Anno X N. 1 • Gennaio 2007

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

LETTERA DEL PRESIDE

Agli Studenti che oggi ritornano in Facoltà per riprendere l'attività didattica l'augurio di poter trovare nel nostro ambiente, in questa fase formativa della loro vita, le condizioni ideali per prepararsi ad essere ottimi Medici e Professionisti della Sanità.

Il nuovo anno porta sempre con sé stimoli di miglioramento e buoni propositi; manteniamo questa esigenza di rinnovamento, impegnandoci a costruire tutti insieme percorsi formativi adeguati alle finalità della Facoltà e agli obiettivi dei Discenti.

Al rientro troveranno gli Studenti il nuovo internato e la riapertura delle liste per nuove iscrizioni; piuttosto trascurato in passato, questo utile momento formativo ritrova ora più ampia considerazione per il valore che hanno i crediti acquisiti nei riguardi del proseguimento della carriera scolastica; l'internato inoltre permette allo Studente di vedere la vita della Facoltà dall'"interno", dalla parte dei Docenti e nelle strutture di ricerca e di cura: costituisce quindi un importante momento di riflessione per le scelte future.

È in preparazione anche il nuovo Regolamento didattico: ne riparleremo più diffusamente nel prossimo numero, dopo che lo stesso sarà stato esaminato da tutte le componenti interessate; oggi anticipiamo solo che si è giunti alla composizione di un documento unico per tutti i Corsi di Laurea, completato da appendici separate per le specificità di ogni Corso: è un'iniziativa, quella di uniformare i comportamenti, di pratica utilità per la gestione amministrativa ma è anche coerente con il principio che in Facoltà tutti, futuri Medici, Infermieri, Tecnici compiono negli stessi spazi un identico processo formativo.

Gennaio è anche il mese della valutazione, il periodo in cui gli Studenti esprimono il loro parere sull'efficacia della didattica ricevuta nel primo semestre dell'anno. Questa valutazione deve essere fatta obbligatoriamente in rete, ma sono previste anche interviste dirette degli Studenti durante le ore di lezione. Gli Studenti sono invitati ad offrire globalmente la loro collaborazione a questa iniziativa che ha sicura ripercussione sulla futura organizzazione didattica.

Per mancanza di spazio rimandiamo al prossimo numero la preventivata pubblicazione del primo Syllabus, quello di Anatomia. Il Syllabus è la raccolta delle informazioni relative a tutti i Corsi di Laurea presenti in Facoltà; le sue finalità sono quelle di essere guida per gli Studenti nell'approccio ad una determinata disciplina e di supporto alla Segreteria per disegnare le carriere scolastiche ai fini della compilazione del *Diploma Supplement*, ma è anche utilissima banca dati per alimentare il Sito, la Guida alla Facoltà, il Bollettino periodico, le bacheche; è uno strumento quindi di grande utilità che conserverà il suo pieno valore se tutti avremo cura di verificarlo e di aggiornarlo.

Proseguiamo intanto, in questo numero, dopo la lettura magistrale di Antonio Brancati e il saggio di Marco Belogi, la serie di contributi sul fenomeno confraternale in Italia, quale prima forma di assistenza ospedaliera. Il saggio di Tullio Tonnini, Avvocato in Fano, presentato all'ultimo Convegno di Facoltà, costituisce un contributo, prezioso ed originale, alla conoscenza degli aspetti giuridici dell'organizzazione confraternale.

Tullio Manzoni, *Preside della Facoltà*

SOMMARIO

EDITORIALE 2
La medicina legale al servizio della giustizia: l'esame del DNA nell'identificazione personale
di *Adriano Tagliabracci*

VITA DELLA FACOLTÀ 4
Attività didattiche irrinunziabili - Attività didattiche elettive - Forum multiprofessionali di Scienze Umane - Internato
a cura di *Giovanni Danieli*

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 12
a cura di *Ugo Salvolini*

DIGNITÀ DI STAMPA 13
Alterazioni funzionali del ferro nei pazienti in unità di terapia intensiva
di *Sara Frontalini* e *Paolo Pelaia*

OSSERVATORIO 21
Diventare medico - 3°
di *Francesco Orlandi*

ALBUM 23
La Biblioteca Luciano Benincasa di Ancona
di *Alessandro Aiardi*

BIOETICA 27
Lectio magistralis
di *Adriano Bompiani*

UOMINI E LUOGHI DELLA CULTURA NELLE MARCHE 33
Aspetti giuridici dell'organizzazione confraternale
di *Tullio Tonnini*

ADRIANO TAGLIABRACCI
Chirurgia Pediatrica
Università Politecnica delle Marche

La medicina legale al servizio della giustizia: l'esame del DNA nell'identificazione personale

Sono passati poco più di 20 anni da quando Alec Jeffreys pubblicava i risultati delle sue ricerche sulla ipervariabilità delle regioni minisatelliti del DNA e sulla potenzialità offerta da questi *loci* nelle indagini di identificazione personale. La concreta applicazione di questi nuovi marcatori in genetica forense avvenne nello stesso anno in un'indagine di maternità per un caso di immigrazione clandestina in Inghilterra e l'anno successivo, nello stesso paese, per l'identificazione di un violentatore *serial killer* mediante comparazione delle tracce biologiche lasciate sulle vittime con il DNA di centinaia di uomini di un intero villaggio, ove si riteneva egli vivesse. Pochi anni dopo Saiki e Mullis, grazie alla scoperta di una polimerasi termostabile estratta dal Termophilus Aquaticus *(Taq polimerasi)* ad opera di quest'ultimo, premiato con il Nobel pochi anni dopo, rivoluzionavano le tecniche di analisi del DNA mediante l'introduzione della PCR *(polymerase-chain-reaction)* che ha consentito la scoperta, negli anni successivi, e l'uso nelle indagini genetiche forensi di marcatori più affidabili ed altamente informativi.

I marcatori del DNA attualmente utilizzati in genetica forense, ma anche in genetica delle popolazioni, in antropologia molecolare, in biologia applicata ed in clinica, possono essere grossolanamente schematizzati in:

1. polimorfismi di lunghezza, la cui variabilità interindividuale dipende dalla ripetizione di brevi sequenze lunghe 1-6 nucleotidi, presenti in diversi loci della parte extragenica del DNA nucleare;
2. polimorfismi di sequenza, dovuti a transizione/transversione od inserzione/delezione di singole basi, denominati SNPs *(single-nucleotide-polimorphisms)*, presenti nel DNA nucleare con una frequenza di 1/1250 basi in media e nella regione ipervariabile del DNA mitocondriale.

La batteria di marcatori è piuttosto varia e specificamente utilizzata in indagini forensi a seconda della peculiarità del caso in esame. Per casi di *routine*, che non presentano problematiche particolari, relativi sia ad indagini di paternità che di identificazione criminale, sono comunemente impiegati i microsatelliti autosomici. I microsatelliti dei cromosomi sessuali ed il DNA mitocondriale trovano utile impiego in paternità difettive, in assenza di taluno dei genitori o quando occorra ricostruire linee parentali con salti generazionali. I microsatelliti del cromosoma Y sono indicati nell'analisi di violenze sessuali, perchè evitano interferenze del profilo della vittima. Per l'esame di reperti antichi, in presenza di DNA scarso o degradato, si utilizzano i polimorfismi del DNA mitocondriale, molecola resistente alla degradazione e presente in centinaia-migliaia di copie per cellula,. Gli SNPs del cromosoma Y e del DNA mitocondriale sono utili per stabilire l'origine geografica di resti umani repertati in disastri di massa a motivo della loro organizzazione etnica in aplogruppi.

Il nostro laboratorio di genetica forense esegue correntemente a scopo clinico, giudiziario e di ricerca le analisi su tutti questi marcatori ed ha ottenuto la certificazione di qualità ISO 9001.

Per quanto attiene i successi più significativi e conosciuti ottenuti con i polimorfismi del DNA in questi anni, Paabo *et Al* studiando resti dell'uomo di Neandertal hanno scoperto che esso si estinse oltre 30 mila anni fa e che le popolazioni europee derivano da altri progenitori del vicino oriente. I resti scheletrici di soldati americani deceduti in Vietnam riconsegnati agli Stati Uniti furono in parte identificati e consegnati alle famiglie mediante l'analisi del DNA mitocondriale. Mediante comparazione con il DNA mitocondriale di discendenti, questo marcatore ha inoltre consentito di identificare i resti della famiglia zarista Romanov sterminata durante la rivoluzione russa nel 1917.

L'esame del DNA è stato progressivamente inserito tra i mezzi di indagine delle polizie scientifiche di tutti gli Stati occidentali ed è comunemente ritenuto un insuperabile mezzo di prova nelle aule di giustizia. Esso ha consentito di definire casi giudiziari irrisolti risalenti a decenni or sono, ha rivelato clamorosi errori giudiziari e, laddove sono stati creati *database* criminali con i profili genetici di accusati e condannati per diverse tipologie di reato, con le opportune garanzie giurisdizionali, ha ridotto l'incidenza di crimini violenti.

Per una malintesa concezione ultragarantista dei diritti del singolo, purtroppo a scapito di quelli della col-

lettività e delle vittime di reati, il nostro Stato, a differenza di quanto avvenuto in tutti gli altri Stati dell'Unione europea - per alcuni, come l'Inghilterra da diversi anni, per altri, ad esempio Portogallo, da pochi- e di molti altri americani, è l'unico a non avere creato un *database* di profili genetici di criminali a fini di giustizia. Soltanto nel marzo 2004 era costituito, nell'ambito del Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie (CNBB), organo tecnico scientifico della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Gruppo di lavoro Biosicurezza, articolato in tre sottogruppi, con l'incarico di elaborare proposte legislative per consentire il prelievo coattivo di campioni biologici, per la definizione degli standard operativi dei laboratori genetico-forensi e per la costituzione del *database* dei profili del DNA. Tale commissione ha concluso i lavori il 14 aprile 2005, redigendo un documento finale che contiene schemi di progetti legislativi per la modifica del codice di procedura penale per consentire i prelievi coattivi di campioni biologici e per la costituzione dello "Archivio centrale dei profili del DNA e del comitato tecnico-scientifico di vigilanza".

Sono passati quasi due anni da allora, ma ancora nulla si è fatto a livello politico per adeguare il nostro sistema a quello degli altri stati dell'Unione Europea.

Bibliografia essenziale

1) Jeffreys AJ, Wilson V, Thein SL (1985) Hypervariable "minisatellite" regions of human Dna. Nature, 314, 67

2) Saiki RK, Gelfand DH, Stoffel S, Scharf SJ, Higuchi R, Horn GT, Mullis KB, Erlich HA (1988) Primer-directed enzymatic amplification of DNA with a thermostable DNA polymerase. Science, 239, 487

3) Krings M, Stone A, Scmitz RW, Krainitzki H, Stoneking M, Paabo S (1997) Neandertal DNA sequences and the origin of modern humans. Cell, 90, 19

4) Holland MM, Fischer DL, Mitchell LG, Rodriguez WC, Canik JJ, Merril CR, Weedn VW (1993) Mitochondrial DNA sequence analysis of human skeletal remains: identification of remains from the Vietnam war. J Forensic Sci, 38, 542

5) Gill P, Ivanov PL, Kimpton C, Piercy R, Benson N, Tully G, Evett I, Hagelberg E, Sullivan K (1994) Identification of the remains of the Romanov family by DNA analysis. Nat Genet 6, 130

Programmazione didattica Gennaio 2007

A - Attività didattiche irrinunziabili

Seminari

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

1° Anno

5 - *Chimica e Propedeutica biochimica*
L'Ossigeno: dalla chimica alla medicina clinica, Prof. G.P. Littarru, Prof.ssa G. Zolese
31 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula F

3° Anno

23 - *Medicina di Laboratorio*
Attività battericida, ossigenodipendente dei granulociti neutrofili, Prof. G.P. Littarru
10 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula C

4° Anno

33 - *Patologia sistematica II*
Il diabete mellito: casi clinici e discussione, Prof. G. Muzzonigro, Dott.ssa E. Faloia
17 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula C

34 - *Patologia sistematica III*
Chirurgia funzionale del polmone, Prof. A. Fianchini
24 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula C

15 - *Igiene e sanità pubblica*
La prevenzione delle infezioni nelle unità di terapia intensiva, Prof. M.M. D'Enrico
31 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula C

5° Anno

19 - *Malattie dell'apparato locomotore*
Patologia del piede, Prof. L. De Palma
10 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula F

25 - *Medicina legale*
Aspetti deontologici e medico-legali in ostetricia, Prof. R. Giorgetti, Prof. A. L. Tranquilli
10 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula C

6° Anno

14 - *Ginecologia e Ostetricia*
Pronto soccorso ostetrico-ginecologico e *triage*, Prof. A. L. Tranquilli, Dott. A. Turi
17 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula F

35 - *Pediatria*
Alimentazione del neonato e del lattante, Prof. G. Coppa, C. Catassi
24 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula F

B - Attività didattiche elettive

Corsi monografici

CLM in Medicina e Chirurgia

1° Anno

12 - *Fisica*
Fenomeni ondulatori; onde elastiche in medicina, Dott. F. Fiori
17-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula A

5 - *Chimica e Propedeutica Biochimica*
L'equilibrio acido-base: aspetti chimico-fisiologici, Prof. G.P. Littarru
17-24-31 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula P

2° Anno

3 - *Biochimica*
Biochimica del sangue, Prof.ssa L. Mazzanti
10 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula Q

3° Anno

27 - *Microbiologia*
Patogeni intracellulari e problematiche connesse, Prof.ssa B. Facinelli
10 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula A

4° Anno

15 - *Igiene e Sanità Pubblica*
I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao
10 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula B

33 - *Patologia Sistematica II*
Percorso diagnostico e terapeutico nello studio del metabolismo calcio - fosforo: casi clinici e discussione, Prof. G. Muzzonigro, Dott. A. Taccaliti
10 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula B

34 - *Patologia Sistematica II*
La malattia tromboembolica venosa, Prof. F. Alò
17-24-31 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula B

5° Anno

19 - *Malattie dell'Apparato Locomotore*
Chirurgia vertebrale, Prof. F. Greco
17-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula B

25 - *Medicina legale*
Deontologia, Bioetica, Medicina legale delle professioni mediche e sanitarie, Prof. A. Tagliabracci
17-24-31 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula C

6° Anno

14 - *Ginecologia e Ostetricia*
Patologia della cervice uterina: dal Pap-Test alla colposcopia, Prof. A.L. Tranquilli, Dott. A. Ciavattini
17-24-31 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula F

35 - *Pediatria*
Malattie genetiche e metaboliche, Prof. G. Coppa, Prof. O. Gabrielli
10 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula F

Corso di Laurea in Educatore professionale

POLO DIDATTICO DI JESI

1° Anno

1) Le metodologie di intervento nel lavoro con i gruppi. Relatore: Dott.ssa M.T. Medi
23-30 Gennaio 2007, ore 14.00-17.00, Aula T5

2) La rete di aiuto alla persona. Relatore: Dott.ssa A. Giardini

9-12 Gennaio 2007, ore 14.00-17.00, Aula T5

2° Anno

3) L'uomo, la salute, la malattia nella dimensione interculturale. Relatore: Dott.ssa L. Volante
17-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30-17.00, Aula T (Polo Murri sede di Ancona)

Corso di Laurea in Fisioterapia

2° Anno

3) Le terapie fisiche del terzo millennio: Prof.ssa M.G. Ceravolo.
10-17-24 Gennaio 2007, ore 14.30-16.30, Aula 3, 4° Piano, Polo Murri

3° Anno

3) Deficit cognitivi post-ictus: impatto prognostico e management multidisciplinare: Prof.ssa M.G. Ceravolo
10-17-24 Gennaio 2007, ore 16.30-18.30, Aula 3, 4° Piano, Polo Murri

Corso di Laurea in Infermieristica

POLO DIDATTICO DI ANCONA

1° Anno

1) Anatomia microscopica, Prof. M. Castellucci, Prof. G. Barbatelli.
10 Gennaio 2007, ore 14.30 Aula T

2) L'uomo, la salute, la malattia nella dimensione interculturale, Dott.ssa L. Volante
1-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30 Aula T

3) Sicurezza in ospedale. Dott. S. Ortolani,
17-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30 Aula T

POLO DIDATTICO DI PESARO

1° Anno

2) Il Codice Deontologico dell'Infermiere, Dott.ssa M. Nicolinio, dott.ssa R. Talevi.
24-31 Gennaio 2007, ore 14.30-17.30

POLO DIDATTICO DI MACERATA

1° Anno

1) Anatomia microscopica. Prof. M. Castellucci.
9 Gennaio 2007, ore 14.30-16.30

POLO DIDATTICO DI ASCOLI PICENO

1° Anno

2) Le strutture sanitarie - Dott. M. Marabini
17-24 Gennaio 2007, ore 14.30-17.30, Aula: Centro di formazione

Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico

1° Anno

1) Sicurezza in Ospedale, Dott. S. Ortolani
10-17-24 Gennaio 200, Aula T

Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

1° Anno

1) Anatomia Topografica del Torace e dell'Addome. Prof. M. Morroni
10-17-24 Gennaio 2007, ore 14.30-16.30, Aula H

2° Anno

2) La RM del Sistema Nervoso Centrale. Dott. G. Polonara
30 Gennaio 2007, ore 14.30-17.30, Aula H

Corso di Laurea in Ostetricia

1° Anno

3) L'uomo, la salute, la malattia nella dimensione interculturale Dott.ssa L. Volante
17-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula T

CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

1° Anno

12 - *Fisica*
Fenomeni ondulatori; onde elastiche in medicina, dott. F. Fiori
17-24-31 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula A

5 - *Chimica e Propedeutica Biochimica*
L'equilibrio acido-base: aspetti chimico-fisiologici, Prof. G.P. Littarru
17-24-31 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula A

2° Anno

27 - *Microbiologia*
Patogeni intracellulari e problematiche connesse, Prof.ssa B. Facinelli
10 Gennaio 2007, ore 16.30, Aula A

4° Anno

15 - *Igiene e Sanità Pubblica*
I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao
10 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula A

5° Anno

25 - *Medicina Legale*
Deontologia, Bioetica, Medicina legale delle professioni mediche e sanitarie, Prof. A. Tagliabracci
17-24-31 Gennaio 2007, ore 14.30, Aula A

Corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche-Diagnostiche

1° Anno

Corso di lingua inglese
Long-term care:a special report, Prof. Mauro Barchiesi
10-14 Gennaio 2007, ore 16.40-18.10, Aula G

Corso di Laurea in Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

POLO DIDATTICO DI FERMO

1° Anno

1 - *Biochimica*
Metabolismo delle vitamine nell'alimentazione, Dott. G. Orsomando
29-30 Gennaio 2007, ore 14.30-17.30

2 - *Fisica*
Le radiazioni nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Dott. F. Fiori
9-16-23 Gennaio 2007, ore 14.30-16.30

Corso propedeutico per l'inserimento nel Corpo Volontario delle Infermiere della Croce Rossa Italiana

Polo Eustachio - Aula Luciani

Diritto umanitario e storia della Croce Rossa Italiana

10-17-24-31 Gennaio 2007
ore 16,30-19,00

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA

FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE

Mercoledì ore 14,30 - 16,00 - Polo Murri - Aula O

Etica generale

C.I. di Biologia, Genetica e Biometria
Prof. G. Principato

10 Gennaio 2007

Gradi di verità nelle scienze mediche
Prof. Roberto Tagliaferri

Riservato agli Studenti del I anno di tutti i Corsi
di Laurea Magistrale

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA

FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE

Mercoledì ore 14,30 - 16,00 - Polo Murri - Aula O

Storia della Medicina

C.I. di Fisiologia, Prof. T. Manzoni

17 Gennaio 2007

La Medicina umoralistica e della generazione spontanea, dalle prime civiltà documentate a quelle greco-romane e rinascimentali
Prof. Italo D'Angelo

24 Gennaio 2007

La Medicina Scientifica moderna, dalla sua nascita ai giorni nostri
Prof. Italo D'Angelo

31 Gennaio 2007

Il giuramento di Ippocrate e le origini dell'Etica medica, Prof.ssa Stefania Fortuna

Questi Forum sono riservati agli Studenti del II anno dei CLM
in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria,
del I anno dei CLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
e in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche-diagnostiche e del
I anno dei CL in Fisioterapia, Infermierstica, Ostetricia, Tecniche di Laboratorio
Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirugia

Internato 2006-2007 - Studenti ammessi

Pubblichiamo un primo elenco di Studenti ammessi all'internato per l'A.A. 2006-2007. Si ricorda che non si può effettuare più di un internato per anno, per cui gli Studenti che eventualmente comparissero in più liste debbono tempestivamente e comunque entro il 15/1/2007 comunicare alla Segreteria di Presidenza (presimed@univpm.it) la loro opzione, liberando così il posto per altri Studenti presenti in graduatoria. Presentiamo inoltre l'elenco dei posti d'internato ancora disponibili e si ricorda che le liste di iscrizione per questi posti e per altri che si dovessero eventualmente rendere liberi resteranno aperte dal 9 al 31 gennaio p.v. L'iscrizione avviene secondo le modalità abituali nel sito web della Facoltà, e mediante presentazione obbligatoria di un breve curriculum al Docente responsabile della struttura richiesta.

1° Anno

Istologia

Gruppo A dall'08/01/07 al 26/01/07
Ballatori Chiara
Bartocci Luca
Dhima Polizoi
Etoundi Messi Martial
Giostra Liviana
Pirani Vittorio

Gruppo B dal 29/01/07 al 16/02/07
Corsi Alice
Djoukwe Gerarde
Minucci Marco
Rapazzetti Sarah
Tchamko Ndjeutcheu Carole Liliane
Totaro Gabriella

2° Anno

Biochimica
Barchiesi Michela
Buglioni Alessia
Costantini Diletta
Fioranelli Agnese
Montesi Lorenzo
Preshketa Admena
Sbrega Andrea
Scortichini Laura
Turhani Mirsa

Anatomia
Cinti Francesca
Fioranelli Agnese
Kostandini Alba
Preshketa Admena
Sabbatini Lucia

Immunologia
Alia Sonila
Rrpaj Edlira

3° Anno

Biochimica
Al Fay Mouhammad
Hammud Mahmoud
Maccaroni Elena

Metodologia Chirurgica
Alessi Alex
Budassi Andrea
Chieruzzi Eva
Coletta Pietro
Gatti Lucia
Gerboni Sara
Leone Luca
Marchese Vincenzo
Maurizi Giulio
Maurizi Sonia
Patrizi Andrea
Proietti Panunzi Cecilia
Rak Viktorya
Tranà Cristian
Trono Daniele
Vedruccio Jennifer

Metodologia Medica
Andreini Fabiana
Del Prete Michela
Di Santo Mariangela
Ragaglia Claudia
Vallorani Sarah
Vedruccio Jennifer
Velardi Anna Lisa

Microbiologia
Alessi Alex
Vedruccio Jennifer

Patologia Sistematica I
Ematologia
Catini Andrea
Chiruzzi Eva
Ciuffreda Valeria
Rak Viktoriya

4° Anno

Chirurgia Generale INRCA
Cardinali Luca
Coletta Pietro
Falcioni Giorgia
Faraci M. Grazia
Marra Daniela
Nocchi Niccolò
Pierticarà Sara
Schiadà Laura
Torresetti Matteo
Totaro Gabriella
Trono Daniele

Oftalmologia
Abaschina Maria
Agostini Andrea
Borgioli Luca
Corradini Cristiana
Del Prete Michela
Marconi Matteo
Marconi Morena
Moretti Margherita
Petrucci Agnese
Principi Paolo
Tirotta Mauro
Valazzi Benedetta

Chirurgia Vascolare
Abaschina Maria
Alidori Alessandro
Ballatore Zelmira
Brambatti Michela
Camilletti Anna Chiara
Cardinali Luca
Catanzariti Francesco
Ciccarelli Iacopo
Ciuffreda Matteo
Gerboni Sara
Guerra Francesco
Nigro Gianluigi
Paglione Ivano

Patologia Sistematica II Nefrologia
Catucci Francesca
Corradini Cristiana
Morad Charbel Issam
Santoni Fabrizia
Stangoni Adele
Tidu Elisa
Valentini paolo
Vici Alexia

Farmacologia
Catozzo Vania
Gabbianelli Barbara
Gemini Stefano

Pat. Sistematica II Endocrinologia
Accogli Katia
Agostini Andrea
Ballatore Zelmira
Boscarato Virginia
Cantucci Francesca
Castellini Stefania
Corradini Cristiana
Fedecostante Massimiliano
Ferrito Lucia
Ghitarrini Luca
Grillo Ruggeri Giovanni
Kalafa Eli
Lucchetti Ilenia
Matassini Maria Vittoria
Moccheggiani Francesca
Paolini Luca
Petruio Valentina
Sbrancia Monica
Sciarra Alessia
Sordoni Elisa
Stangoni Adele
Tremaroli Francesco
Zingaretti Laura

Gastroenterologia
Abaschina Maria
Alessi Alex
Boscarato Virginia
Cecchini Luca
Falcioni Giorgia
Faraci Maria Grazia
Felici Silvia
Marconi Matteo
Rosati Mauro
Stangoni Adele
Zingaretti Laura

Pat. Sistematica II Urologia
Alessi Alex
Bordoni Valentina
Cardinali Luca
Gallo Francesco
Ghitarrini Luca
Morad Charbel Issam
Oriani Dora Angela
Rossi Valeria
Totaro Gabriella
Tsiougkou Anna
Valentini Paolo

Pat. Sistematica III Chir. Toracica
Braga Lara
Gerboni Sara

5° Anno

Anatomia Patologica
Maccaroni Elena
Pazzaglia Cristina
Poverini Valentina
Scorcella Claudia
Tralucci Ilaria

Chirurgia generale INRCA
Alessi Alex
Balestrini Simona
Cangenua Massimiliano
Cappiello Giuseppe
Cori Elisa
De Franco Edoardo
Di Tizio Valentina
Ercoli Marco
Faloia Lucia
Feliciotti Emilio
Gerboni Sara
Lucarelli Luca
Morelli Marco
Palmas Giulia
Petrucci Elisabetta
Ponzio Isabella
Ramazzotti Diego
Romiti Chiara
Scuppa Daniele
Vagni Domenico

Gastroenterologia
Panfili Elisabetta
Faraci Maria Grazia
Falcioni Giorgia
De Berardinis Fabiana
Di Tizio Valentina
Mancini Daniela
Corradi Samanta
Dimitri Elisa
Gioacchini Federico

Malattie App. Locomotore
Bollesi Daniele
Buratti Laura
Chitarrini Luca
Emauelli Benedetti
Ramazzotti Diego

5° Anno

Malattie Cutanee e Veneree
Amagliani Giovanni
Canocchiari Luca
Cognigni Miriam
Corradetti Mara
Martina Emanuele
Ricciotti Jenny
Ricotti Francesca
Sternardi Francesca

Medicina Legale
Cappelli Valentina
Conti Alessandro
D'Amato Monica
Del Bello Lorella
Luongo Stefano
Martina Emanuela
Principi Emanuele
Romiti Chiara
Scendoni Roberto
Scorcella Claudia
Sollini Jacopo
Tirotta Mauro

Neurochirurgia
Bajraktari Arisa
Balestrini Simona
Cantoro Ubaldo
Cianforlini Marco
Ercoli Marco
Gasperini Filippo
Malatini Paolo
Principi Emanuele
Santoni Matteo
Torniai Mariangela

Neurologia
Angeloni Silvia
Bajraktari Arisa
Buglioni Lucia
Cantoro Ubaldo
Cognini Miriam
Corradetti Mara
Corradi Samanta
De Angelis Flavia
De Bernardinis Fabiana
De Franco Edoardo
De Rosa Nicoletta
Felicioli Alessandro
Flamma Giovanni
Gasperini Filippo
Giuliani Letizia
Lucarelli Chiara
Lupidi Francesca
Mancini Manuela
Pierdicca Laura
Sternardi Francesca
Surace Giulia

5° Anno

Neuroriabilitazione
Baldinelli Sara
Bellesi Daniele
Buglioni Lucia
Buratti Laura
Catalano Claudia
Cianforlini Marco
Corradetti Mara
Corradi Samanta
De Angelis Flavia
De Bernardinis Fabiana
Emanueli Benedetta
Felicioni Alessandro
Lucarelli Chiara
Lupidi Francesca
Nardinocchi Carla
Ricotti Francesca
Ridolfi Francesca
Stacchietti Stefano
Sternardi Francesca
Torniai Mariaangela

Psichiatria
Alessi Alex
Bagalini Lorenza Sylvia
Bajraktari Arisa
Berti Debora
Cedraro Matteo
Cioffi Daniele
Cognigni Miriam
Corradetti Mara
Gasperini Filippo
Lucarelli Chiara
Mattei Chiara
Sternardi Francesca
Talevi Chahvar Solmas
Turchiarelli Annalisa

6° Anno

Clinica Medica
Angelini Luca
Bagnati Roberta
Benedetti Margherita
Cedraro Matteo
Capeli William
Conocchiari Luca
Gambini Simona
Grilli Michela
Guerra Federico
Kafyeke Alain
Luconi Maria Paola
Manna Marco
Marchionni Elisa
Martino Cristina
Morava Andi
Orsetti Elena
Roberti Laura
Romagnoli Vittorio
Rinaldi Giuseppina
Traini Sara
Traluci Ilaria

Clinica Chirurgica
Bugatti Maria Grazia
Busilacchi Alberto
Clandrelli Monica
Capeci William
Gianforlini Marco
Coletta Pietro
Malatini Paolo
Nigro Gianluigi
Nocchi Nicolò
Patrizi Andrea
Persechini Perla
Romagnoli Danilo
Samar Mari
Schiadà Laura
Sebastiani Elisa
Tranà Cristian

6° Anno

Emergenze Medico Chir.
Baldinelli Sara
Cianforlini Marco
Gentili Silvia
Grilli Michela
Marconi Morena
Martino Cristina
Moravia Andi
Paoletti Claudia
Piermartiri Maria Giovanna
Pizzichini Paolo
Polverini Valentina
Scagnozzi Giorgia
Scortichini Laura
Traini Sara

Ginecologia e Ostetricia
Gentile Mariella
Mancioli Francesca
Piermartiri M. Giovanna
Stortoni Piergiorgio
Totaro Gabriella

Oncologia
Alidori Alessandro
Aismenios Mikos
Galandrelli Monica
Caraffa Patrizia
Cianforlini Marco
Ciuffreda Valeria
Falcioni Giorgia
Faraci Maria Grazia
Gentili Silvia
Grilli Michela
Luconi Maria Paola
Manna Marco
Marconi Morena
Neroli Anastasia
Orsetti Elena
Ridolfi Francesca
Rinaldi Giuseppina
Scortichini Laura
Schiavon Sara

Pediatria
Angelini Luca
Baldinelli Sara
Bartolucci Luca
Battistoni Ilaia
Buratti Laurea
Catalano Claudia
Cianforlini Marco
Falappa Melamy
Gambini Simona
Grilli Michela
Martino Cristina
Mecozzi Sara
Nardinocchi Laura
Piermartiri Maria Giovanna
Pizzichini Paolo
Ridolfi Francesca
Romagnoli Vittorio
Santoni Matteo
Stagnozzi Giorgia

Internato - Posti disponibili
Iscrizione entro il 31 gennaio 2007

Internato	Posti
Istologia	38
Biologia	9
Biochimica	9
Fisiologia	18
Microbiologia	8
Medicina di Laboratorio	7
Pat. Fisiopat. Generale	14
Ematologia	26
Immunologia Clinica	20
Nefrologia	22
Urologia	29

Internato	Posti
Chirurgia Toracica	3
Farmacologia	1
Endocrinologia	7
Chir Generale INRCA - 4° anno	24
Clinica Neurologica	1
Anatomia Patologica	15
Malattie Cutanee e Veneree	8
Clinica Pediatrica	1
Clinica Chirurgica	4
Oncologia	2
Emergenze	6

A CURA DI UGO SALVOLINI

Consiglio di Amministrazione del 21/11/2006

Notizie sulle principali decisioni

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:
- Benvenuto al nuovo Pro-Rettore Prof. Leandro Provinciali e ringraziamento al Prof. Mario Governa per il lavoro svolto.
- Sono state riconfermate le deleghe rettorali dello scorso triennio.
- E' stato rinnovato il Nucleo di Valutazione.
- E' stato fatto un breve aggiornamento sulle proposte della Legge Finanziaria 2007.
- I dati relativi alle iscrizioni mostrano una sostanziale tenuta nel numero con un aumento anche significativo in alcune Facoltà.

E' stato approvato lo stato di aggiornamento del piano edilizio per il triennio 2006/2008.
Sono state approvate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa:
1) Dip.to di Neuroscienze - aumento compenso per conferenza.
3) CESMI - acquisto n. 32 PC e n. 2 Server.
4) NIA -firma digitale per mandato informatico.

Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:
1) Convenzione tra l'Ist.to di Radiologia e la Casa di Cura Villa Silvia.
2) Convenzione tra l'Ist.to di Radiologia e la Soc. LABOR S.p.A. - Casa di Cura Villa Igea.
3) Ist.to di Biochimica - Riformulazione piano finanziario del tariffario.
4) Rinnovo convenzioni con l'ERSU per servizio mensa personale tecnico.amm.vo e docente.
5) Protocollo ALFIA per attività di Life Long Learning.
6) Convenzione tra il Dip.to di Neuroscienze e l'Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" di Genova. (Prof. Montironi)
7) Accordo di collaborazione tra il Dip.to di Scienze Applicate ai Sistemi Complessi e l'Istituto Superiore di Sanità. (Prof. Rustichelli)
8) Accordo di cooperazione tra l'Ist.to di Biologia e Genetica e l'Akvaplan-niva. (Prof. Regoli)
9) Accordo tra l'Università Politecnica delle Marche e la School of Medicine (Tokyo) e Universitè Pierre et Marie Curie (Parigi).
10) Convenzione tra l'Università Politecnica delle Marche e l'APRE - Sportello Marche.
11) Protocollo d'intesa con l'I.N.R.C.A..

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
1) Costituzione Centro Interdipartimentale di Ricerca di Ingegneria dell'apparato motorio.
2) Adesione al Centro Interuniversitario di ricerca (Hightech Recycling).

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
1) Approvazione regolamento relativo agli adempimenti normativi e procedurali in materia di protezione sanitaria e fisica dei lavoratori esposti al rischio di radiazioni ionizzanti nelle strutture dell'Università Politecnica delle Marche.
2) Approvazione Regolamento Prestazioni d'opera.

Sono state individuate le figure pro-tempore cui compete la qualifica di Datori di Lavoro per la Sicurezza.
E' stato autorizzato il conferimento di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.
Sono stati assegnati n. 1 posto di categoria C, area amministrativa e n. 1 posto di categoria D, area tecnica, tecnico-scientifica, elaborazione dati attingendo dal fabbisogno 2006.
Sono stati designati i componenti del Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio accademico 2006/2009.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
1) Assunzione personale tecnico amministrativo a tempo determinato - progetto miglioramento servizi CESMI.
2) Contributo di Euro 15.000,00 dalla Ditta PFIZER al Centro di Gestione della Facoltà di Medicina e Chirurgia.
3) Affidamento servizio di trasporto con autobus per visite didattiche.
4) Anticipo di Euro 71.400,00 su progetto di ricerca dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona all'Ist.to di Scienze Odontostomato-logiche.
5) Mancato preavviso assegnisti di ricerca.
6) Rimborso tassa iscrizione "Master internazionale in Nutrizione e Dietetica Applicata".

SARA FRONTALINI, PAOLO PELAIA
Emergenze Medico-Chirurgiche
Università Politecnica delle Marche

Alterazioni funzionali del ferro nei pazienti in unità di terapia intensiva

Introduzione

L'anemia rappresenta un'importante causa di morbilità e mortalità ed è di comune osservazione nel paziente critico durante la permanenza in ICU (Intensive Care Unit)[1,2,3].

L'alterazione del metabolismo del ferro svolge un ruolo chiave nello sviluppo dell'anemia nel paziente critico[4]. Il quadro che si sviluppa è simile a quello dell'anemia da flogosi cronica, con una riduzione del ferro sierico, sebbene i livelli di ferritina siano normali o aumentati, come conseguenza degli effetti delle citochine infiammatorie che intervengono a diversi livelli dell'eritropoiesi[4].

L'IL-1, l'IL-6 ed il TNF inducono la trascrizione e la traduzione della ferritina, che è una proteina della fase acuta, e riducono l'espressione dell'mRNA del recettore per la transferrina[5].

Quando si producono questi mediatori dell'infiammazione, i depositi di ferritina tendono ad aumentare mentre la mobilizzazione delle riserve di ferro dal sistema reticolo-endoteliale si riduce[4].

Recentemente è stato scoperto il ruolo dell'IL-6 nell'indurre l'up-regulation di una proteina, l'epcidina, di importanza fondamentale nell'omeostasi del ferro[6].

Alcuni studi[7] hanno rivelato che le macromolecole presenti nel corso dell' infiammazione, ed in particolare i lipopolisaccaridi, agiscono sui macrofagi e sulle cellule di Kuppfer del fegato inducendo la produzione di IL-6, responsabile della sintesi dell'mRNA dell'epcidina ad opera degli epatociti[8].

L'epcidina agisce a livello degli enterociti e dei macrofagi legandosi alla ferroportina, il trasportatore di membrana responsabile dell'up-take del ferro dall'interno della cellula e del suo rilascio nel plasma[8]. Questa interazione determina l'internalizzazione della ferroportina e la sua distruzione, con conseguente riduzione della quota di ferro in circolo ed incremento della quota dei depositi[8] (Fig. 1).

Scopo del lavoro

Lo scopo principale di questo studio è consistito nel valutare:

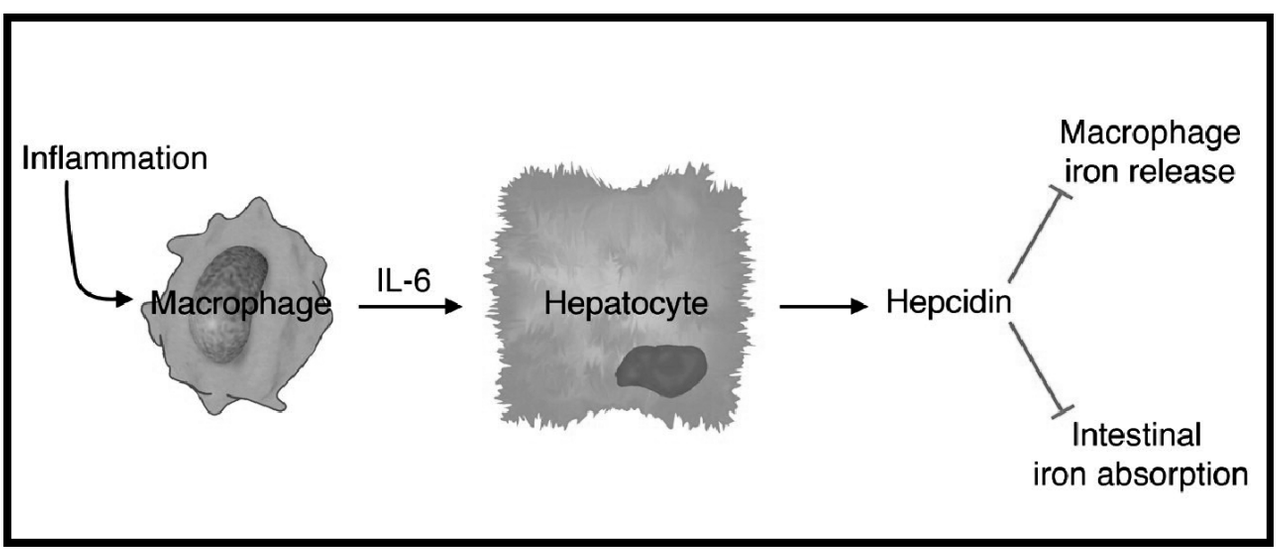


Fig. 1 - Induzione ed azione dell'epcidina.

Tesi di Laurea presentata e discussa dalla Dott.ssa Sara Frontalini il 17 marzo 2005, relatore il Prof. Paolo Pelaia.

la reale incidenza di sideropenia, ovvero quanti pazienti siano sideropenici al momento del ricovero e in quanto tempo tale quadro si instaura;

l'andamento nel tempo dei valori di sideremia, transferrina, indice di saturazione della transferrina, ferritina, reticolociti, emoglobina reticolocitaria ed emoglobina;

l'efficacia della somministrazione di ferro per via endovenosa nel correggere la sideropenia;

l'eventuale correlazione tra indici di flogosi aspecifici, quali PCR e VES e sideropenia.

Materiali e metodi

Tra i pazienti ricoverati nella Rianimazione Clinica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona nel periodo che va dal 10 gennaio al 23 febbraio 2005, previo consenso informato, sono stati arruolati per questo studio 13 pazienti, in base ai seguenti criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri di inclusione

a) età > 18 anni;

b) durata del ricovero in ICU > 72 ore.

Criteri di esclusione

a) pazienti affetti da malattie ematologiche o sistemiche che potevano influenzare i parametri in esame.

b) pazienti affetti da disordini cronici riconosciuti come causa di sideropenie da alterato rilascio di ferro.

c) pazienti con un quadro di infezione in atto.

d) pazienti che, all'anamnesi, risultavano essere sideropenici, ossia con valori di emoglobina, MCV, MCH e MCHC ridotti;

e) pazienti che, all'anamnesi, risultavano essere microcitemici;

f) pazienti che, all'anamnesi, risultavano essere macrocitemici;

g) pazienti che, prima dell'ingresso o nelle prime 24 ore di ricovero, erano stati trasfusi con più di due sacche di emazie;

h) pazienti provenienti da altri reparti presso i quali erano stati ricoverati da oltre 3 giorni;

i) gravidanza/allattamento;

A tutti i pazienti, a partire dal primo giorno di ricovero, è stata fornita una nutrizione enterale precoce, che è stata portata a regime (30 kcal/kg/die) nell'arco di quattro giorni.

A partire dalla data di arruolamento dei pazienti nello studio sono stati valutati giornalmente:

1. *L'emocromo* (WBC, RBC, HB, HCT, MCV, MCH, MCHC, PLT).

2. *Lo stato del ferro nell'organismo*, usando i seguenti parametri di laboratorio: emoglobina, sideremia,

Numero Pazienti	Età	Sesso	Diagnosi di ammissione
1.	42 anni	F	Emorragia cerebrale
2.	63 anni	F	Meningioma
3.	75 anni	M	Politrauma non chirurgico
4.	55 anni	M	Edema polmonare in scompenso cardiaco congestizio
5.	72 anni	M	Aneurisma sifone carotideo dx
6.	77 anni	F	Coma ipercapnico
7.	75 anni	M	Ematoma subdurale acuto
8.	21 anni	M	Post operatorio di politrauma
9.	71 anni	F	Aneurisma comunicante ant.
10.	51 anni	M	Post operatorio di trauma cranico
11.	63 anni	M	Emorragia capsulo-talamica dx
12.	57 anni	F	Emorragia cerebrale
13.	85 anni	F	Ematoma sottodurale emisfero dx

Tab. 1 - Popolazione di pazienti arruolati.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

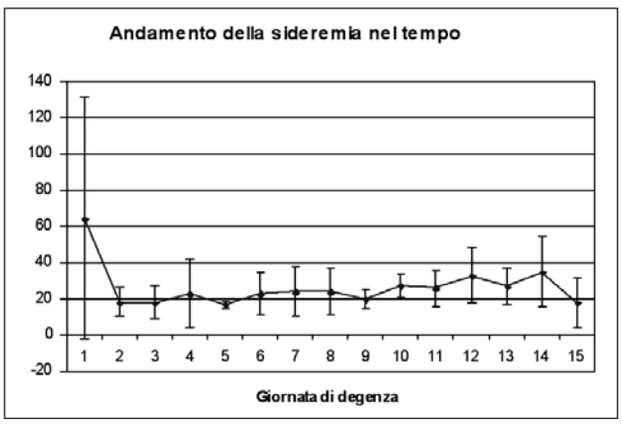


Fig. 2 - Andamento della sideremia nel tempo.

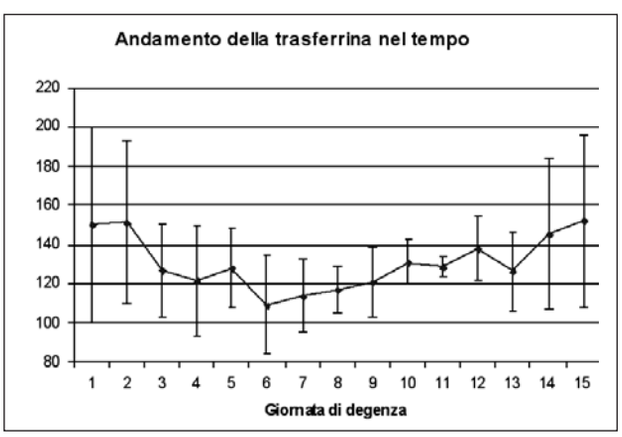


Fig. 3 - Andamento della transferrina nel tempo.

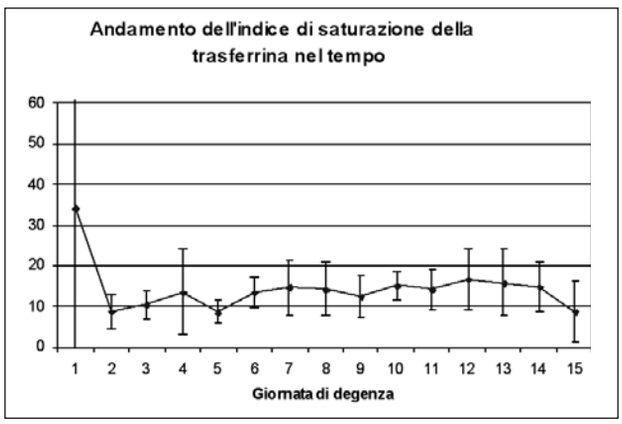


Fig. 4 - Andamento dell'indice di saturazione della transferrina nel tempo.

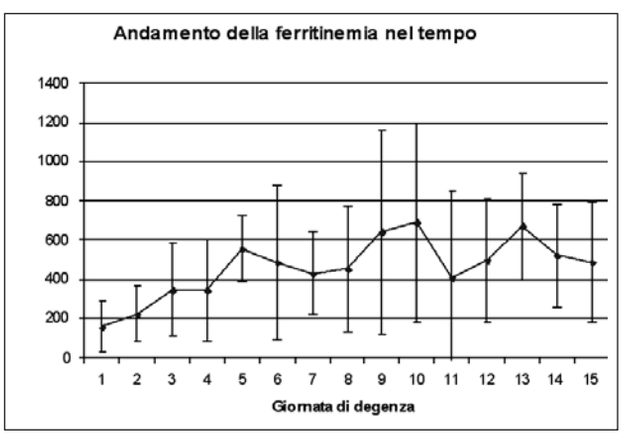


Fig. 5 - Andamento della ferritinemia nel tempo.

transferrina, indice di saturazione della trasferrina, ferritina, reticolociti, concentrazione di emoglobina dei reticolociti.

3. *Gli indici di funzionalità renale* (urea, creatinina, creatinina urinaria, clearance della creatinina, sodio urinario e frazione di escrezione del sodio).

4. Nel primo giorno di osservazione sono stati dosati la *Vitamina* B_{12} e l'*acido folico*.

5. La gravità di ogni paziente è stata valutata utilizzando l'APACHE II ed il SAPS II score, che sono stati calcolati entro le prime 24 ore dall'ammissione in ICU.

6. La presenza di *infezioni*, validate dalla positività delle indagini microbiologiche.

7. Se la microbiologia è risultata positiva è stato indagato se i pazienti rientravano nella definizione di SEPSI. Il SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) è stato usato per stimare la severità della sepsi.

8. Gli indici di infezione, PCR e VES.

9. L'esistenza di insufficienza respiratoria, classificata in base ai criteri ALI/ARDS.

10. Registrazione delle somministrazioni di ferro ev.

Per l'analisi statistica dei risultati ottenuti sono stati utilizzati il T-test per misure ripetute ed il test di regressione lineare, assumendo come significativi i valori con $p < 0.05$; è stata utilizzata, inoltre, la curva ROC per analizzare la correlazione sideremia-APACHE II e sideremia-SAPS II.

Risultati

Sono stati arruolati in maniera prospettica 13 pazienti, 7 maschi e 6 femmine, la cui età media è risultata essere 62 ± 17.2 anni. Nella tabella 1 sono riportati i dati demografici dei pazienti arruolati (l'età,

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

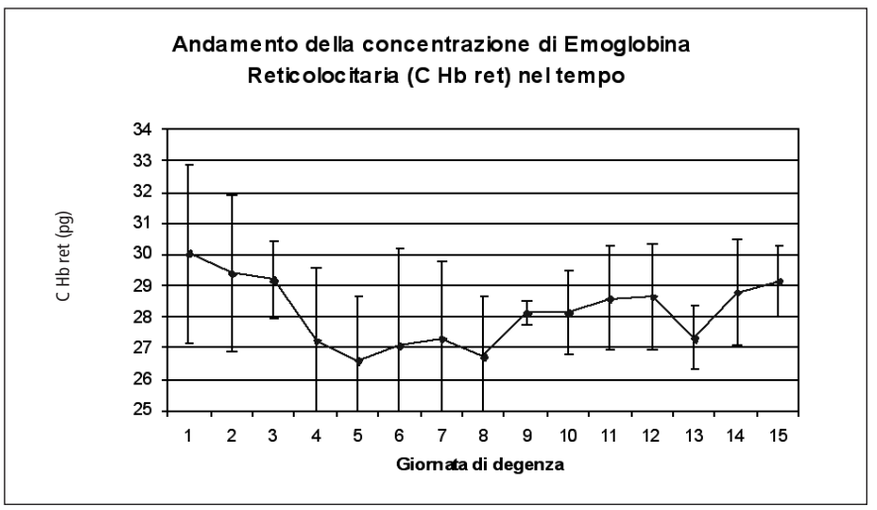


Fig. 6 - Andamento della concentrazione di emoglobina reticolocitaria nel tempo.

il sesso e la diagnosi di ammissione).

L'APACHE II medio è stato di 25 ± 6.11, a cui corrisponde un rischio di mortalità di 58% e il SAPS II medio è stato di 57.15 ± 13.21, a cui corrisponde un rischio di mortalità del 56%. L'osservazione del metabolismo marziale è durata mediamente 13 ± 9.4 giorni.

Nelle prime 24 ore di ricovero l'assetto marziale è risultato il seguente: sideremia 64.3 ± 66.6 μg/dl (range 8-200 e v.n. 40-150 μg/dl), transferrina 150.1 ± 50.07 mg/dl (range 78-261 e v.n. 180-340 mg/dl), indice di saturazione della transferrina 34.22 ± 35.09 % (range 3.2-101 e v.n. 15-50%), ferritina 159.66 ± 132.44 ng/ml (range 20-419 e v.n. 12-180 ng/ml), reticolociti 73175 ± 20608 per mmc (range 46000-126500 e v.n. 22000-139000 per mmc), emoglobina reticolocitaria 30.04 ± 2.8 pg (range 23-32 e v.n. 28-36 pg).

L'emoglobinemia era 10.98 ± 2.09 g/dl (v.n. 11.5-16 g/dl).

La situazione si è modificata radicalmente già dalla seconda giornata di ricovero, senza che venisse attuato alcun intervento terapeutico. Il quadro diventava il seguente: sideremia 18.0 ± 8.03 μg/dl (range 7-34 μg/dl), transferrina 151.4 ± 41.69 mg/dl (range 111-254 mg/dl), indice di saturazione della transferrina 8.85 ± 4.2 % (range 3.3-16.7%), ferritina 224.1 ± 146.97 ng/ml (range 34-512 ng/ml), reticolociti 80754 ± 34202 per mmc (range 47100-164500 per mmc), emoglobina reticolocitaria 29.41 ± 2.5 pg (range 24-33 pg).

L'emoglobinemia era 10.99 ± 1.88 g/dl.

Le differenze tra la sideremia registrata in 1° versus 2° giornata sono risultate significative ($p < 0.05$), così come l'indice di saturazione della transferrina ($p < 0.05$).

L'incremento della ferritinemia è diventato statatisticamente significativo dalla 3° giornata ($p < 0.05$). La riduzione dell'emoglobina reticolocitaria è diventata significativa dalla 4° giornata ($p < 0.05$). Non si registrano mai dif-

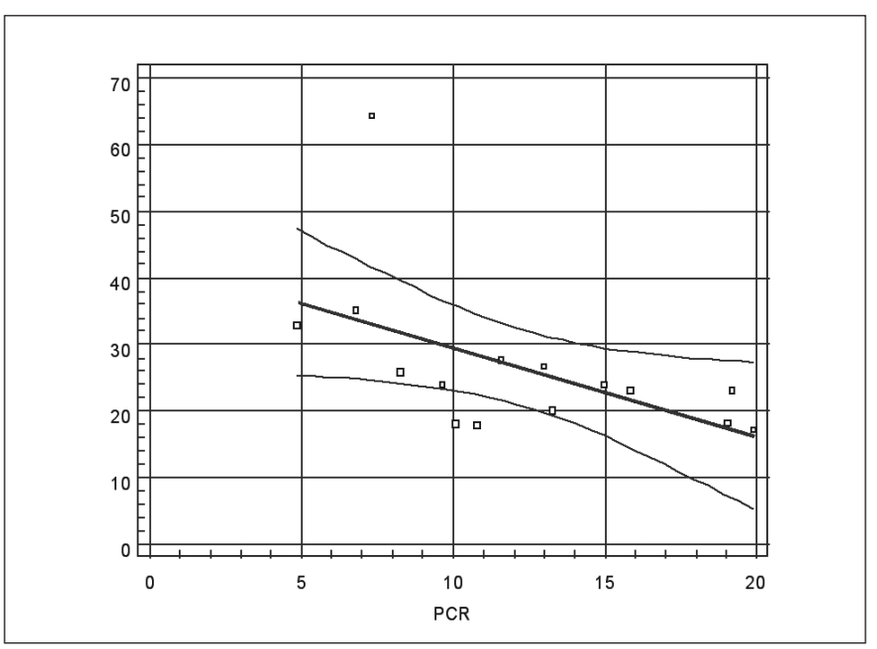


Fig. 7 - Correlazione sideremia media-PCR.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

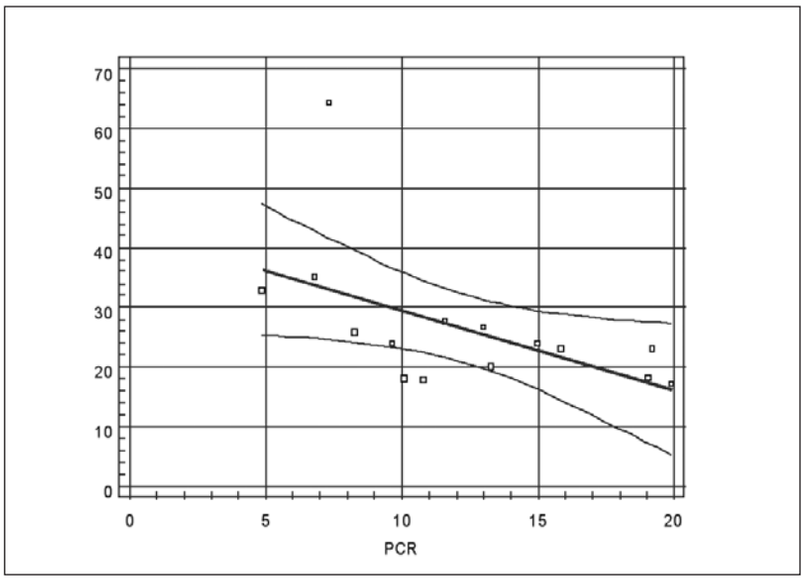


Fig. 8 - Correlazione sideremia media-VES.

ferenze significative nell'andamento della conta dei reticolociti, dell'Hb, dell'MCV, MCH ed MCHC.

Di seguito vengono riportati i grafici sull'andamento medio ± deviazione standard dei valori di sideremia (Fig. 2), transferrina (Fig. 3), indice di saturazione della transferrina (Fig. 4), ferritina (Fig. 5) ed emoglobina reticolocitaria (Fig. 6) relativi ai primi 15 giorni di ricovero.

Dalla 4° giornata di ricovero, in maniera randomizzata, 5 pazienti sono stati sottoposti a somministrazione giornaliera di 1 fl di ferro gluconato ev, al fine di evidenziare se questo intervento fosse in grado di correggere la sideropenia.

In questo sottogruppo la sideremia ha avuto lo stesso andamento della sideremia di tutti i pazienti analizzati insieme (relativamente alle prime 4 giornate), anche se visto l'esiguo numero non sono state registrate differenze statisticamente significative. Al contrario la ferritina è andata aumentando in maniera significativa dalla 4° giornata in poi nel sottogruppo a cui è stato somministrato ferro.

Nelle figure 7 e 8 vengono presentati i risultati della correlazione sideremia media-PCR e sideremia media-VES.

All'aumentare della PCR corrisponde una diminuzione della sideremia ($r^2 = 0.29$ con $p = 0.03$), così come per la VES ($r^2 = 0.25$ ma con p non significativa).

Nella figura 9 sono riportati i grafici sull'andamento medio ± deviazione standard dei valori del SOFA score relativi ai primi 15 giorni di ricovero.

L'andamento dei valori del SOFA nel tempo sono stati, inoltre, valutati nel gruppo di pazienti in trattamento con ferro ev ed in quello senza trattamento, ma non sono state notate differenze statisticamente significative. Nelle figure 10 e 11 sono presentati i risultati della correlazione tra sideremia media nei primi 3 giorni di ricovero e APACHE II score e tra sideremia media nei primi tre giorni di ricovero e SAPS II score, che non hanno evidenziato una correlazione statisticamente significativa.

Nel grafico 10 l'area sottesa alla curva è risultata essere 0.625, con un intervallo di confidenza al 95% di 0.313-0.874. Nel grafico 11 l'area sottesa alla curva è risultata essere 0.800, con un intervallo di confidenza al 95% di 0.480-0.963.

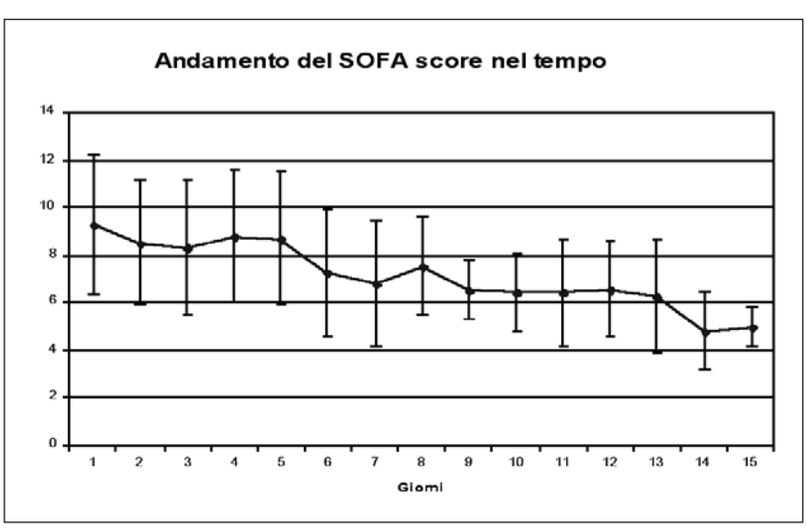


Fig. 9 - Andamento del SOFA score nel tempo.

Discussione

Il dato più interessante che emerge da tale studio è che, sebbene all'ingresso la popolazione di pazienti in esame non risulti affetta da sideropenia da carenza o da alterato rilascio, in seconda giornata, senza che venga attuato alcun intervento terapeutico, l'assetto del ferro corporeo si modifica configurando il quadro tipico di un'anemia da flogosi.

Si può notare, in particolare, che sia la sideremia che l'indice di saturazione della transferrina subiscono, dopo la prima giornata, una riduzione significativa, indicando cioè che tutti i pazienti, molto rapidamente, si uniformano ad una condizione di sideropenia da alterato rilascio.

I depositi (ferritina) tendono ad aumentare, mentre i valori di transferrina non subiscono un incremento come dovrebbe accadere se vi fosse una carenza marziale.

La riduzione dell'emoglobina reticolocitaria in 4° giornata coincide con il tempo di vita dei reticolociti, che è di circa due giorni nel midollo osseo e altri due in circolo, confermando il quadro di un'anemia da alterato rilascio di ferro.

Dalla pur limitata casistica di questo studio si evidenzia una Hb media di 11 g/dl in 1° giornata che tende a calare nel tempo fino a circa 9 g/dl, confermando il quadro di una lenta anemizzazione che sembra esser la regola nei pazienti in ICU.

Le alterazioni in termini di sideremia e ferritina che si verificano nei primi giorni di ricovero non sembrano avere una correlazione importante con il rischio di mortalità, stimato con l'APACHE II ed il SAPS II score.

In letteratura l'anemia che si sviluppa nei pazienti in ICU è stata descritta, prevelentemente, come correlata ad una flogosi cronica[4], oppure ad un evento acuto, ad un trauma chirurgico[9], o ad un politrauma[10].

In questo studio, sebbene il campione di pazienti non sia ampio, è stato possibile evidenziare una stretta correlazione temporale tra un evento acuto vario (non solo post-operatorio, ma anche emorragia cerebrale, trauma cranico chiuso, insufficienza respiratoria da scompenso cardiaco ecc.) ed il presentarsi di una sideropenia da alterato rilascio.

Per quanto riguarda l'eventuale terapia con ferro ev per correggere la sideropenia, attraverso questo studio non sono state rilevate differenze significative in termini di sideremia, indice di saturazione della transferrina e concentrazione di emoglobina reticolocitaria nel gruppo di pazienti in trattamento con ferro dalla 4° giornata rispetto al gruppo senza trattamento. Si è visto come tale terapia determini, però, un aumento del

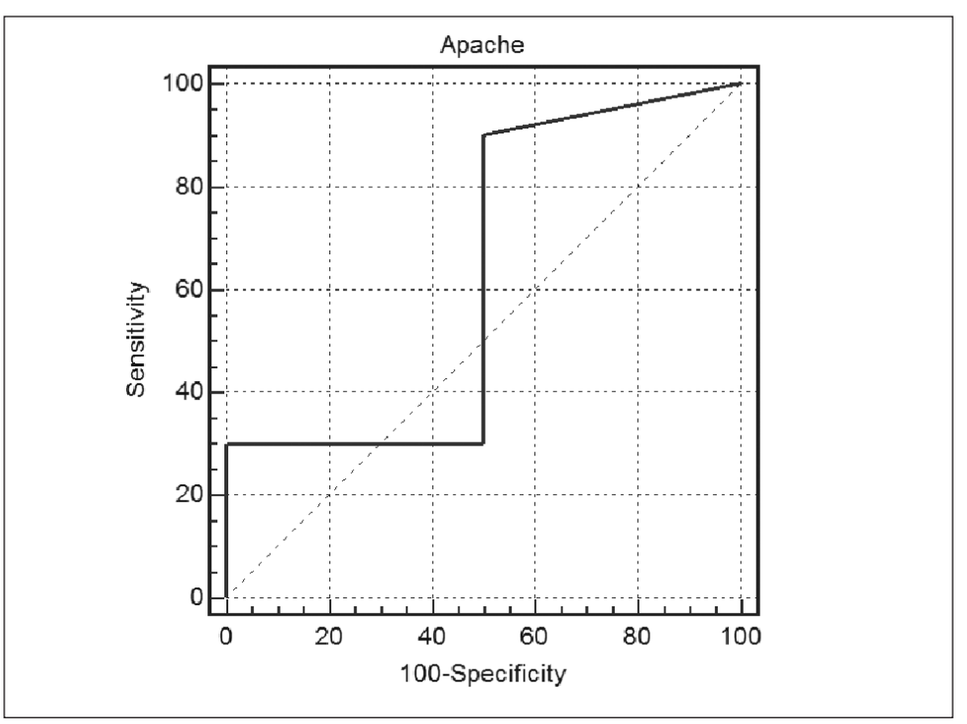


Fig. 10 - Correlazione sideremia-APACHE II score.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

metallo nei depositi favorendo l'instaurarsi di effetti collaterali da sovraccarico di ferro quali, ad esempio, emosiderosi e danni ossidativi[11].

In letteratura viene riportato che il ferro, quando somministrato per via parenterale, aumenta la suscettibilità alle infezioni[12,13].

Confrontando l'andamento del SOFA score nel tempo nei due gruppi di pazienti, quelli trattati con ferro e quelli senza trattamento, non sono state rilevate differenze significative, ma sarebbe necessario approfondire il dato con una casistica più ampia ed analizzata per un periodo di tempo più lungo.

L'interesse di questo studio è stato anche quello di indagare quali potessero essere i motivi di un'alterazione funzionale del ferro così repentina e costante in tutti i pazienti osservati.

In particolare, in considerazione della letteratura che attesta la correlazione tra anemia da alterato rilascio e stato flogistico o infettivo dei pazienti[14], sono stati valutati alcuni parametri ematologici correlati a flogosi, quali VES e PCR.

La correlazione positiva tra sideremia-PCR e sideremia-VES invita ad ulteriori indagini con un campione di pazienti più ampio.

L'andamento nel tempo del SOFA score, che si attesta a valori bassi, sembra deporre a favore di un'alterazione funzionale del ferro non correlata allo stato critico del paziente.

Conclusioni

Dai dati ottenuti da questo studio, sebbene la modesta casistica non consenta considerazioni conclusive, si può affermare che:

- la sideropenia da alterato rilascio è estremamente frequente e sembra essere quasi la regola nei pazienti ricoverati in ICU;
- la riduzione dell'Hb e dell'Hb reticolocitaria potrebbe far pensare all'instaurarsi nel tempo di una anemia microcitica e potrebbe essere la causa della lenta anemizzazione osservata in molti pazienti ricoverati in ICU;
- la sideropenia si instaura molto rapidamente, nell'arco massimo di 24-48 ore, e si associa a segni di flogosi anche se i pazienti reclutati non sono stati ricoverati per causa infettiva (lo stato di flogosi costituisce un criterio di esclusione).

Quindi l'anemia da alterato rilascio non è solo l'anemia della flogosi cronica, ma anche una alterazione associata ad un evento acuto che attiva, probabilmente, gli stessi meccanismi della flogosi pur non essendo associato ad una infezione vera e propria.

Il grado di sideropenia e l'aumento della ferritina sembrano correlate rispettivamente con PCR e VES, anche se servono casistiche maggiori per

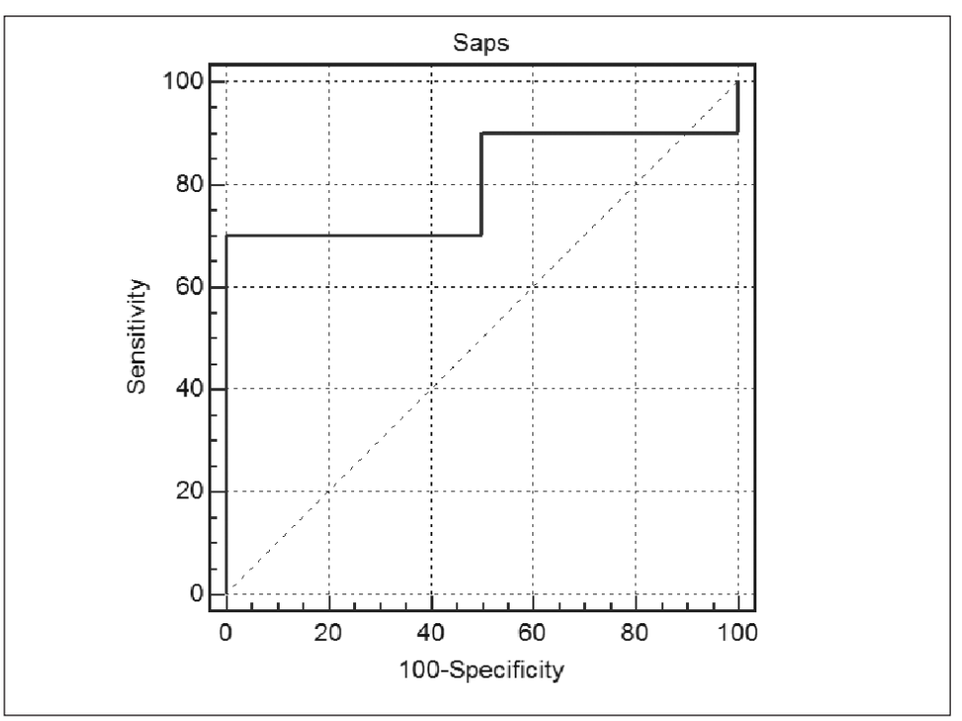


Fig. 11 - Correlazione sideremia-SAPS II score.

avere dati più conclusivi.

La terapia marziale aumenta i depositi senza migliorare la sideropenia e senza incrementare l'Hb dei reticolociti.

Inoltre dalla letteratura si evince che può essere dannosa in termini di stress ossidativo e aumentata suscettibilità alle infezioni.

Questo studio preliminare ci induce ad andare avanti alla ricerca della conferma delle osservazioni finora fatte.

Nel prossimo futuro sarà opportuno verificare la correlazione tra sideropenia e stato flogistico, verificare se il trattamento con rHuEPO evita la lenta anemizzazione che alla fine obbliga a trasfusioni con conseguente rischio infettivo (anche se basso) e consumo di sangue.

Sarà anche necessario approfondire il significato dell'alterazione osservata e la sua importanza clinica.

Bibliografia

1. Vincent JL, Baron JF, Reinhart K, et al. Anemia and blood transfusion in critically ill patients. *JAMA* 2002; 288: 1499-1507.

2. Corwin HL, Gettinger A, Pearl RG, et al. The CRIT study anemia and blood transfusion in the critically ill-current clinical practice in the United States. *Crit Care Med* 2004; 32: 39-52.

3. von Ahsen N et al. Important role of non diagnostic blood loss and blunted erythropoietic response in the anemia of medical intensive care patients. *Crit Care Med* 1999; 27: 2630-2639.

4.Darveau M, Denault A Y, Blais N, Notebaert. Bench to bedside review: iron metabolism in critically ill patients. *Critical Care* 2004; 8: 356-362.

5. Rogers JT. Ferritin translation by interleukin-1 and interleukin-6: the role of sequences upstream of the start codons of the heavy and light subunit genes. *Blood* 1996; 87: 2525-2537.

6. Ganz T. Hepcidin, a key regulator of iron metabolism and mediator of anemia of inflammation. *Blood* 2003; 102: 783-788.

7. Nemeth E, Valore EV, Territo M, Schiller G, Lichtenstein A, Ganz T. Hepcidin a putative mediator of anemia of inflammation, is a type II acute phase protein. *Blood* 2003; 101: 1037-1044.

8. Nemeth E, Tuttle M, Powelson J, et al. Hepcidin regulates cellular iron efflux by binding to ferroportin and inducing its internalisation. *Science* 2004; 306: 2090-2093.

9. Bobbio-Pallavicini F, Verde G, Spriano P, et al. Body iron status in critically ill patients: significance of serum ferritin. *Int Care Med* 1989; 15: 171-178.

10. Hobisch-Hagen P, Wiedermann F, Mayr A, et al. Blunted erythropoietic response to anemia in multiply traumatized patients. *Crit Care Med* 2001; 29: 743-747.

11. Saran M, Michel C, Stettmaier K, Bors W. Arguments against the significance of the Fenton reaction contributing to signal pathways under in vivo conditions. *Free Rad Res*Cunningham-Rundles S, Giardina PJ, Grady RW, Califano C, McKenzie P, de Sousa M.

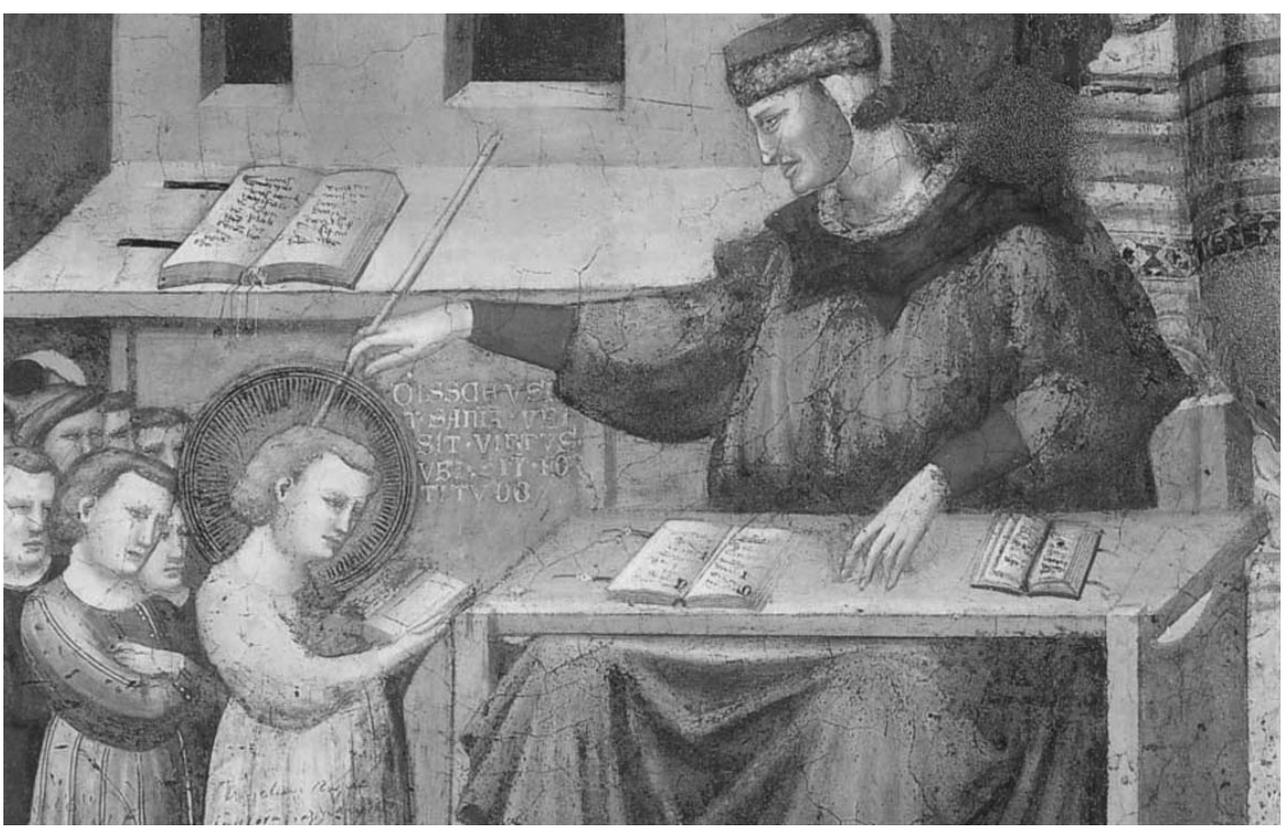
FRANCESCO ORLANDI

Diventare medico - 3°

"Come si fa a far diagnosi" è una cosa che si comincia a ruminare al terzo anno di corso, ma la domanda sembra così grossolana che lo studente si astiene dal farla. Può incontrare infatti il gelo del docente, o una benevola sufficienza cattedratica, l'evangelico "seguimi e vedrai", "è un problema di metodo", oppure perplessità. La perplessità è un buon segno. Il New England del 23 novembre scorso apre il problema ricordando la differenza che passa tra un buon medico ospedaliero ed un buon clinico universitario: il clinico fa la migliore diagnosi possibile ma in più, ed allo stesso tempo, deve valutare e far maturare la capacità di ragionamento dello studente. Logico quindi che la diagnosi sia oggetto, da più di trenta anni, di una riflessione continua nella medicina accademica[1,2].

Altra domanda impertinente è "ma Lei come ha imparato?" La risposta sarà: come tutti. All'inizio si incontra la fisiopatologia clinica, si passa per la fase delle diagnosi su se stesso (ma ci sono tutti i miei sintomi!), poi c'è storia ed esame obiettivo come esercitazione da sottoporre al medico anziano, al quale appartiene la diagnosi. Nel frattempo si tende purtroppo a dimenticare le conoscenze di base degli anni precedenti, ma se per caso il docente ne collega una al problema del malato in discussione quella non si dimentica più. Ancor più utile sarebbe la domanda "lei cosa ne pensa?", ma lo studente non se l'aspetti troppo[3,4].

Le basi teoriche del ragionamento diagnostico sono complesse, si cade subito in complicati schemi di logica. Il medico conserva l'esperienza clinica in "scalette", le *illness scripts* (malattie, sindromi, pattern, un paziente) che connette alla rappresentazione del problema[5]. La capacità di diagnosticare si basa su questi elementi, che vengono usati in varie combinazioni ed inconsapevolmente. La ricerca è approdata a modelli come il *clinical problem-solving* ed il *clinical reasoning skills*, ma fortunatamente la più larga parte dei docenti non applica



La figura riproduce l'immagine di San Nicola a scuola, *particolare degli affreschi del Cappellone nella Basilica di San Nicola a Tolentino.*

queste cose nella propria attività didattica[1,6]. Anche i programmi informatici per testare o per sviluppare le capacità diagnostiche, disponibili in internet e altrove, hanno un ruolo ancillare. Il malato è altra cosa. Alvan Feinstein insisteva sul fatto che egli "parla"[7], e sappiamo che ci trasmette anche messaggi di altro tipo.

Tutto il lavoro di ricerca psicopedagogica conferma comunque le tre basi dell'apprendimento che sappiamo: lo studio, l'insostituibile esperienza diretta con il malato, la graduale capacità di rappresentare sinteticamente il problema fino a riconoscere i pattern senza sforzo[8]. Inoltre, una diagnosi brillante non garantisce la qualità della diagnosi successiva, per la specificità di ogni caso ed il tipo di "scalette" in archivio. Ciò significa che (a) l'umiltà è un prerequisito permanente del ragionamento diagnostico; (b) sono da evitare i clinici che si credono bravi.

Nei tardi anni '60 un notabile di Jesi cadde gravemente malato. Venne chiamato Luigi Condorelli, massimo cattedratico di Roma. Condorelli entrò nella camera da letto e disse immediatamente "polmonite lobare sinistra!". Aveva notato a prima vista nel viso del malato un pomello sinistro rosso acceso. Poi fece il suo bravo esame fisico, prescrisse esami e cura. La diagnosi fu confermata dal radiologo. Non cercate di analizzare l'episodio con gli algoritmi correnti. Al limite, va evidenziata una spiccata ipertrofia della cosiddetta *early impression*. E' procedura a rischio d'infortunio, ed infatti il diagnosta ebbe un onorario incredibilmente alto.

Giuseppe Giunchi, grande marchigiano di Recanati e clinico di prestigio in Roma, arrivò senza preavviso nel mio studio di primario medico dell'Ospedale Civile di Camerino, una domenica mattina del dicembre 1967. Scattai sull'attenti e mi sentii molto piccolo. "Vengo come sindaco di Serravalle a salutare un mio amministrato". Al letto del malato, presentai il caso con la più grande soggezione. Giunchi ascoltò con attenzione, poi iniziò a riflettere ad alta voce. Fu una chiara analisi e sintesi di ogni informazione, un ammirabile passare fluido dal malato alle "scalette" dell'archivio clinico e viceversa. Era autentica "arte clinica", ed "arte della didattica clinica". Invidiai i suoi studenti.

E' in circolazione un tipo di diagnostica piena di liste mnemoniche senza fine di segni, sintomi, cause, esami, e cosi via. Si mette in rilievo assoluto la "completezza" della storia clinica, dell'esame obiettivo, della diagnosi differenziale e così via. L'ossessione di poter dimenticare qualcosa può mettere in ombra la logica, la creatività implicita nel ragionamento, il colloquio sempre unico con il malato. E' un modello di carattere difensivo contro gli errori di omissione, ma quando è espressione di insicurezza è cosa da evitare[2].

Antonio Cardarelli fu il più eminente clinico della Facoltà di Napoli, a cavallo tra l'800 ed il '900. Nelle lezioni agli studenti egli raccontava spesso i suoi errori diagnostici più clamorosi e rivelava anche l'identità del paziente. Narrò ad esempio la propria diagnosi errata di cancro del fegato per la moglie di un notabile napoletano, che circolava nei salotti della città[9]. Cardarelli era popolarissimo tra gli studenti, e la sua didattica andrebbe rivisitata. Una parte della ricerca attuale è infatti dedicata agli errori diagnostici dello studente, analisi e conseguenze didattiche[10], ma l'errore del docente è più rilassante ed è anche facile da adottare. Ogni volta che ho raccontato agli studenti un mio vergognoso abbaglio diagnostico, una diagnosi errata di cirrosi biliare primitiva in un caso di scabbia, ho sempre suscitato ilarità ma ho introdotto nel loro archivio una "scaletta" duratura.

1. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N Engl J Med 2006; 355: 2217-25.
2. Norman G. Building on experience - the development of clinical reasoning. N Engl J Med 2006; 355: 2251-2.
3. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. Med Educ 2005; 39: 98-106.
4. Woods NN, Neville AJ, Levinson AJ, et al. The value of basic sciences in clinical diagnosis. Acad Med 2006; 81(suppl 10): S124-7.
5. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. Med Educ 2005; 39:418-27.
6. Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, et al. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. Med Educ 2005; 39: 732-41.
7. Feinstein AR. *Clinical Judgment*. Baltimore: Williams Wilkins Publ, 1967.
8. Ark TK, Brooks LR, Eva KW. Giving learners the best of both worlds: do clinical teachers need to guard againts teaching pattern recognition to novice? Acad Med 2006; 81: 405-9.
9. Cardarelli A. *Lezioni sulle Malattie del Fegato e delle Vie Biliari.* Napoli, Domenico Cesareo Editore, 1890.
10. Friedman MM, Connell KJ, Olthoff AJ, et al. Medical student errors in making a diagnosis. Acad Med 1998; 73 (suppl 10): S19-21.

ALESSANDRO AIARDI
Direttore della Biblioteca Benincasa

La Biblioteca Luciano Benincasa di Ancona

Le vicende della Biblioteca Luciano Benincasa di Ancona, e -conseguentemente- quelle attinenti alle sue raccolte, hanno la singolare caratteristica di essersi tramandate - di studio in studio, di scheda in scheda, di segnalazione in segnalazione - *per exempla stereotypa*, del tutto prive, come si presentano, di qualsivoglia vaglio critico.

La difficoltà che osta di più alla "lettura del DNA" delle raccolte civiche anconitane sta innanzi tutto nella assenza o, ove soccorrano, nella labilità estrema delle fonti di inventario; si aggiunga di rinforzo che la topografia delle raccolte cosiddette "storiche", che pur entro i limiti delle pratiche biblioteconomiche del tempo, offriva elementi di qualche certezza stante la disposizione fisica assunta "per sale" e "per provenienze" nei locali dell'ex Convento di San Francesco alle Scale, andò del tutto cancellata certo *per colpa* dei bombardamenti, ma nel primo dopoguerra ne andò rimarcato lo stato esiziale con il confluire della raccolte entro un unico serbatoio di deposito (la cosiddetta torre libraria), con la conseguente mutazione di segnature antiche in nuove serie numeriche per categorie (incunaboli, rari marchigiani, rari, rarissimi, cinquecentine), e con la circostanza non secondaria che con il volgere degli anni Sessanta-Settanta, pur liberato da funzioni estranee alla pubblica lettura, ma contemporaneamente colpito dal sisma del 1972 e sottoposto ad un forzato, decennale esilio, inclusi due giganteschi traslochi, dovendosi l' Amministrazione comunale mettersi in qualche modo "al passo" nel settore della pubblica lettura (biblioteca decentrata fin dal 1964, biblioteca dei ragazzi nel 1969, crescita delle raccolte emerografiche nei primi anni Settanta), iniziò l'oblio di una raccolta di vecchi (o antichi?) libri che in numero di circa diciottomila giacciono ancora privi di notizia in tre distinti locali del palazzo.

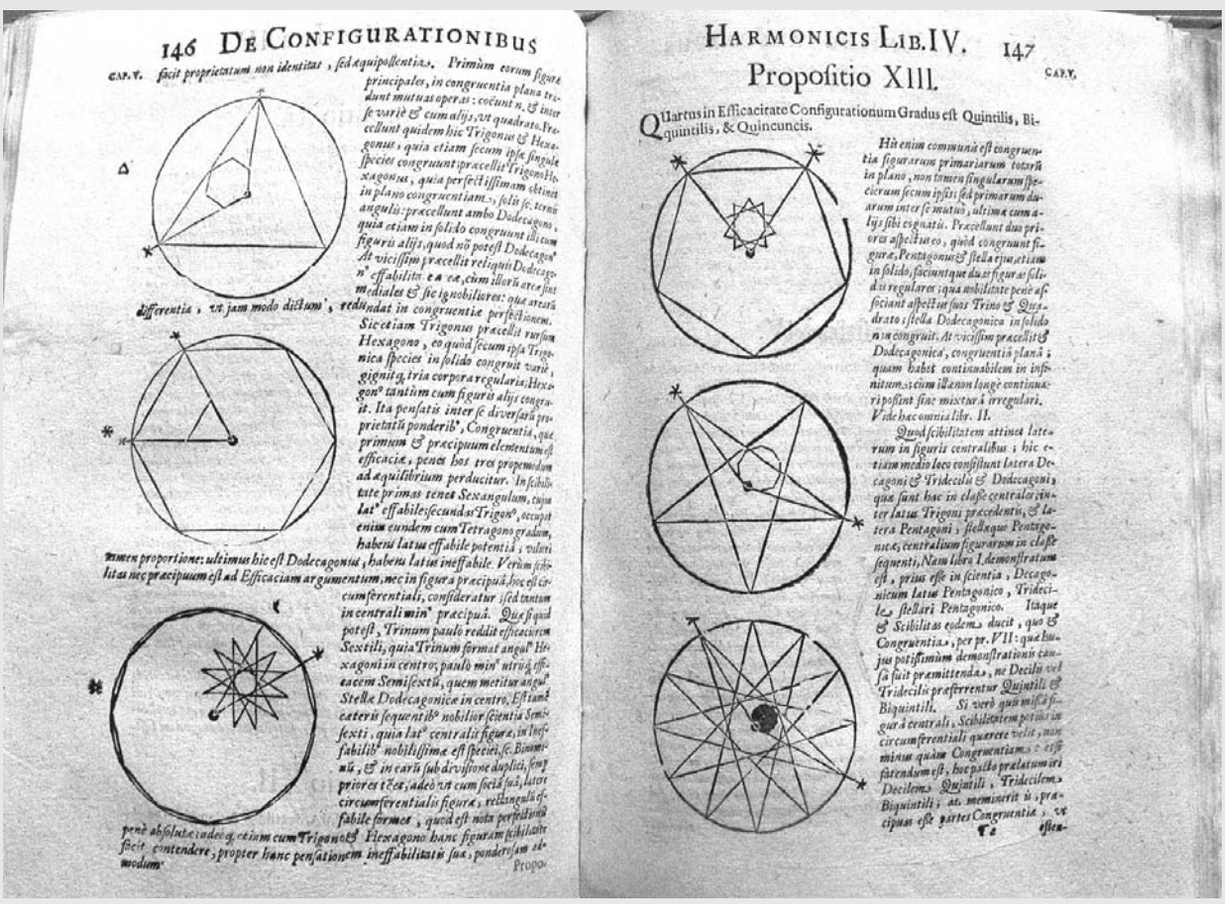
Res ipsa est igitur immensi operis, e - come sopra osservavo- non mi sarà possibile svolgere qui uno studio da potersi definire più o men critico. Anzi varrà la pena che proceda come quando in una famiglia dabbene ci si ripropone -animati dalle migliori intenzioni dei genealogisti- di ricostruire l'albero della casata, e ci si rifarà dai genitori e dagli zii, poi si risalirà agli avi, ai proavi, fin che qualcosa assiste di cui potersi valere. Risalirò quindi, succintamente, nel tempo.

All'ultimo decennio vanno fatte risalire almeno due, se non tre, accessioni importanti di fondi librari: quella della raccolta -acquistata per la Benincasa dalla Regione Marche - del prof. Pietro Zampetti, incentrata su questioni di storia dell'arte, e in particolare di arte figurativa, con riferimento prepotente alle due sponde adriatiche; quella di opere teatrali,

Pietro Garzoni, Regni provincie, città... in tempo della Sacra Lega*, con illustrazioni di Vincenzo Maria Coronelli. Venezia 1706*

di narrativa e di poesia, dono del drammaturgo e poeta Plinio Acquabona (1992); quella, eterogenea in qualità e tipologie, proveniente in dono dalla famiglia Gianuizzi. Entro questo lasso temporale sembrò che dovesse andare in porto la costituzione in Biblioteca di un Centro Studi intitolato a Franco Scataglini; anche se il destino ha voluto diversamente, nacque comunque in biblioteca una speciale sezione di poesia italiana e straniera, tuttora modicamente incrementata, alla cui costituzione dette una spinta importante il Laboratorio di poesia "rosagialla" di Maria Grazia Maiorino. Caso a parte, oltre ai segnalati, è il recentissimo accesso, per ora solamente fisico, di una cospicua raccolta di testi di materia musicale (storia della musica, biografie di musicisti, strumenti musicali), effetto di una liberale donazione effettuata dall'Editrice anconitana Bèrben a favore della Biblioteca Benincasa. E' recentissima la manifestazione di volontà resa nota al Comune di Ancona dalla Marchesa Fausta Mancinforte Sperelli nata Gaggiotti di donare alla Biblioteca Benincasa l'archivio privato e il cospicuo fondo musicale ereditato dal consorte dottor Giancarlo Mancinforte Serafini Sperelli di Camerano; va di pari passo avanti la trattativa per l'acquisizione in deposito conservativo del raro materiale manoscritto e a stampa costituente il fondo della Biblioteca delle Donne di Ancona.

Nel contesto delle vicende relative all'ultimo decennio, merita che sia fornito un cenno di precisazione circa due raccolte-collezioni librarie che sono state presenti (anche a lungo) nella sede della Civica anconitana, ma che hanno trovato - in tempi recenti e dopo alterne vicissitudini- altra sede di conservazione e di fruizione:


146 DE CONFIGURATIONIBUS

HARMONICIS LIB. IV. 147

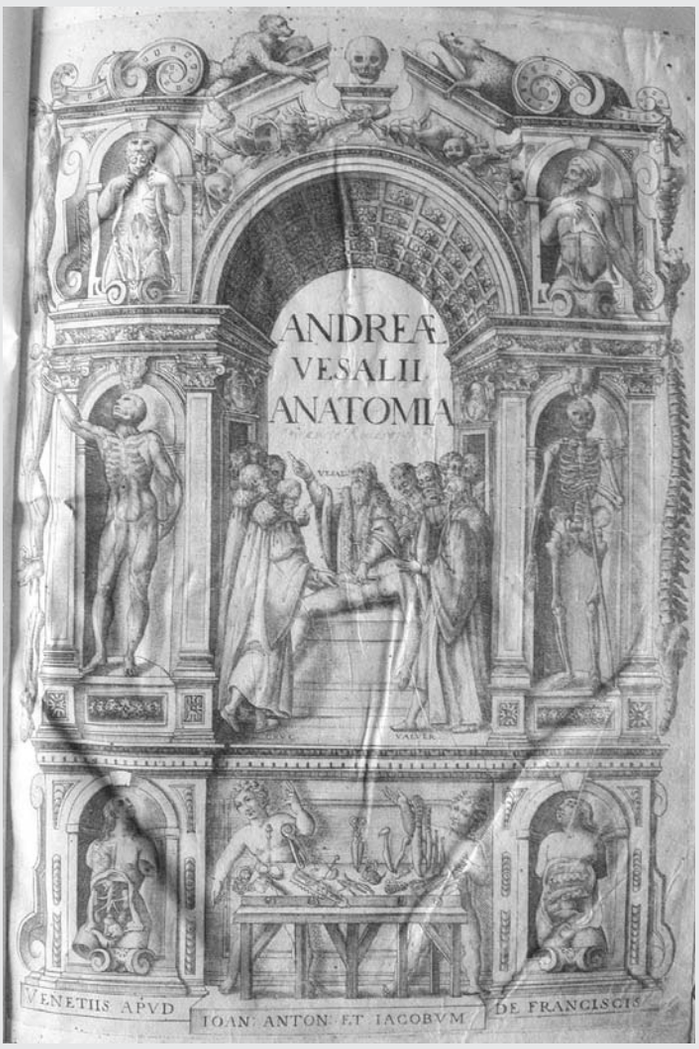
Propositio XIII.

Iohannes Kepler, Harmonices mundi. *Frankfürt, Johann Planck, Gottfried Tambach, 1619.*

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

alludo alla raccolta dell' ex Ospedale Umberto I (scienze mediche e storia della medicina), in deposito alla Benincasa dal finire degli anni Settanta, ora presso l'Ospedale regionale di Torrette; e alla Biblioteca provinciale dello Sport, ora collocata presso la Biblioteca dell'I.T.I.S. "Volterra" di Torrette di Ancona.

Si dovranno infine aggiungere brevi notizie in merito a due importanti accessioni: la definitiva assegnazione alla Benincasa degli originali costituiti dalle lastre su vetro prodotte dal grande fotografo anconitano Emilio Corsini (riproducenti scorci, vedute, monumenti di una città che per la più gran parte non esiste più), e un lotto di documenti manoscritti afferente alla casata anconitana (oriunda di Dubrovnik) dei Bosdari, nel cui palazzo di famiglia ha da tempo sede la civica Pinacoteca intitolata a Francesco Podesti. La storia della Benincasa nel Novecento può essere periodizzata in più fasi, delle quali la prima riflette e prosegue caratteri e modi del mondo accademico ed erudito di fine Ottocento: anche per essa, del resto, lo scorso secolo si caratterizza per intensità e brevità. Dagli anni Venti e fino allo scoppio della Guerra mondiale, nella sede dell'ex Convento di San Francesco alle Scale, la Biblioteca vive un periodo di relativi tranquillità e benessere sotto il generoso impulso di Palermo Giangiacomi; tale (seconda) fase si interrompe bruscamente con la morte improvvisa dello stesso direttore, con la guerra, con il tragico bombardamento che -con l'intera città- colpisce duramente e sconvolge, se non irreparabilmente, la biblioteca.



André Vesal, Anatomia. *Venezia, Giovanni Antonio e Giacomo De Franceschi, 1604.*

Bisognerà aspettare la fine degli anni Sessanta perché la Benincasa recuperi energie e riacquisti qualche credito. Trovata nuova e degna sede nel Palazzo Mengoni Ferretti (1949-50) per le cure del benemerito prof. Alfredo Trifogli, Assessore alla Pubblica Istruzione, poi Sindaco di Ancona, essa inizia ad affacciarsi sul fronte della pubblica lettura proponendosi in qualche modo e con scarsi mezzi come biblioteca pubblica; ma il conato si spegne bruscamente nel 1972, quando il terremoto che investe Ancona, pur non procurando danni alle raccolte, la costringe ad adattarsi per un decennio in una sede che avrebbe dovuto essere provvisoria. L'ultima fase è quella a noi relativamente vicina, vissuta dalla Biblioteca nella sede di Piazza del Plebiscito (il rientro del servizio e delle raccolte è datato 1982); ma una sua analisi, o anche una semplice esposizione di fatti, ci porterebbe lontano dal tema in argomento.

E' nel succedersi di tali fasi che la Biblioteca si arricchisce di importanti collezioni librarie: oltre alle raccolte di Giorgio Terni (lascito testamentario, 1966), di Gustavo Modena, di Maurizio Mariotti (1962-1968) e a quella formata da libri a stampa, manoscritti e dattiloscritti di argo-

Biblioteca Benincasa

mento marchigiano e risorgimentale del gen.le Gualtiero Santini (1977), accedono nel 1937 -esito di lascito testamentario- la raccolta musicale già del conte Gioacchino Nappi (1937); per effetto di donazione inter vivos, la raccolta di atlanti e libri a figure, in prevalenza di grande formato, delle contesse Alessandra e Maria Cleofe Mengoni Ferretti (1949); quella -notevole per quantità e qualità- spettante all'architetto e bibliofilo anconitano Lorenzo Corrado Cesanelli (1967); le collezioni Carlo Albertini (1969-70), Giorgio Umani, Alberto Gregorini; il cosiddetto "Fondo Tommaseiano" di pertinenza dell'illustre bibliotecaria Teresa Lodi, acquistato per la Benincasa dalla Soprintendenza Bibliografica per l'Emilia-Romagna e le Marche (1972); infine una raccolta di testi in lingua tedesca, a prevalente carattere storico letterario, proveniente dal prof. De Felice, caratterizzata da alcune importanti prime edizioni. Ad esse si vanno ad aggiungere le raccolte Sorgoni, a carattere eterogeneo, e Kurek, caratterizzata da una cospicua collezione di libretti d'opera.

Nel secolo XIX la Biblioteca Benincasa accresce il proprio patrimonio librario sostanzialmente per effetto dei decreti di soppressione degli ordini religiosi (abbondante la documentazione proveniente, ad esempio, dalla libreria delle Scuole Pie o dal convento francescano di Castel d'Emilio); l'accrescimento patrimoniale, in un desolante quadro di nessuna, o quasi, politica e pratica di acquisti, fu tuttavia garantito anche dall'afflusso di alcune donazioni. Oltre alla raccolta, a forte notazione locale, spettante al can. Cesare Gariboldi, sono da ricordare i libri già di Leone Levi, la cui collezione di testi di diritto commerciale e internazionale (e di storia economica) non trovò purtroppo nei depositi collocazione unitaria, nonché "ragionata"; i libri di diritto civile e canonico dei giuristi fratelli Mei; quella -infine- della quale nel concreto affiorano solo rarissime punte d'iceberg spettanti a Luciano Benincasa, nucleo originario della biblioteca civica anconitana.

A CURA DI LAURA MAZZARINI, LUISA BORGIA, ADRIANO TAGLIABRACCI
Medicina Legale
Università Politecnica delle Marche

La tragica vicenda di Giorgio Welby ci ha rivelato quanto profondamente sentito nella coscienza collettiva, e quanto attuale e delicato, sia il dibattito attorno a tematiche di bioetica che interessano la vita morente ed altre tappe critiche della vita: la vita nascente, l'adolescenza, la sessualità, la procreazione, la gravidanza, ecc; oppure le situazioni di bisogno: disabilità, malattia; od ancora, gli obiettivi ed i fini del progresso scientifico, nella ricerca, nella sperimentazione, nell'uso delle biotecnologie. In questi giorni, politici polivalenti, esperti dell'ultim'ora e governanti distratti ci hanno sommerso di definizioni improprie, di interpretazioni arbitrarie, di inesattezze terminologiche, di istituzioni ridondanti che hanno avuto il solo risultato di confondere l'opinione pubblica. Per ricordarne alcune, l'affermazione dell'art. 5 del Codice Civile che "la vita è un bene indisponibile" è stata travisata come diritto dell'interessato a disporne a piacimento; il testamento biologico è stato usato talora come sinonimo di eutanasia; l'accanimento terapeutico è stato confuso con la terapia salvavita, ed altre ancora.

Riteniamo che la premessa ineludibile per affrontare un dibattito serio e costruttivo, confrontando i diversi modi di sentire (tradizionalmente quello laico e quello cattolico) non possa che passare attraverso la formazione degli operatori ed il dibattito continuo, sui temi di bioetica, in uno con la conoscenza approfondita di norme deontologiche e leggi dello Stato che ruotano attorno a questi temi.

A questo scopo dall'A.A. 2005/2006 l'Università Politecnica delle Marche ha istituito un Master in Bioetica Generale e Clinica *di I e II livello aperto a professionisti della salute ed altri laureati , usufruendo per l'attività didattica di una convenzione con i membri del Comitato Nazionale di Bioetica. In questo primo numero riportiamo la lezione inaugurale al Master del Prof. Adriano Bompiani, tenuta in Facoltà il 12 giugno 2006.*

Lectio magistralis del Prof. Adriano Bompiani

Il corso che s'inaugura è molto ricco, molto complesso, ed anziché entrare nel merito delle singole tematiche che via via verranno trattate nell'arco delle settimane, mi prefiggo di fissare qualche concetto d'ordine generale com'è d'uopo nell' introdurre un corso, nella fattispecie il Master in Bioetica.

Questo Master è stato molto ben pensato dalla Dott.ssa Borgia, la quale, come membro del CNB ha potuto coinvolgere molti colleghi, docenti particolarmente qualificati come specialisti, nell'ambito dei più disparati settori.

I Comitati hanno parecchie discipline al loro interno e ciò pone dei problemi: il problema del linguaggio comune, il problema della pluralità di linguaggi e la ricerca di un punto d'incontro.

La Bioetica è un movimento di pensiero che, nel suo sviluppo, sempre di più ha acquistato concretezza di obiettivi, una metodologia disciplinare fondata sul dialogo, sulle risoluzione e punti di vista espressi in maniera precisa, sulla argomentazione dei motivi per cui ciascuno sostiene la propria soluzione, sulla valutazione del peso del contesto storico e della storia di tutti i precedenti che confluiscono nella Bioetica, e, infine, nella ricerca di un punto d'incontro. Operazione che cerca di trovare un momento di soluzione di problemi molto difficili che si presentano nell'ambito della società. L'affermazione che la Bioetica sia all'origine un movimento, va chiarita, va documentata, ed è questo che mi propongo di fare.

Prima ancora di diventare disciplina, la Bioetica è stata un movimento, nato da parecchi filoni che si sono incontrati.

Il valore che ha influenzato più di ogni altro sulla Bioetica è stato la ricerca autonoma della verità in senso laico, come espressione delle potenzialità dell'uomo, la ricerca scientifica moderna, a partire da Galileo, e prima ancora da Pico Della Mirandola che ha sottolineato il primitivo concetto che in seguito è stato elaborato dalla Bioetica: la "Dignità dell' uomo" che dal '400, passa poi attraverso tutta la cultura scientifica del '600. Tutti i grandi della storia della medicina in qualche modo hanno portato avanti quest'autonomia del pensiero scientifico che trova in Cartesio l'esponente forse più noto ma non certamente l'unico, che sfocia poi nell'illuminismo ai tempi della rivoluzione francese e in tutta la splendida fioritura della scienza sperimentale dell' 800, secolo di grandissime capacità, che ha innovato sul criterio di accertamento della realtà del mondo ed ha coniato nel Positivismo scientifico il concetto di realtà, la dimostrazione scientifica per affermare la realtà, la metodologia scientifica per arrivare ad identificare la realtà del mondo, fino ai primi anni del '900 con la grande impresa della nascente tecnologia medica e, finalmente, si giunge, dopo la seconda guerra mondale, all'enorme sviluppo della biologia.

L' 800 è stato forse la matrice della fisica e così i primi 50 anni del '900; la seconda metà del '900 è la matrice della biologia moderna che è diventata una scienza *hard*, dura, che ha bisogno di grandi mezzi, di sviluppo, di capacità, di finanziamenti continuativi, di investimenti, che ha necessità di avere prodotti industriali per finanziare la ricerca, come nella prima metà del'900 aveva avuto la fisica. Nasce poi la

Biologia moderna, a livello molecolare, la Genetica, (vedi il progetto genoma), come settore di sbocco di una grande linea della bioetica.

È questo dunque un primo grande apporto alla Bioetica, nato dallo sviluppo della mentalità scientifica, ma altri apporti sono giunti dallo sviluppo sociale, tumultuoso, passato attraverso le guerre del proletariato, l'intervento del socialismo diffuso a partire dal 1848, le prime rivoluzioni contro le baronie, contro i regni, contro i sovrani che non avevano concesso le costituzioni ed avanza attraverso i moti dei primi del '900, per sboccare in aberrazioni di tipo dittatoriale, com'è avvenuto nelle due grandi componenti di questo movimento, Nazista in Germania e Comunista Bolscevico in Russia. Questo ha avuto grande importanza nella se pur non ancora pronunciata Bioetica, ma in quel processo di maturazione della società che poi porterà dopo la seconda guerra mondiale a valutare l'eredità lasciata dai vari movimenti, cioè i Diritti Fondamentali dell'Uomo. Pertanto, al di là degli avvenimenti storici relativamente recenti, ci sono i movimenti dell'antichità.

Il concetto di dignità dell' uomo Platonico, Ciceroniano, era un concetto estremamente singolare, personale, la dignità dell'uomo togato, del magistrato, del senatore, e così via, che è passato nella dignità del cardinale, del vescovo, sempre in forma personale, individuale.

Una dignità collettiva, dell'uomo in quanto tale si ottiene solo con la rivoluzione francese: tutti gli uomini nascono eguali (è la definizione del secondo articolo della rivoluzione francese), cioè sono di pari dignità per nascita, perché la nascita è uguale per tutti; questo criterio viene ripresentato oggi e alcune teorie bioetiche fondano sulla dignità dell'uomo la loro giustificazione, gli elementi etici che servono a cercare di convincere l'altro della validità della propria teoria. Nell' immediato secondo dopoguerra, anni '46- '47, nasce la scoperta purtroppo delle nefandezze fatte a proposito della sperimentazione selvaggia sui prigionieri di guerra, nasce il manifesto di Norimberga, il primo protocollo di Helsinki 1947 e la prima tutela, non affermata dal governo, ma dall'Associazione Medica Mondiale come riconoscimento della classe medica degli errori compiuti da colleghi ed un impegno a non ripetere più tali errori. In questo senso va letto il protocollo di Helsinki. Si innesta dunque questo secondo filone, della dignità dell'uomo, nell'ambito del rinnovamento della concezione sociale nell'ambito della ricerca medica. Dopo più di 50 anni, tutte le questioni della sperimentazione biomedica sull'uomo, ormai sono state abbastanza chiarite: le procedure, i concetti fondanti, e se ancora se ne discute e si possono ancora apportare revisioni, è maturato in più di 50 anni il contenuto dell'atteggiamento umano nei confronti della ricerca sull'uomo. Un terzo filone è quello dei grandi movimenti d'opinione, che concorre al formarsi dell'*humus* sul quale nasce la Bioetica: sono i movimenti del '68, sostenuti da alcuni filosofi come Marcuse, in cui si persegue la rottura della unità fra sessualità e procreazione, facilitata da scoperte scientifiche. Il progesterone alla base della famosa pillola di Pinkus come effetto contraccettivo (il progesterone blocca l'ovulazione durante la presenza del corpo luteo,è il contraccettivo naturale, periodico della donna), è del 1936, la sintesi, la prima pillola è degli anni 40 e arriva nel mondo occidentale nel '44- '45 dopo la guerra (tempi relativamente recenti) e determina fenomeni che si aggregano intorno a questa rivoluzione della società: da un lato sentirsi più titolari di diritti, tra cui i primissimi sono il diritto alla vita, alla privacy alla famiglia, poi di seconda generazione, alla salute (di seconda generazione perché è un mix tra diritto fondamentale e sociale: fondamentale per quanto riguarda la espressione del proprio diritto personale, sociale perché amministrato dallo stato, non primario come libertà o vita perché nella realtà è subordinato ai mezzi disponibili). Il movimento della libera sessualità porterà anche alla istituzione nei paesi occidentali del diritto all'interruzione della gravidanza, che non è un diritto ma rappresenta un' opzione facilitata sotto alcuni aspetti e che viene escluso da una perseguibilità penale se compiuto secondo determinate procedure: ecco che lo Stato inizia ad intervenire in questioni delicate come la tutela della vita fetale, e attraverso una compromissione dello Stato nasce la prima legge di Bioetica degli stati occidentali tra il 1960 ed il 1978, di cui si dotano tutti i paesi europei. L'Italia tra il 1976 ed il 1978. Poi nascono altri problemi, come il cambiamento di sesso, il problema della sterilizzazione volontaria, regolamentati direttamente o indirettamente ed entrati nel costume del nostro paese e di tutti i paesi europei; ci sono isole del mondo in alcuni stati sudamericani, africani, più conservatori, ma non c'è dubbio che la tematica è andata avanti, rappresentando la terza direttrice secondo la quale si è evoluta la riflessione filosofica e sociale sboccata nella Bioetica.

Il quarto paradigma è quello ambientalista, che nasce dallo sviluppo enorme incontrollabile della cultura industriale negli USA, dove più avanzata era la ricerca economica e l'industrializzazione del paese, sollecitata dall'intervento nelle guerre mondiali, attraverso un'accelerazione del loro profilo industriale. Diventano i dominatori dell'industria mondiale, come ricaduta si dotano di molti mezzi per la ricerca scientifica. Quello che era stato nell'intervallo tra le due guerre, intorno al '32-'34, il predominio della Germania nella chimica, nei farmaci, nella metallurgia, ormai è passato agli USA che hanno bilanci enormi relativi alla ricerca (è nell'ambito della guerra fredda per la difesa che gli USA utilizzano le possibilità dell'arma atomica ed

estendono le conoscenze in molti altri settori, tra cui la biomedicina).

Per qualche anno viene dimenticato Helsinki, e quando poi si scopre all'inizio degli anni '70 quello che è accaduto in un mondo così avanzato come quello statunitense (episodi di utilizzazione dell'essere umano per studi clinici, all'insaputa degli stessi soggetti, divenuti esclusivamente cavie della ricerca), si getta nell'ambito dell'opinione pubblica grande costernazione,

Ci sono almeno tre episodi che furono resi pubblici e per i quali, ultimamente, anche il Presidente Clinton prima ed ora Bush hanno dovuto chiedere perdono agli interessati:

a) quello famoso di Tuskegee, in cui una colonia di indiani americani, tutti ammalati di sifilide, furono studiati con un doppio cieco: metà sono stati curati per 15-20 anni con penicillina (scoperta nel '44 e arrivata in Italia con i primi militi americani), l'altra metà non è stata curata, volontariamente, per poter osservare l'evoluzione spontanea della sifilide cerebrale che, a lunga distanza di tempo, si manifesta. Senza il consenso;

b) lo studio che consisteva nell'iniezione di cellule cancerose vive in anziani pazienti, ricoverati negli ospizi, per verificare un eventuale impianto cellulare e se un certo numero ammalasse oppure no;

c) un terzo episodio riguardava la sperimentazione di nuovi vaccini sui bambini senza informare né gli interessati, minorenni, né i parenti. Tale vicenda suscitò grande scalpore negli USA, ma ebbero subito il coraggio di attivare una commissione d'inchiesta e dettare le prime regole per quanto riguardava la sperimentazione sull'uomo, nel famoso Rapporto Bellmont.

Mentre questo succedeva nella sperimentazione medica, riprendendo e tradendo la posizione di Claude Bernard, in Francia, del 1850-60, che ammetteva la sperimentazione sull'uomo, ma sempre nell'ambito del principio Ippocratico del "non nuocere", in cui lo sperimentatore era responsabile della tutela del soggetto, si sviluppava il movimento ambientalista.

Di fronte alla Silicon Valley, con inquinamento perenne, un oncologo, Potter, aveva associato, nel 1960-62, un aumento dei tumori alla presenza di industrie inquinanti. Sulla base di Leopold, teorico ambientalista della prima ora, che operava negli USA, aveva immaginato che l'inquinamento potesse essere causa di malattie croniche per l'uomo e di lì, quindi, la necessità di prevenire attraverso un'opportuna politica ambientalista, l'insorgere di rischi per la salute umana. In qualche modo, ecco posto il primitivo problema della prevenzione e del principio di precauzione, con terminologia moderna. Potter immaginò di costruire una nuova etica adatta alla società industriale, che chiamò Bioetica, per poter tutelare l'avvenire della specie umana, ed evitare uno degli attentati alla specie, che vedeva nell'industrializzazione, alla quale associava lo straordinario consumo di materie non rinnovabili, l'impoverimento progressivo della terra, tematiche che fanno parte della attuale Bioetica ambientalista.

Il secondo elemento era la cosiddetta "bomba demografica", l'aumento della popolazione mondiale, di tipo esponenziale. Nel 1960 eravamo due miliardi di persone, oggi più di sei miliardi. Questo dovuto al miglioramento delle condizioni di vita.

La Bioetica quindi nasce come ponte per collegare i bisogni della società ed i bisogni di tutela della specie di tutti i viventi.

Tutti temi che troviamo nella Bioetica di oggi: verde, inquinamento, CO2, ozono. La Bioetica cosiddetta Generale, quella teorizzata da Potter, comporta una visione molto ampia del destino dell'umanità . Prima del 1966 c'era stato il Concilio Vaticano II, nel 1966 l'*Humanae Vitae*, di Paolo VI, enciclica riguardante i problemi della procreazione, della contraccezione e della posizione unitaria nell'ambito della procreazione.

Il ginecologo Hellegher faceva parte del Comitato di Bioetica istituito da Paolo VI, non un vero e proprio comitato di bioetica ma un comitato consultivo della Santa Sede per dare un giudizio tecnico ed etico sui problemi della pillola anticoncezionale. Hellegher faceva parte della minoranza e quando Paolo VI sciolse la commissione prendendo a partito non il parere di maggioranza ma quello di minoranza, contrario all'assunzione della pillola, Hellegers, tornato in America, fonda un Istituto autonomo di Bioetica e contemporaneamente nasce la fondazione Callaghan di Bioetica. Il primo intitolato a J. Kennedy, l'altra, l'Hasting Center, diventano i due poli di elaborazione culturale della Bioetica; in qualche modo si rifonda il nome della Bioetica, per focalizzare l'attenzione soprattutto sui problemi medici e s'innesta sulla tradizione etica della medicina che era sostanzialmente paternalistica, ippocratica, come virtù del medico che deve assicurare la cura del paziente che è sotto la sua responsabilità. Il medico dà delle disposizioni e la responsabilità del paziente consiste nell'eseguirle o meno. Il medico è colui che sa, che conosce, che ha un enorme bagaglio culturale, che è difficile trasferire al paziente, anzi, che è impossibile trasferire, perché il paziente non ha capacità di comprendere.

Anche nel corso dell'800 c'erano stati medici illuminati che avevano la capacità di comunicare, di ragionare con il paziente, discostandosi così dalla estrema visione paternalistica.

Nel giro di pochi anni, negli USA, si incrociano varie tendenze, quella della dinamica della popolazione, della quale si interessano le fondazioni Ford e Rockfeller, dalle quali

nascono i programmi del terzo mondo, opinabili dal punto di vista della bioetica moderna, ("hai il grano se prendi la pillola, non ce l'hai se non la prendi"), ma fondanti l'atteggiamento della banca internazionale, con in più, vari programmi di sviluppo che apportano un vantaggio notevole rispetto ad allora. Una trasformazione della mentalità prevede invece la formazione del cittadino negli stati ancora in via di sviluppo, con l'istruzione, il miglioramento della qualità di vita, in particolare della donna, dandole certi compiti specifici che riguardano l'istruzione e l'allevamento dei figli, e quindi il binomio: "istruzione maggiore della donna = migliore formazione culturale anche scolastica dei figli" è tipico delle nuove attività a favore dei paesi in via di sviluppo. Questa tendenza è contemporanea, avviene a partire dagli ultimi anni del '900; risalendo invece agli anni '70, dopo l'enciclica *Humanae Vitae*, c'è lo scoppio della grande questione del contrasto ormai manifesto tra diverse filosofie, che molti interpretano come filosofia tradizionale cattolica contro una filosofia moderna della ricerca scientifica che è quella che determina anche i paradigmi comportamentali delle persone. Altri invece intendono ricondurre il tutto nell'ambito dell'evoluzione spontanea della riflessione filosofica; questo è un problema difficile da comprendere ma fondamentale. Non si può trattare la Bioetica senza avere delle basi filosofiche. Negli anni '70 si comincia a delineare la necessità di impostare più culture, più discipline diverse, nell'ambito dello stesso "calderone" che si chiamerà appunto Bioetica, in una maniera razionale, per cercare di non fare Accademia ma qualcosa di concreto per contribuire all'armonioso sviluppo della società. Esplodono in questi anni i contrasti del '68, movimento eversivo degli studenti, molti degli odierni cinquantenni ci sono passati; il movimento femminista, che ha avuto un ruolo determinante nello sviluppo di alcune linee della Bioetica moderna. La filosofia dunque, necessaria per la comprensione della Bioetica, riguardava le due grandi ali pragmatiche: l'etica e l'estetica, nell'ambito della concezione Kantiana della prima metà '800. Concezione Kantiana che era sostanzialmente deontologica. Esistono delle norme che vanno seguite, verso le quali l'uomo, in quanto essere razionale ed in quanto persona, sente spontaneamente e poi conferma con la ragione; debbono essere norme da seguire, principi di tipo universale, "universalizzabile", che in qualsiasi parte del mondo possano essere sentiti come costitutivi. Sono il riflesso della legge naturale, passata in termini laici da Kant, nel contesto della società dell'epoca che ancora dominava nel secondo dopoguerra, ma con i movimenti a cui ho fatto riferimento, (la libera sessualità, il femminismo, etc…) e con lo sviluppo della fenomenologia, della scuola francese, di Sartre, delle posizioni tedesche di Nietzsche, alla fine del '800 e primi anni del '900, con il razionalismo scientifico, il positivismo di Comte, che hanno notevolmente influenzato la filosofia che non è più, a quel punto solo nel versante dell'etica, deontologica, ma anche fenomenologia: si basa sull'osservazione, diventando disciplina fortemente utilitaristica, che si appoggia all'evoluzione ed alla rivoluzione liberale della seconda metà del' 800. Questi filoni, deontologia, fenomenologia, utilitarismo, li troviamo nelle varie correnti, che rappresentano il "fluire dei vari ruscelli" della Bioetica. Di qui il delinearsi delle varie "scuole": utilitaristi (predominavano all'inizio ed ancora oggi, di marca anglosassone); deontologi (Peter Singer, Thomas Enghelardt junior) che ammettono che ci sia la necessità di regole, ma il loro messaggio è inquinato dall'innesto di tutta una riflessione sul concetto fenomenologista della persona, sdoppiamento tra essere umano e persona: la persona umana, essere razionale, cosciente, è degna di rispetto se può entrare nel foro pubblico, difendere i suoi diritti, manifestando la propria autonomia, mentre l'essere umano nella fase prenatale o terminale della vita, quando ha perduto la capacità di decidere per se stesso, la persona in coma, non è più persona, ma essere umano. Questo sdoppiamento, che sembra assurdo ed è assurdo per tante correnti filosofiche, è uno dei fondamenti di alcune correnti etiche della bioetica attuale. Ciò ha sortito alcune reazioni: nasce la commissione Bellmont che ha lavorato intorno agli anni '70, si pronuncia alla fine attraverso un metodo empirico degno degli Stati Uniti: recluta parecchie migliaia di cittadini delle più svariate professioni (ricercatori, industriali, operai) e manda un questionario: "secondo voi, quali sono i principi che dovrebbero regolare la sperimentazione medica , quali sono i principi di tutela che vorreste fossero applicati alla sperimentazione medica?" Metodo empirico, fondamentale anche per la Bioetica che non è solo passaggio della cultura dall'università al popolo, ma anche a partire dal popolo, che fa molta bioetica. Sulla base delle risposte la commissione Bellmont fa i necessari incroci ed identifica tre principi che non chiama regole o norme, da produrre come obbligatorie, ma principi da osservare, linee guida, la cui nascita va fatta risalire a quell' epoca. I principi sono: autonomia (rispetto della dignità della persona, dignità dovuta alla parità di diritti acquisiti alla nascita, esplicitati dalla nascita); "non maleficienza" (dettame Ippocratico, sono quasi 3000 anni da quando il medico per propria volontà si è dato un codice Deontologico, interno alla medicina, che ammette come primo obbligo il non nuocere volontariamente al paziente, altrimenti, se c'è volontarietà è un vero e proprio attentato sia per il codice sia per la legge); la giustizia (racchiude l'organizzazione della società civile, nei confronti del grande impegno pubblico e privato rappresentato dall'assistenza medica, uniformata a principi di giustizia). A riguardo si possono fare delle distinzioni tra

principio di giustizia in quanto tale e applicazioni perequative necessarie nella vita organizzata, che comportano problemi di attribuzione di fondi alla sanità rispetto ad un altro ambito della spesa pubblica. L' attribuzione, all'interno del fondo destinato alla sanità della suddivisione tra i vari rami, assistenza primaria, specialistica, ospedaliera, nell'ambito dell'ospedale a chi dare più mezzi e così via. Negli anni '70 nascono le prime discussioni pubbliche in alcuni stati americani in cui vige una legge di devolution di alcune attività all'interno degli stati federali: se convenisse, ai fini del buon uso dei fondi, destinare alla medicina perinatale piuttosto che alla trapiantologia dell'adulto, decisione affrontata dal popolo, con un referendum popolare. Queste discussioni pubbliche pongono dei dilemmi che non si sa, il più delle volte, come risolvere, ma che contribuiscono a far maturare una coscienza bioetica. In base ai principi fissati dalla commissione Bellmont vengono poste le linee della teoria bioetica di Beauchamp e Childress che aggiungono un quarto principio ai primi tre: il principio di beneficialità, fare il bene del paziente. Ma qual è il bene del paziente? Quello basato sul punto di vista del medico, del paziente, dei familiari? Si delineano così due posizioni all'interno del principialismo (autonomia, non maleficienza, giustizia e beneficialità): Pellegrino ha teorizzato "il riscatto della virtù" (come già Aristotele aveva individuato, ciascuno di noi è caratterizzato da distintivi orientamenti del proprio essere, anche riguardo agli altri, riprese da filosofi moderni; il principio della virtù del personale sanitario, da cui lo studio, le capacità empatiche, di relazione, che ha trovato spazio nel mondo anglosassone e che sembra il più distaccato, spietato sotto certi aspetti, incoerente con i principi etici della cultura latina. Qui vi è stata l'istituzione di corsi formativi obbligatori per il rapporto medico paziente, al di là dei comitati etici, nell'ambito del corso di laurea, dove si insegna come impostare la relazione medico paziente. Questo è l'effetto delle culture bioetiche primitive che sono arrivate alla realizzazione curricolare. Nasce poi il movimento femminista, o meglio, femminile della cura, del prendersi cura. Gillian, americana è l'iniziatrice di un discorso di posizione oblativa, del prendersi cura, tipico della donna, ma che in realtà via via viene rifiutato come elemento solamente femminile, pensando che potrebbe essere un pretesto per isolare la donna, che viene visto come totalità del prendersi cura. Con quali strumenti insegnare la Bioetica? Con il Comitato etico, che ha le sue traversie. Negli Stati Uniti nasce spontaneamente negli ospedali cattolici, intorno agli anni '70. In Europa più tardi. In parte in forma nazionale come luogo di elaborazione teorica e d'innesto con la cultura politica. Dirimpettaio delle autorità parlamentari, politiche, per fornire criteri di valutazione, linee guida. Quello italiano nasce dopo l'esperienza francese del 1988 in parlamento, e prende avvio nel 1990 come Comitato Nazionale per la Bioetica, poi seguito da altri 13 comitati. Oggi in Europa ne abbiamo 15, su 40 stati appartenente al consiglio d'Europa (la cosiddetta Grande Europa), non all'Europa di Bruxelles di 15 paesi, tutti dotati di Comitati Etici. Poi ci sono i Comitati Locali, con duplice funzione: sperimentazione clinica, soprattutto sui farmaci, istituiti con le Linee Guida del 1992 e del 1997, in base alle direttive di Bruxelles, e riguardano tutte le sperimentazioni ciniche, che devono essere autorizzate da comitati etici competenti, cioè formati secondo determinate regole. Un secondo scopo è la normale assistenza etica che può essere offerta ai colleghi operanti in ospedale o sul territorio ed ai pazienti, alle amministrazioni, a tutto il complesso del personale sanitario che elabora la politica locale dell' assistenza. Questa azione non è obbligatoria, mentre il controllo della sperimentazione clinica lo è. La seconda è opzionale insieme alla tutela del paziente. Sono stati istituiti gli uffici per l'informazione come effetto della Bioetica portata in Parlamento nel 1987-88, che ha sfociato nella riforma sanitaria. Inoltre il Comitato ha funzioni di mediatore medico-paziente nei casi di litigiosità, prima camera di valutazione e composizione dei problemi rispetto alla via giuridica tradizionale. Infine compiti di formazione, soprattutto quelli ospedalieri, che possono servirsi dei Master, Meeting, serie di incontri specifici per poter avere linee di trattamento nei casi più difficili, come i pazienti incoscienti, malati di Alzheimer che non sono stati inabilitati e così via.

E' da qui che ad esempio è nata la legge sull' amministratore di sostegno. Per quanto riguarda la struttura e la composizione del Comitato Nazionale c'è l'opzione unitaria, che permette di affrontare tutte le tipologie di problemi, e di averne una visione globale, unitaria tra ambiti di ricerca ed ambiti clinici, oppure l'opzione di dividere in due o più settori specifici per i diversi rai scientifici. Dotare i comitati di un nucleo fisso composto da un medico legale, un giurista, un amministrativo, un eticista, un farmacologo, affiancati da rappresentati di associazioni di volontariato ed altre figure. In questo modo la Bioetica può giovare all'evoluzione pacifica, tollerante, informata della società, con un minimo di regole condivise, alcune passate in norme di legge, altre derivanti da linee guida, costume, buona intesa secondo il principio dell'alleanza terapeutica tra corpo medico, infermieristico ed utenti.

Concludo con una definizione delle biotecnologie distinguendole in base alla loro applicazione sull'uomo o sugli altri esseri viventi. Sui microrganismi o sugli animali, i comitati etici, al di là della legge parlamentare sulla tutela degli animali, se ne sono occupati poco. All'inizio alcuni comitati tra cui quello italiano nell'ambito delle biotecnologie su microrganismi si sono posti il problema della tutela degli

operatori nell'ambiente. Considerando però le biotecnologie in ambito di fecondazione in vitro, il Comitato Nazionale per la Bioetica se n'è occupato ampiamente, non altrettanto hanno fatto i comitati locali, che sono entrati sempre in funzione solo per sperimentazioni di prodotti farmaceutici che dovevano avere la verifica di fase 2 o fase 3 dal punto di vista commerciale, ma tutta la fase 1, è stata tagliata fuori dalla discussione locale. Lo Stato ha avocato a se stesso ed al comitato centrale apposito, l'autorizzazione delle più rischiose sperimentazioni. Talune sperimentazioni di biotecnologia pur non riguardando l'embrione, come ad esempio la questione dell'autorizzazione data dal Consiglio Superiore di Sanità per il cosiddetto fegato artificiale, su un numero molto limitato di casi, non è passato per alcun comitato etico locale, ma attraverso lo schema centrale autorizzato dal Consiglio Superiore della Sanità per la particolare delicatezza del problema. I comitati etici nazionali hanno lavorato in parecchi stati sulla procreazione artificiale, in Italia il dibattito non si è ancora chiuso, nonostante il referendum. E' da prevedere che si riaprirà il dibattito, sempre che quella procedura, molto ben definita, la FIV, che può essere staccata dall'embrione, potrebbe essere usata solo per l'impianto in utero, nell'ambito della fertilità naturale della donna e dell'uomo. La tecnologia di lavorazione dell'embrione per produrre cellule staminali, in realtà potrebbe esser vista a se stante, staccata dalla fecondazione assistita, e dar luogo ad una legge autonoma, di cui già si parla, (utilizzazione a scopo sperimentale degli embrioni residui, la produzione di cellule staminali dagli stessi etc…).

In alcuni paesi con una unica legge omnicomprensiva si è risolta la questione, in altri paesi con leggi separate.

In Svezia e nei paesi nordici c'è una legge che riguarda l'assistenza alla procreazione, un'altra che riguarda la manipolazione embrionale. Per le altre biotecnologie il discorso è più ampio. Se si considerano tali gli impianti di valvole cardiache, le vene ed arterie artificiali, le protesi d'arto, la coltivazione di lembi di pelle, ci sono dei problemi di disciplina, ma non problemi etici veri e propri, avendo sempre finalità terapeutica, su persone che hanno bisogno di queste protesi, e si tratta solo di assicurare l'innocuità, il miglior rapporto tra beneficio e rischio; qualsiasi teoria si voglia abbracciare, il punto di decisione è sempre il minor rischio per il paziente, *fil rouge* dell'etica clinica. Con la nuova direttiva europea e del Consiglio d'Europa c'è bisogno di far passare tutto, anche un lembo di pelle, un innesto di osso, di cellule staminali, qualora sia di natura sperimentale, per il Comitato Etico. C'è dunque un ampliamento dei compiti del Comitato Etico per quanto riguarda la ricerca. C'è uno stato di perplessità per quanto riguarda l'attività clinica ove si presentino casi difficili: alcuni preferiscono affrontarli nell'ambito della tradizione medica basata sulla responsabilità del curante o dell'*équipe*, altri preferiscono affrontarla nell'organizzazione sanitaria che prevede un direttore sanitario che deve sorvegliare sull'andamento delle cure.

Oggi si richiede un piano di cura quando il paziente viene ricoverato, l'esattezza della compilazione della cartella clinica; tutte procedure che sta al direttore sorvegliare ed accertare.

Se si attenua la responsabilità dell'*équipe* o del curante affidandola ad un coacervo di persone come ad esempio un comitato etico ospedaliero, c'è il rischio che si attenui la responsabilità del curante. Altra cosa è offrirsi come punto di consulenza etica, senza avere un ruolo ben determinato in particolari casi, diminuendo la responsabilità della responsabilità della gestione medica. Certo è che alla sorveglianza del rispetto deontologico che per primo spetta al direttore sanitario, che deve osservare *in primis* la deontologia, può concorrere anche il comitato etico qualora venga interessato come tutela del paziente in casi clamorosi di responsabilità. Non possiamo fare previsioni sugli ulteriori sviluppi cui andrà incontro la disciplina della Bioetica, scienza giovane, ma che si sta affermando sempre più velocemente.

Note biografiche

Adriano Bompiani è stato professore di ginecologia e ostetricia all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e ora dirige il Centro Studi per la Regolazione Naturale per la Fertilità (struttura ed unità operativa specializzata dell' Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI).

Il suo impegno scientifico continua in Europa, dove ricopre il ruolo di delegato per l'Italia al Consiglio Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa. Ma ciò che preme ricordare è il grande contributo che il prof. Bompiani ha dato alla Bioetica italiana e internazionale, fondando nel 1990 il Comitato Nazionale per la Bioetica, organo della presidenza del Consiglio dei Ministri, di cui divenne il primo Presidente e di cui tutt'ora è Presidente Onorario. La su presenza nel Comitato Nazionale per la Bioetica non è puramente simbolica, ma fertile e produttiva, basti pensare al contributo decisivo che Adriano Bompiani ha apportato in numerosissimi documenti, per ultimo, il documento su *Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione*, da lui coordinato. Era naturale quindi che fosse proprio il professor Bompiani a dare il via al Master in Bioetica dell'Università Politecnica delle Marche, l'unico che può vantare una convenzione con il Comitato Nazionale per la Bioetica, l'unico che affronta le numerose tematiche bioetiche a partire dallo studio dei documenti emanati dal CNB e con il contributo di tutti i componenti dello stesso Comitato, nel rispetto delle diverse discipline e delle diverse impostazioni di pensiero.

La sua *lectio magistralis* è una introduzione alla disciplina della Bioetica, di cui ripercorre le tappe fondanti.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

TULLIO TONNINI
Avvocato in Fano

Aspetti giuridici dell'organizzazione confraternale

Cenni storici

Le confraternite, dal latino *Confraternitas-atis*, sono associazioni fondate con lo scopo di suscitare l'aggregazione tra i fedeli, di esercitare opere di carità e di pietà e di incrementare il culto. I loro componenti conservano lo stato laico e restano nella vita secolare; essi non hanno quindi l'obbligo di prestare i voti, né di fare vita in comune, né di fornire il proprio patrimonio e la propria attività per la confraternita.

La denominazione di queste associazioni fu varia nei secoli e diversa in Italia da regione a regione. I termini più frequenti furono *confraternitas, fraternitas, fraterie, confratrie, agape, caritas, consortia, fratele, fraglia, sodalitium, sodalitas, gilda, gildonia, schola.* I sinonimi tuttora usati sono *compagnia*, talvolta *congregazione* o *congrega*, ed *arciconfraternita*.

Vi è infine il termine estaurita o staurita, in uso a Napoli e nelle sue province nei secoli scorsi.

L'origine delle confraternite è molto incerta e non mancano ipotesi di collegamento con istituzioni già esistenti in epoca pre-cristiana, i collegia romani o le fraterie greche e della Magna Grecia, per quanto più da vicino ci riguarda.

Le confraternite furono antiche nella Chiesa, onde se ne trova menzione nel quindicesimo canone del concilio di Nantes celebrato nell'anno 895.

Recenti studi comproverebbero l'esistenza di confraternite in Europa forse già nel quarto secolo, sicuramente in Francia nell'ottavo ed in Italia nel secolo successivo.

Notizie certe confermano, comunque, la presenza di associazioni laiche agli albori di questo millennio, sia nelle città che nei villaggi italiani, operanti in missioni umanitarie negli ospedali e tra i poveri colpiti da malattie. Una confraternita di questo tipo è documentata a Viterbo agli inizi del secolo undicesimo ed a Orvieto alla fine dello stesso secolo.

Le confraternite si assunsero inoltre numerosi compiti sociali quali l'assistenza ai poveri, agli orfani, agli ammalati, agli incurabili, ai carcerati, ai condannati a morte, alle giovani a rischio, si prodigarono per il recupero delle persone deviate e delle prostitute pentite, si impegnarono nel riscatto dei cristiani caduti schiavi dei saraceni. Di grande valore umanitario fu poi l'assistenza agli ammalati contagiosi e la pietosa opera di sepoltura dei morti abbandonati, degli assassinati, dei poveri, delle vittime nelle epidemie, degli stranieri, degli sconosciuti, vero grande problema di quegli oscuri e tumultuosi tempi al quale le confraternite diedero sempre adeguate risposte. Per l'adempimento di quelle pietose opere di notevole contenuto cristiano, morale e civile, ma ancora per testimoniare fede, umiltà, carità e penitenza, fu necessario indossare un saio e non mostrar-

Fig. 1 - L'Angelo nunziante, *dello scultore bolognese Giuseppe Mazza (sec. XVIII), Pesaro, Chiesa dell'Annunziata.*

Lettura tenuta il 23 giugno 2006 in Facoltà al Convegno annuale dedicato a *Caritas e Sanità*. Le figure riprodotte nel testo, e le relative didascalie, sono tratte dal Volume *La Confraternita e la Chiesa dell'Annunziata di Pesaro - Il fenomeno confraternale in Italia,* a cura di Antonio Brancati, promosso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pesaro, 1841, edito da *il lavoro editoriale*, per gentile concessione dell'Editore Giorgio Mangani.

si pubblicamente, nascondere la propria identità, negare il proprio volto coprendolo con un cappuccio, annullando in tal modo completamente la propria personalità, da cui la tradizione tuttora in uso in molte congregazioni.

Nel corso di celebrazioni pubbliche delle confraternite, a partire dall'undicesimo secolo, penitenti di ogni ceto ed età sfilavano in processione per le vie dietro il proprio gonfalone, vestiti di sacco, con una fune per cintura, flagellandosi a sangue in memoria della Passione di Cristo. Le processioni si svolgevano anche di notte al lume di torce e di ceri accesi. Nel Giovedì Santo dell'anno 1581 vi fu a Roma una grande processione notturna con ben dodicimila torce accese. Particolare solennità era dunque data alle celebrazioni della Settimana Santa, con la partecipazione alla Lavanda dei piedi ed alle processioni del Giovedì e del Venerdì Santo.

Le confraternite ebbero grande sviluppo tra il quattordicesimo ed il diciottesimo secolo, diffondendosi in modo capillare in tutta l'Europa, come testimoniano le

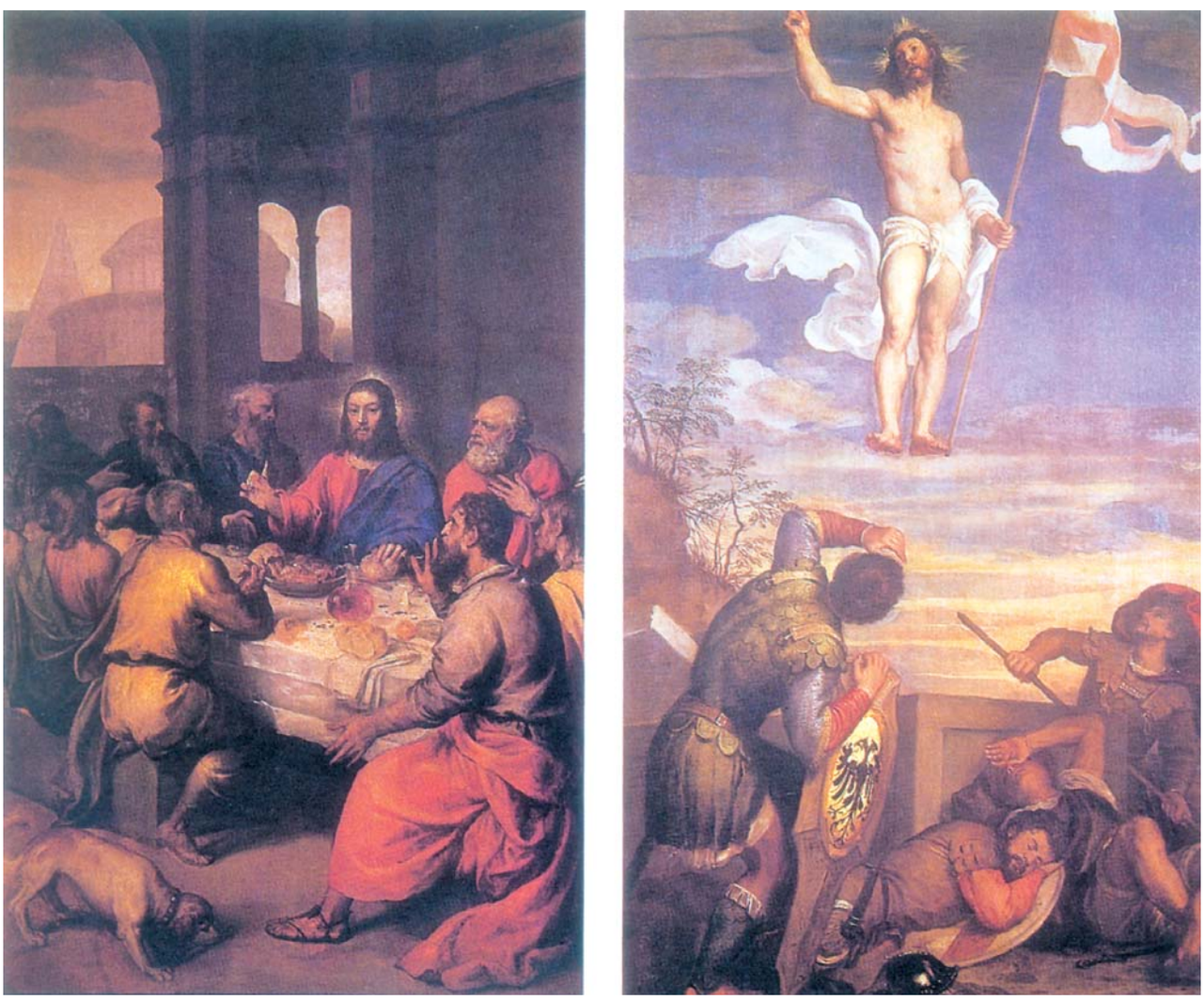


Fig. 2 - Stendardo processionale eseguito da Tiziano tra il 1542 e il 1544 in Urbino su commissione della locale e ricca confraternita del Corpus Domini; i temi trattati dall'artista sulle due facce sono L'ultima cena *(a sinistra) e* La Resurrezione *(a destra), Urbino, Galleria Nazionale delle Marche.*

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Fig. 3 - Due membri della Confraternita della Carità di Serra Dè Conti (Ancona) oranti e in cappa bianca con cappuccio e flagello. Particolare tratto dal dipinto attribuito a Giovanni Antonio da Pesaro (XV-XVI sec.), Urbino, Galleria Nazionale delle Marche.

Fig. 4 - Il Beato Cecco, rivestito del saio francescano, con il capo coronato dal nimbo e la croce in mano. Tavola quattrocentesca di autore ignoto già appartenente alla Confraternita dell'Annunziata. Pesaro, Episcopio.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Fig. 5 - La Beata Michelina, ritratta col capo coperto dal mantello francescano e sormontato dall'aureola mentre tiene le mani giunte in atto di preghiera. Tavola quattrocentesca di autore ignoto già appartenente alla Confraternita dell'Annunziata. Pesaro, Episcopio.

loro sedi ancora oggi; molte di esse divennero importanti e potenti economicamente e, pur non impegnandosi direttamente nelle vicende politiche, influirono ed incisero non poco nelle questioni civili per molti secoli, contribuendo allo sviluppo sociale, artistico ed economico delle comunità in cui si trovarono inserite. Con crescente impegno si prodigarono nell'opera di proselitismo cercando di riservarsi un proprio spazio tra le gerarchie ecclesiali, il clero, gli ordini monastici ed il popolo, fungendo sovente da cinghia di trasmissione tra queste realtà e candidandosi come alternativa e sostegno delle attività di pertinenza delle parrocchie. Per questo e per altri motivi nel corso dei secoli il clero cercò di confinare in posizioni marginali le loro attività di culto e di relegarne l'impegno prevalentemente in funzioni esterne, quali le processioni e le rappresentazioni sacre, per poi enfatizzatizzarne in chiave riduttiva, talvolta, i soli aspetti di religiosità esteriore, ponendo di fatto un pesante retaggio storico i cui effetti gravano ancora su molte fratellanze, particolarmente su quelle non dotate di un proprio oratorio.

Ciononostante molte di esse, finanziariamente forti per lasciti, donazioni e contribuzioni dei confratelli, poterono fondare ospedali, ospizi per poveri e pellegrini, orfanotrofi e conservatori per ragazze a rischio, erigere chiese, oratori e monumenti, organizzare e gestire scuole per diffondere l'istruzione e l'educazione religiosa, gestire luoghi di sepoltura. Contribuirono allo sviluppo delle arti, dotando le loro sedi di sculture, di dipinti, di decorazioni, di ori ed argenti lavorati, di paramenti pregiati, di biblioteche; diedero importanza alla musica ed al canto liturgico che praticarono assiduamente durante le funzioni religiose e nelle sacre rappresentazioni, principalmente in quelle ispirate alla Passione e Morte di Cristo.

La particolare attenzione al mondo dell'arte, particolarmente nei secoli scorsi, si compendia in due monumentali capolavori: le Sette Opere di Misericordia dipinte dal Caravaggio per la Chiesa del Pio Monte della Misericordia di Napoli e lo Stabat Mater di Pergolesi composto su commissione dell'Arciconfratemita dei Cavalieri della Vergine Sette Dolori di Napoli.

L'importanza delle confratemite nella Chiesa Cattolica è stata di notevole incisività in particolar modo nei tempi più difficili della sua storia, nel Medioevo e più segnatamente durante il periodo della Riforma protestante ed il loro contributo fu determìnante nella battaglia per contrastare il protestantesimo in Italia, nella lotta alle eresie ed in tutte le altre vicende interne ed esterne alla Chiesa Cattolica.

A seguito della Rivoluzione francese, gran parte delle congregazioni vennero soppresse o costrette dall'evolvere degli eventi a ridurre notevolmente la loro attività, altre sopravvissero rianimandosi o rifondandosi dopo la Restaurazione.

Sul finire del 1800, per effetto dell'orientamento laicista degli stati europei ed in particolare del liberalismo capitalistico dell'Italia postunitaria, la loro presenza nel tessuto sociale, e di riflesso anche in quello religioso, subì un lento ma inesorabile affievolimento.

L'instaurarsi in Europa di forme di individualismo interiore verso le quali si orientò la cristianità moderna, prevalentemente ispirate a canoni derivanti dalla cultura nordica e dal protestantesimo, nonché le tendenze alla laicizzazione ed alla statalizzazione delle associazioni che sin dalla loro costituzione e per secoli erano vissute, pur con notevole autonomia, all'interno e nel cuore della Chiesa cattolica, si concretizzarono in Italia con una legge dello Stato che ne previde la concentrazione in nuovi organismi, in parte riuscita, segnatamente per quelle che avevano fini preminentemente assistenziali. Quel provvedimento legislativo di fatto decretò la fine di molte pie istituzioni e l'indebolimento di altre.

Vi fu nel secolo scorso ancora un periodo difficile abbastanza lungo, protrattosi sin oltre il Concilio, durante il quale non vi fu neppure la dovuta ed indispensabile attenzione della componente a cui spettava il compito di proteggerle e di ravvivarle, che ne agevolò invece il progressivo abbandono e la fine per inedia di molte di esse.

Le confraternite, al di là dei valori storici, delle tradizioni e dei patrimoni di cultura e di arte che furono loro affidati affinché fossero gelosamente custoditi e tramandati, hanno il dovere di svolgere compiti importanti all'interno della Chiesa e, per suo tramite e mandato, nella società in cui sono chiamate ad operare per antica vocazione, lungo le due strade mae-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

stre indicate dal Vangelo: la Fede e la Carità.

In verità le testimonianze non mancano e molte sono le confraternite che si impegnano attivamente e confermano la loro presenza nella Chiesa e nella società con opere di beneficenza e di assistenza. Un'attenzione particolare meritano al riguardo quelle associazioni di laici che vanno sotto il titolo di "Misericordie" le quali, pur ricollegandosi nella loro origine ai motivi ispiratori dell'associazionismo laico-religioso delle Confraternite, hanno subito nel corso dei secoli sostanziali modificazioni per effetto della laicizzazione e della statalizzazione indotte dalle legislazioni degli Stati Europei, compresa l'Italia. La secolarizzazione delle loro attività, molto apprezzabili per l'impegno nel sociale particolarmente nell'assistenza agli infermi ed ai bisognosi, non ha impedito in molti casi la conservazione di quei requisiti di evangelicità e quindi di ecclesialità, caratteristica peculiare per l'appartenenza al Popolo di Dio a cui fanno appunto riferimento le Confra-ternite.

La funzione delle Confraternite resta dunque importante per il lungo cammino percorso sulla via della speranza, per il patrimonio di esperienze acquisite nelle opere di apostolato, per la secolare presenza nella Chiesa e nella società e per la funzione di raccordo svolta tra di esse, bagaglio prezioso non facilmente sostituibile, né tanto meno surrogabile.

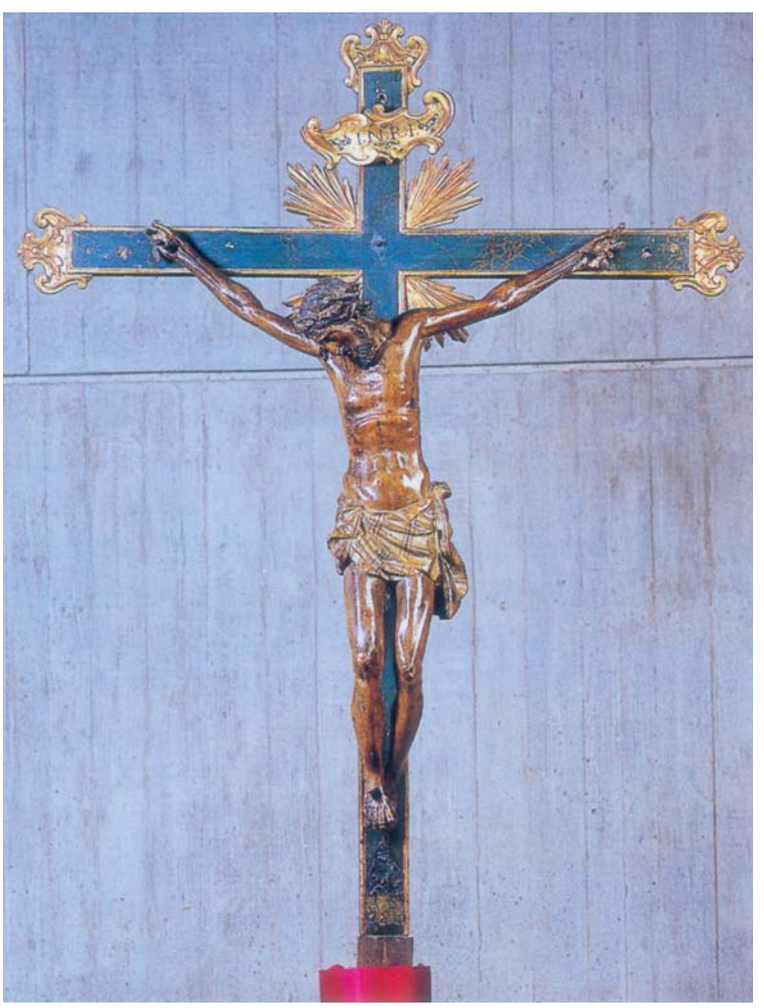


Fig. 6 - Crocifisso ligneo proveniente dalla Chiesa dell'Annunziata, sec. XVI. Ponte Tavolllo, Chiesa di Santa Maria dell'Annunziata.

Aspetti giuridico-storici

Le Confraternite erano (e sono) società o associazioni formate da gruppi di persone che riunendosi, secondo le regole stabilite da statuti, conducevano la loro vita religiosa in comune.

Tali persone non prendevano i voti, come i membri di un ordine religioso riconosciuto canonicamente, ma facevano parte del mondo secolare. Dagli storici i termini "confraternita", "fratellanza", "sodalizio" e "compagnia" sono usati senza far grandi differenze. In Italia si usarono più comunemente i termini di "confraternita" e di "compagnia".

L'antico diritto canonico poneva tuttavia delle distinzioni tra le pie unioni (associazioni fondate per opere di pietà e di carità), i sodalizi (istituzioni simili costituite come corpi organizzati) e le confraternite (istituzioni simili fondate per rafforzare il culto pubblico). Nel diritto canonico recentemente riveduto si parla invece di *consociationes*, associazioni.

La maggioranza delle Confraternite erano laiche, erano cioè associazioni che comprendevano laici - non escludendo che tra i loro membri ci fossero degli ecclesia-

stici - che venivano controllate da consiglieri spirituali appartenenti agli ordini religiosi. Tuttavia esistevano anche alcune Confraternite e Compagnie riservate al clero secolare e altre destinate al clero ma che inserivano anche dei laici.

In definitiva si può affemare che le Confraternite erano delle associazioni libere, di persone quasi sempre laiche che si univano non solo per preparare "l'aldilà", ma per occuparsi in modo notevole di attività sociali, politiche e culturali della comunità, svolgendo sempre più un ruolo di importanza fondamentale alla quale gli storici non hanno ancora dato il valore che esse meritano. Esse infatti organizzavano le scuole domenicali e i funerali, gestivano ospedali e orfanotrofi, patrocinavano le arti e la musica, davano asilo, fornivano doti e accompagnavano al patibolo i condannati alternando la cura materiale dei corpi all'interesse per le anime.

Fig. 7 - Immagine in argento della Madonna Annunziata ritratta a mani giunte: posta ai piedi del crocifisso di legno policromo scolpito e intagliato che adornava l'altare sinistro della Chiesa dell'Annunziata, rappresentava il simbolo della Confraternita. Il prezioso manufatto è risalente alla prima metà del XVI secolo. Ponte Tavollo, Chiesa di Santa Maria dell'Annunziata.

Purtroppo in qualche caso perseguitavano gli eretici.

R. Rusconi in un suo studio ha così classificato le Confraternite com'erano nel '400 dividendole poi in quattro categorie: i Laudesi, i Disciplinati, le Società eucaristiche legate alle cattedrali, le Confraternite devozionali, legate agli ordini religiosi e alle loro chiese. Tale classificazione ci permette di evidenziare le differenze che esistevano tra le prime due, praticamente indipendenti, con oratori e locali propri, e le altre, soggette ad un maggior controllo del clero.

Nei secoli successivi, per arrivare al periodo che stiamo esaminando, si ag-giunsero altre categorie, soprattutto le Confraternite che avevano uno stretto legame con la chiesa parrocchiale e quelle che si dedicavano a scopi puramente umanitari.

Le Confraternite erano per lo più composte da uomini adulti laici. I confratelli avevano nei riguardi di persone del clero, di donne e di giovani opinioni particolari sulla loro ammissione; infatti queste persone, quando venivano ammesse, rimanevano in una posizione di inferiorità e godevano di diritti e privilegi limitati.

Alcune Confraternite erano aperte solo a certi gruppi esclusivi di uomini, mentre altre potevano comprendere persone di ambo i sessi, appartenenti a diverse classi sociali. Tra varie Confraternite si svilupparono a volte contrapposizioni quando i membri appartenenti alle classi sociali alte dominavano l'intera comunità, mentre al contrario altre portarono avanti proposte sociali valide, smussando talora tensioni all'interno della stessa comunità e contribuendo a dare molto sotto il profilo sociale.

I laici delle Confraternite lottarono nel corso dei secoli per ottenere la massima autonomia. Certe Confraternite avevano un cappellano che veniva praticamente pagato a cottimo, senza essere per questo iscritto come membro della Confraternita.

Alcune ricevevano i servizi dai rispettivi parroci delle chiese alle quali esse erano affiliate ed avevano la loro cappella.

In conclusione si può affermare con certezza che le Confraternite volessero mantenere laica il più possibile la gestione dei propri affari.[1]

A questo punto è necessario, per meglio comprendere quanto seguirà, precisare che le "Confraternite" sono una "specie" del più ampio "genere" degli *Enti Ecclesiastici*. Con questi debbono essere intesi gli Enti della Chiesa Cattolica come oggi ancora si ricava dall'art. 831 c.c.

[1]Da Pagine Calvesi n. 2

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Altro aspetto che è necessario evidenziare è l'assoluta importanza del *riconoscimento* degli Enti Ecclesiastici nell'ordinamento statuale.

La situazione previgente la legge n. 6972 del 1890 (Legge Crispi) vedeva un interesse dello Stato nel settore della beneficenza che però non andava oltre la coordinazione a livello amministrativo delle diverse tipologie di enti, riconoscendo una disciplina unitaria di tutti quegli enti che fino ad allora avevano gestito tale settore.

Le norme con le quali il Diritto Canonico disciplinava i propri *enti* erano considerate fonte di produzione e di cognizione di diritto oggettivo, e le disposizioni emanate dall'autorità civile, soprattutto in tema di controllo sull'attività e sulla formazione e amministrazione del patrimonio degli stessi, si ponevano per lo più quali norme singole di deroga o integrazione espressa ed eccezionale, conservanti e presupponenti per tutto il resto la disciplina canonica nel suo complesso organico.

Soprattutto non vi era, di norma, bisogno di riconoscimento alcuno da parte del potere civile: gli istituti ecclesiastici erano, cioè, di per sè rilevanti tanto per la loro esistenza dal punto di vista giuridico, quanto per la loro capacità di porsi quali centri autonomi di imputazione di effetti e di relazioni giuridiche.

Di fatto quindi non vi era alcuna necessità di "riconoscimento", nessuno contrastando e contestando che la Chiesa fosse fonte di normative. Infatti, fino alla nasciata degli Stati Nazionali di tipo liberale, non era neanche presa in considerazione una scissione, nelle persone del cittadini, tra sentimenti religiosi e civili, che quindi si confondevano di fatto e nella prassi.

Il quadro globale muta notevolmente quando lo Stato, nell'intenzione di muoversi per la lotta al pauperismo, non cerca di dar vita a strutture assistenziali nuove e alternative a quelle esistenti sul piano privato, bensì procede con l'incorporazione di tutti gli enti che operassero nel settore con conseguente soggezione al regime pubblicistico; la legislazione crispina rappresenta il primo intervento innovatore in materia di enti assistenziali dando vita ad un forte sistema assistenziale sottoposto a quel mantello pubblicistico che a lungo graverà sugli enti che acquisteranno denominazione di istituzioni pubbliche di beneficenza e poi anche di assistenza (IPAB), mettendo così in luce un aspetto nuovo e di sicuro interesse che segnerà l'evoluzione della disciplina stessa in direzione previdenziale.

Da sempre l'opera di beneficenza si è caratterizzata per una chiara indole religiosa, basti ricordare l'opera svolta nei conventi o presso le istituzioni ospedaliere, pertanto risulta facile comprendere come la più colpita da tale legge sia stata la Chiesa, che si vide completamente espropriata di un sistema che era di massima da lei controllato; ma se è corretto affermare questo è anche giusto porre in luce che non si può parlare di monopolio dell'assistenza sotto la legge Crispi, stante la possibilità di svolgere attività fuori dalla sfera del riconoscimento normativo, quindi come enti operanti esclusivamente sul piano di fatto; inoltre ai privati restava possibile istituire comitati di soccorso o di beneficenza: risulta dunque più corretto parlare di "quasi monopolio" dell'assistenza.

Negli anni successivi per quanto non sembri mutare sul piano del diritto sostanziale la situazione nei confronti degli enti assistenziali, con la disciplina concordaria si intaccò l'operatività del regime crispino, se si tiene a riferimento il fatto che la gran parte degli enti erano caratterizzati da un evidente substrato di ecclesiasticità; il Concordato, difatti, nel regolare i requisiti richiesti per il riconoscimento degli enti, oltre ad ampliare la categoria di enti che potevano aspirare al riconoscimento, apportò una dilatazione del campo di azione lasciato agli enti ecclesiastici sotto il profilo finalistico dove si accompagna allo scopo di culto quello di religione; lo scopo di culto era già presente nella legislazione liberale, ma la vera novità era rappresentata dalla presenza dello scopo di religione che equiparato allo scopo di culto ne estende la novazione e il valore, rendendo così possibile esercitare quell'attività di assistenza che si era rilevata strumento per la realizzazione degli interessi religiosi. Un altro importante punto che si raggiunse con il Concordato del 1929, è rappresentato dalla sottrazione ad ulteriori trasformazioni in IPAB delle confraternite aventi scopo esclusivo o prevalente di culto.

Il Concordato del 1929 risulta quindi decisivo al fine di ripristinare una ingerenza della Chiesa negli Enti Ecclesiastici.

Dall'Unità d'Italia fino a quel momento di fatto gli Enti Ecclesiastici non esistevano quasi più, anche per le soppressioni, ma soprattutto per il fatto che essi erano

comunque *regolati solo ed esclusivamene dalle leggi dello Stato*.

Quindi perchè la Chiesa potesse riaffermare un controllo sugli Enti Ecclesistici, secondo le norme del Diritto Canonico, erano necessari dei *patti* attraverso i quali si fossero *riconosciuti* nell'ordinamento dello Stato gli Enti Ecclesiastici regolati secondo il Codice Canonico. Ciò vale soprattutto per gli Enti Ecclesiastici aventi finalità di religione o di culto. Infatti diverso è per gli Enti Ecclesistici con finalità di assistenza e beneficienza.

Tanto più che con il Concordato del 1929 si garantiscono agli Enti Ecclesiastici privilegi in campo patrimoniale, tributario, ecc.

Fatto stà che comunque con il Concordato del 1929 ancora lo Stato aveva parecchia influenza sugli Enti Ecclesistici e soprattutto sul loro patrimonio.

Il sistema crispino (della personalità giuridica pubblica delle Associazioni di assistenza e beneficienza) parrebbe entrare in crisi con l'ordinamento repubblicano quando tra le norme costituzionali si fissa all'art. 38 la libertà dell'assistenza, accompagnata da altri articoli come il 2 il 5, sul pluralismo sociale e istituzionale, e l'art. 117 che prevede la delega di alcune funzioni alle regioni, tra cui la beneficenza pubblica; sul piano reale la Costituzione però non riesce ad imporsi, ciò che servirebbe è rappresentato da una legge di riforma dell'assistenza che tenga conto delle innovazioni costituzionali.

La situazione rimane immutata per diversi decenni, fino a quando nel 1970 con l'operatività dell'ordinamento regionale si ritiene come non più differibile la riforma dell'assistenza.

Il legislatore tenta un'attuazione dell'articolo 117 andando così a regolare una materia come la beneficenza pubblica, nulla però si innova, stante la permanente competenza statale sulla materia; la Corte Costituzionale dal suo, interpellata più volte per risolvere presunti conflitti, anzichè smuovere il legislatore a compiere il grande passo, dà interpretazioni essenzialmente politiche assecondando il volere espresso in parlamento della legge.

L'ostacolo più grande è rappresentato dalla continua operatività della legge Crispi, e il sistema di pubblicizzazione forzosa; il momento decisivo arriva nel 1998, quando la Corte Costituzionale si pronuncia, con una sentenza che rappresenta un caposaldo nella nuova disciplina dell'assistenza, riconoscendo l'incostituzionalità dell'articolo primo della legge Crispi nella parte in cui esclude che le IPAB possano ottenere personalità giuridica di diritto privato.

Per quanto sul piano pratico la legge già subisse una interpretazione sostanzialmente abrogativa, la sentenza 396 riesce a scardinare un importante punto; finalmente ci si rende conto dei principi in cui si è ispirata la costituzione, uno su tutti la libertà nell'assistenza privata e del conflitto sussistente con la continua applicazione della legge Crispi.

Si apre così la strada della privatizzazione che sarà regolata sul piano amministrativo con un DPCM del 16 febbraio 1990, che comunque avrebbe dovuto rimanere un regime transitorio in attesa di quella legge quadro di riforma dell'assistenza che per quanto la Corte si esprima sulla necessità il legislatore tace, dando notevole rilievo all'elemento confessionale.

Gli anni Novanta come abbiamo visto si aprono con il decreto del governo e successivamente saranno ricchi di interventi volti a regolare la materia dell'assistenza e delle attività *non profit* in genere.

Si ricordano, infatti, la legge sul volontariato n. 266 del 1991, il decreto legislativo sulle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) n. 460 del 1997 e la tanto auspicata legge quadro di riforma della assistenza n. 328 del 2000 con il decreto legislativo 207 del 2001 sul riordino delle IPAB.

Questi continui interventi del legislatore nell'ultimo decennio ci fanno comprendere la necessità che si avvertiva e l'esigenza di razionalizzare un settore abbastanza confuso.

La crisi dello stato sociale è sentita e si tenta di risolvere la situazione evitando che si scelgano le vie alternative della contestazione. Si offrono così diversi strumenti a favore del cittadino che ha intenzione di svolgere attività benefiche. Certo le maglie per accedere al settore sono molto ristrette e ben definite per evitare che si possa frodare la legge approffittando di un regime molto vantaggioso. Quello che si cerca a livello normativo è di definire quell'attività che si propone valori quali l'utilità sociale, la solidarietà, la non lucratività; interessante notare come per l'accesso degli enti ecclesiastici al regime ONLUS, regime nato per permettere di attuare quelle opere che siano di promozione e svi-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

luppo dell'attività umana in settori contraddistinti dalla solidarietà, non vi sia un'inclusione *ope legis*. Per quanto gran riferimento a tali enti vi sia nel decreto, l'accesso è dettato in funzione dell'attività effettivamente svolta tenendo sotto il consueto regime le altre attività; questo se da una parte può attenuare la specialità dell'ente ecclesiastico, dall'altra la esalta ponendo luce su quella sfera di azione chiaramente religiosa di cui sono dotati tali soggetti.

Si arriva finalmente alla legge quadro n. 328 del 2000 con cui si realizza un sistema integrato di interventi e servizi sociali in cui si raggiunge l'obiettivo di affermare l'universalità delle prestazioni, e il diritto all'assistenza privata così come è definito dalla Costituzione. Si provvede, inoltre, a regolare il destino delle IPAB con il decreto legislativo n. 207 del 2001 con cui si dà attuazione a quanto previsto nella legge quadro. L'alternativa alla pubblicizzazione forzosa è rappresentata dalla via della depubblicizzazione o riprivatizzazione, o dalla via della permanenza della personalità giuridica di diritto pubblico con riflessi privatistici circa la gestione delle risorse e del personale attraverso l'istituzione di nuove figure: le aziende di servizi alle persone ASP.

A più di cento anni dalla legge Crispi assistiamo ora al suo definitivo abbandono con una legge che presta una particolare attenzione, anzi riconosce e agevola le attività e le organizzazioni assistenziali di impulso privato, senza trascurare gli enti riconosciuti delle confessioni religiose nel sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Come si può notare innumerevoli sono stati i passi avanti compiuti. Se dapprima l'attività dei privati è sempre stata a latere di quella statale, ora si assiste a un ridimensionamento del ruolo del potere pubblico in ambito sociale. Il sistema si presentava molto complesso e farraginoso. Ora la tendenza è di ricercare una sempre maggiore omogeneità ed uniformità giuridica al fine di rendere più immediato e intellegibile il sistema assistenziale[2].

Aspetti normativo-giuridici

1 - Premessa

È con l'Accordo Stato - Chiesa del 1984 che si perfezionano i *riconoscimenti* degli Enti ecclesiastici nell'ordinamento dello Stato. Non è che la materia risulti chiaramente regolamentata, che anzi è complessa e confusa, ma è certo che soprattutto per gli Enti Ecclesiastici con finalità di religione e di culto aumentano i privilegi patrimoniali e tributari, ed una soggezione degli stessi affidata pressochè totalmente al Diritto Canonico.

A questo punto è bene ritornare alle Confraternite ed esaminare il loro *status* negli ordinamenti giuridici.

Le Confraternite sono "associazioni" e come tali regolate dal Diritto

Fig. 8 - Emblema della Confraternita di San Giovanni Battista di Urbino.

[2]Tesi di Laurea del Dr. Andrea Masotta, Università di Roma Tre, arricchita da passi dello scrivente.

Canonico, dal Diritto dello Stato Italiano e dalle Convenzioni Stato Italiano - Chiesa Cattolica.

In particolare con la riforma del Codice Canonico del 1983 le Confraternite sono considerate e regolamentate come *associazioni*.

Essendo delle Associazioni esse automaticamente sono *persone giuridiche* cioè insieme di persone regolamentate dagli Ordinamenti Giuridici tra cui quello Canonico.

Le associazioni che si definiscono Confraternite hanno la peculiarità e particolarità di essere istituite per scopi umanitari, sociali e di incremento del culto.

Al fine di conciliare le discipline di tali Associazioni tra i due detti ordinamenti giuridici, esse sono state oggetto delle normative pattizie tra Stato Italiano e Chiesa Cattolica, dove rientrano nel *genius* più ampio degli *enti ecclesiastici*.

Va da sè che anche altri Stati nazionali hanno regolato la materia con la Chiesa Cattolica, ma ovviamente noi ci occuperemo dello Stato Italiano.

Occorrerà pertanto esaminare le normative del Codice Canonico, dello Stato Italiano, e dei Trattati pattizi tra i due Stati.

2 - Le Confraternite nel Codice Canonico

Come detto in premessa, con il Codice Canonico del 1983, le Confraternite sono regolamentate negli Istituti più ampli delle "Persone Giuridiche" e delle "Associazioni".

a) *Persone giuridiche*

Il Canone (Canone deriva dal greco *Kanon* "norma") 113 sancisce che nella Chiesa, oltre alle persone fisiche, esistono anche "persone giuridiche" ossia soggetti nel diritto canonico di doveri e diritti.

Il Can 114 definisce la "persona giudirica" quale insieme sia di persone che di cose ordinate ad un fine rispondente alla missione della Chiesa. I fini s'intendono quelli attinenti ad opere di pietà, di apostolato o di carità.

Le persone giuridiche possono essere pubbliche o private. Sono persone giudiriche "pubbliche" le unità di persone o di cose costituite dalla competente Autorità Ecclesiastica perchè nell'ambito dei fini prestabiliti adempiano a nome della Chiesa il compito loro affidato.

Tutte le altre persone giuridiche sono "private".

Le persone giuridiche "pubbliche" acquisiscono la personalità sia ipso iure, sia mediante speciale Decreto della competente Autorità.

Le persone giuridiche "private" acquistano la medesima personalità giuridica *solo* mediante speciale decreto della competente Autorità.

La differenza, che sembra sfuggire (attesa la uguale formalità di acquisizione della personalità giuridica con il Decreto dell'autorità competente) è data dal Can 116; questa non consiste nel "fine", bensì dal fatto che le persone giuridiche pubbliche operano *in nome della chiesa*, quali suoi strumenti, mentre le persone giuridiche private agiscono a nome proprio e sotto la responsabilità dei membri.

In definitiva le persone giuridiche pubbliche sorgono ad iniziativa diretta dell'Autorità Ecclesiastica, quelle private ad iniziativa dei fedeli.

Tutte le persone giuridiche per essere tali debbono avere gli statuti approvati dalla competente Autorità.

La persona giuridica pubblica è rappresentata da coloro ai quali è riconosciuta la rappresentanza del diritto universale o particolare oppure dei propri statuti.

La persona giuridica privata è rappresentata da coloro ai quali la rappresentanza è attribuita dagli statuti.

Le deliberazioni nell'ambito delle persone giuridiche avvengono in modo democratico mediante l'assemblea e gli altri organi statutari con il principio della maggioranza.

La persona giuridica è per sua natura perpetua; si estingue: per soppressione della competente Autorità; per cessazione di ogni attività per cent'anni; per scioglimento dell'Associazione a norma degli statuti.

In caso di estinzione i beni delle persone giuridiche pubbliche sono liquidati secondo il diritto e gli statuti. Se questi tacciono passano alla persona giuridica immediatamente superiore.

In caso di estinzione di una persona giuridica privata la destinazione dei beni è regolata dallo statuto.

b) *Associazioni*

Il Can 298 § I° cita: "Esistono nella Chiesa "associazioni" distinte dagli istituti di vita consacrata e dalle società di vita apostolica nelle quali i fedeli, sia chierici, sia laici sia chierici e laici insieme, tendono con azione

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

comune all'attuazione di una vita più perfetta o all'incremento del culto pubblico o della dottrina cristiana o ad altre opere di apostolato, come le iniziative per l'evangelizzazione, l'esercizio di opere di pietà o di carità, l'animazione dell'ordine temporale mediante lo spirito cristiano."

Il Can 299 cita:

- 1. "E' in facoltà dei fedeli, mediante un accordo privato fatto tra di loro, costituire associazioni per conseguire i fini di cui al can 298, § 1, fermo restando il disposto del can. 301, § 1.
- 2. Tali associazioni, anche se lodate o raccomandate dall'autorità ecclesiastica, si chiamano associazioni private.
- 3. Nessuna associazione privata di fedeli è riconosciuta nella Chiesa, senza la previa revisione dei suoi statuti effettuata dall'autorità competente."

Il Can 301 cita:

- 1. "Spetta unicamente alla competente autorità ecclesiastica erigere associazioni di fedeli che si propongano l'insegnamento della dottrina cristiana in nome della Chiesa o l'incremento del culto pubblico, o che tendano ad altri fini, il cui perseguitamento sia riservato, per sua natura, alla medesima autorità ecclesiastica.
- 2. L'autorità ecclesiastica competente, se lo giudica opportuno, può erigere associazioni di fedeli anche per il conseguimento diretto o indiretto di altre finalità spirituali, alle quali non si sia sufficientemente provveduto con iniziative private.
- 3. Le associazioni di fedeli, erette dalla competente autorità ecclesiastica, si chiamano associazioni pubbliche. "

Si è ritenuto per chiarezza di definizione dell'"Associazione" riportare pedissequamente i tre canoni.

Le associazioni di fedeli tutte debbono essere dotate di statuti e sono soggette alla vigilanza dell'Autorità Ecclesiastica competente.

Le associazioni dei membri debbono avvenire secondo gli statuti. Una medesima persona può essere membro di più associazioni.

La dimissione (espulsione) di un membro è prevista solo per giusta causa o per norma del diritto o degli statuti.

Esse operano democraticamente con elezioni e deliberazioni a maggioranza.

Il codice canonico esamina e regolamenta anche le Associazioni private *che non siano costituite in persona giuridica* (Can 310) e dice che queste non possono essere soggetti di obbligazioni e diritti.

Una Associazione privata di fedeli può acquisire la personalità giuridica *solo* con l'approvazione dei suoi Statuti da parte dell'Autorità Ecclesiastica.

3 - Le Confraternite nel Diritto Italiano

Tale dizione non è molto corretta sotto il profilo semantico in quanto tali associazioni entrano nel Diritto Italiano solo attraverso le normative pattizie tra Stato Italiano e Chiesa Cattolica.

Non si può però prescindere da alcuni cenni sulle "Associazioni" nel Diritto Italiano, per poi comprendere appieno lo sviluppo e la regolamentazione nel diritto ecclesiastico, così definito quel complesso di norme pattizie recepite nell'Ordinamento Italiano.

Astrattamente si può comunque affermare che un'Associazione potrebbe fregiarsi del nominativo di "Confraternita" essendo regolata solo ed esclusivamente dalle norme dello Stato Italiano.

a) *Persone giuridiche*

Il Codice Civile non dà definizione precisa di personalità giuridica come invece quello Canonico, ma le concretizza in Enti cui di fatto rimanda.

Gli artt. 11 e 12 distinguono le persone giuridiche in "pubbliche" (Province-Comuni - Enti Pubbici riconosciuti come persone giuridiche) e in "private" riconosciute (ora regolamentate dal DPR 361/2000).

b) *Associazioni*

Il Codice Civile, Libro I, Titolo II, Capo II, istituisce la figura delle *Associazioni* limitandosi ad una esposizione fattuale (art. 14 e segg.). Prevede altresì la figura dell'"associazione non riconosciuta" (art.36), per la quale si limita a dire che "sono regolate dagli accordi degli associati".

Le confraternite come regolate a seguito delle normative pattizie tra Stato e Chiesa

Si è dovuto, ancorchè succintamente, esaminare le normative canoniche e dello Stato Italiano al fine di affrontare con cognizione di causa le normative pattizie

nella parte in cui regolamentano gli Enti Ecclesiastici e quindi quelle particolari associazioni di fedeli tra cui le Confraternite.

In buona sostanza le confraternite, quali associazioni, a seconda di loro peculiarità, sono riconosciute nell'ordinamento italiano, valorizzando così l'inquadramento che esse hanno nell'ordinamento Canonico. Di fatto quindi, con il loro riconoscimento, vengono "incasellate" nell'Ordinamento Italiano ma con "specialità".

Il riconoscimento della personalità giuridica di un Ente Ecclesiastico comporterebbe che questo "viva" nell'ambito dello Stato Italiano secondo il suo regolamento, come qualsiasi associazione riconosciuta dallo Stato Italiano. Quindi queste sarebbero soggette ai controlli statuali, di modo che l'ordinamento confessionale non potrebbe far valere le misure da esso disposte per controllare l'attività gestionale di questi Enti o Associazioni.

Per superare questa limitazione, e per far sì che l'ordinamento confessionale conservi l'autonomia argonizzatoria e il potere di controllo su tali Enti o Associazioni canoniche, necessita da parte dello Stato laico, che li riconosce, di un *quid pluris* e cioè una disciplina speciale. Il riconoscimento della personalità giuridica deve dunque accompagnarsi alle creazione di un'area di specialità determinata dalle norme pattizie che appunto consentono che lo stato confessionale possa assoggettare alle proprie normative tali Enti denominati Ecclesiastici proprio in virtù degli accordi pattizi ed in special modo oggi dell'accordo del 1984. Tutto ciò riveste una particolare rilevanza anche ai fini del controllo e della gestione del patrimonio ecclesiastico di proprietà di tali Enti che sono praticamente (sempre nel Diritto Canonico) Associazioni pubbliche o private con personalità giuridica. Di modo che il patrimonio delle stesse è riconducibile alla persona giuridica, e non di riferimento dei singoli associati, come avviene per le associazioni non riconosciute.

La materia assai complessa è regolamentata dagli accordi Stato - Chiesa del 1984 e quindi dalle Leggi relative n. 121 del 25/3/1985 e n.ri 206 e 222 del 20/5/1985 oltre alle successive leggi, non concordatarie, ma assai rilevanti e cioè il D.Lgs n° 460 del 4/12/1997 (ONLUS) e il Dpr. n° 361 del 10/2/2000 e conseguente D. Lgs 207/2001 (riconoscimento personalità giuridica degli Enti privati).

Non è certo questa la sede per redigere un trattato su tali argomenti complessi e complicati e che investono problematiche sui più disparati rami del diritto.

Occorre quindi "semplificare", anche se ciò comporta imprecisioni e lacune, per consentire di avere un quadro soddisfacente e comprensibile della materia.

La norma fondamentale in materia è costituita dal combinato disposto degli artt. 20 Cost. e 7 dell'Accordo 1984 che stabiliscono che il carattere ecclesiastico o il fine di religione o di culto di un'associazione o istituzione non pos-

Fig. 9 - Emblema della Confraternita di S. Antonio Abate di Urbino.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Fig. 10 - Barella per il trasporto dei defunti appartenente all'Oratorio pesarese del Nome di Dio.

sono essere causa di speciali limitazioni legislative nè di speciali gravami fiscali per la sua costituzione, capacità giuridica ed ogni forma di attività; lo Stato si impegna a riconoscere, su domanda dell'autorità ecclesiastica, la personalità giuridica degli enti ecclesiastici con sede in Italia aventi fine di religione o di culto che siano stati eretti o approvati secondo le norme del diritto canonico.

Molto importante, per non dire determinante, ai fini del riconoscimento e dell'inquadramento delle Confraternite nel Diritto Italiano è la loro finalità: a) esclusivo e/o preminente scopo di religione o di culto; b) scopo di assistenza e beneficenza fermo restando che per ambire a ciò è necessario il loro collegamento organico con la Chiesa, formalizzato dal necessario assenso dell'Autorità Ecclesiastica competente.

a) *Circa le Confraternite con scopo esclusivo o prevalente di culto*

Le Confraternite hanno carattere locale e quindi sarebbe esclusa la loro riconoscibilità (art. 9 L. 222/1985). Esse però in quanto associazioni costituite o approvate dall'Autorità Ecclesiastica possono essere riconosciute alle condizioni previste nel Codice Civile. Esse restano regolate dalle leggi civili, salva la competenza dell'Autorità Ecclesiastica circa la loro attività di culto e in ordine agli organi statutari (art. 10 legge cit.). Tale articolo comunque sancisce l'applicabilità del precedente art. 3 che prevede il riconoscimento della personalità giuridica su domanda del Legale Rappresentante previo assenso dell'Autorità Ecclesiastica.

Con il riconoscimento la Confraternita assume la qualifica di "Ente ecclesiastico civilmente ricono-

sciuto" con tutti i benefici di carattere giuridico economico fiscale ecc. previsti dalle norme pattizie.

In buona sostanza l'art. 10 citato di fatto fà soggiacere al Diritto Canonico tutto quanto riguarda le Confraternite aventi fine esclusivo o prevalente di culto (Cass. Sez. Unite n° 3127/1997 e n° 10300/1993 ancorchè tali risoluzioni non siano condivise dalla Dottrina (Vitale) come pure modestamente dallo scrivente.

b) *Circa le Confraternite con scopi di assistenza e beneficenza*

Queste per effetto della Legge Crispi erano divenute persone giuridiche di diritto pubblico e quindi soggette ad un severo controllo dello Stato.

Con l'accordo Stato - Chiesa dell'84, tali associazioni sono regolate dall'art. 15 L. 222/85. Esso cita:

"Gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti possono svolgere attività diverse da quelle religiose o di culto, alle condizioni previste dall'articolo 7, n. 3, secondo comma, dell'accordo del 18 febbraio 1984".

L'art. 7 della L. 121/1985 al III° comma cita: "omissis ... Le attività diverse da quelle di religione o di culto, svolte dagli enti ecclesiastici, sono soggette, nel rispetto della struttura e della finalità di tali enti, alle Leggi dello Stato concernenti tali attività e al regime tributario previsto per le medesime".

Rimaneva incerta la funzione pubblica di tali Enti, come visto sopra, già criticata e resa incostituzionale della Sentenza Corte Costituzionale n° 396 del 1988. Ogni ombra veniva fugata con l'entrata in vigore del D.Lvo 207/2001 in virtù del quale tali associazioni si sono trasformate "in persone giuridiche di diritto privato" con semplice propria deliberazione senza sottostare ad alcuna verifica dei requisiti (Art. 4 D.Lvo 207/2001). Esse sono soggette alla legge ordinaria corrente, salva la competenza dell'Autorità Ecclesiastica per quanto riguarda la loro attività diretta a scopi di culto (art. 71 L. 222/1985). Tali persone giuridiche, possono anche costituirsi in ONLUS (D.Lvo 460/1997) con i benefici previsti da tale normativa.

Infine qualora oggi si volesse costituire una Confraternita con il suo riconoscimento nel Diritto Italiano occorrerebbe operare la distinzione tra finalità di religione o di culto, o di assistenza e beneficenza.

Entrambe possono acquisire il riconoscimento di persone giuridiche di diritto privato nell'ordinamento italiano, ma le prime, di fatto, rimangono soggette al diritto canonico, le seconde a quello italiano fatte salve le questioni di culto.

Ad ogni buon conto, a parere dello scrivente, al fine di attuare le finalità come volute dai fedeli (che si associano), *in assoluta libertà*, sono da preferirsi le costituzioni in associazioni "non riconosciute" di cui al Can 310 e all'art. 36 C.C.. In tale caso esse saranno regolamentate dai due ordinamenti e non godranno di particolari privilegi, ma la loro gestione ed il loro patrimonio saranno soggetti esclusivamente alla volontà degli associati. Con la facoltà di costituirsi in ONLUS ove ne ricorrano i presupposti, con i relativi benefici.

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 X - n° 1
Gennaio 2007
Registrazione 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
Francesco Alò, Maurizio Battino, Fiorenzo Conti, Giuseppe Farinelli, Stefania Fortuna, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini, Daniela Venturini
Redazione
Antonella Ciarmatori, Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini, Daniela Santilli, Daniela Pianosi (*Segretaria di redazione)*
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049
Direttore Responsabile
Giovanni Danieli