas JR, Manas M, Battino M, Cassinello M, Littarru GP, Lenaz G, Mataix FJ. Peroxidative extent and coenzyme Q levels in the rat: influence of physical training and dietary fats. *Mol Aspects Med.* 1994, 15S:89-95.
18. Svegliati Baroni S, Amelio M, Sangiorgi Z, Gaddi A, Battino M. Solid monounsaturated diet lowers LDL unsaturation trait and oxidisability in hypercholesterolemic (type IIb) patients. *Free Radic Res.* 1999, 30:275-285.
19. Svegliati Baroni S, Amelio M, Fiorito A, Gaddi A, Littarru G, Battino M. Monounsaturated diet lowers LDL oxidisability in type IIb and type IV dyslipidemia without affecting coenzyme Q10 and vitamin E contents. *BioFactors* 1999, 9: 325-330.
20. Quiles JL, Huertas JR, Ochoa JJ, Battino M, Mataix J, Manas M. Dietary fat (virgin olive oil or sunflower oil) and physical training interactions on blood lipids in the rat. *Nutrition* 2003, 19: 363-368.
21. Quiles JL, Ochoa JJ, Ramirez-Tortosa C, Battino M, Huertas JR, Martin Y, Mataix J. Dietary fat type (virgin olive vs. sunflower oils) affects age-related changes in DNA double-strand-breaks, antioxidant capacity and blood lipids in rats. *Exp. Gerontol.* 2004, 39: 1189-1198.
22. Huertas JR, Battino M, Lenaz G, Mataix FJ. Changes in mitochondrial and microsomal rat liver coenzyme Q9 and Q10 content induced by dietary fat and endogenous lipid peroxidation. *FEBS Lett.* 1991, 287: 89-92.
23. Huertas JR, Battino M, Mataix FJ, Lenaz G. Cytochrome oxidase induction after oxidative stress induced by adriamycin in liver of rats fed with dietary olive oil. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 1991, 181: 375-382.
24. Barzanti V, Battino M, Baracca A, Cavazzoni M, Cocchi M, Noble R, Maranesi M, Turchetto E, Lenaz G. The effect of dietary lipid changes on the fatty acid composition and function of liver, heart and brain mitochondria in the rat at different ages. *Br. J. Nutr.* 1994, 71: 193-202.
25. Mataix J, Manas M, Quiles J, Battino M, Cassinello M, Lopez-Frias M, Huertas JR. Coenzyme Q content depends upon oxidative stress and dietary fat unsaturation. *Mol. Aspects Med.* 1997, 18S: 129-135.
26. Quiles JL, Huertas JR, Manas M, Battino M, Ochoa JJ, Mataix J. Plasma antioxidants are strongly affected by iron-induced lipid peroxidation in rats subjected to physical exercise and different dietary fats. *BioFactors* 1998, 8: 119-127.
27. Quiles JL, Huertas JR, Manas M, Battino M, Mataix J. Physical exercise affects the lipid profile of mitochondrial membranes in rats fed with virgin olive oil or sunflower oil. *Br. J. Nutr.* 1999, 81: 21-24.
28. Quiles JL, Huertas JR, Manas M, Ochoa JJ, Battino M, Mataix J. Oxidative stress induced by exercise and dietary fat modulates the coenzyme Q and vitamin A balance between plasma and mitochondria. *Int. J. Vitam. Nutr. Res.* 1999, 69: 243-249.
29. Quiles JL, Huertas JR, Manas M, Ochoa JJ, Battino M, Mataix J. Dietary fat type and regular exercise affect mitochondrial composition and function depending on specific tissue in the rat. *J. Bioenerg. Biomembr.* 2001, 33: 127-134.
30. Battino M, Quiles JL, Huertas JR, Ramirez-Tortosa MC, Cassinello M, Manas M, Lopez-Frias M, Mataix J. Feeding fried oil changes antioxidant and fatty acid pattern of rat and affects rat liver mitochondrial respiratory chain components. *J. Bioenerg. Biomembr.* 2002, 34: 127-134.
31. Quiles JL, Huertas JR, Battino M, Ramirez-Tortosa MC, Cassinello M, Mataix J, Lopez-Frias M, Manas M. The intake of fried virgin olive or sunflower oils differentially induces oxidative stress in rat liver microsomes. *Br. J. Nutr.* 2002, 88: 57-65.
32. Pellegrini N, Battino M. Total antioxidant capacity of olive oil. In "Olive oil and health" (Quiles, JL; Ramirez-Tortosa MC; Yaqoob, P, eds), CABI Publishing Co., 2005, in stampa.
33. Battino M. & Quiles J.L. Changes in tocopherol composition of oils after extreme heat exposure (frying). In "The encyclopedia of vitamin E" (Preedy V.R. & Watson R.R., eds.), CABI Publishing Co., 2005, in stampa.



MARIO GUERRIERI

Chirurgia d'urgenza
Università Politecnica delle Marche

Interventi di salvataggio dello sfintere nei tumori del retto: la microchirurgia endoscopica transanale (TEM)

La Microchirurgia Endoscopica Transanale (TEM) è stata introdotta nella pratica clinica da G. Buess nel 1983 in Germania¹. Questa metodica consente l'asportazione loco-regionale di voluminosi adenomi rettali e di adenocarcinomi allo stadio precoce^{1,2,3}. La tecnica TEM utilizza un rettoscopio modificato che permette, attraverso una visione tridimensionale stereoscopica e ingrandita del campo operatorio, un'escissione a tutto spessore delle lesioni comprendente il tessuto adiposo perirettale e i linfonodi adiacenti. La TEM è una metodica a bassissima invasività per le seguenti caratteristiche: minimo trauma operatorio, esecuzione anche in anestesia periferica, assenza di dolore post intervento, bassa morbilità, ripresa immediata delle funzioni vitali, degenza di 24-48 ore, assenza di cicatrici.

Possono essere asportati con TEM gli adenomi localizzati fino a 25 cm dalla rima anale e i carcinomi di piccole dimensioni (meno di 3 cm di diametro) situati nel retto distale extraperitoneale^{4,5}.

Un'accurata stadiazione preoperatoria è fondamentale per porre le giuste indicazioni al trattamento mininvasivo con TEM. Quattro tipi di lesioni possono essere considerate elegibili:

1. Adenomi sessili del retto fino ad una distanza di 25 cm dall'ano
2. Carcinomi bene o moderatamente differenziati allo stadio T1
3. Carcinomi bene o moderatamente differenziati allo stadio T2, di dimensioni minori di 3 cm, in pazienti ad alto rischio per chirurgia maggiore (ASA 3-4), senza evidenza di metastasi linfonodali, associato a radiochemioterapia preoperatoria.
4. Tumori T2-T3 in pazienti che rifiutano l'amputazione addomino-perineale sec Miles con colostomia definitiva, senza evidenza di metastasi linfonodali, associato a radiochemioterapia preoperatoria

Al momento della osservazione il paziente viene sottoposto ad esami di laboratorio, esame clinico accurato e pancolonscopia con macrobiopsie multiple della lesione per definire l'istologia e il *grading* del tumore. Quindi si esegue di routine l'ecografia transrettale. Se tali accertamenti rilevano un tumore benigno localizzato alla mucosa, si passa direttamente all'intervento.

In caso di lesione maligna o sospetta, il protocollo diagnostico prevede anche una Risonanza Magnetica e/o una TAC. Quindi eseguiamo, prima della radioterapia, 6-8 biopsie marcate con inchiostro di china su mucosa sana intorno alla lesione.

Nei carcinomi il trattamento neoadjuvante prevede la radioterapia (5.040 cGy, per 28 sedute frazionate in 5 settimane) e la chemioterapia (5 FU, 200 mg/m² in infusione continua per tutto il periodo)⁶.

La TEM può essere eseguita in anestesia generale o in ane-



Fig. 1 - Posizione degli operatori e del paziente durante intervento di TEM.

stesia periferica (spinale, peridurale).

Si utilizza un rettoscopio che viene fissato al campo operatorio tramite uno strumento articolabile di supporto (Fig. 1). Un inserto da lavoro con 4 canali operativi e un'ottica con visione tridimensionale vengono connessi al rettoscopio. Un dissettore elettrico, delle pinze, un applicatore di clips e dei dispositivi di aspirazione-coagulazione vengono introdotti nei canali operativi (Fig. 2). Un'unità endochirurgica controlla l'insufflazione di CO₂, dilatando il retto con una misurazione costante della pressione endoluminale.

Con la metodica TEM è possibile eseguire le seguenti tipologie di interventi (Fig. 3):

1. mucosectomia, rimuovendo la mucosa, incluso il polipo, dallo strato circolare interno della tonaca muscolare del retto (nelle lesioni intraperitoneali).

2. escissione parziale della parete, separando lo strato muscolare circolare da quello longitudinale

3. escissione a pieno spessore, per lesioni localizzate nel retto extraperitoneale, comprendente il grasso e i linfonodi perirettali adiacenti.

4. resezione segmentale, con anastomosi termino-terminale eseguita per via transanale, in caso di estensione circonferenziale dell'adenoma

Al termine dell'escissione la cavità residua viene suturata con tecnica microchirurgica mediante filo riassorbibile e applicazione di clips in sede prossimale e distale al filo (Fig. 4).

Nel nostro nosocomio la TEM è stata introdotta nel 1992 dal Prof. E. Lezoche e la nostra Divisione attualmente vanta la più ampia casistica in Italia. Sono stati sottoposti a TEM 413 pazienti di cui 230 (55,7 %) erano affetti da adenoma del retto e 170 (41,2 %) da carcinoma. In quest'ultimo gruppo 118 pazienti sono stati trattati con radioterapia preoperatoria di cui 30 sono stati sottoposti anche a chemioterapia preoperatoria. I restanti 13 pazienti (3,1%) erano affetti da altre lesioni (tumori epidermoidali, endometriosi, ulcere del retto, granulomi ecc).

Non abbiamo osservato nessuna complicanza intraoperatoria né mortalità postoperatoria.

Il dolore postoperatorio è stato minimo. La ripresa dell'ali-

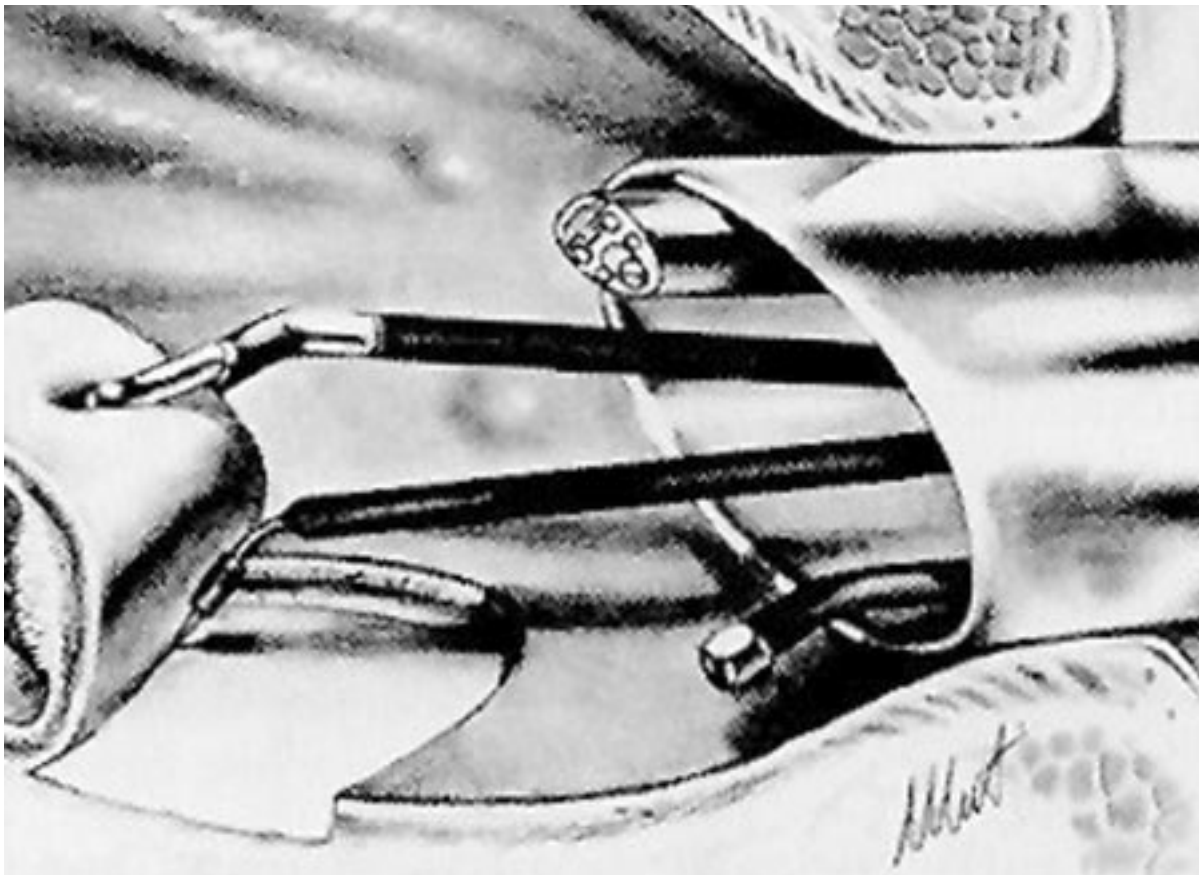


Fig. 2 - Rettoscopio con ottica e strumenti operativi intrarettali.



Fig. 3 - Asportazione di polipo del retto mediante elettrobisturi a punta sottile.

mentazione è avvenuta in prima giornata.

Abbiamo rilevato nel postoperatorio:

- 4 complicanze maggiori (0,9%): 2 fistole retto vaginali che hanno richiesto un reintervento, 1 flemmone perianale trattato con ileostomia laparoscopica temporanea e 1 fistola retto-uretrale guarita con terapia conservativa
- 18 complicanze minori (4,3%): 13 deiscenze parziali della sutura, 4 incontinenze fecali temporanee, 1 emorragia rettale che si sono risolte tutte con terapia medica e/o fisioterapica.

La degenza ospedaliera media è stata di 3 giorni (range 1-12 giorni).

Tutti i pazienti sono entrati a far parte di uno stretto follow up con controlli trimestrali nei tumori maligni e semestrali o annuali nei benigni. Nella nostra esperienza il follow-up medio è attualmente di 62 mesi (range 3-138 mesi).

Nei pazienti con carcinoma rettale si è verificata recidiva locale in 8 casi (4,7%): 1 paziente è stato rioperato mediante TEM, 2 sono stati sottoposti a resezione anteriore del retto, 3 a resezione addomino perineale e gli altri 2 pazienti, ad alto rischio per chirurgia maggiore, sono stati sottoposti a radioterapia. La recidiva locale nei pazienti con adenoma del retto si è presentata in 13 casi (5,6%): 6 pazienti sono stati sottoposti a resezione endoscopica, mentre i rimanenti 7 sono stati ritrattati con TEM.

La sopravvivenza a 5 anni, nei pazienti affetti da carcinoma sottoposto a terapia neoadjuvante, è stata del 100% negli stadi pT0 e pT1 e rispettivamente dell'81% e del 59,7%

negli stadi pT2 e pT3.

Possiamo quindi affermare che la resezione locale con TEM rappresenta un metodo valido nel trattamento dei voluminosi adenomi del retto e, in casi selezionati, del cancro rettale precoce.

Le amputazioni perineali rettali e le resezioni ultrabasse sono associate ad una cospicua morbidità (15-20%) e mortalità (2-3%), particolarmente in pazienti anziani e ad alto rischio^{7,8,9}.

La TEM permette in tali pazienti anche la rimozione di tumori rettali infiltranti con salvataggio dello sfintere. In tali casi è indispensabile un trattamento neoadjuvante preoperatorio⁵. Nella nostra esperienza, la radioterapia preoperatoria è stata ben tollerata e non ha causato difficoltà tecniche nella escissione, nè aumentato il rischio di deiscenza della sutura^{5,6}. L' 84% dei pazienti ha risposto al trattamento radioterapico mediante riduzione del diametro e del grado di infiltrazione del tumore.

Il tasso di complicanze dopo TEM è basso; ad esempio la deiscenza della sutura è spesso parziale e la guarigione avviene spontaneamente senza che la qualità di vita del paziente ne sia compromessa.

I risultati in termini di recidive locali e di sopravvivenza sono sovrapponibili a quelli della chirurgia tradizionale e delle resezioni rettali laparoscopiche (10).

In conclusione i vantaggi della TEM, confrontati con altri approcci transanali, sono la buona esposizione del campo operatorio con un'immagine tridimensionale ingrandita (che

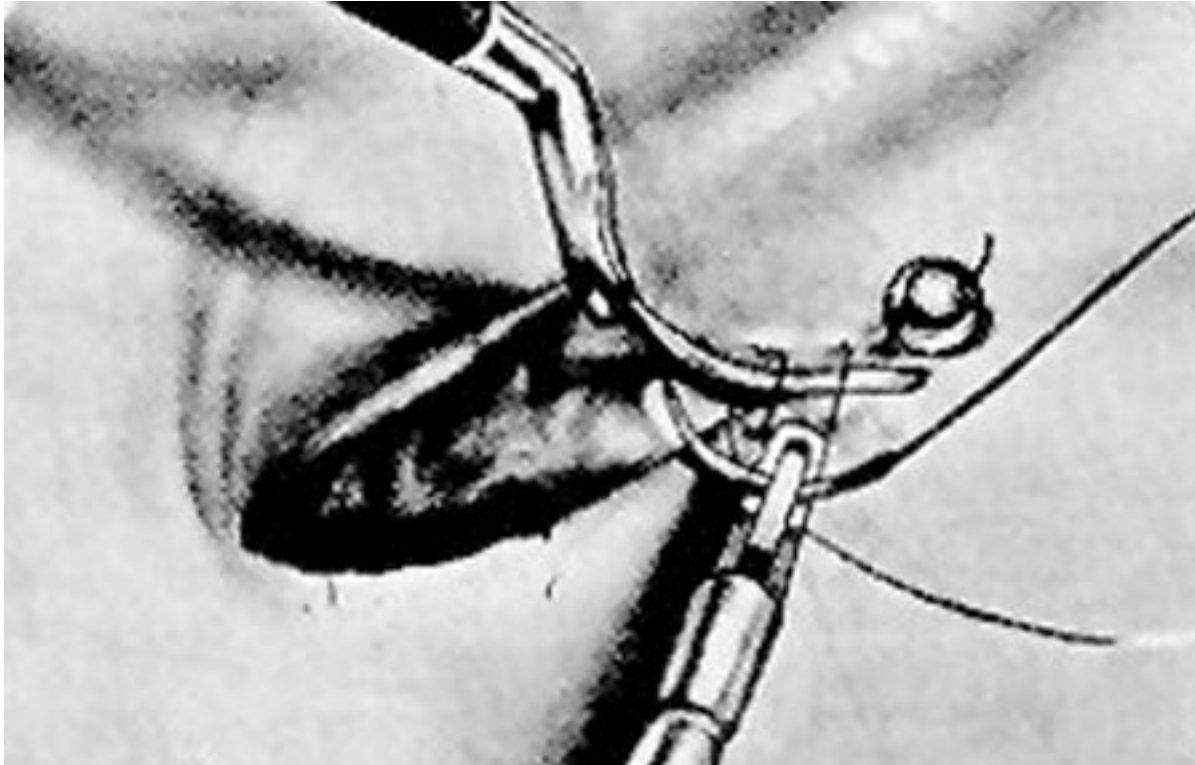


Fig. 4 - Sutura intrarettale microchirurgica della breccia residua.

permette una dissezione molto precisa), l'assenza di dolore postoperatorio, la bassa morbilità, la breve ospedalizzazione con veloce recupero, l'assenza di cicatrici. Gli svantaggi di tale metodica possono essere così riassunti: la necessità di una accurata stadiazione preoperatoria, l'elevata difficoltà tecnica e di apprendimento per i chirurghi e gli alti costi della strumentazione.

La TEM quindi può essere considerata il trattamento di scelta per i voluminosi adenomi del retto e, se combinata con la radiochemioterapia neoadjuvante, una promettente alternativa alla chirurgia demolitiva convenzionale. Studi clinici controllati su ampie casistiche saranno necessari per valutare i risultati di un tale trattamento a lungo termine.

Bibliografia

1. Buess G, Mentges B. Transanal Endoscopic Microsurgery (T.E.M.). Minimally Invasive Therapy 1992; 1:101-9.
2. Lezoche E, Guerrieri M, Paganini AM, Feliciotti F, Di Pietrantonj F. Is transanal endoscopic microsurgery (TEM) a valid treatment for rectal tumors? Surg Endosc 1996; 10: 736-41.
3. Guerrieri M, Paganini AM, Feliciotti F, Lezoche E. Combination instruments: a report on 95 transanal endoscopic microsurgical operations. Min Invas Ther Allied Technol 1999; 8: 83-87.
4. Lezoche E, Guerrieri M, Paganini AM, Feliciotti F. Transanal Endoscopic Microsurgical Excision of irradiated and non irradiated rectal cancer. A 5 year experience. Surg Lap & Endosc 1998 ; 8: 249-256.
5. Guerrieri M, Feliciotti F, Baldarelli M, Zenobi P, De Sanctis A, Lezoche E. Sphincter-saving surgery in patients with rectal cancer treated by radiotherapy and transanal endoscopic microsurgery: ten years' experience. Digestive and Liver Disease 2003; 35: 876-880
6. Lezoche E, Guerrieri M, Paganini AM, Feliciotti F. Long term results of patients with pT2 rectal cancer treated with radiotherapy and transanal endoscopic microsurgical excision .World J Surg 2002; 26: 1170-4.
7. Mendenhall WM, Rout WR, Zlotecki RA, Mitchell SE, Marsh RD, Copeland EM 3rd. Conservative treatment of rectal adenocarcinoma. Hematol Oncol Clin North Am 2001; 15 (2): 303-19.
8. Russell AH, Harris J, Rosenberg PJ, Sause WT, Fisher BJ, Hoffman JP, Kraybill WG, Byhardt RW. Anal sphincter conservation for patients with adenocarcinoma of the distal rectum: long-term results of radiation therapy oncology group protocol 89-02. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000, 46 (2): 267-8.
9. Read TE, Ogunbiyi OA, Fleshman JW, Binbaum EH, Fry RD Neoadjuvant external beam radiation and proctectomy for adenocarcinoma of the rectum. Dis Colon Rectum 2001; 44: 1778-1790.
10. Lezoche E, Guerrieri M, Paganini AM, Baldarelli M, D' Ambrosio G, Lezoche G, De Sanctis A. TEM versus TME laparoscopic resections of T2 N0 low rectal cancers following neoadjuvant treatment. A prospective randomized trial with three years minimum follow-up. Surg Endosc (accepted for publication).



A CURA DI **GIOVANNI DANIELI**
 Coordinatore Generale della
 Commissione Didattica

Precisazioni relative alla procedura di iscrizione ai Corsi Monografici

(Studenti di tutti i Corsi di Laurea)

1) I corsi monografici sono riservati agli Studenti dell'anno di corso corrispondente all'insegnamento di riferimento. Esaurite queste richieste, eventuali posti residui sono messi a disposizione degli Studenti fuori corso con precedenza per quelli in debito di CFU.

2) per gli Studenti che hanno necessità di conseguire entro l'anno sei crediti derivati dalla partecipazione ai Corsi Monografici (a seguito di trasferimento da altre sedi o di recupero), viene stabilita una applicazione riservata che consente loro di scegliere sino a sei Corsi monografici/anno. Il termine per l'iscrizione sono correlati ai tempi di trasferimento.

3) Poiché molti Studenti hanno effettuato l'iscrizione a cinque Corsi Monografici, si è rapidamente saturato il numero di posti disponibili, impedendo così l'iscrizione di altri Studenti. Si è pertanto costretti a non considerare la quarta e la quinta delle opzioni espresse, che saranno successivamente accettate solo se vi sarà disponibilità di posti in aula.

4) Gli Studenti che commettono errori nella scelta dei Corsi possono inviare una e-mail a nia@univpm.it, segnalando l'errore commesso ed indicando nella e-mail numero di matricola, nome, cognome e codice fiscale.

L'Ufficio provvederà ad eseguire le correzioni richieste e naturalmente a conservare le-mail per eventuali contestazioni.

5) Il Nia non può trasformarsi in una segreteria cui chiedere informazioni circa il proprio percorso formativo. Non è compito di questo ufficio svolgere questa funzione che è riservata esclusivamente alla Segreteria Studenti.

6) Presso la Segreteria Studenti sono disponibili computer e Personale designato per assistere gli Studenti nelle iscrizioni.

Internato elettivo (Studenti CLS Medicina e Chirurgia)

Analogamente ai Corsi monografici, i posti di internato sono riservati agli studenti del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia dell'anno corrispondente all'insegnamento di riferimento.

Esaurite queste richieste eventuali posti residui sono posti a disposizione degli Studenti fuori corso con precedenza per quelli in debito di CFU

Nella compilazione della domanda di Internato dev'essere indicato esclusivamente il numero di esami di corso integrato superati, senza includere in questo le valutazioni ottenute in itinere o al seguito di attività didattica elettiva.

Gli Studenti che commettono errore nella richiesta d'internato possono inviare una e-mail a nia@univpm.it, segnalando l'errore commesso ed indicando nella e-mail numero di matricola, nome, cognome e codice fiscale.

Orario lezioni Inglese Scientifico (Studenti primo anno CL in Infermieristica - Canale B)

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Mercoledì 17 Novembre | 9.30-10.30 Aula D |
| Mercoledì 24 Novembre | 12.30-14.00 Aula B |
| Mercoledì 1 Dicembre | 12.30-14.00 Aula F |
| Mercoledì 15 Dicembre | 10.00-12.30 Aula F |
| Mercoledì 12 Gennaio | 12.30-14.00 Aula B |

Altre attività formative (Studenti del primo e secondo anno dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie)

Gli Studenti del primo e del secondo anno dei Corsi di Laurea di tutte le Professioni Sanitarie devono acquisire, per collezionare i sessanta crediti/anno richiesti, un credito dalla frequenza al **Corso di Radioprotezione** e tre crediti per **Attività formative di Informatica** o di **Approfondimento della conoscenza della Lingua Inglese**, l'una o l'altra a libera scelta dello Studente e compatibilmente con i posti disponibili che sono così distribuiti:

Informatica 280 Studenti

Approfondimento della Lingua Inglese 120 Studenti

L'iscrizione avviene per via informatica sul sito di ateneo (www.univpm.it) entro il cinque novembre p.v.

In caso di eccesso di domande, vale l'ordine cronologico di presentazione delle stesse.

Conseguentemente per acquisire i quattro crediti richiesti lo Studente deve frequentare al primo anno il Corso elettivo di Informatica o il Corso di approfondimento dell'Inglese scientifico e, obbligatoriamente al secondo anno, il Corso di Radioprotezione.

Le lezioni del Corso di approfondimento dell'Inglese scientifico è riservato a 120 Studenti della Laurea in Infermieristica; le lezioni di svolgeranno dall'8 al 12 Novembre (Didattica Frontale) e dal 15 Novembre al 17 Dicembre (Didattica Pratica) con il seguente calendario:

DIDATTICA FRONTALE – Aula G

Gruppo A (Studenti 1-60)

| | |
|---------------------|-----------------|
| Lunedì 8 Novembre | ore 15.00-17.00 |
| Martedì 9 Novembre | ore 15.00-17.00 |
| Giovedì 11 Novembre | ore 15.30-17.30 |
| Venerdì 12 Novembre | ore 15.00-17.00 |

Gruppo B (Studenti 61-120)

| | |
|---------------------|-----------------|
| Lunedì 8 Novembre | ore 17.00-19.00 |
| Martedì 9 Novembre | ore 17.00-19.00 |
| Giovedì 11 Novembre | ore 17.30-19.30 |
| Venerdì 12 Novembre | ore 17.00-19.00 |

DIDATTICA PRATICA – Laboratorio Linguistico

Lunedì, Martedì, Giovedì e Venerdì dal 15 Novembre al 17 Dicembre, ore 15.00-19.00





Corsi monografici

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

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

Una volta scelto il Corso Monografico, la sua frequenza è obbligatoria e certificata dal docente, con modalità dallo stesso definite. La verifica avviene contestualmente all'esame del corso di riferimento o, su richiesta degli Studenti, al termine del Corso monografico. L'iscrizione deve avvenire per via telematica entro il 5 novembre p.v.

1° Anno

35. Rianimazione cardiopolmonare, Dott.ssa E. Adrario
Emergenze Medico-Chirurgiche
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula B

2° Anno

1° semestre

5. Biochimica del sangue, Prof.ssa L. Mazzanti
Biochimica
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula A

4° Anno

16. Il metabolismo calcio-fosforo: implicazioni endocrinologiche, nefrologiche ed urologiche, Prof. M. Boscaro, Prof. P. Dessi Fulgheri, Prof. G. Muzzonigro
Patologia Sistemica II
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula C

17. La malattia tromboembolica venosa, Prof. F. Alò
Patologia Sistemica III
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 10.30, Aula C

5° Anno

1° semestre

21. Insufficienza del pavimento pelvico (incontinenza fecale), Dott. R. Ghiselli
Chirurgia Generale e Gastroenterologia
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula F

6° Anno

1° semestre

30. Patologia della cervice uterina: dal Pap-Test alla colposcopia, Prof. A.L. Tranquilli, Dott. A. Ciavattini,
Ginecologia e Ostetricia
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 8.30, Aula E

31. Malattie genetiche e metaboliche, Prof. G. Coppa, Prof. O. Gabrielli
Pediatria
17-24 Novembre, 1 Dicembre 2004, ore 10.30, Aula E

Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

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

C.L. in Fisioterapia

II° Anno

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

III° Anno

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

C.L. in Infermieristica

I° Anno

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

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

C.L. in Ostetricia

I° Anno

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





II° Anno

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

C.L. in Tecniche di Laboratorio Biomedico

II° Anno

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

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

III° Anno

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

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

I° Anno

67. Anatomia topografica del torace e dell'addome
A. Giordano
15 Dicembre 2004, 19 Gennaio 2005, ore 9,00-12,00 Aula H

II° Anno

70. Tecniche diagnostiche e Radioprotezione in radiologia Odontostomatologica
L. De Florio
24 Novembre – 1 Dicembre 2004, ore 10,30-13,30 – Aula Didattica U.O. Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliera Umberto I

Guida alla scelta dei Corsi Monografici per le Lauree triennali

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

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



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE - FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



SCIENZE UMANE

Forum di Didattica Multiprofessionale coordinati da Tullio Manzoni

Tutti i mercoledì dalle 12,45 alle 14,15 - Aula D

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

CMF 2 - Storia della medicina *Prof.ssa Stefania Fortuna*

Fisiologia - 2° anno CLS Med. Chir. e 1° CL P.S.

3 novembre 2004

Il giuramento di Ippocrate e le origini dell'Etica medica

10 novembre 2004

Il concetto di malattia nel mondo antico

17 novembre 2004

Medicina e società di fronte alle grandi epidemie

CMF 4 - Informazione-Comunicazione *Prof. Leandro Provinciali*

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

24 novembre 2004

Le caratteristiche dell'informazione sanitaria

1 dicembre 2004

La comunicazione fra operatore sanitario ed utente. La comunicazione a riguardo dei farmaci, degli esami e degli apparati medicali

12 gennaio 2005

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

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

FRANCESCO ORLANDI

Università Politecnica delle Marche

Champagne e salute, Francesco Scacchi da Fabriano

La storia della medicina si adatta particolarmente bene al ruolo che l'Ateneo si è dato come "Università Politecnica delle Marche". La memoria medica è infatti diffusa nell'intero territorio regionale, e raggiunge spesso rilievo europeo. Le Scuole di Medicina si sono sviluppate a Fermo e a Camerino, e nella galleria delle celebrità mediche marchigiane splendono, accanto agli archiatri pontifici di Fermo e a Murri, numerosi ascolani da Testoni a Cecco D'Ascoli, i recanatesi Patrizi e Giunchi e così via. Ma la vera miniera storica è l'Appennino, a partire dai benedettini e dai proto-chirurghi del "mal della pietra".

Nessuna meraviglia quindi se, invitato dal Dottorato Alimenti e Salute a Fabriano per una riunione sui vini spumanti, m'imbatto nella prestigiosa Scuola Medica di Preci, fiorita tra il '300 ed il '700. La congiunzione tra champagne e medicina è Francesco Scacchi da Fabriano. All'inizio del '600 circolano in Europa almeno sei trattati medici sull'acqua e sul vino, e Scacchi interviene con un volume sul "bere sano". Lettura da consigliare, già i titoli dei capitoli esplicitano una invidiabile concretezza di indicazioni per lo stile di vita quotidiano, una medicina laica⁽¹⁾. La voce di Scacchi è di grande prestigio. Egli è medico del potentissi-

mo Cardinale Bandini legato pontificio, ed appartiene ad una famiglia di clinici da generazioni. Vanta tra gli antenati, ad esempio, il medico personale di Carlo VI re di Francia ed il medico personale della regina Elisabetta d'Inghilterra.

Per ciò che riguarda la storia dell'enologia, gli storici ed i produttori del convegno⁽²⁾ dimostrano che Scacchi dette le indicazioni complete de *la méthode champenoise* 46 anni prima di Dom Perignon. Da studiosi equilibrati, dopo l'elegante stoccata ai francesi non si appassiona però a tale primogenitura. Ricordano invece i precedenti appellativi di vino "mordace" o "piccante" del medioevo marchigiano, le raccomandazioni favorevoli dell'archiatra fermano Andrea Bacci, il frequente scoppio delle bottiglie nelle cantine fino al cambio della tecnologia fermentativa.

Sul fronte del "bere sano", colpisce il metodo con il quale Scacchi costruisce ogni capitolo. Egli riporta scrupolosamente tutti i pareri della letteratura classica da Aristotele a Platone, Avicenna, Plinio, Galeno ed ogni altra fonte a lui disponibile, per arrivare ad una sintesi equilibrata. Metodo impeccabile, era la "evidenza scientifica" disponibile nell'inizio '600, una specie di *consensus confe-*



CASSA DI RISPARMIO DI FABRIANO E C.I. PRAMONTANA SPA
FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI FABRIANO E C.I. PRAMONTANA

GIANNI PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

rence longitudinale corrispondente nelle intenzioni all'attuale "uso corretto, esplicito e giudizioso della migliore evidenza nel decidere l'assistenza del singolo paziente"⁽³⁾.

Su queste basi, non mancano saggezza e buon senso. Il vino non deve essere mai usato come dissetante. "Come il vino preso moderatamente può procurare molti beni al corpo e all'animo, così preso senza misura è causa di tutti i mali". Infanzia e adolescenza sono da tener lontane dall'alcol, così come la nutrice che allatta. Su quale vino preferire, Scacchi raccomanda di ascoltare i segnali del proprio stomaco. Anticipa così il consiglio del gastroenterologo attuale. Molte sono le cose da sottoscrivere, un record di ben quattro secoli in tema di nutrizione clinica.

1. Francisci Scacchi Fabrianensis. De Salubri Potu Dissertatio. Romae apud Alexandrii Zannettum, MDCXXII. Fondazione Carifac publ, Zazzera Ed, Lodi, 2000. <http://www.francescoscacchi.it> Capitolo I. Quale bevanda sia salutare se fredda, calda o tiepida. II. Se gli antichi bevessero la bevanda fresca o calda. III. Quale bevanda sia stata più comune presso gli antichi: se fredda o calda o tiepida. IV. Come debba essere fredda la bevanda salutare. V. In quali modi la bevanda non naturalmente fresca possa essere rinfrescata nella stagione estiva.

VI. Quale modo di raffreddare sia più conveniente alla salute. VII. Come ci si possa difendere dal danno di una bevanda ghiacciata e quando questo genere di bevanda debba essere assolutamente evitato. VIII. Se sia meno nocivo rinfrescare l'acqua o il vino. IX. Se la bevanda eccessivamente fredda o calda o tiepida possa talvolta essere conveniente alle persone sane, e come alcuni si sforzino a torto di dimostrare che la bevanda ghiacciata sia utile d'estate. X. Se d'estate convenga più moderare il calore dell'aria o rinfrescare la bevanda con qualche mezzo. XI. Se l'acqua o il vino debba essere detto bevanda fresca e naturale. XII. La bontà ed il difetto delle acque. XIII. La purificazione delle acque cattive. XIV. L'origine del vino e le differenze dei vini. XV. Come il vino debba essere diluito, dell'uso del vino secondo l'età, la costituzione, l'abitudine, l'occupazione, la stagione e la condizione fisica. XVI. Come il vino sia salutare o nocivo. XVII. Se il vino sia nutriente. XVIII. La sete vera e quella falsa nelle persone che stanno bene. XIX. Quale quantità della bevanda sia adatta a ciascuno nella cena e nel pranzo e se si debba bere in un'unica volta o in più volte. XX. L'ubriachezza deve essere evitata, conosciuta e respinta. XXI. Se il vino frizzante, comunemente detto piccante, sia utile alla salute. XXII. Se dopo la frutta si debba bere il vino o l'acqua.

2. Giornata di Studi su Francesco Scacchi, Fabriano, 5 giugno 2004. Colabella M, Cruciani GF, Garofoli C, Lunelli F, Manni A, Martinelli G, Sbaffi F, Valentini A.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine, how to practice & teach EBM. Churchill Livingstone, New York, 1997.

La poesia di Pina Violet

Ricordo d'infanzia

Tornare, partire,
Partire, tornare;
rivedo la casa, le scale,
il portone, le donne sedute,
serene a parlare di sé;
la palla sbiadita rimbalza
sul muro già sporco,
poi giù sulla strada
dove passeggia la gente,
accaldata e languida,
e il sole infuocato annuncia la sera
e mamma mi grida che è tardi,
che devo rientrare...
Partire, tornare,
Tornare, partire;
ogni volta che torno
è un pò come partire,
ogni volta che parto
è un pò come tornare.

ROSA MARISA BORRACCINI
Dipartimento di Scienze Storiche
Università degli Studi di Macerata

Antonio Filippo Ciucci (?-1710?)

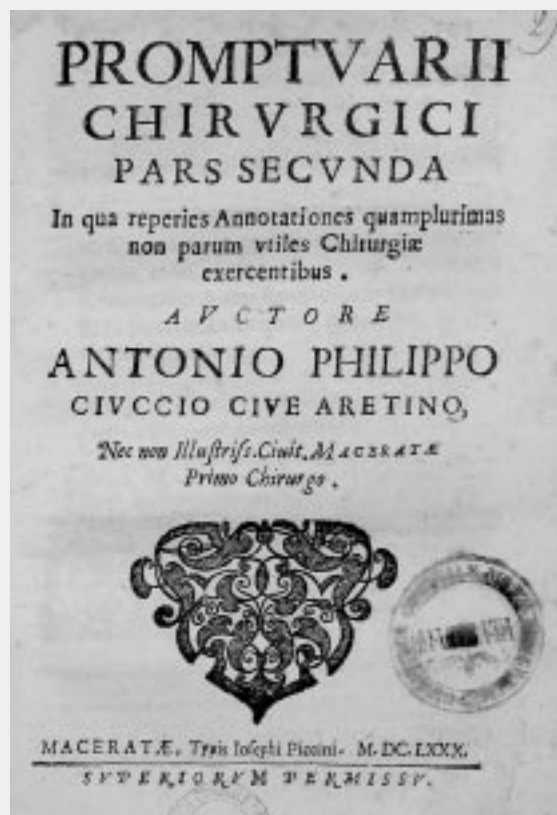
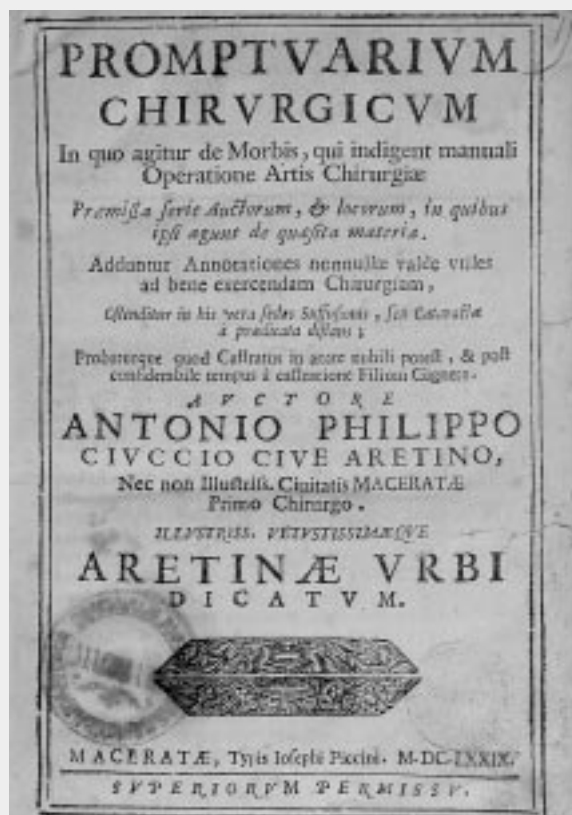
**Promptuarium chirurgicum in quo agitur de morbis ... ,
Macerata, Giuseppe Piccini, 1679-1680**

Esemplare presso la Biblioteca comunale "Mozzi-Borgetti" di Macerata

Antonio Filippo Ciucci nacque in Arezzo nella prima metà del sec. XVII. Dopo gli studi di medicina a Firenze, nel 1645 si trasferì a Roma dove esercitò per quindici anni la professione di chirurgo presso l'Ospedale di S. Spirito in Sassia. Nel 1660 lasciò Roma per Loreto chiamato a svolgere l'ufficio di chirurgo della Santa Casa in sostituzione del romano Francesco De Rossi. Dieci anni dopo, nel novembre 1670, si trasferì a Macerata, dove rimase fino alla morte, con l'incarico di primo chirurgo della città e di lettore di Anatomia nello Studio.

Il *Promptuarium chirurgicum* si configura come

un manuale di chirurgia pratica, costituito dall'elencazione delle malattie e della letteratura relativa. *Le Annotationes* della seconda parte, precedute dal frontespizio autonomo, contengono descrizioni d'intervento pratico su singole fattispecie morbose e, pur rimanendo nel solco della chirurgia tradizionale, si segnalano per l'originalità di alcune osservazioni derivate dall'ampia esperienza professionale del Ciucci. Tra esse la dimostrazione che la cataratta si forma nel cristallino opaco - non tra il cristallino e l'iride, come sostenevano gli antichi - e la descrizione della "tenacula tricuspis", la pinzetta a tre branche, da



lui ideata per l'estrazione dei calcoli dalla vescica e dall'uretra, che fu poi perfezionata da Jean Civiale (1796-1867).

Lo strumentario litotomico è raffigurato nella prima delle sei tavole (c. T1v), che corredano il testo delle *Annotationes*. Nella seconda tavola (c. V4v) è rappresentata la strumentazione osterica, descritta dal Ciucci nel capitolo *De foetu estraendo*.

Nelle tavole anatomiche terza (c. X3v) e quarta (c. Y1r) sono illustrate con efficacia figurativa le manovre per la riduzione della lussazione della

spalla, mentre la quinta (c. Y4v) e la sesta (c. Bb4v) esemplificano rispettivamente le annotazioni di chirurgia labiale discusse nel *De labiorum vulneribus* e di chirurgia dell'apparato urogenitale maschile argomentate nel *De testium morbis*. La pubblicazione è arricchita da una raffinata antiporta incisa raffigurante il cavallo di Troia sullo sfondo della città in fiamme, richiamo figurativo ai versi virgiliani dell'episodio di Laocoonte (Eneide, II, 43-48), ricordati dall'A. nella dedicatoria alla sua città d'origine, Arezzo. L'opera è datata

Macerata, 12 nov. 1679 (cc. π3r-4r); l'incisore, che si sottoscrive "G. Z.", è identificato da Adversi nel maceratese Gaetano Zenobi, probabile autore anche delle altre sei incisioni non firmate.

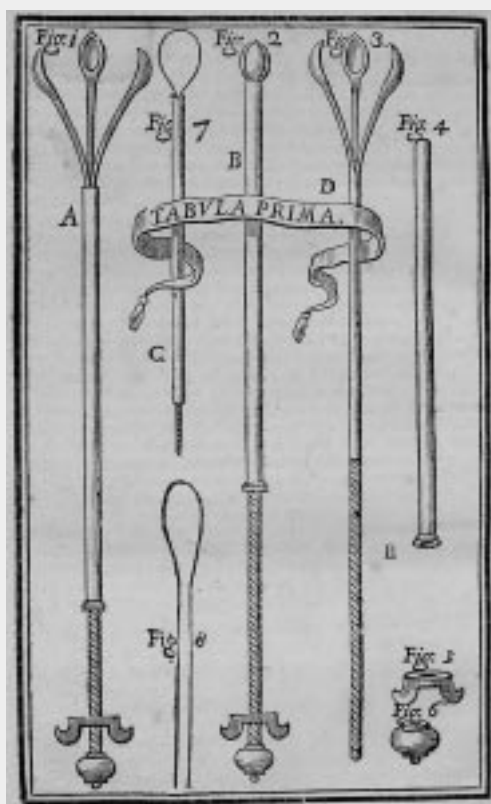
L'opera più significativa del Ciucci è però il *Filo d'Arianna o vero fedelissima scorta alli esercenti di chirurgia, per uscire dal labirinto delle relazioni e ricognizioni di vari morbi e morti*, pubblicato dallo stesso Giuseppe Piccini nel 1681/82 e ristampato a Macerata nel 1689 e nel 1703 da Giovanni Battista e Girolamo Sassi.

Dedicato all'amico e concittadino Francesco Redi, il *Filo d'Arianna* si connota come il primo manuale di medicina legale scritto con intenti divulgativi in lingua italiana.

All'esposizione di alcune questioni dottrinali, in cui tenta una non facile sintesi del pensiero medico classico con l'esperienza moderna di Vesalio, Falloppio e soprattutto del medico legale Paolo Zacchia, Ciucci alterna la descrizione di casi pratici e fornisce utili modelli di certificazioni di perizie medico-legali.

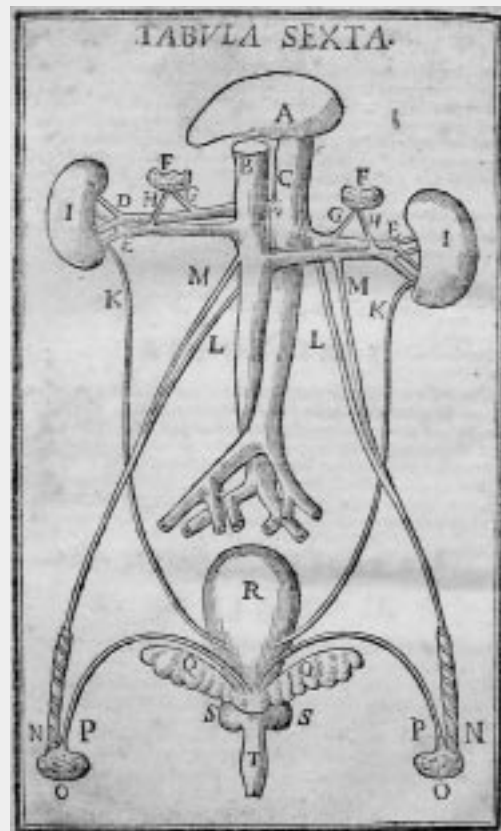
Il manoscritto





autografo dell'opera giovanile inedita *L'ospitale di Parnaso*, composta a Roma nel 1653, è stato rinvenuto negli anni Cinquanta del secolo scorso da Bruno Zanobio che lo ha pubblicato nel 1961 con una introduzione storico-critica sull'opera e

sull'autore. Singolare esercizio letterario più che opera medica, *L'ospitale di Parnaso* consiste nella trasposizione in ottava rima del primo libro della *Chirurgia* di Girolamo Fabrizi d'Acquapendente, ridotto in versi, a dire



dell'A., per facilitarne la memorizzazione.

Il tipografo Giuseppe Piccini ha operato a Macerata dal 1657 in società con gli eredi di Agostino Grisei dei quali nel 1671 assorbì la

quota societaria proseguendo da solo fino al 1686.

Su di lui non esiste uno studio d'insieme e la sua attività è ancora in larga parte sconosciuta.

GIOVANNI FEDERSPIL

Medicina Interna

Università degli Studi di Padova

Le Scienze Umane in Medicina

Affrontare il tema del ruolo che le Scienze Umane possono avere nella formazione del medico e nell'esercizio della clinica, significa mettere in discussione, definire e circoscrivere in qualche modo ciò che intendiamo con il termine stesso di 'medicina'.

Come ognuno vede, il problema che ci sta davanti è fondamentale poichè riguarda la natura stessa del sapere e dell'operare medico: esso presuppone, infatti, che si dia risposta ad una domanda che medici e filosofi si pongono almeno dal XIII secolo: se la medicina sia soltanto una scienza naturale oppure se essa occupi anche spazi concettuali e temi che vanno al di là delle scienze empiriche, e quali siano questi spazi e questi temi.

Per contribuire a chiarire tale questione sarà necessario innanzitutto premettere alcuni concetti sulle scienze naturali e le scienze umane.

Scienze della Natura e Scienze Umane

Nel XVII secolo la storia della civiltà umana subì un profondo cambiamento, quando, in Europa, fece la sua comparsa una nuova forma di pensiero e di conoscenza. Nata nel contesto del sapere fisico-matematico ed astronomico, questa forma di pensiero si estese rapidamente al sapere alchemico e a quello biologico-medico, trasformandoli e costruendo una conoscenza della natura unitaria e più affidabile di quella che aveva dominato nei secoli precedenti (Butterfield 1962; Rossi 1997). A questa nuova conoscenza, che comprendeva molte discipline diverse, spesso molto distanti fra loro ma tutte fondate su un unico metodo di studio, furono dati inizialmente molti nomi diversi: filosofia naturale, scienze empiriche, scienze induttive. In seguito, queste discipline furono indicate con il nome di scienze della natura e ancora oggi esse vengono denominate in questo modo dalla maggioranza degli studiosi.

Inizialmente, l'ambito della nuova conoscenza scientifica apparve del tutto unitario, tuttavia i progressi della riflessione condotta sull'uomo e soprattutto sui suoi prodotti intellettuali e sui suoi vissuti portarono, nei secoli seguenti, alla formazione di altri nuclei d'interesse che via via andarono trasformandosi in vere e proprie

Iniziamo, da questo numero, la pubblicazione delle relazioni tenute nel *Seminario di Scienze Umane in Medicina* svoltosi a Fermo il 17-18 settembre 2004 ed abbiamo il piacere di aprire la serie degli interventi con la lettura magistrale del Prof. Giovanni Federspil.

discipline. Queste nuove discipline, che si sono formate soprattutto nel XVIII e nel XIX secolo, non potevano rientrare facilmente nelle scienze naturali e non facevano neppure parte della stessa filosofia; esse si occupavano del mondo più propriamente umano e del modo in cui l'uomo articola i propri pensieri, oppure del modo in cui l'uomo vede e concepisce la propria storia o istituisce le regole della convivenza sociale.

Queste discipline hanno cominciato a costituirsi come un ambito culturale specifico e distinto dalle Scienze della Natura, nell'ambito dello storicismo tedesco e della distinzione fondamentale tra storia e natura che questo affermava. La loro nascita è dovuta soprattutto all'opera di un pensatore germanico, Wilhelm Dilthey (1833-1911), la cui riflessione ha cercato di mettere in luce le caratteristiche fondamentali di un gruppo di saperi, che egli chiamò 'Scienze dello Spirito'. Secondo Dilthey le Scienze dello Spirito si distinguono dalle Scienze Naturali in quanto si riferiscono al <genere umano> o alla <realtà storico-sociale dell'uomo> e, prendendo le mosse dal vissuto e dal vivere, si occupano delle <rappresentazioni> delle <determinazioni di valore> e degli <scopi> che fanno parte della vita psichica dell'uomo.

Un punto fondamentale della concezione epistemologica proposta da Dilthey è rappresentato dalla distinzione radicale che questi stabilì fra lo <spiegare> e il <comprendere>⁽¹⁾. "Lo storicismo tedesco (...) - ha precisato lo storico del pensiero, Pietro Rossi - respinge il tentativo di ricondurre la conoscenza dell'uomo e del mondo umano ad un modello di spiegazione comune a tutto il sapere, che comporta l'assimilazione delle scienze storico-sociali al procedimento delle scienze naturali" (Rossi 1971. pag. 15-16). Per Dilthey, insomma, ciò che caratterizza il procedimento delle Scienze della Natura è la spiegazione, mentre nell'ambito delle Scienze dello Spirito il procedimento fondamentale è costituito dalla comprensione. "La comprensione storica - hanno scritto Reale e Antiseri - diventa quindi l'obiettivo delle scienze dello spirito, mentre la spiegazione causale è propria delle scienze della natura" (Reale, Antiseri 1983. Vol. I, pag.714). "E' quindi l'intendere, cioè la capacità di comprensione, che istituisce la peculiarità del mondo umano e fonda l'autonomia delle scienze dello spirito. (...) Tutte queste scienze si riferiscono al medesimo, grande fatto <la realtà storico-sociale dell'uomo>. Per quanto questa realtà abbia un lato esterno investigabile dalle scienze naturali, essa ha anche un lato interno che è raggiungibile solo dalle scienze dello spirito. E questo lato interno è raggiungi-

bile perché l'uomo può attraverso l'intendere – che è <un ritrovamento dell'io nel tu> – capire le operazioni e le istituzioni degli altri uomini. In altre parole, "l'uomo può rivivere - attraverso un <con-sentimento> e <una penetrazione simpatetica> - varie altre esistenze" (Reale e Antiseri 1983. Vol. III. pag. 351-352). Questa concezione ha portato Dilthey a sostenere che esistono due psicologie radicalmente diverse fra loro: la psicologia esplicativa e la psicologia descrittiva o analitica. "Mentre la prima rientra fra le scienze naturali, la seconda sorge dal bisogno di una libera e integrale apprensione della vita psichica e deve imboccare una strada opposta a quella del metodo costruttivo proprio della psicologia esplicativa" (Dilthey 1978. pag. 378).

Delle scienze dello spirito Dilthey ha fornito un elenco dettagliato che comprende "la storia, l'economia politica, la scienza del diritto e dello stato, la scienza della religione, lo studio della letteratura e della poesia, dell'arte figurativa e della musica, delle intuizioni del mondo e dei sistemi filosofici e infine la psicologia".

Non tutti gli epistemologi, peraltro, hanno accettato le tesi di Dilthey e Jean Piaget (1896-1980), ad esempio, ha negato che la distinzione fra la < spiegazione > (causale) e la < comprensione > (dei significati, delle intenzioni, delle implicazioni e delle designazioni) sia in grado di mettere in opposizione le scienze dell'uomo e quelle della materia. Secondo lo psicologo elvetico, infatti, questa distinzione mette soltanto in evidenza due aspetti della conoscenza, che sono certamente irriducibili ma che sono anche indissociabili, aspetti che ogni scienza tende a conciliare sia pure in maniere diverse (Piaget 1986. pag. 1135). Analogamente, di recente, Gilles-Gaston Granger ha sostenuto che, nonostante i fatti delle scienze umane appartengano al vissuto quotidiano, siano condizionati da giudizi di valore e facciano riferimento a diversi <tipi di intelligibilità>, queste discipline hanno ancora diversi punti in comune con le scienze della natura, dalle quali, quindi, non si discosterebbero in misura definitiva (Granger 1996).

Secondo Piaget le Scienze Umane si possono suddividere in quattro gruppi: a) le scienze umane in senso stretto che hanno per oggetto le attività dell'uomo e che hanno come scopo la ricerca di 'leggi' che possono essere vere o false. Queste scienze sono la sociologia, l'antropologia culturale, la psicologia, l'estetica sperimentale, la linguistica, l'economia politica, l'econometria, la demografia, la cibernetica, la logica simbolica, l'epistemologia scientifica, la storia delle scienze, b) le discipline storiche, il cui fine non è la scoperta di leggi, ma la ricostituzione e l'interpretazione del passato (storia,

filologia, critica, letteratura, ecc.), c) le discipline giuridiche, che sono dominate dai problemi delle <norme> e non dal concetto delle relazioni causali. Il sistema formale costituito dalle norme giuridiche non costituisce una scienza nel senso delle discipline del primo gruppo, poiché le regole che entrano in gioco non sono quelle del vero e del falso, ma derivano da valori che vengono codificati sotto forma di obblighi e di attributi (attribuzioni), d) le discipline filosofiche come la morale, la metafisica, la teoria generale della conoscenza" (Piaget 1986. pag. 1114-1146).

Didattica medica e Scienze Umane

Delineata fin qui la natura delle Scienze Umane, è ora necessario chiedersi quale sia l'importanza di queste discipline per la medicina e quale il ruolo che esse possono giocare nell'attuale formazione del medico.

Per quanto vi sia un generale consenso verso l'idea che nella Facoltà di Medicina trovino posto le Medical Humanities (Torsoli 1999, 2000, 2002), quando s'inizia ad analizzare quali siano le Scienze Umane che devono concretamente essere conosciute dai futuri medici, si incontrano i pareri più disparati ed il consenso lascia il posto ad un coro discorde (AA vari 1999, 2003). Molti cultori di pedagogia medica hanno visto e vedono nell'insegnamento delle Medical Humanities un rimedio alla disumanizzazione della Medicina e all'attuale pragmatismo tutto orientato verso l'efficienza e l'efficacia (Binetti e Danieli 2003), altri ritengono che le Medical Humanities costituiscano un patrimonio disciplinare che rientra in un paradigma storico-narrativo; esse valorizzerebbero insomma, una <Medicina narrativa> ispirata a un modello di <Medicina bio-psico-sociale>, che permetterebbe di "comprendere le connessioni personali tra medico e paziente e il significato della medicina nella società" (Zannini e Visioli 2004). Altri, ancora, hanno proposto che le Medical Humanities includano le discipline più varie, come la filosofia della scienza, la storia, le scienze della comunicazione, la logica, l'etica, la letteratura, l'arte, la sociologia, la psicologia sociale, l'antropologia e, perfino, la musica. Di fronte a questa molteplicità e varietà di pareri io credo che per quanto tutte queste proposte possano avere giustificazioni fondate, non sia possibile trovare, nell'ambito del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, uno spazio adeguato per coltivare, anche solo superficialmente, tante e così disparate materie di studio. E' quindi ragionevole affrontare la questione con realismo e cercare di vedere quali siano gli insegnamenti che possano dare allo studente o al medico in formazione un contributo davvero significati-

vo alla sua personalità clinica.

Nella tradizione culturale della civiltà occidentale il medico è in primis il cultore di una scienza applicata, che si prefigge di descrivere e di spiegare alcune parti del mondo, allo scopo di modificarle. In questo quadro generale le Scienze Umane in Medicina dovrebbero prima di tutto contribuire a formare un medico razionale e colto che sappia collegare la medicina con le restanti parti della cultura scientifica e che sappia vedere le relazioni che esistono fra la sua disciplina da un lato, ed il mondo interiore dell'uomo e il mondo dei valori dall'altro. Discuterò, quindi, all'interno di questa cornice concettuale cercando di sottolineare l'importanza di quelle Scienze Umane che mi sembrano più rilevanti per la formazione di un medico che non sia soltanto un tecnico della salute, ma sia un professionista ricco di conoscenze scientifiche (sapere) e di abilità tecniche (saper fare), ma che sia anche saggio e dotato di spirito critico verso se stesso.

Una distinzione possibile delle Scienze Umane in relazione alla didattica medica può distinguere queste discipline in due gruppi distinti: a) le scienze che contribuiscono a formare la cultura generale del medico in quanto scienziato e naturalista e b) le scienze che contribuiscono a formare la personalità del medico in quanto intellettuale e in quanto uomo che, dedicandosi a migliorare alcune condizioni della vita dei suoi simili, entra in un rapporto specialissimo – il rapporto clinico – con altri uomini malati. Appartengono al primo gruppo la metodologia della scienza, e in particolare la metodologia clinica, la logica, mentre fanno parte del secondo gruppo la filosofia della scienza, la storia della medicina, l'antropologia, la psicologia e la bioetica.

Medicina e metodologia

L'idea che la medicina dovesse essere praticata sulla base di un metodo è sorta nel mondo ellenico; Ippocrate, infatti, ha affermato, già nel V secolo a.C., che "il fondamento dell'arte medica resta (...) l'essere padrone del metodo di indagine". Dopo di lui l'idea che lo studio dei malati dovesse essere realizzato secondo regole, ha continuato ad essere condivisa dai medici, tuttavia l'idea dell'esistenza di un metodo clinico, specifico ed universale, ha cominciato a precisarsi soltanto nel XVIII secolo, dopo la nascita del metodo sperimentale (Federspil 1991).

Il clinico italiano che ha sostenuto con maggior convinzione la necessità che al medico fossero insegnate le regole del metodo scientifico e l'arte del ragionare corretto è stato certamente Augusto Murri. (1841-1932)

"Gli ingegni più acuti – ha scritto nelle sue Lezioni di Clinica Medica – han sempre riconosciuto che la discussione del metodo è la più essenziale e la più feconda", e in un'altra occasione ha sostenuto: "non ci sono due o più metodi per giungere al vero: ce n'è uno solo. Le malattie degli uomini costituiscono un fatto naturale e, se vogliamo conoscerlo, dobbiamo percorrere l'unica via, che mena alla conoscenza della natura. Non si può diventare un diagnosticatore felice, se non si è abituati a ragionare, come ragionano tutti i naturalisti, che fan delle scoperte" (Murri 1914).

Descrivere quale sia il metodo clinico è certamente inutile in questa sede. Tuttavia non è inutile sottolineare l'idea che la Metodologia clinica costituisce uno strumento fondamentale nell'educazione del medico; questa convinzione si è affermata soprattutto negli ultimi decenni e, a questo proposito, basterà ricordare i nomi e i contributi di Enrico Poli, di Vittorio Gallo, di Ettore Debenedetti, di Luigi Villa, di Alessandro Beretta Anguissola, di Giuseppe Giunchi e di Mario Austoni.

Tuttavia, in tema di Metodologia clinica è anche necessario ricordare che i medici hanno spesso confuso due concetti fra loro ben distinti: la metodologia e le metodiche. Mentre la Metodologia clinica è una disciplina generale che ha il compito di esporre le regole dell'operare clinico e di riflettere criticamente su di esse, le metodiche sono le tecniche d'indagine che si applicano nei vari settori della ricerca biomedica. Così, si è confusa spesso la Semeiologia, cioè l'esposizione delle tecniche di studio del malato, con la Metodologia e molti manuali di Semeiotica Medica hanno assunto il nome di Metodologia Clinica⁽²⁾.

La Metodologia della scienza, e quindi anche quella sua parte specializzata che è la Metodologia clinica, non costituisce, parlando in termini rigorosi, una disciplina naturalistica, come è invece la Semeiotica medica. Essa, infatti, non si occupa della descrizione dei fenomeni patologici e della loro interpretazione; essa è, invece, una disciplina formale che si prefigge di stabilire i comportamenti e le regole alle quali il medico deve attenersi nella sua attività. Le questioni alle quali intende rispondere sono di questo tipo: cos'è una descrizione oggettiva dei sintomi di un malato? quanto deve essere completo l'esame obiettivo di un paziente? come si formula una prognosi? quando le probabilità di due diagnosi sono pressoché uguali, in base a quale criterio dovrà essere decisa la terapia? La Metodologia clinica è una disciplina prescrittiva; una disciplina, cioè, che formula comandi o consigli allo scopo di realizzare, attraverso determinati mezzi, specifici fini. Il suo scopo ulti-

mo è quello di formare nello studente quello spirito critico e quella consapevolezza dei propri atti, che sono indispensabili per praticare la medicina.

Medicina e logica

"I moderni orientamenti scolastici – ha affermato Augusto Murri (1841-1932) nel 1902, parlando ai suoi studenti – provvedono mediocrementemente ad educare i sensi, punto ad educare l'istrumento principale del sapere, ch'è la ragione". "Una mente del tutto scientifica – ha scritto - è una mente del tutto logica, cioè una mente vigilante su ciò che le sue cognizioni implicano" (pag. 23). (...) (...) lo v'affermo che il bisogno d'acume critico è maggiore in Clinica medica che altrove. Le altre discipline mediche han più modo di scindere i fatti, d'osservarli più direttamente, di semplificarli, d'acuire l'analisi empirica. Qui il più delle volte, avete dinanzi fatti complessi. L'analisi sperimentale qui è concessa di rado. (...) Ma poiché ci è vietato il più spesso di scomporre sperimentalmente il tutto nelle sue parti, ci è forza rassegnarci a scomporlo solo mentalmente". (pag. 14). Pertanto, ha concluso, "una mente che arriva in Clinica, del tutto ineducata a questo sforzo di disciplina razionale, dura fatica a procedere a piccoli passi, ben misurati, cogli occhi sempre intenti ai pericoli della strada" (pag. 20).

Queste parole del clinico di Fermo dimostrano quanto grande sia l'importanza della logica per la clinica. Tuttavia, per quanto la convinzione che il ragionare in modo corretto sia indispensabile in clinica, costituisca un'opinione condivisa universalmente, se si guarda con spirito critico ai cambiamenti avvenuti nella didattica medica dal tempo di Murri ad oggi, è facile concludere che l'avvertimento del clinico bolognese è caduto sostanzialmente nel vuoto.

L'insegnamento accademico attuale si diffonde sulle teorie mediche, cioè sulle nozioni fisiologiche e fisiopatologiche, e sull'esposizione delle modalità con le quali devono venire raccolti i fatti, cioè i segni e i sintomi⁽³⁾, ma non fornisce alcuna nozione sulle regole generali che presiedono al ragionare corretto, forse pensando che la mente umana segua naturalmente le regole della logica. In altre parole, mentre si dà allo studente un'approfondita preparazione teorica e gli si insegna in che modo deve raccogliere i fatti clinici, si lascia che questi divengano medico senza fornirgli alcun insegnamento sui criteri secondo i quali quei fatti devono venire collegati fra loro e sulle argomentazioni che egli utilizzerà quotidianamente nella sua attività clinica.

Non è possibile soffermarsi molto su questo tema, ma è sufficiente mostrare qui come due argomentazioni,

apparentemente molto simili, siano in realtà molto diverse, costituendo la prima una deduzione valida e la seconda, invece, una deduzione non-valida:

A) Tutti i soggetti febricitanti sono tachicardici
Tutti i soggetti affetti da una polmonite sono febricitanti
Tutti i soggetti affetti da una polmonite sono tachicardici

B) Tutti i soggetti febricitanti sono tachicardici
Tutti i soggetti affetti da una polmonite sono tachicardici
Tutti i soggetti affetti da una polmonite sono febricitanti⁽⁴⁾

Scienze umane e medicina

Il ruolo che il secondo gruppo delle Scienze Umane può giocare nella formazione del medico, dipende strettamente dall'immagine della medicina che si ritiene debba costituire il modello della professione medica. Se si pensa che la medicina sia esclusivamente una disciplina naturalistica, che deve occuparsi soltanto dei fenomeni biologici che avvengono nell'organismo umano, sarà necessario dare allo studente soltanto una formazione che sviluppi quelle capacità osservativo-descrittive e logico-argomentative che sono indispensabili a tutti i naturalisti. Se, invece, si ritiene che la medicina non sia soltanto una scienza applicata, ma rappresenti una forma di sapere e di operare almeno in parte diversa e più complessa di una scienza naturale, sarà necessario fornire allo studente anche nozioni che vadano di là dai puri aspetti tecnico-scientifici e sviluppare in lui anche attitudini che non sono necessarie ai naturalisti.

Per quanto Kant (1724-1804) avesse messo in discussione l'idea che la medicina fosse una mera scienza della natura e avesse rilevato com'essa fosse vicina alla filosofia e, al pari di questa, costituisse una forma di morale Kultur, cioè un tentativo di "trattare moralmente l'elemento fisico dell'uomo" (von Engelhardt), nel XIX secolo, nel clima dominante del positivismo, si è affermata e consolidata un'immagine della medicina come quella di una scienza naturale del tutto simile alle altre scienze empiriche. E' sufficiente scorrere l'«Introduzione allo studio della medicina sperimentale» di Claude Bernard (1813-1878) per vedere come la scienza medica si presentasse come un sapere autentico, basato sull'acquisizione di fatti sicuri e incontrovertibili che conducevano alla conoscenza delle leggi di natura, eterne e necessarie.

Le discipline cliniche apparivano quindi come una pura applicazione delle scienze biologiche, e l'apprendimento

del metodo sperimentale rappresentava lo strumento fondamentale che forniva al medico una comprensione adeguata dei fenomeni morbosi dell'uomo, capace di far fronte a tutte le necessità professionali. Così, il fisiologo Charles Richet (1850-1935), lo scopritore dell'anafilassi, sintetizzava questo punto di vista con un aforisma famoso: 'les sciences médicales ne sont en effet que des sciences biologiques'.

Questa visione della medicina ha continuato a costituire la concezione dominante nella comunità medica fino alla metà del XX secolo, anche se, nel mondo più ampio della cultura e della società, si erano andati verificando molti cambiamenti che rendevano difficile mantenere immutata l'idea della medicina che era stata tramandata dal secolo precedente. Le modificazioni della relazione fra medico e malato, l'ingresso della bioetica e dell'economia nelle decisioni cliniche, le riflessioni sociologiche sulla medicina, la necessità di aiutare il paziente a dare un significato alla sua malattia, sono stati i principali fattori che hanno reso evidenti i limiti della concezione che si limitava a considerare la medicina come una disciplina capace soltanto di spiegare i fatti morbosi e di modificarne il decorso.

Così, nella seconda metà del '900, molti elementi estremamente diversi fra loro hanno fatto emergere la consapevolezza che la medicina clinica contemporanea non può più essere considerata come una mera disciplina naturalistica - come la botanica o la genetica - né può essere considerata una semplice scienza applicata - come l'agricoltura o la zootecnia. Essa si presenta, invece, come una disciplina complessa e multiforme, nella quale una scienza naturale - la scienza medica - entra in contatto e si compenetra con il mondo delle scienze umane.

Medicina, epistemologia e filosofia della natura

Chiunque abbia dimestichezza con gli studenti della Facoltà di Medicina si rende facilmente conto delle lacune, che l'attuale insegnamento lascia nella cultura generale di chi sta per diventare medico. Se ad uno studente qualcuno chiedesse, quali siano le caratteristiche che permettono di affermare che 'la medicina è una disciplina scientifica' oppure che cosa significhi affermare che 'la medicina è una scienza', ben difficilmente otterrebbe una risposta che vada di là dal rilievo che la medicina è una scienza perché è fondata sulle alterazioni degli organi o delle cellule, oppure che è tale perché è basata sull'osservazione dei fatti.

Analogamente, se si chiedesse ad uno studente che cosa significhi il termine determinismo, che egli adopera quotidianamente nel parlare dell'eziopatogenesi delle

malattie, con molta probabilità non si otterrebbe alcuna risposta ragionevolmente fondata. Tutto questo mostra chiaramente come lo studente medio della nostra Facoltà, pur disponendo di un gran numero di conoscenze scientifiche, non possiede pressoché alcuna idea sulle caratteristiche fondamentali della scienza, e come usi concetti fondamentali per questa - determinismo, causa, correlazione, deduzione, ecc. - senza conoscerne l'esatto significato.

Non credo occorrono molti discorsi per dimostrare che uno dei problemi fondamentali della cultura medica sia quello dello status epistemologico della medicina. La medicina odierna è costituita da un coacervo di scienze - dalla biofisica fino alla psicoanalisi - che sono fra loro molto diverse e che hanno statuti epistemologici molto differenti. Di fronte a tanti e così diversi insegnamenti lo studente può smarrirsi e deve ricevere un insegnamento che lo conduca a comprendere il valore cognitivo generale del sapere scientifico e quello specifico delle varie discipline che costituiscono la scienza. Senza una tale guida egli può ritenere che tutte le nozioni che gli vengono insegnate abbiano il medesimo fondamento e il medesimo valore, oppure che tutte siano ugualmente poco fondate. Ambedue questi esiti - uno scientismo ingenuo e dogmatico, e un relativismo gnoseologico - costituiscono pericoli che soltanto una formazione epistemologica equilibrata può evitare.

Accanto ai problemi più propriamente epistemologici le conoscenze biomediche pongono lo studente a contatto con problemi di carattere generale, che non possono essere ignorati da un medico che non voglia essere soltanto un banale esecutore di tecniche e/o un pedestre applicatore di nozioni.

Per chiarire la natura di siffatti problemi sarà utile prendere in considerazione due semplici asserzioni che vengono abitualmente usate nella pratica clinica:

- 1) Durante l'attività fisica aumenta il ritorno venoso di sangue al cuore e pertanto aumentano la gittata sistolica, la frequenza cardiaca e la portata.
- 2) Durante l'attività fisica il cuore aumenta la gittata sistolica, la frequenza e la portata per far giungere più sangue e più ossigeno ai muscoli che lavorano.

Se noi chiediamo ad uno studente medio di Medicina in che cosa di fondamentale questi due asseriti differiscano, sarà molto difficile - credo - che ci si senta rispondere che il primo è un discorso di tipo causale, mentre il secondo è un discorso di tipo finalistico. Oggi nessuno insegna ai nostri studenti che discorsi causali e

discorsi finalistici appartengono a due ambiti completamente diversi di discorso e che, secondo alcuni studiosi, i secondi non avrebbero diritto di cittadinanza nella scienza. Mentre per un finalista le strutture e le funzioni degli esseri viventi possiedono un loro scopo intrinseco verso il quale tendono (Blandino 1983), per un fisicista ciò che ci appare come uno scopo non è nient'altro che il prodotto dell'evoluzione biologica e può essere adeguatamente spiegato in modo causale (Ruse 1976). Pertanto, i discorsi finalistici sarebbero da abolire nell'ambito delle scienze biomediche. Non è difficile scorgere dietro queste posizioni metodologiche due differenti concezioni della vita: il vitalismo e il fisicalismo. "Il fisicismo – secondo Theodor Schwann, il fondatore della teoria cellulare - significa soprattutto [dare] una spiegazione mediante forze, che agiscono conformemente a strette leggi di cieca necessità, come le fisiche", mentre il vitalismo ritiene che nei sistemi biologici vengano leggi supplementari, non incluse nella fisica e nella chimica⁽⁵⁾ (Crick 1970, Blandino 1983).

Medicina, spiegazione e comprensione

Una riflessione complessiva sull'attività clinica mostra che non tutto ciò con cui il medico entra in contatto, fa parte del mondo della natura ed è quindi traducibile nel linguaggio oggettivo del sapere scientifico. Il medico non ha a che fare soltanto con eventi che riguardano le scienze biologiche in senso stretto, ma anche con quei fenomeni che rientrano nell'ambito delle scienze umane, come la psicologia e l'antropologia, e che riguardano il significato ed il valore della vita umana.

Dall'inizio del '900, dopo la lezione di Sigmund Freud (1856-1939), i medici hanno cominciato a tenere conto non soltanto dei fenomeni riscontrabili obiettivamente nel malato e dei disturbi di cui questo si lamentava, ma anche dei suoi vissuti, vale a dire dei contenuti dei suoi pensieri: delle sue fantasie, dei suoi ricordi, dei suoi desideri e dei suoi timori. La psichiatria, pertanto, ha cominciato a considerare esplicitamente l'uomo non soltanto come un corpo alterato, ma come un individuo costituito anche da una mente, nel quale organismo e pensiero formavano un tutto unitario e ciascuna delle due parti influenzava l'altra. "Decisivo fu capire – ha rilevato Karl Jaspers - che nella psichiatria, oltre alla conoscenza scientifica vi è anche un altro modo di vedere che si affida alla comprensione".

Nella prima metà del '900 l'attenzione per i vissuti emozionali dell'uomo ha cominciato a penetrare anche nella medicina interna ed ha portato a concepire la possibilità che conflitti inconsci, esperienze emozionali e

interazioni psicosociali potessero diventare causa di malattia⁽⁶⁾.

Così, il medico ha cominciato a divenire consapevole del fatto che il suo compito non poteva essere soltanto quello di spiegare i fenomeni che si erano verificati nell'organismo del suo paziente, ma anche quello di cercare di aiutare il malato a dare un senso a quei fenomeni "Il medico e il malato – ha scritto Jaspers – si trovano uniti da un legame prevalentemente umano, non scientificamente fondato; per questo è fondamentale che il medico abbia sempre presente che nella sua attività la spiegazione scientifica sia sempre accompagnata dalla consapevolezza che gli accadimenti patologici del suo malato hanno un senso che egli deve comprendere "

In tal modo, nell'ultimo mezzo secolo la medicina ha acquisito una nuova dimensione: ha cessato di guardare esclusivamente al corpo malato ed ai processi biologici che costituiscono in senso stretto la malattia ed ha cominciato a considerare anche il significato che la malattia assume per la persona ammalata⁽⁷⁾.

Tutto ciò mostra chiaramente come, con l'avvento della psicoanalisi, nella medicina sia penetrata una disciplina filosofica, l'ermeneutica. Sigmund Freud ha introdotto un nuovo modo di dare ragione dei fenomeni presentati dai suoi pazienti, un modo profondamente diverso da quello dei biochimici o degli anatomo-patologi o dei clinici: egli non si è preoccupato di spiegare gli eventi che gli venivano raccontati, ma ha cominciato ad attribuire ai fatti riferiti un significato, un senso, che era nascosto allo stesso paziente e che spesso lo stesso paziente rifiutava⁽⁸⁾.

Medicina e concezioni antropologiche

Secondo una concezione epistemologica che potremmo definire 'classica' e che risale a Francis Bacon (1561-1626), la scienza (e quindi anche la ricerca scientifica) è un fenomeno del tutto indipendente dalle altre forme di sapere, e in particolare dalla filosofia; essa, infatti, sarebbe sorta proprio come una conoscenza neutrale, fondata sui fatti e del tutto estranea alla speculazione metafisica. In realtà, la riflessione epistemologica più recente ha dimostrato che, lungi dall'essere estranea alla filosofia, la scienza si fonda sempre su alcuni presupposti metafisici – ad esempio, la conoscibilità del mondo esterno, l'ordine presente nella natura, ecc. – senza i quali essa non potrebbe neppure cominciare ad esistere (Pera 1985).

Sarebbe quindi, del tutto illusorio pensare che la medicina sia un sapere completamente estraneo al mondo della filosofia; se si esce dai confini del proprio ristretto

specialismo che non permette alcuna visione generale, e si cerca di abbracciare la medicina nella sua globalità, è facile vedere come essa sia in qualche modo legata all'antropologia. Soltanto una visione ristretta, qual'è quella che purtroppo viene spesso somministrata ai nostri studenti sotto la pressione dei grandi progressi della bio-medicina moderna, può far dimenticare che, al di là degli enzimi, dei fattori di crescita e dei recettori di membrana, concezioni diverse dell'uomo generano diverse medicine e diverse pratiche mediche.

Per avere una riprova dell'influenza dell'antropologia sulla medicina, basta confrontare le tesi espresse nel 1923 da un grande clinico come Augusto Murri (1841-1932) in un libro dedicato alla psicoanalisi e le idee esposte nel 1913 nella 'Psicopatologia generale' da un medico e filosofo come Karl Jaspers (1883-1969): "Un disordine delle funzioni cerebrali – ha scritto il clinico bolognese – anche se d'indole psichica, dirà a noi non che lo spirito s'inserisce malamente nel cervello, ma soltanto che nella costituzione materiale del sistema nervoso è avvenuto un disordine. (...) Ciò che per qualcuno potrà significare un'anomalia discretamente misteriosa di quell'energia spirituale, che s'inserisce nel cervello, è invece per noi un'alterazione del sistema nervoso e particolarmente di quelle parti di esso, che più direttamente sono in relazione colle funzioni della psiche. Perciò non vediamo perché non dovremmo considerare i disordini di essa quale una malattia come le altre" (Murri, 1923, pag.60-61). E, all'opposto, lo psichiatra di Heidelberg ha scritto: "L'intero corpo può considerarsi come un organo dell'anima. (...) Lo psichico agisce mediante contenuti e tendenze, che hanno un'azione morbigena solo se l'anima è malata. Perciò se l'anima non è in ordine, può apparire anche nel somatico. Perfino le malattie organiche, nel loro decorso non sono indipendenti dalla psiche. Vale in generale quanto segue: malattie originariamente somatiche possono subire l'influenza dell'anima. Ed è difficile separare ciò che è condizionato dall'anima da ciò che proviene dal corpo" (Jaspers 2000, pag. 261). Non si trattava qui di giudicare la psicoanalisi come pratica terapeutica, verso la quale ambedue questi studiosi avevano un atteggiamento di prudente accettazione, ma di accettare o di rifiutare una specifica concezione filosofica dell'uomo, che poteva essere sottesa alle idee psicoanalitiche.

Un'altra dimostrazione dell'importanza che le concezioni metafisiche possono avere per il pensiero medico è poi data dall'attuale successo delle Medicine Alternative. Come è sotto gli occhi di tutti, oggi si sono ampiamente diffuse molte dottrine mediche che traggono

origine da visioni antropologiche totalmente diverse da quelle del pensiero occidentale. Per quanto le concezioni orientali appaiano difficilmente conciliabili col pensiero razionale dal quale è scaturita la scienza moderna, la loro stessa presenza sta a dimostrare come la medicina non si riduca necessariamente alla biologia molecolare e come visioni umanistiche differenti generino dottrine e prassi cliniche diverse (Agazzi e Viesca 1998; Antiseri, Federspil e Scandellari 2003).

Certamente oggi, sotto la pressione dei grandi avanzamenti della ricerca biomedica, non è difficile trovare sostenitori entusiasti del riduzionismo, che ritengono di poter semplificare la medicina fondandola interamente sulla genetica biochimica e sul pensiero neo-evoluzionistico (Corbellini 2004), tuttavia l'intera storia della medicina sta a dimostrare quanto metafisiche diverse abbiano influito in vario modo sul pensiero medico nel corso dei secoli. Non si tratta con tutta evidenza di negare o di trascurare l'importanza della medicina biochimica, ma di non ridurre l'uomo ad un insieme di molecole e di processi biologici più o meno ben organizzati e integrati fra loro.

Medicina e bioetica

Fino alla metà del XX secolo la pratica medica è stata dominata dall'idea che solo il clinico era in grado di stabilire i mezzi e i fini dell'atto medico. Per quanto Max Weber (1864-1920) avesse già da tempo dichiarato che la scienza si occupa soltanto dei mezzi e non dei fini delle azioni umane, la grande maggioranza dei clinici ha ritenuto che il compito di stabilire non solo i modi con cui un malato poteva essere curato, ma anche i fini per lui più convenienti, cioè il bene del malato, fosse di loro esclusiva competenza. Il medico sapeva – era la convinzione di fondo dei medici e di molti pazienti - e sapeva non solo com'era costituito, come funzionava e come si ammalava l'organismo, ma sapeva anche che cosa era meglio fare per il suo paziente. In una parola, sapeva che cosa era bene e che cosa era male fare.

Il presupposto profondo di questo atteggiamento mentale era, ancora una volta, che la medicina fosse una semplice scienza naturale e che quindi in essa solo i discorsi tecnico-scientifici dovessero trovare posto. I giudizi di valore – questo era il presupposto evidente ma non dichiarato – non potevano trovare ospitalità nell'opera del medico: ciò che era possibile fare per il bene del paziente, andava fatto.

Nel corso del XX secolo la progressiva consapevolezza dei diritti umani e l'idea che l'uomo – e quindi anche l'uomo malato – è dotato di una propria autonomia, non

potrebbe lasciare immutata questa situazione. Così, si è andata affermando la convinzione che il medico non poteva essere il dominus assoluto del rapporto medico/paziente e che il malato deve partecipare alla decisione clinica.

Per queste e per altre ragioni, negli ultimi trent'anni questa situazione è radicalmente mutata e si è imposto un nuovo ambito di riflessione umanistica sulla medicina: la bioetica. Non è certo possibile trattenersi a lungo su questa disciplina, in parte nuova e in parte antica, tuttavia è necessario sottolineare che essa ha portato nella medicina una vera e propria rivoluzione: ha introdotto nel mondo dei medici il mondo dei valori e ha messo i clinici a contatto con la filosofia morale.

Prima della nascita della bioetica la medicina trattava solo di questioni di fatto, di descrizioni, di spiegazioni, di previsioni; con il sorgere della bioetica la medicina ha dovuto prendere coscienza del fatto che ogni atto clinico è sempre legato a questioni di valore e che il medico deve essere consapevole dei valori che entrano in gioco nelle sue decisioni e spesso disporli secondo un ordine gerarchico d'importanza.

Un profondo filosofo della medicina, Edmund D. Pellegrino, ha sostenuto a questo proposito che alla domanda fondamentale "che cos'è la medicina e che cosa dovrebbe essere?", si è data finora una risposta insufficiente perché ci si è limitati ad analizzare il sapere medico. Si è giunti così ad elaborare una filosofia della medicina che poteva essere soltanto una sottodisciplina della filosofia della scienza, ma che non è riuscita a cogliere la vera natura della medicina nel suo insieme. Se si vuole davvero cogliere l'essenza della medicina e del pensiero medico - secondo Pellegrino - è necessario riflettere "su i precetti, i presupposti, i concetti e i valori che sono peculiari della medicina in quanto medicina e che non siano semplici esempi di problemi già indagati nella scienza e nella filosofia". E allora è necessario riconoscere che il 'principio architettonico' della medicina non è costituito dalla sua struttura conoscitiva, ma dal fatto che essa è una praxis identificabile con il rapporto terapeutico finalizzato al bene del paziente. Così, secondo Pellegrino, nella formulazione del giudizio clinico finale, e quindi "nella ricerca dell'azione buona e giusta per un particolare paziente, il carattere empirico-tecnico del processo decisionale va attenuandosi, mentre il suo carattere dialettico-morale va stabilizzandosi".

Questa nuova situazione ha cambiato profondamente la pratica medica in tutti i paesi di civiltà occidentale ed ha già iniziato a mutare profondamente anche la didattica medica. Oggi non è più concepibile un insegnamento medico

che prescindendo da una formazione etica che si affianchi alla preparazione scientifico-clinica tradizionale.

Naturalmente, i problemi in questo ambito non sono pochi, né facili. Poiché l'etica è una disciplina filosofica, in che modo dovrà essere insegnata? Dovranno essere esposte, sia pure per sommi capi, tutte le grandi concezioni morali, oppure dovrà essere esposta soltanto la morale prevalente in un certo paese? Oppure bisognerà evitare di insegnare una concezione etica specifica e si dovrà addestrare il futuro medico a riconoscere i problemi morali che stanno dentro le varie situazioni cliniche e abituarlo ad esporli e a discuterli con il paziente? Non è certamente mio compito entrare nel merito di questo dibattito che è già in corso e che probabilmente occuperà molte discussioni nei prossimi anni. Ciò che, però, mi sembra assolutamente irrinunciabile è il fatto che oggi non si può più formare un medico che sia abituato a pensare in termini esclusivamente biologici e che non sappia vedere e tenere conto del fatto che, dietro l'organismo che sta indagando, vi è una persona con la sua dignità, la sua volontà, la sua storia personale e il mondo dei suoi valori.

Alla fine di questo excursus, vorrei mostrare il modo in cui a me pare potrebbe essere strutturato un insegnamento sulle Medical Humanities all'interno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Nei primi due anni lo studente dovrebbe ricevere un insegnamento che lo metta in grado di possedere quelle nozioni di carattere generale che, pur non facendo parte della medicina in senso stretto, lo mettano in grado di comprendere appieno i procedimenti metodologici che adotta, i concetti che impiega e le argomentazioni che adopera. Nel primo anno mi sembrerebbe necessario dare allo studente quelle nozioni elementari di logica che gli saranno poi utili per tutta la durata della sua vita professionale. Successivamente, egli dovrebbe acquisire una conoscenza dei fondamenti dell'epistemologia contemporanea: sapere che cos'è un'osservazione oggettiva, capire, rendersi conto dell'importanza della misurazione e del calcolo nella scienza, comprendere quali ipotesi possono essere avanzate legittimamente nell'ambito di un discorso scientifico e quali, invece, sono da evitare, avere idee precise sui concetti di causa necessaria e di causa sufficiente, di leggi deterministiche e di leggi probabilistiche, di verifica, di corroborazione e di falsificazione di un'ipotesi. Sempre nel corso del primo biennio lo studente dovrebbe ricevere alcuni insegnamenti di filosofia della biologia: questi dovrebbero metterlo in grado di comprendere la peculiarità del sapere biomedico rispetto a quello del mondo inorganico. Mi sembra

indispensabile che lo studente sappia che cosa s'intende con i termini di spiegazione e di previsione quando si parla di fenomeni biologici. Analogamente, dovrebbe conoscere il ruolo che la teoria dell'evoluzione può giocare nelle spiegazioni mediche e i principi sui quali si basano le varie classificazioni delle malattie.

Infine, nel corso del terzo anno lo studente dovrebbe ricevere un insegnamento adeguato di Storia della Medicina. Poiché in questo caso si tratta di una disciplina antica e ben consolidata, non penso sia necessario trattarne esplicitamente; è peraltro del tutto evidente la sua importanza nella didattica medica. A questo proposito, però, vorrei esprimere un'opinione personale su questo argomento – in quanto professore di Medicina interna che ha insegnato per otto anni anche Storia della Medicina. Vi sono molti modi di insegnare la Storia della Medicina e non tutti sono adeguati per coloro che devono diventare medici. A mio parere una Storia della Medicina realmente efficace per i futuri medici deve integrarsi strettamente con gli insegnamenti umanistici che abbiano testé citato. Elargire agli studenti nozioni sui vari accadimenti medici che si sono succeduti nel corso dei secoli, servirà ben poco a chi dovrà esercitare la pratica medica. La Storia medica realmente utile al futuro medico o al medico in formazione è quella che illustra i progressi del pensiero medico: i cambiamenti del concetto di malattia, le varie concezioni dell'uomo che erano sottese ai diversi modi di praticare la medicina, l'influsso delle religioni o delle diverse filosofie, come l'illuminismo, l'idealismo, il positivismo o il pragmatismo sul pensiero biomedico e sulla struttura sociale della sanità, le dinamiche delle scoperte scientifiche nei vari secoli e i cambiamenti ai quali la clinica e la ricerca biomedica sono andate incontro negli ultimi due secoli.

Nei due anni successivi lo studente dovrebbe apprendere alcune nozioni di psicologia e di sociologia. E' evidente che in questo ambito non si potrà fare molto, tuttavia è indispensabile aver presente che il futuro medico si troverà a esercitare la sua attività in una società sempre più multietnica e multiculturale. In questa società egli verrà a contatto con individui che percepiscono la medicina in modo molto diverso da quello del cittadino europeo; egli dovrà quindi essere in grado di comprendere il modo in cui la sua attività viene vista da chi ha una visione del mondo radicalmente diversa dalla sua.

Infine, nella parte restante del Corso di Medicina l'insegnamento delle Scienze Umane dovrebbe essere interamente dedicato alla Bioetica. Ho già accennato all'importanza di questa disciplina e alla difficoltà di precisarne i contenuti e le modalità didattiche. Non mi soffer-

merò quindi a lungo su questi problemi, ma mi limiterò a sottolineare un punto che a me sembra fondamentale per l'insegnamento bioetico agli studenti di Medicina. Se una prima parte di questo insegnamento dovrà essere puramente teorica e destinata a esporre agli studenti i fondamenti delle varie dottrine morali (utilitarismo, morale normativa, etica naturale, personalismo etico), i principi specifici della bioetica (beneficità, non-maleficità, autonomia, giustizia) ed i problemi etici che il medico dovrà affrontare (il rispetto della vita umana nelle sue varie fasi, i problemi innescati dalla medicina predittiva individualizzata, basata sull'analisi del genoma personale, l'accanimento terapeutico, l'eutanasia, la sperimentazione clinica e i suoi limiti, ecc.), una seconda parte dovrà essere dedicata alla cosiddetta 'etica clinica', vale a dire all'analisi dei problemi bioetici sollevati da casi clinici concreti. Questa 'etica clinica' sarà – io credo – la parte più utile per lo studente di Medicina, perché egli si troverà impegnato a discutere con i propri docenti di situazioni reali, che sollevano problemi rilevanti sul piano morale e ad tentare di applicare in situazioni diverse i principi teorici che gli sono stati esposti.

Una riflessione conclusiva

Al termine di questa Lettura vorrei esporre alcune considerazioni conclusive sulla situazione culturale degli studenti delle nostre Facoltà e sul significato che oggi può avere un insegnamento delle Medical Humanities.

Oggi lo studente di Medicina che frequenta le nostre aule e che completa il suo curriculum degli studi, non apprende in sostanza nulla che vada di là dalle nozioni scientifiche, che gli saranno immediatamente utili per la professione medica. Moltissimi studenti, se non hanno avuto la buona ventura di frequentare un buon Liceo, raggiungono la laurea senza possedere quelle conoscenze fondamentali che un tempo erano considerate indispensabili per iniziare un qualsiasi corso scientifico universitario. Confondono la deduzione con l'induzione, non sanno che cosa sia la conoscenza intersoggettiva, non conoscono le caratteristiche di una spiegazione scientifica, non sanno esporre la differenza che passa tra fatti e valori. Insomma, durante i corsi universitari, non vengono loro insegnate quelle nozioni fondamentali che appartengono alla cultura generale e che servono a formare uno spirito critico e una mentalità scientifica. All'opposto, dovranno conoscere il decorso dell'arteria oftalmica, il catabolismo della L-istidina e il ruolo del gene APC nella poliposi familiare adenomatosa.

Ebbene, io credo che, di fronte a questo stato di cose, noi Docenti dovremmo chiederci se alla formazione di un

medico colto siano più utili le prime o le ultime conoscenze. Personalmente, non ho dubbi in proposito e resto convinto che molte nozioni mnemoniche spariranno rapidamente dalla memoria dei nostri studenti o diverranno obsolete nel giro di pochi anni, mentre i concetti-base che provengono dall'ambito delle Scienze Umane resteranno e faranno del medico non solo un tecnico della salute, ma un uomo dotato di spirito critico, capace non solo di mandare a memoria nuove nozioni, ma anche di valutare razionalmente le proprie conoscenze e le proprie decisioni.

Mi rendo perfettamente conto che questi concetti possono sembrare a molti fuori di moda, ma credo che i guasti prodotti da un'educazione medica esclusivamente pragmatica siano ormai così evidenti da rendere indispensabile un ritorno verso una formazione critica del clinico.

Abbiamo costruito per anni medici ad una dimensione, esperti nell'eseguire una tecnica anche molto sofisticata, ma incapaci di spiegare e di comprendere i mille aspetti – scientifici ed umani – di una situazione clinica complessa. I risultati di questa impostazione didattica stanno sotto i nostri occhi: moltissimi medici vivono una situazione schizofrenica, credendo contemporaneamente ai risultati forniti dalla Evidence Based Medicine ed alle tesi della medicina ayur-vedica.

Noi dobbiamo costruire un medico che conosca la scienza medica, ma non solo la scienza medica, un medico che sappia valutare le possibilità reali e i limiti della scienza che pratica, un medico che sappia ragionare in modo corretto e che sappia prendere le sue decisioni in modo critico, riconoscendo i problemi etici che entrano in gioco nelle varie contingenze cliniche, un medico che sappia tenere conto dell'etnia e del modo di concepire la vita e la medicina del suo paziente.

Finora – io credo – non abbiamo creato questo medico. La formazione tecnico-scientifica, che ha costituito finora l'unico elemento sul quale si è fondata la Facoltà di Medicina, non può più far fronte da sola a ciò che la società moderna esige dal medico. Le Medical Humanities rappresentano l'unica risposta che possa riportare la figura del medico ad una dimensione all'antica figura del dottore, cioè dell'uomo dotto.

Note

1) "Le scienze dello spirito – ha scritto Dilthey – si distinguono innanzitutto dalle scienze della natura in quanto queste hanno per oggetto fatti che nella coscienza compaiono come dati dall'esterno, come fenomeni, e singolarmente, mentre in quelle essi compaiono originaliter come dato dall'interno, come realtà e come connessione vivente. (...) Spieghiamo la

natura, comprendiamo la vita psichica.

Ciò comporta una grande diversità tra i metodi coi quali studiamo la vita psichica, la storia e la società e quelli che hanno presieduto alla conoscenza della natura (Dilthey 1985, pag. 355).

2) Questo equivoco ha origini lontane. Se si consulta l'Enciclopedia Italiana Treccani, alla voce 'Metodologia clinica' si viene rimandati alla voce 'Semeiotica medica'.

3) Anche la tanto decantata Evidence-Based Medicine non rappresenta niente di più che un appello ai fatti, e le norme che informano i trials controllati non sono altro che regole per raccogliere e descrivere in modo neutrale e privo di pregiudizi i fatti (randomizzazione, standardizzazione della raccolta dei dati clinici e strumentali, specificazione degli end points, ecc.).

4) Una trattazione adeguata del ruolo della logica in clinica porterebbe molto lontano. Chi fosse interessato ad approfondire l'argomento potrà consultare: P. Giaretta, G. Federspil: Il procedimento clinico: analisi logica di una diagnosi. Piccin, Padova, 1998.

5) La questione del finalismo in biologia e in medicina è veramente complessa e non può essere affrontata adeguatamente in questa sede. Qui sarà sufficiente ricordare, in prima approssimazione, che le spiegazioni causali sono caratterizzate dal ricorso a leggi e dal fatto che le cause precedono gli effetti, mentre le spiegazioni finalistiche fanno ricorso a cause future. Per un'analisi approfondita del problema generale e delle diverse tesi, si vedano Ruse (1976), Blandino (1983), Federspil e Sicolo (1993), Mahner e Bunge (1997), Mayr (1998), Jonas (1999). Per il problema della spiegazione finalistica in medicina clinica, si veda Federspil (2004).

6) Alcune patologie molto frequenti nei paesi di civiltà occidentale, come la sindrome dell'intestino irritabile, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, la colite ulcerosa, alcune dermatiti, ecc. sono state attribuite alla presenza di alterazioni psicologiche. Mentre nei Trattati meno recenti per queste malattie veniva ipotizzata una genesi psicosomatica, nei Trattati più recenti, specie anglosassoni, questo tipo di ipotesi è praticamente scomparso. Tuttavia è lecito chiedersi, come ha fatto recentemente Vito Cagli, se questa scomparsa sia soltanto il frutto delle osservazioni cliniche che si sono andate accumulando negli anni, oppure se il fenomeno sia più profondo e dipenda anche da un diverso atteggiamento mentale di coloro che effettuano oggi la ricerca.

7) Umberto Galimberti ha rilevato che la medicina scientifica si occupa del "corpo inteso come organismo, ossia un apparato di organi, strutture e funzioni che è possibile trattare con criteri meccanicistici come qualsiasi fenomeno naturale. In questo contesto la malattia appare come l'effetto di una causa che si può rimuovere o modificare con interventi tecnici che ubbidiscono al sistema di spiegazioni che il sapere medico ha anticipato come lettura scientifica del corpo e delle sue alterazioni. Ma (...) l'ordine della spiegazione (Erklaren) che dice come l'alterazione si è prodotta, non è in grado di comprendere (Verstehen) perché si è prodotta, dove il perché non rinvia ad una causa, ma ad un senso".

8) Per esemplificare il modo di interpretare di Freud riportiamo il riassunto di un caso di paranoia e di omosessualità femminile. Una giovane donna molto avvenente, che viveva sola con la madre, iniziò una relazione con un impiegato dello stesso ufficio nel quale lavorava. Al primo incontro intimo stava per avere un rapporto sessuale con lui, quando avvertì un rumore secco che forse proveniva da un piccolo orologio da tavolo. Dopo l'incontro stava scendendo le scale quando incontrò due uomini che stavano salendo; uno dei due portava un piccolo involucre che poteva contenere una scatola. La donna immaginò che la scatola potesse contenere una macchina fotografica e che l'uomo fosse un fotografo che l'avesse ritratta durante il rapporto, stando nascosto dietro una tenda. Da quel momento la donna incominciò a tormentare il suo amante rimproverandogli e chiedendogli spiegazioni dell'accaduto.



Freud interpretò il caso in questo modo: la paziente, orfana di padre, nutriceva un forte attaccamento sentimentale omosessuale nei confronti della madre. Ella aveva cercato di liberarsi dal suo attaccamento omosessuale, ma la sua particolare disposizione fa sì che questo tentativo si concluda nella forma di un delirio paranoico. La madre diventa colei che, nelle vesti di un'anziana signora che lavora nello stesso ufficio della donna e che assomiglia alla madre, la perseguita e la sorveglia. La madre e l'uomo cospirano contro di lei, ma la donna supera l'opposizione materna ed è disposta a concedersi all'amato. Nel successivo sviluppo la madre non compare più, ma – afferma Freud – “possiamo essere certi che l'uomo amato non era diventato il persecutore direttamente, ma solo attraverso la madre e in forza del suo rapporto con la madre”. Come è evidente da questo breve racconto, Freud non ha fornito alcuna spiegazione nomologica degli eventi, ma si è limitato ad interpretarli, ponendosi all'interno della coscienza della protagonista ed immaginando gli eventi psichici inconsci che si sarebbero verificati nella sua mente.

Bibliografia

- AA. vari *Medical Humanities. Le Scienze Umane in Medicina*. SEU, Roma, 1999.
- AA. vari *Medicina e Multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*. Apèiron, Bologna, 2000.
- AA. vari *Medical Humanities: da dove, verso dove*. L'Arco di Giano, n. 36, 2003.
- Agazzi E., Viesca C. (a cura di) *Medicina e Concezione del mondo*. Erga Edizioni, Genova, 1998.
- Agrimi J., Crisciani C. “Malato, medico e medicina nel Medioevo”. Loescher Editore, Torino, 1980.
- Albert H., Antiseri D. *Epistemologia, ermeneutica e scienze sociali*. Luiss Edizioni. Roma, 2002.
- Antiseri D., Federspil G., Scandellari C. *Epistemologia, clinica medica e la questione delle medicine <eretiche>*. Rubbettino, Soveria Mannelli, 2003.
- Azzone G.F. *Biologia e medicina. Tra molecole, informazione e storia*. Laterza, Roma-Bari, 1991.
- Bernard C. *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*. Piccin, Padova 1994.
- Binetti P., Danieli G. (a cura di) *Animatori: C. Scandellari, G. Federspil, S. Morano, V. Cagli, D. Rodriguez. Progetti e processi di integrazione delle humanities nella Facoltà di Medicina. Atti del XII Congresso Nazionale SIPEM. Monza 2003. Tutor 2003; 3: 125-132*.
- Blandino G. *Il finalismo biologico*. In: C. Scandellari, G. Federspil (a cura di). ‘Scoperta e diagnosi in medicina’. Piccin, Padova, 1983.
- Butterfield H. *Le origini della scienza moderna*. Il Mulino, Bologna, 1962.
- Cagli V. “Sognando l'ippogrifo. Per un incontro tra medicina e psicoanalisi”. Laterza. Roma-Bari.1995.
- Cagli V. *L'equivoco psicosomatico. Causalità fisica e causalità psichica nella genesi delle malattie*. Armando, Roma, 2002.
- Casalone C. *Medicina, macchine e uomini. La malattia al crocevia delle interpretazioni*. Morcelliana, Brescia, 1999.
- Cattorini P. (a cura di) *Leggere il corpo malato. Aspetti antropologici, epistemologici, medici*. Liviana Editrice, Padova 1989.
- Cavicchi I. *Filosofia della pratica medica*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Childs B. *Medicina genetica. Una logica della malattia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2004.
- Comitato Nazionale di Bioetica Scopi, limiti e rischi della Medicina. *Medicina e Morale* 2002;2: 299-355 (<http://www.palazzochigi.it/bioetica/>).
- Copi I. *Introduzione alla logica*. Il Mulino. Bologna. 1964.
- Corbellini G. *Medicina in cerca di metodo*. Il Sole-24 Ore, 5 settembre 2004.
- Cosmacini G. *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*. Laterza, Roma-Bari, 1995.
- Cosmacini G., Rugarli C. *Introduzione alla medicina*. Laterza. Roma-Bari 2000.
- Crick F. *Uomini e molecole. E' morto il vitalismo?* Zanichelli, Bologna, 1970.
- D'Abano P. “*Conciliator controversiarum quae inter philosophos et medicos versantur*”. Venetiis, apud Juntas, 1565.
- Dilthey W. “*Per la fondazione delle scienze dello spirito*”. Franco Angeli. Milano. 1985.
- Engelhardt H.Tr. Jr. *Manuale di Bioetica*. Il Saggiatore, Milano, 1999.
- Faggioli M. (a cura di) *Bioetica ed etica medica. Alle soglie del 2000 la Medicina fra Umanesimo e Tecnologia. Atti del Convegno. Mesola (Ferrara) 14/5/1988*. Tipografia Artigiana, 1989.
- Federspil G. *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*. Piccin, Padova, 1980.
- Federspil G. *Discorso scientifico e discorso etico in medicina: antiche e nuove problematiche*. In: ‘*Etica e trasformazioni tecnologiche*.’ Vita e Pensiero, Milano 1987
- Federspil G. *Metodologia clinica e didattica medica: (parte I). Metodologia clinica e didattica medica: (parte II)*. *Pedagogia Medica* 1987; 4: 20-24.
- Pedagogia Medica* 1988; 1: 13-16.
- G.Federspil, C.Scandellari: *L'evoluzione storica della metodologia in medicina*. Federazione Medica 1991; 44: 481-490.
- Federspil G. *La natura del sapere medico e la clinica*. *Ann Ital Med Int* 2002; 17 (Suppl 1): 1505-1625)
- Federspil G. *Logica clinica*. Mc Graw-Hill, Milano, 2004.
- Federspil, G., N. Siculo *Vitalismo e riduzionismo nell'interpretazione dei fenomeni biologici: prospettiva storica e concezioni attuali*. *Nuova Civiltà delle Macchine*, N. 3/4 (43-44), 158-171, 1993.
- Federspil G., Giarretta P. (a cura di) “*Forme della razionalità medica*”. Rubbettino. Soveria Mannelli. 2004.
- Freud S. “*Casi clinici 8. Paranoia e omosessualità in due storie di donne*”. Boringhieri. Torino. 1977.
- Gadamer H-G. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- Galimberti U. “*Introduzione*” a: Karl Jaspers, ‘*Il medico nell'età della tecnica*.’ Raffaello Cortina, Milano.1991
- Giarretta P., Federspil G. *Il procedimento clinico. Analisi logica di un caso clinico*. Piccin, Padova, 1998.
- Good B.J. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Edizioni di Comunità, Torino 1999.
- Gracia D. *Fondamenti di Bioetica. Sviluppo storico e metodo*. Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1993.
- Granger G.G. “*La scienza e le scienze*”. Il Mulino. Bologna. 1996.
- Jaspers K. “*Il medico nell'età della tecnica*”. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Jaspers K. *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2000.
- Jonas H. *Organismo e libertà*. Einaudi, Torino, 1999.
- Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W.J. *Etica clinica*. Mc Graw-Hill, Milano, 2003.
- Mahner M., Bunge M. *Foundations of Biophilosophy*. Springer-Verlag, Berlin, 1997.
- Marano P. (a cura di) *Physicians and Medicine in a evolving society: The Role of the 'Medical School*. *Rays* 2004; 1.
- Mayr E. *Il modello biologico*. Mc Graw-Hill, Milano, 1998.
- Mordacci R. *La medicina come pratica e l'etica della malattia*. In: C. Viafora (a cura di) ‘*Introduzione alla bioetica clinica*’. Clue Academic >Pres. 2003.
- Murri A. *Il medico pratico*. Zanichelli, Bologna, 1914.
- Murri A. *Nosologia e psicologia*. Zanichelli, Bologna, 1923.
- Pancheri P. *Trattato di medicina psicosomatica*. USES, Firenze. 1984.





- Pellegrino E.D. Philosophy of Medicine: Problematic and Potential. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1976; 1: 8.
- Pellegrino E.D. The Anatomy of Clinical Judgment: Some Notes on Right Reason and Right Action. In: H.T. Engelhardt Jr., S.F. Spicker 'Clinical Judgment: A Critical Appraisal.' Reidel Publishing Co., Dodrecht 1979. p. 171
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. A Philosophical Basis of Medical Practice. Oxford University Press, New York 1981.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. The Virtues in Medical Practice. Oxford University Press, New York, 1993.
- Pera M. Il superamento della scienza attraverso la metafisica. In: AA. Vari 'La metafisica e il problema del suo superamento'. Libreria Gregoriana Editrice, Padova, 1985.
- Piaget J. Les deux problèmes principaux de l'épistémologie des sciences de l'homme. In: <Logique et connaissance scientifique> (a cura di Jean Piaget). Encyclopedie de la Pléiade. Editions Gallimard. Dijon. 1986.
- Reale G., Antiseri D. Storia del pensiero occidentale. Editrice La Scuola, Brescia, 1983.
- Rossi P. Lo storicismo tedesco contemporaneo. Einaudi Torino, 1971.
- Rossi P. La nascita della scienza moderna in Europa. Laterza, Roma-Bari, 1997.
- Ruse M. Filosofia della biologia. Il Mulino, Bologna, 1976.
- Schwann T. Mikroskopische Untersuchungen. Berlino 1839 , pp. 225-226.
- Torsoli A. (editoriale) Alcune Ragioni per un Insegnamento delle Humanities agli studenti di Medicina. *Medic* 1999; 1: 5.
- Torsoli A. (editoriale) Umanesimo e Umanità Clinica. *Medic* 2000; 3: 113.
- Torsoli A. (editoriale) Educazione medica: Alcune Implicazioni di un Approccio Bio-Psico-Sociale e Umanistico. *Medic* 2002; 4: 174.
- Valdrè L. Medicina muta. Rusconi, Milano 1995.
- Van Halpen J., Aris A. Medicina Orientale. Guida illustrata alle arti asiatiche della guarigione. Zanfi Editori, Modena, 1998.
- Villa L. Medicina oggi. Aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale. Piccin, Padova, 1980.
- Visioli O. (a cura di) "La medicina contemporanea fra scienze della natura e scienze umane". *La Medicina Internazionale*. Nuova serie. N.7, 1994.
- Voltaggio F. "La medicina come scienza filosofica". Laterza, Roma-Bari. 1998.
- von Engelhardt D. Il dialogo fra medicina e filosofia in Kant nel contesto storico. In: C. Bertani, M.A. Pranteda (a cura di), 'Kant e il conflitto delle facoltà. Ermeneutica, progresso storico, medicina'. Il Mulino, Bologna.
- Zannini L., Visioli S. Narrazione e medical humanities. *Tutor* 2004; 1: 26-32.
- Zimmermann J.J. Della esperienza nella medicina. Schiepatti, Truffi e Fusi, Milano, 1830.





| Data | Tipologia didattica | Titolo | Docenti | Sede e ora |
|-------------|--------------------------|--|---|--|
| 3 novembre | Forum multiprofessionale | Il giuramento di Ippocrate e le origini dell'Etica medica | Prof.ssa S. Fortuna | Aula D h. 12.45 - 14.15 |
| 3 novembre | Corso monografico | Malattie sessualmente trasmesse | Dott. A. Ciavattini | Aula Facoltà h. 8.30 |
| 3 novembre | Corso monografico | I virus neurotropi | Dott. P. Pauri | Aula Morgagni h. 9.00-11,00 |
| 3 novembre | Corso monografico | Contraccezione | Prof. A. Turi | Aula Facoltà h. 10.30 |
| 3 novembre | Corso monografico | Fondamenti di analisi del cammino | Prof.ssa M.G. Ceravolo | Aula Dipartim. h. 14.30-16.30 |
| 3 novembre | Corso monografico | Nursing multicultural | A.F.D. G. Pelusi | Aula D h. 10.30 |
| 10 novembre | Corso monografico | Malattie sessualmente trasmesse | Dott. A. Ciavattini | Aula Facoltà h. 8.30 |
| 10 novembre | Corso monografico | Contraccezione | Prof. A. Turi | Aula Facoltà h. 10.30 |
| 10 novembre | Forum multiprofessionale | Il concetto di malattia nel mondo antico | Prof.ssa S. Fortuna | Aula D h. 12.45 - 14.15 |
| 10 novembre | Corso monografico | Bilancio strumentale e trattamento disturbi dell'equilibrio | Dott. G. Lagalla | Aula Dipartim. h. 14.30-16.30 |
| 10 novembre | Seminario | Attività battericida ossigenodipendente dei granulociti neutrofilii | Prof. G.P. Littarru | Aula F h. 14.30 - 16.30 |
| 10 novembre | Corso monografico | Nursing multicultural | A.F.D. G. Pelusi | Aula D h. 10.30 |
| 10 novembre | Corso monografico | Tecniche di Biologia molecolare nella diagnosi di infezione da virus dell'epatite | Dott. A. Manzin | Aua Morgagni h. 9.00-11,00 |
| 17 novembre | Corso monografico | Anatomia Microscopica | Proff. M. Castellucci, G. Barbatelli | Aula Facoltà h. 10.30-12.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | Bilancio strumentale e trattamento disturbi dell'equilibrio | Dott. G. Lagalla | Aula Dipartim. h. 14.30-16.30 |
| 17 novembre | Forum multiprofessionale | Medicina e società di fronte alle grandi epidemie | Prof.ssa S. Fortuna | Aula D h. 12.45 - 14.15 |
| 17 novembre | Seminario | La prevenzione delle infezioni nelle unità di terapia intensiva | Prof. M.M. D'Errico | Aula C h. 14.30 - 16.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | Biochimica del sangue | Prof.ssa L. Mazzanti | Aula A h. 8.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | Il metabolismo calcio-fosforo: implicazioni endocrinologiche, nefrologiche ed urologiche | Proff. M. Boscaro, P. Dessi Fulgheri, G. Muzzonigro | Aula C h. 8.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | Patologia della cervice uterina: dal Pap-Test alla colposcopia | Prof. A.L. Tranquilli, Dott. A. Ciavattini | Aula E h. 8.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | Malattie genetiche e metaboliche | Proff. G. Coppa, O.Gabrielli | Aula E h. 10.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | Insufficienza del pavimento pelvico (incontinenza fecale) | Dott. R. Ghiselli | Aula F h. 8.30 |
| 17 novembre | Corso monografico | La malattia tromboembolica venosa | Prof. F. Alò Dott. M. Bartolini | Aula C h. 10.30 Aula F h. 10.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Biochimica del sangue | Prof.ssa L. Mazzanti | Aula A h. 8.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Il metabolismo calcio-fosforo: implicazioni endocrinologiche, nefrologiche ed urologiche | Proff. M. Boscaro, P. Dessi Fulgheri, G. Muzzonigro | Aula C h. 8.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Patologia della cervice uterina: dal Pap-Test alla colposcopia | Prof. A.L. Tranquilli, Dott. A. Ciavattini | Aula E h. 8.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Malattie genetiche e metaboliche | Proff. G. Coppa, O.Gabrielli | Aula E h. 10.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Insufficienza del pavimento pelvico (incontinenza fecale) | Dott. R. Ghiselli | Aula F h. 8.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | La malattia tromboembolica venosa | Prof. F. Alò | Aula C h. 10.30 |
| 24 novembre | Forum multiprofessionale | Le caratteristiche dell'informazione sanitaria | Prof. L. Provinciali | Aula D h. 12.45 - 14.15 |
| 24 novembre | Corso monografico | Bilancio strumentale e trattamento disturbi dell'equilibrio | Dott. G. Lagalla | Aula Dipartim. h. 14.30-16.30 |
| 24 novembre | Seminario | Antibiotico-resistenza nei pazienti immuno-compromessi | Prof. P.E. Varaldo | Aula F h. 14.30 - 16.30 |
| 24 novembre | Seminario | Processi espansivi a carico del Sistema Nervoso Centrale | Prof.ssa M. Scarpelli | Aula C h. 14.30 - 16.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Tecniche diagnostiche e radioprotezione in Radiologia Odontostomatologica | Prof. L. De Florio | Aula Didattica U.O. Medicina N. h. 10.30-13.30 |
| 24 novembre | Corso monografico | Anatomia Microscopica | Prof. M. Castellucci | Aula Facoltà h. 10.30-12.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Biochimica del sangue | Prof.ssa L. Mazzanti | Aula A h. 8.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Il metabolismo calcio-fosforo: implicazioni endocrinologiche, nefrologiche ed urologiche | Proff. M. Boscaro, P. Dessi Fulgheri, G. Muzzonigro | Aula C h. 8.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Patologia della cervice uterina: dal Pap-Test alla colposcopia | Prof. A.L. Tranquilli, Dott. A. Ciavattini | Aula E h. 8.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Malattie genetiche e metaboliche | Proff. G. Coppa, O.Gabrielli | Aula E h. 10.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Insufficienza del pavimento pelvico (incontinenza fecale) | Dott. R. Ghiselli | Aula F h. 8.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | La malattia tromboembolica venosa | Prof. F. Alò | Aula C h. 10.30 |
| 1 dicembre | Forum multiprofessionale | La comunicazione fra operatore sanitario ed utente. La comunicazione a riguardo dei farmaci, degli esami e degli apparati medicali | Prof. L. Provinciali | Aula D h. 12.45 - 14.15 |
| 1 dicembre | Seminario | Risonanza magnetica e sue applicazioni cliniche | Prof. F. Rustichelli | Aula A h. 14.30 - 16.30 |
| 1 dicembre | Seminario | Tossicologia forense | Prof. A. Tagliabracci | Aula C h. 14.30 - 16.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Tecniche diagnostiche e radioprotezione in Radiologia Odontostomatologica | Prof. L. De Florio | Aula Didattica U.O. Medicina N. h. 10.30-13.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Anatomia Microscopica | Proff. M. Castellucci, G. Barbatelli | Aula Facoltà h. 10.30-12.30 |
| 1 dicembre | Corso monografico | Sistema HLA | Dott. C. Bartocci | Aula Morgagni h. 9.00-11,00 |



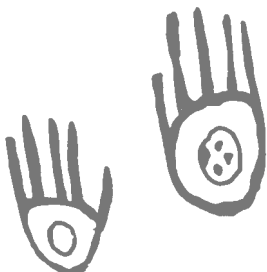


AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

NOVEMBRE-DICEMBRE

| Data | Ora | Sede | Argomento | Docenti | Scuole |
|------------------|-------------|--|---|---|----------------|
| 3-nov | 14.00-15.00 | Aula Didattica Clinica Reumatologica | Rheumatology Interactive Lecture - "Systemic Lupus Erythematosus" | English Speaker Dott. Giovanna Garofalo | FF-CC-DD |
| 8-nov | 14.00-16.00 | Aula Didattica Clinica Reumatologica | Discussione casi clinici | Dott. Rossella De Angelis | FF-CC-DD |
| 8-nov | 15.00-16.00 | Aula Polo Didattico | Il Cancro della prostata Dottorato di Ricerca in Oncologia Urologica | Prof. G. Muzzonigro, Dott. A.B. Galosi | V-R-AA-CC-II-D |
| 10-nov | 13.00-14.00 | Aula Didattica Clinica Reumatologica | Rheumatology Interactive Lecture - "Polymyositis/Dermatomyositis" | English Speaker Dott. Giovanna Garofalo | FF-CC-DD |
| dal 10 al 12 nov | | Hotel La Fonte Portonovo di Ancona | 2° Convegno Nazionale Osteoporosi Secondarie ad Endocrinopatie | Prof. M. Boscaro, Dott. C.M. Francucci | |
| 17-nov | 14:30 | Auditorium Azienda Ospedaliera Umberto I - Torrette | Osteoporosi da glucocorticoidi (opinioni a confronto) | Proff. W. Grassi, M. Boscaro, F. Salaffi, S. Amoroso, G. Arnaldi, C.M. Francucci, F. Greco, A. Procopio, F. Silveri | FF-CC-DD |
| 17-nov | 15.00-16.00 | Aula Polo Didattico | La Prostatectomia radicale Dottorato di Ricerca in Oncologia Urologica | Prof. G. Muzzonigro, Dott. A.B. Galosi | V-D-R-CC-II-AA |
| 22-nov | 15.00-16.00 | Aula Polo Didattico | Il Varicocele - Diagnosi e Terapia | Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Polito | V-D-AA-CC |
| 24-nov | 14.00-15.00 | Aula Didattica Clinica Reumatologica | Rheumatology Interactive Lecture - "Ankylosing Spondylitis" | English Speaker Dott. Giovanna Garofalo | FF-CC-DD |
| 13-dic | 13.00-14.00 | Aula Polo Didattico | Ruolo della famiglia nella prevenzione dell'Infertilità Maschile | Prof. G. Muzzonigro | V-CC |
| 20-dic | 13.00-14.00 | Aula Polo Didattico | Le Neoplasie del rene Dottorato di Ricerca in Oncologia Urologica | Prof. G. Muzzonigro, Dott. G. Milanese | V-D-R-AA |

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



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno VII - n° 11-12
Novembre-Dicembre 2004
Aut. del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

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

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli