



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Il 23 di ottobre dell'anno 1970, in una sala messa a disposizione dalla Provincia di Ancona, Savino Melone, Provveditore agli Studi e in precedenza Professore di fisica nell'Università di Camerino, apriva con una sua lezione l'attività didattica della appena istituita Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona, sorta quest'ultima un anno prima con la Facoltà di Ingegneria. Ricorrendo quest'anno il quarantennale della fondazione, la Facoltà ha inteso celebrarlo con un primo evento nel quale sono ricordati le origini ed il cammino sino ad oggi percorso. Saranno presenti alcuni dei protagonisti di allora e molti di coloro che in questi anni hanno dato il loro apporto di idee ed energie per costruire la Facoltà oggi esistente.

Dopo due fascicoli delle Lettere dedicati pressoché esclusivamente all'informazione degli Studenti sui programmi didattici dell'anno appena iniziato, con questo numero si ritorna alla tradizionale articolazione in diverse rubriche che comprende tra l'altro le notizie riguardanti la vita della Facoltà, i verbali delle riunioni degli Organi collegiali che governano l'Università, i testi di alcuni importanti momenti didattici dei Corsi di Laurea - la Settimana Introduttiva, i Corsi monografici, i Forum e i Convegni annuali della Facoltà - la sintesi delle tesi di laurea che hanno ricevuto la dignità di stampa. In questo numero, ampio spazio viene riservato alle Scienze Umane, alla Storia della medicina con la descrizione delle cure termali nell'antichità, alla Letteratura con un prezioso contributo alla conoscenza della medicina all'epoca e nel pensiero di Monaldo Leopardi, alla definizione delle Scienze Umane ed alle motivazioni del loro inserimento nella formazione sanitaria; in una Università, felicemente politecnica come è la nostra, la presenza continua di una voce di cultura umanistica è necessaria quanto auspicabile per consentire una crescita culturale diffusa ed armonica dei nostri Studenti.

Da quest'anno la nostra Facoltà ha assicurato la propria collaborazione all'Accademia Medico Chirurgica del Piceno, una gloriosa associazione culturale che vanta ormai 104 anni di vita, accordando il patrocinio e fornendo Coordinatori e Docenti ad un Corso di formazione permanente in Medicina che si svolge in dodici successivi appuntamenti in altrettante sedi regionali. Il corso, che gode del patrocinio della Regione Marche e degli Ordini dei Medici, si realizza in piena collaborazione con Dirigenti Ospedalieri e Medici di medicina generale, raggiungendosi così una proficua collaborativa integrazione tra Università, Ospedale e Società Italiana di Medicina generale, che non può che portare vantaggio non solo all'assistenza sanitaria ma anche alla formazione di medici e professionisti della salute. Di questo corso ospitiamo i resoconti, quale ulteriore contributo formativo per i nostri Studenti dei Corsi di Laurea e delle Scuole di Specializzazione.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

EDITORIALE 2

Don't kill granny: il ruolo e gli obiettivi della Geriatria
di Paolo Dessì Fulgheri, Fabio Salvi

VITA DELLA FACOLTÀ 6

Ricordo di Salvatore Occhipinti, 6 - Celebrazione del Quarantennale della Fondazione della Facoltà, 8 - Attività Formativa Professionalizzante, 9 - Attività Didattiche Elettive, 10 - Visita d'istruzione alla Clinica Urologica di Bonn, 11

CONGRESSO ANNUALE DI FACOLTÀ 12

Fonti ed acque curative nell'area medio adriatica nell'antichità
di Mario Luni

DIGNITÀ DI STAMPA 20

Delirium post operatorio. Impatto dell'anestesia sullo stato cognitivo, 20
di Francesca Moccheggiani, Erica Adrario
Pelvic fitness. Effetto della ginnastica del pavimento pelvico in ambiente extrasanitario sulla prestazione muscolare, 35
di Katia Accogli, Francesco Ciattaglia, Andrea L. Tranquilli

CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE 23

Problemi clinici in Ematologia: Paziente con anemia refrattaria alle terapie tradizionali, A. Poloni, G. Visani, 23 - Riconcontro occasionale di gammopatia monoclonale, F. Alesiani, M. Offidani, 25 - Il paziente con linfadenomegalia persistente, R. Centurioni, P. Galieni, 27 - Comparsa di febbre in un soggetto con emopatia, L. Corvatta, A. Fiorentini, 30 - Management delle mieloproliferazioni croniche dell'anziano, M. Brunori, 33

MEMORIA E ATTUALITÀ DELLA MEDICINA 39

Il ruolo delle humanities nella formazione delle Professioni Sanitarie
di Maurizio Mercuri

LETTERATURA E MEDICINA 48

Medicina, Religione e Politica nel pensiero di Monaldo Leopardi. Rileggendo La voce della ragione
di Alberto Pellegrino

I PROSSIMI APPUNTAMENTI 56

Problemi clinici in Gastroenterologia e in Epatologia
di Antonio Benedetti e Giorgio Maniscalco

Don't kill granny: il ruolo e gli obiettivi della Geriatria

L'Italia è, insieme al Giappone, uno dei Paesi più vecchi del mondo: gli ultra65enni nel nostro Paese rappresentano il 20% della popolazione totale (poco meno di 12 milioni sui quasi 60 milioni di residenti), mentre gli ultra80enni sono il 5,5% (oltre 3 milioni di persone), con una netta prevalenza del sesso femminile (circa 2/3)¹. L'ISTAT ha stimato nel 2008 una speranza di vita alla nascita pari a 78,8 anni per gli uomini e a 84,1 anni per le donne. Per quanto una quota significativa di questi anziani abbia uno stato di salute talvolta invidiabile (successful aging), la maggior parte di essi è affetto da multiple malattie croniche (comorbidità o multimorbidità; 75% dei casi) per le quali assume svariati farmaci (in media 7 al giorno!); necessita di assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana (disabilità; 30% degli ultra65enni, 50% degli ultra80enni); va incontro a frequenti accessi al Pronto Soccorso (21% circa del totale degli accessi) per eventi acuti o riacutizzazione di malattie croniche che, in oltre il 50% dei casi, ne richiedono il ricovero in ospedale (gli ultra65enni rappresentano circa il 44% dei ricoveri nella regione Marche). Questo spiega perché una porzione relativamente modesta della popolazione sia responsabile di oltre il 60% della spesa sanitaria e perché tale spesa sia in continua crescita (passerà dall'attuale 7% al 10% del PIL entro il 2050).

A fronte di un tale peso epidemiologico qual è il livello di conoscenze geriatriche dei medici neolaureati in Italia? Quanti di loro, in occasione della loro prima guardia medica, sarebbero in grado di soddisfare i requisiti minimi di formazione e preparazione elencati in Tabella 1² e noti con il titolo di "non uccidere la nonnina" (Don't Kill Granny)? In un recente articolo pubblicato sul New York Times³, uno degli Autori della suddetta lista "sconsiglia" agli anziani di ammalarsi nel mese di luglio, quando dalle Università americane, che non prevedono il tirocinio obbligatorio in medicina geriatrica, escono, freschi di laurea, i nuovi medici. In Italia, l'importanza e la visibilità della Geriatria, collocata all'interno del Corso Integrato di Medicina Interna e Geriatria, sembra essere maggiore rispetto a quanto descritto negli Stati Uniti, ma è sufficiente? Tra gli obiettivi del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, descrivendo il profilo professionale del futuro medico a proposito dei problemi medico-sanitari delle persone anziane, si legge: i laureandi dovranno aver acquisito le conoscenze delle modificazioni fisiologiche dell'invecchiamento e delle problematiche dello stato di malattia nell'anziano e la capacità di pianificare gli interventi medici e di assistenza sanitaria nel paziente geriatrico. Una frase molto generica che, forse, include quanto esplicitato in Tabella 1, ma non lo definisce e, quindi, non è in grado di garantirlo.

Infatti, spesso anche medici esperti sono inconsapevoli del fatto che una persona di 80 anni non è uguale ad una di 50 anni; che una polmonite in una 50enne causa febbre, tosse e difficoltà di respirazione, mentre una 80enne con la stessa malattia potrebbe non avere nessuno di questi sintomi, ma apparire

PAOLO DESSI-FULGHERI, FABIO SALVI
Geriatria
Università Politecnica delle Marche

confusa, insicura e incapace di scendere dal letto. Se la paziente viene poi ricoverata in ospedale, il medico potrebbe prescrivere una dose di antibiotico adatta per una donna di 50 anni, ma esagerata in una paziente di 80 anni, in quanto potrebbe sviluppare insufficienza renale, rendere la paziente più debole e ancora più confusa. Nella sua confusione potrebbe strapparsi la flebo dalle braccia e il catetere dalla vescica: invece di rivalutare la necessità di mantenere catetere e flebo, il dottore chiederà all'infermiera di legare le braccia della paziente al letto così che non possa più farsi del male. Essere legata al letto non solo accresce la sua agitazione, ma le causa perdita di massa muscolare ed ossea. Probabilmente la paziente guarirà dalla polmonite ed avrà una mente più lucida, così da essere considerata pronta per la dimissione – ma non sarà più, per lungo tempo, la stessa donna che era prima della malattia. Sarà più fragile ed avrà bisogno di aiuto per camminare, fare il bagno e svolgere le attività quotidiane.

Questo non dovrebbe accadere. A tutti gli studenti in medicina sono richieste esperienze cliniche in pediatria ed ostetricia, anche se dopo la laurea non cureranno mai più un bambino o non si occuperanno di nascite. Non è ancora richiesto, invece, un tirocinio specifico in geriatria, sebbene i pazienti con più di 65 anni costituiscano il 32% del carico medio di lavoro di un medico, il 43% delle cure specialistiche ed il 48% delle degenze ospedaliere. Gli anziani, cioè, ricevono cure da medici che potrebbero non essere stati istruiti sul fatto che gli attacchi cardiaci negli ottuagenari si presentano solitamente senza dolori al petto, o che lo stato confusionale può essere dovuto ad infezioni urinarie, attacchi cardiaci o farmaci. Inoltre, essi non controllano abitualmente i problemi di memoria o non conoscono quali sono le risorse territoriali che li possono aiutare a gestire questi pazienti; sono a disagio nel discutere obiettivi di cura e raccomandare controlli e trattamenti a pazienti che non vivono abbastanza a lungo per raccogliermi i benefici.

La Geriatria si dedica alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione delle malattie acute e croniche tipiche della popolazione anziana, preoccupandosi non solo delle procedure di gestione, ma anche della ricerca e della didattica relative a questo crescente settore della medicina e della sanità. Gli obiettivi della geriatria possono essere riassunti come in Tabella 2. In maniera forse eccessivamente semplicistica e semplificativa, i cardini attorno cui ruota la Geriatria sono fondamentalmente tre: la fragilità e l'anziano fragile, la metodologia di approccio al paziente geriatrico (valutazione multidimensionale) e la continuità assistenziale all'interno della rete dei servizi.

La fragilità è una sindrome biologica connessa all'invecchiamento e caratterizzata da aumentata vulnerabilità (ridotta capacità di rispondere ad eventi stressanti) quale risultato di complesse alterazioni/deficit a carico di multipli sistemi regolatori fisiologici. Ciò pone l'anziano ad elevato rischio di outcomes avversi (cadute, suscettibilità a malattie acute, ospedalizzazione, disabilità, istituzionalizzazione, morte)⁴. L'anziano fragile viene definito come un soggetto di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetto da patologie multiple, con stato di salute



Gestione dei farmaci

1. Spiegare l'impatto delle modificazioni età-correlate nella scelta dei farmaci e delle dosi basandosi sulla conoscenza delle modificazioni età-correlate di funzione renale ed epatica, composizione corporea e sensibilità del sistema nervoso centrale.
2. Identificare farmaci (compresi anticolinergici, psicoattivi, anticoagulanti, analgesici, ipoglicemizzanti e farmaci cardiovascolari) che dovrebbero essere evitati od usati con cautela negli anziani e spiegare i potenziali problemi associati con ciascuno di essi.
3. Documentare una lista dei farmaci completa del paziente, includendo farmaci prescritti, di erboristeria e OTC; inoltre, per ciascuno di essi, risalire a dose, frequenza, indicazione, benefici, effetti collaterali e valutazione della compliance.

Disordini cognitivo-comportamentali

4. Definire e distinguere tra delirium, demenza e depressione.
5. Formulare una diagnosi differenziale ed impostare una valutazione iniziale in un paziente che presenti demenza, delirium o depressione.
6. In un anziano paziente con delirium, iniziare urgentemente un workup diagnostico per determinarne la causa iniziale o scatenante (eziologia).
7. Eseguire ed interpretare un assessment cognitivo in pazienti anziani per i quali vi sono preoccupazioni in merito a memoria o stato funzionale.
8. Sviluppare un piano di valutazione e terapia non farmacologica per pazienti dementi agitati o con delirium.

Autonomia

9. Valutare e descrivere le abilità funzionali attuali ed usuali [Instrumental Activities of Daily Living (IADL), ADL, ed organi di senso] in un paziente anziano mediante raccolta della storia clinica da più fonti ed eseguendo un esame obiettivo confermativo.
10. Sviluppare un piano preliminare di gestione per pazienti con deficit funzionale, includendo interventi di adattamento e coinvolgendo membri del team interdisciplinare delle appropriate discipline, quali assistente sociale, infermiere, terapeuta della riabilitazione, nutrizionista, farmacista.
11. Identificare e valutare rischi per la sicurezza del paziente nell'ambiente domestico e dare raccomandazioni per minimizzarli.

Cadute, equilibrio, disordini della marcia

12. Chiedere a tutti i pazienti con più di 65 anni se sono caduti nell'ultimo anno, valutare come un paziente si alza da una sedia e cammina (o si trasferisce) e quindi registrare ed interpretare i dati.
13. In un paziente che è caduto, costruire una diagnosi differenziale ed un piano diagnostico che tenga conto delle multiple eziologie identificate/identificabili da anamnesi, esame obiettivo ed assessment funzionale.

Pianificazione e promozione della salute

14. Definire e differenziare tra le possibili direttive anticipate, servizi sanitari disponibili e la corrente legislazione sulle direttive avanzate (testamento biologico).
15. Identificare accuratamente situazioni cliniche dove aspettativa di vita, stato funzionale, preferenze del paziente od obiettivi delle cure dovrebbero far ignorare le raccomandazioni standard per i test di screening negli anziani.
16. Identificare accuratamente situazioni cliniche dove aspettativa di vita, stato funzionale, preferenze del paziente o obiettivi delle cure dovrebbero far ignorare le raccomandazioni standard per il trattamento negli anziani.
- Presentazioni atipiche delle malattie
17. Identificare almeno tre cambiamenti fisiologici dell'invecchiamento per ciascun organo-sistema ed il loro impatto sul paziente, includendo il loro contributo all'omeostenosi (la deriva età correlata dei meccanismi di riserva omeostatici).
18. Effettuare una diagnosi differenziale basata sul riconoscimento delle presentazioni tipiche di condizioni comuni negli anziani, comprese le sindromi coronariche acute, la disidratazione, le infezioni del tratto urinario, l'addome acuto e le polmoniti.

Cure palliative

19. Valutare e fornire iniziale trattamento del dolore e dei principali sintomi "non-dolore" basandosi sugli obiettivi di cura per quello specifico paziente.
20. Identificare i bisogni psicologici, sociali e spirituali dei pazienti con malattia terminale e dei membri della famiglia, associando tali identificati bisogni con gli appropriati membri del team interdisciplinare.
21. Presentare le cure palliative (incluso l'hospice) come un'opzione di trattamento positiva, attiva, per un paziente con malattia avanzata.

Cure ospedaliere per gli anziani

22. Identificare potenziali rischi dell'ospedalizzazione per tutti i pazienti anziani (inclusi immobilizzazione, delirium, effetti collaterali dei farmaci, malnutrizione, ulcere da decubito, procedure, periodi pre- e post-operatori, infezioni ospedaliere) ed identificare potenziali strategie di prevenzione.
23. Spiegare rischi, indicazioni, alternative e controindicazioni all'uso del catetere vescicale nel paziente anziano.
24. Spiegare rischi, indicazioni, alternative e controindicazioni all'uso della contenzione fisica e/o farmacologica.
25. Comunicare le componenti chiave di un sicuro piano di dimissione (es. accurata lista dei farmaci, programma di follow-up), includendo valutazione dei pro e dei contro dei potenziali setting di dimissione.
26. Condurre un esame sistematico delle aree della pelle ad alto rischio di ulcere da pressione e descrivere le ulcere esistenti.

Tab. 1 - Competenze geriatriche minime per gli Studenti di Medicina.

instabile, frequentemente disabile o a rischio di diventarlo, in cui gli effetti di invecchiamento e malattie sono spesso complicati da problematiche socio-economiche⁵.

L'individuazione della fragilità costituisce un atto geriatrico fondamentale⁶, per identificare precocemente i soggetti ad elevato rischio di disabilità e/o quelli che, in corso di malattia acuta e/o di riacutizzazione di malattia cronica, andranno incontro ad un decorso complesso e prolungato, in cui il trattamento dovrebbe essere intensivo e multifattoriale. Purtroppo, non esiste una definizione operativa unanime di fragilità⁷.

Il gruppo statunitense di Linda Fried ha più volte dimostrato la validità di una definizione "biologica" di fragilità, basata sulla presenza di almeno 3 dei seguenti 5 criteri⁸: 1) perdita di peso involontaria (4,5 kg nell'ultimo anno); 2) affaticamento (self-

reported) (fatica in almeno 3 giorni/settimana); 3) riduzione della forza muscolare (hand-grip) [meno di 5,85 (M) e 3,37 kg (F)]; 4) ridotta attività fisica (valutabile, ad esempio, con il questionario Physical Activity Scale for the Elderly – PASE); 5) riduzione della velocità del cammino (più di 6-7 secondi per percorrere 4,57 metri). La presenza di uno o due di questi criteri identifica, invece, soggetti "pre-fragili", ovvero in una condizione di rischio intermedio.

Un secondo approccio è sostenuto dal gruppo canadese di Kenneth Rockwood, il quale sostiene che la fragilità, essendo multifattoriale, deve essere riconosciuta e misurata con un approccio multidimensionale. Mediante la valutazione dei diversi domini che compongono il "sistema salute" nell'anziano (comorbidità, disabilità, stato mentale, salute sociale), si potreb-



- Il successful aging
- Individuare l'anziano fragile misurando le funzioni nel tempo (traiettorie)
- Massimizzare le funzioni per prevenire e ridurre la disabilità: evitare gli eventi catastrofici
- Gestire la complessità nei vari setting assistenziali
- Curare con appropriatezza (Evidence Based Medicine o Evidence Based Practice)
- Assicurare la continuità assistenziale (VMD)
- Utilizzare la riabilitazione contestualmente e precocemente
- Cure palliative nella long-term care
- Collaborare strettamente con il personale infermieristico

Tab. 2 - Gli obiettivi della Geriatria.

be "contare" il numero di deficit nel singolo paziente, definendolo più o meno fragile sulla base di semplici cut-offs⁹. Tale approccio valuta sia il grado di fragilità che il deficit che ne è alla base, ponendo le basi per un piano terapeutico personalizzato.

Recentemente, è stato anche eseguito un confronto tra questi due approcci, che ha mostrato un'elevata concordanza, ma anche una certa superiorità della definizione clinica rispetto a quella basata sulla dimensione fisica della fragilità¹⁰.

L'importanza di riconoscere la fragilità non è data solo dalla possibilità di identificare gli anziani a maggior rischio di outcomes avversi, ma anche dal fatto che la fragilità non è un'entità statica, bensì dinamica e reversibile, almeno finché non sfocia nella disabilità¹¹.

Come già accennato, l'approccio clinico all'anziano fragile da parte del geriatra si avvale di una metodologia ad hoc che è la valutazione multidimensionale (VMD). La VMD è un processo diagnostico-valutativo multidimensionale, interdisciplinare, volto ad identificare i molteplici problemi (medici, funzionali, psico-sociali), a valutare limitazioni e risorse, a definire le necessità assistenziali dell'anziano fragile, al fine di sviluppare un piano di trattamento globale e personalizzato ed impostare un follow-up a lungo termine. La VMD include molte componenti della medicina clinica tradizionale, ma se ne differenzia per l'enfasi attribuita allo stato funzionale ed alla qualità della vita, nonché per l'uso di strumenti di misura standardizzati da parte di un team multi ed interdisciplinare. La VMD modifica le sue caratteristiche e finalità a seconda del setting in cui viene utilizzata (ospedale, servizi residenziali, domicilio, ma anche Pronto Soccorso), facendo della plasticità una delle sue caratteristiche principali.

Essendo un processo diagnostico-valutativo, la VMD non è un evento puntuale nel tempo, ma si articola in diverse fasi operative: la prima fase, strettamente diagnostica, è volta ad acquisire informazioni sullo stato clinico del paziente; la seconda individua i problemi risolvibili del paziente, le priorità di intervento, le necessità assistenziali e gli obiettivi del trattamento; la terza fase è dedicata alla stesura del piano assistenziale individualizzato (PAI), volto a risolvere le priorità individuate ed a collocare il paziente nella struttura assistenziale più idonea al trattamento previsto; la quarta fase è il follow-up, cioè la valutazione dell'efficacia del trattamento, della presenza di nuovi elementi che richiedano una o più modifiche del PAI o del setting assistenziale inizialmente previsti¹².

La multidimensionalità risiede nella valutazione iniziale (fase diagnostica), che comprende non soltanto il dominio fisico (quello classicamente preso in considerazione dalla medicina interna, fatto di anamnesi, esame obiettivo, valutazione laboratoristico/strumentale, diagnosi differenziale), ma soprattutto della valutazione sistematica e standardizzata di stato cognitivo-affettivo, funzionale e socio-economico-ambientale. Poiché è fondamentale che la valutazione di queste quattro dimensioni non sia lasciata alla sensibilità (soggettività) di chi la effettua, e poiché, in setting diversi, può essere non solo una persona diversa, ma anche una figura professionale differente ad effettuarla, sono state concepite una serie di scale di valutazione, testate da anni di esperienza a livello internazionale, tali da rendere la raccolta dei dati più oggettiva e riproducibile possibile, breve, ma completa. Senza la pretesa di essere esaustivi, la valutazione del dominio della salute fisica si avvale di strumenti che vanno dalla semplice lista dei problemi a complessi indicatori che stimano la comorbidità (Geriatric Index of Comorbidity, Cumulative Illness Rating Scale, Charlson Index), la stabilità clinica, lo stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment), nonché il carico assistenziale per l'infermiere o il rischio di sviluppare lesioni da decubito (Scala di Norton). La valutazione del dominio cognitivo-affettivo è volta allo screening della presenza di deficit cognitivi o demenza (Mini Mental State Examination, Short Portable Mental Status Questionnaire), depressione (Geriatric Depression Scale) e delirium (Confusion Assessment Method), ma anche della presenza e gravità di disturbi comportamentali (sintomi non cognitivi) associati alla demenza in fase più o meno avanzata (Neuropsychiatric Inventory). La valutazione dello stato funzionale è volta a definire l'autonomia del paziente nelle attività fondamentali della vita quotidiana (BADL di Katz, Barthel Index) ed in quelle strumentali (IADL di Lawton), nonché a stimare il rischio di caduta mediante la valutazione di equilibrio ed andatura (Scala di Tinetti). Le modificazioni dello stato funzionale, spesso primo sintomo di malattia, devono invece essere oggetto di specifica attenzione da parte del medico e del geriatra per impostare un iter diagnostico ancor prima che i sintomi classici diventino evidenti. Infine, la valutazione sociale valuta le risorse familiari, economiche ed ambientali dell'anziano al fine di stabilire quale è il setting assistenziale più idoneo in cui mettere in atto il PAI.

In tal senso, data la completezza della valutazione iniziale, la predisposizione del PAI e la definizione del setting in cui deve essere realizzato, nonché la possibilità di seguire l'evoluzione clinica del paziente mediante il follow-up, la VMD consente di realizzare la continuità delle cure e dell'assistenza per gestire efficacemente i problemi della cronicità. Un concetto particolarmente importante è quello della presa in carico del paziente anziano nel momento in cui entra nella rete dei servizi preposti all'assistenza socio-sanitaria (Figura 1): anche per tale scopo è stato pensato il Punto Unico di Accesso (PUA), in cui dovrebbe operare l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), ovvero il team multi ed interdisciplinare responsabile dell'esecuzione della VMD e, quindi, dell'assistenza al paziente. In realtà, però, il punto di accesso alle cure più frequente per gli anziani è l'ospedale, o,

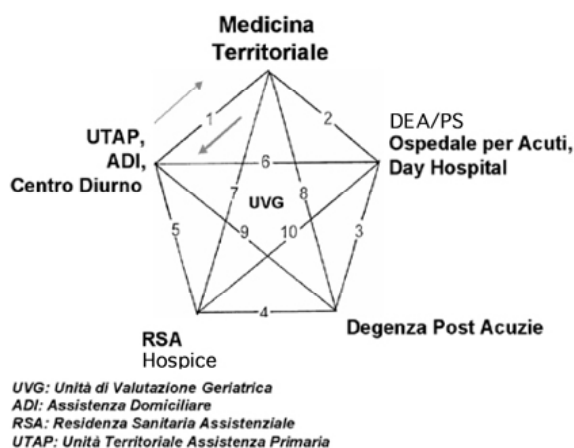


Fig. 1 - La rete dei servizi.

ancor di più, il Pronto Soccorso, che rappresenta l'interfaccia più rilevante fra medicina ospedaliera e territoriale, ma non ha adeguati contenuti geriatrici, nemmeno nelle strutture annesse adibite all'osservazione breve dei ricoverati¹³. Una maggiore attenzione o un diverso approccio clinico¹⁴, multidimensionale, agli anziani in Pronto Soccorso potrebbe migliorare di molto i successivi passaggi all'interno della rete dei servizi, sia che il paziente venga ricoverato o che venga dimesso, magari dopo un'adeguata valutazione del rischio di eventi avversi (ovvero della sua fragilità), utilizzando brevi strumenti di screening basati sulla VMD¹⁵.

La popolazione anziana, con la sua complessità medica e sociale, richiede una gestione sanitaria articolata, inserita in un valido sistema di cure complesse e continue. Se è evidente che l'ospedale continua a svolgere un ruolo cruciale come punto di riferimento tecnologico e per le emergenze, una risposta rilevante è attesa dalle cure territoriali e dalle cure primarie che dovrebbero usufruire di competenze qualificate o anche delle stesse che operano all'interno dell'ospedale. Al contrario, l'Università insiste su una preparazione esclusivamente intra-ospedaliera del futuro medico, mentre l'obiettivo dovrebbe essere la continuità delle cure e dell'assistenza, che si realizza nei vari setting assistenziali, nonché nella complessità sanitaria esistente, in cui gli anziani sono i prevalenti utilizzatori dei servizi e delle risorse. È perciò auspicabile una modifica della preparazione universitaria attraverso maggiori contenuti geriatrici, anche mediante l'accesso alle strutture intermedie, per cui docente e studente interagiscono anche in setting extraospedalieri. L'attuale organizzazione dipartimentale (integrazione università-sanità) consente di richiedere al servizio sanitario nazionale, per obiettivi didattici e di ricerca, l'inserimento di strutture intermedie e di un ambulatorio-laboratorio (cure primarie) per realizzare un programma formativo compatibile con la descritta complessità della medicina nei pazienti anziani. A tutte le abilitazioni e specialità mediche nonché per le professioni sanitarie dovrebbe essere richiesta la dimostrazione di competenza nella cura di adulti anziani.

Bibliografia

- 1) Dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2008, consultabili all'indirizzo web: <http://demo.istat.it/pop2008/index.html>
- 2) Leipzig RM, Granville L, Simpson D, Anderson MB, Sauvigné K, Soriano RP. Keeping Granny Safe on July 1: A Consensus on Minimum Geriatrics Competencies for Graduating Medical Students. *Acad Med* 2009; 84:604-610
- 3) http://www.nytimes.com/2009/07/02/opinion/02leipzig.html?_r=2&scp=1&sq=Rosanne%20Leipzig&st=cse
- 4) Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; Interventions On Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:625-634
- 5) Linee-Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. Disponibili in: www.sigg.it/vmd
- 6) Salvi F. Come riconoscere l'anziano fragile e a rischio di disabilità. *Geriatrics* 2007; XIX:207-208
- 7) Hogan DB, Macknight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15:S3-S29
- 8) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, Mcburnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M1-11
- 9) Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:1929-1933
- 10) Rockwood K, Andrew M, Mitniski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62:738-743
- 11) Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Int Med* 2006; 166:418-423
- 12) Cester A, Piergentili P, Senin U. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica ed il lavoro di équipe. Edizioni VEGA, Mareno del Piave (TV) 1999
- 13) Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P. The elderly in the Emergency Department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med* 2007; 2:292-301
- 14) Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, Spazzafumo L, Polonara S, De Tommaso G, Rappelli A, Dessi-Fulgheri P. A Geriatric Emergency Service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional Emergency Department. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:2131-2138
- 15) Salvi F, Morichi V, Grilli A, Spazzafumo L, Giorgi R, Polonara S, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P. Predictive validity of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool in elderly patients presenting to two Italian Emergency Department. *Aging Clin Exp Res* 2009; 21:69-75



Ricordo di Salvatore Occhipinti



Il prof. Salvatore Occhipinti, catanese del '21, ordinario di chirurgia generale, fu il primo Rettore dell'Università di Ancona, Preside della Facoltà Medica, Direttore delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale e Vascolare, Professore Emerito della Facoltà. E oltre a tutto ciò, nostro Maestro.

Era giunto nell'isola con l'itinerario degli allora "clinici vagantes", poiché all'epoca la Sardegna era una sorta di "delfinino" da cui si ripartiva poi per il Continente, oppure si restava lì. Il prof. Occhipinti vi era arrivato, "ternato" in Anatomia Chirurgica, partendo da Catania, e toccando successivamente Parma, Milano, Genova e Cagliari, alla scuola del suo maestro Edmondo Malan. Lì incontrò Vittorio Saba, di recente laurea e Francesco Alò, approdato a Sassari dalla Puglia.

Vogliamo raccontarvelo

A quell'epoca ci occupavamo di chirurgia generale, urologica, ma anche di pediatria dopo un soggiorno di Saba al "Gaslini" di Genova. Iniziamo in tale periodo la ricerca clinica sulla patologia dei linfatici mettendo a punto tecniche semeiologiche con i colleghi radiologi, e di chirurgia sperimentale. Sassari fu una "palestra rocce" dove avemmo la fortuna di allenarci insieme con i nomi più belli dell'accademia italiana: i proff. Neri-Semerì, Gensini, Carreras, Campus, Lotti, Indiveri, Marotti, Mancini, Polito, Meloni, e ancora Scalise, Vecchi, Rappelli, che poi ci raggiunsero in Ancona.

La Sardegna fu un'esperienza irripetibile per cui quando nell'Ottobre del '73 fummo convocati in Direzione, non sapevamo se partire, restare, o dare disposizioni a futura memoria. Ma il professore non aveva mezze

misure e da un giorno all'altro ci ritrovammo a caricare, numerandoli, i pacchi sulla nave. Partimmo in compagnia del prof. Polito e Muzzonigro e approdammo in terra d'orica in uno scenario post terremoto con tralicci e impalcature.

Vi giungemmo in una sera di Novembre del 1973, su chiamata del Consorzio per la costituzione Università e di Fulvio Montillo, Presidente dell'Ospedale Umberto I.

Dopo qualche mese ci raggiunse da Brindisi, Mingolla. Al nostro arrivo ci diedero il benvenuto Ugo Braccioni e Michele Brunetti "testimonials" anconetani.

Il professore si rimboccò subito le maniche e analogamente ci rimboccò, insegnando Patologia Chirurgica al IV anno di corso, presso la divisione chirurgica convenzionata con l'Osp "Umberto I", e poi Clinica Chirurgica.

La prima lezione la tenne in un'aula della Facoltà medica di Posatora. In un'epoca senza power point toccava ad Alò "appointare" le "scalette" delle sue lezioni dietro la lavagna che giravamo il giorno dopo per gli studenti con l'aiuto di Alberto Barigazzi allora giovanissimo studente. A quell'epoca sembrava una corvée; con gli occhi dell'oggi fu una cerimonia iniziata alla didattica, per la quale intravedeva le propensioni e per la quale serbava un impegno particolare.

A Saba, più grande e già chirurgo esperto impose la spada che tenne salda in pugno immergendosi nelle sale operatorie da cui difficilmente lo si tralasciò più. A Mingolla toccò un doppio incarico: inpatients e outpatients, nonché la vicarianza di Saba, dopo la sua andata a Fano. A Ugo Braccioni toccò la prassi giornaliera finché anche lui non ci lasciò per il primariato.

A quell'epoca molte specialità erano in formazione e fu merito del professor Occhipinti introdurre la Chirurgia Vascolare che in Italia era stata un signaculum in sigillo di Scuola. Contemporaneamente diede impulso ad altre specialità chirurgiche innestandole sul valido tronco della chirurgia anconetana e regionale. Continuò la collaborazione con l'Urologia del prof. Polito anche lui "immigrato" chirurgico e fraterno amico. Saba ebbe modo di continuare la microchirurgia e la chirurgia sperimentale inedita per Ancona oltre che la chirurgia generale e la vascolare e analogamente Alò.

Il professor Occhipinti diventò il promoter di tutte le nuove discipline che stavano diversificandosi dalla generale e ne acquisì di altre, correlandole tra di loro nella prassi clinica, nella didattica e nella ricerca. Promosse specialità inedite per Ancona quali la Chirurgia Plastica con la venuta del prof. Bertani e successivamente la laparoscopia chirurgica, col prof. Lezoche.

Intraprese col prof. Amici la stesura di protocolli di Radiologia generale. Erano le prime "linee guida" corroborate dal buon senso e senza la "paura-del-fare". Approntò protocolli oncologici con i proff.ri Cardinali, Frosini, Mariuzzi, e successivamente Cellerino, Battelli, Bonsignori, Giuseppetti. Il comune intento per la Senologia, esitò in un protocollo nazionale della Forza Oper. Nazion. per il Cancro della Mammella, coordinato da U. Veronesi.

Per la Gastroenterologia intraprese col prof. Orlandi le prime esperienze sui Trials clinici controllati. Con la medicina interna dei proff.ri De Martinis, Danieli, Rappelli e Russo sviluppò un'ampia collaborazione soprattutto nel campo delle malattie immunologiche, ematologiche, endocrine e cardiovascolari correlate alla chirurgia generale e vascolare. Analogamente col prof. Bossi per il melanoma. Per la profilassi chirurgica dell'ictus cerebrale avviò protocolli operativi con i proff.ri Angeleri, Provinciali e per la neuroradiologia col prof. Salvolini. La collaborazione esitò nella prima endoarteriectomia carotidea eseguita nelle Marche e nella partecipazione a diversi trials clinici multicentrici europei che vide-



ro Ancona collocarsi validamente nel contesto internazionale.

Attento ad ogni innovazione tecnologica in qualità di Rettore Preside, o come capo di Istituto acquistò o promosse l'acquisto delle prime apparecchiature per la risonanza magnetico nucleare, della teletermografia. Per non parlare dei Doppler ed Eco Doppler che approdavano in Clinica dopo sofferte ma sempre esaudite richieste. Con i colleghi delle discipline di base e specialistiche i proff.ri Manzoni, Osculati, Governa, Romanini, Calegari, Milani Comparetti, Rustichelli, Sapelli, Marchesi, e con ogni suo collega universitario "trovò" perché voleva trovarlo, un percorso da condividere oltre che una sincera amicizia. Era l'epoca in cui bastava la prima auletta di Posatora di nemmeno 40 posti per il consiglio di Facoltà e una mitica trattoria per le colazioni di lavoro. Le decisioni importanti ancorché difficili o combattute erano comunque discusse e ...digerite collegialmente.

Da tempo Ancona aveva una vocazione "bianca" e il professore incontrava volentieri i validissimi colleghi ospedalieri come: Grilli, Longhi, Papo, Sprovieri, Fuà, Miti, Caucci, Paciaroni, Memeo, Prati, Palminiello, Purcaro, Di Giuseppe, Svegliati Baroni, Fioretti, Orlandini, Massei, Sabatini, D'Angelo, Pace, Mioli, Inglese. Se per caso si fosse dimenticato di questa tradizione medica anconetana, l'epitaffio del chirurgo Cappelli al II piano dell'Umberto I, glielo avrebbe ricordato, passandoci davanti ogni giorno.

Tutte queste validissime professionalità ospedaliere erano cooptate dalla nascente Università, ma per il professore non potevano mai "dire messa" e rimanevano laici. Gli unici sacerdoti per lui erano quelli che, con sincera vocazione, chiedevano di entrare nella chiesa universitaria oppure già appartenevano a una Scuola universitaria. Su questo era irremovibile, assolutamente "baronale" e si guadagnò anche esplosive inimicizie.

Con il prof. Mioli e il dr. Testasecca incoraggiò l'impresa dei Trapianti d'organo, forte dell'esperienza del N.I.T. a cui apparteneva la sua scuola di provenienza. Questa sua capacità "legante" dei talenti e delle professionalità universitarie ed ospedaliere, ne fecero un punto di riferimento per la chirurgia correlata multidisciplinare.

Vennero poi le Specializzazioni e negli anni '80 i primi 10 laureati in Chirurgia Generale, provenienti da tutta Italia. Anche quel giorno non si riusciva a tenerlo, felice per l'orchestra che era riuscito a mettere in piedi. Alla cerimonia delle prime specializzazioni la cittadinanza e la Regione tutta ringraziò e, oltre al termine "professore", un nuovo termine: "Direttore", entrò nel lessico familiar-locale. Negli anni '80-'90 l'Università levitò progressivamente, a misura che gli studenti laureati nella facoltà e specializzati in chirurgia, migravano in Italia.

Sul fronte assistenziale tanti ammalati erano ricorsi alle sue cure, sottraendosi alla deriva che li "emigrava" verso centri più noti: Bologna, Roma, Milano, Perugia e all'Estero. Dal 1973 al 1991, quando lasciò la Direzione della Clinica Chirurgica, moltissimi ammalati "poggiarono le valige". Ottenne questi risultati corali saldandosi alle professionalità chirurgiche di altre scuole già presenti e operanti in Anconcome quella del prof. Landi, e a quelle mediche generalistiche e specialistiche.

Nella sua esperienza clinica c'era sempre la D di didattica. Ogni caso clinico era un esempio da elaborare e porgere a studenti e specializzandi. Il professore volle la biblioteca dei casi e delle immagini con i tecnici Marzocchini e De Leo incaricati di documentazione continua. Quando dei casi clinici guarivano perfettamente c'era sempre l'osservazione perigliosa: "l'hai documentato bene?". Se no, eravamo fregati! Sul fronte della ricerca era analogamente inesorabile, e il sinistro ...Domenica cosa fai?... che echeggiava il sabato mattina in Direzione quando c'era da preparare un congresso o una lezione importante, ancora ci attanaglia.

Memorabili rimasero un Congresso di Senologia organizzato a

Portonovo, un altro congresso multidisciplinare che volle in memoria del suo maestro prof. Malan, e ancora un altro in cui si analizzavano i mutamenti di comportamento e le variazioni delle tecniche chirurgiche nel 1996.

Molti chirurghi si formarono presso la sua Scuola, sia i migrantes arrivati con lui come noi, sia Mingolla, che quelli della prima ora marchigiana come: Braccioni, Berardi, Federici, Chan, Giardini, Amadi, Mariotti, Cavicchi, Orso, Silenzi, Gabrielli, e ancora quelli della seconda ora laureati in Ancona come il compianto prof. Felicetti, e i dottori Bianchelli, Fonti, Guerrieri, Carbonari, de Carolis, Frati, Crognaletti, Bavosi, Lucchi, Di Emiddio, Di Salvatore, o venuti da altre regioni come Barigazzi, Amerio, Boi, Cassina, Pannella e tanti altri. Tutti ottennero la dignità primaria o la docenza universitaria e comunque furono valorosi professionisti. Grande dolore lo colse alla morte di Franco Mingolla e di Francesco Felicetti, valorosissimi allievi, di cui volle significare la memoria incontrando i familiari più volte.

Agli allievi si aggiunsero i colleghi del "mestiere" quotidiano, gli anestesisti a cui era particolarmente legato avendo iniziato la carriera come anestesista.

Il prof. Caputi addirittura fu "incorporato" nella Clinica gestendo con noi chirurghi il primo reparto di terapia intensiva postchirurgica mai realizzato in chirurgia generale. Successivamente si formò un'anestesia universitaria con la venuta del prof. Pietropaoli. Con lui si formarono anche figure amministrative e funzionari come Marchetti, la vulcanica poliglotta Valeria, segretaria di Clinica poi affiancata per esaurimento telefonico da Nadia, e ancora Renata e Isabella. A loro era demandato oltre che a noi l'organizzazione pratica degli "Incontri di Chirurgia", nell'ambito delle Scuole di Specializzazione, autentiche delikatesen del prof. Occhipinti. A noi toccava impostare i temi su sua indicazione, scegliendo con cura i relatori, a cui lui telefonava personalmente, e guai a mancare un incontro. Soprattutto era un'occasione per reincontrare i colleghi chirurghi della regione e gli allievi, primo fra tutti V. Saba che nel frattempo era a Fano. ...Telefonagli, diglielo in tempo, perché sai, Saba, vive in Sala Operatoria ...

I suoi allievi universitari ebbero tutti l'onore della cattedra, chi di prima chi di seconda fascia. Ma per lui eravamo tutti "fasciati" nel momento in cui capivamo cosa fosse la vita universitaria. Da quel momento ci metteva tutti nella sua cattedra mentale.

Quando lasciò la Clinica Chirurgica al prof. Landi nel 1991, ed entrò in fuori ruolo seguì da lontano l'operato di noi allievi che avevamo nel frattempo raggiunto responsabilità direttoriali o primarie, durante i molteplici incontri scientifici o conviviali. Col tempo la sua rigidità di carattere si stemperò nella piacevolezza degli incontri privati o conviviali.

Aveva sì organizzato congressi scientifici prestigiosi, ma analogamente volle organizzare una "cena sassarese" per ricordare con Pietracaprina, Polito, Scalise, Vecchi, Rappelli, Saba, Muzzonigro, quanti di noi avevano vissuto quell'esperienza. Organizzammo pure il 50° anniversario della sua Laurea con una Lectio e dissertazione quodlibetalis, fortunatamente in un periodo in cui non si disconosceva il valore legale della Laurea!

Con i colleghi universitari lo legò sempre reciproco rispetto e stima. Da noi però esigeva un'appartenenza quasi genetica alla sua scuola, per cui ogni dèrapage veniva sanzionato e riprovato. Sicuramente non amava chi non amasse sinceramente l'Università.

L'Università era per lui casa, chiesa e bottega d'arte e come sacerdote di questa "U" lo vogliamo ricordare.

Vittorio Saba e Francesco P. Alò



Facoltà di Medicina e Chirurgia Celebrazione del Quarantennale della Fondazione

Polo Murri – Auditorium Montessori – 29 ottobre 2009

Conferenza programmatica
della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Ore 15.00 - Presentazione, Tullio Manzoni

Ore 15.15 - Significato e prospettive della strutturazione in
Dipartimenti
Patologia Molecolare e Terapie Innovative, Prof. Antonio
Benedetti

Ore 15.30 - L'avvento dell'aziendalizzazione e le criticità
degli ultimi anni
Scienze Biomediche, Prof. Giorgio Scalise

Ore 15.45 - L'impatto delle lauree professionalizzanti sulla
Facoltà di Medicina
Biochimica, Biologia e Genetica, Prof. Giovanni Principato

Ore 16.00 - Uno sguardo al futuro: Orizzonti futuri e ricono-
scimento della ricerca scientifica
Scienze mediche e chirurgiche, Prof. Pietro Leoni

Ore 16.45 - Uno sguardo al futuro: la didattica fra carichi
orari, piattaforme tecnologiche e ristrettezze di risorse
Neuroscienze, Prof. Leandro Provinciali

Ore 17.00 - Uno sguardo al futuro: i rapporti con le Aziende
ospedaliere nella formazione pre- e post laurea
Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche,
Prof. Andrea L. Tranquilli

Ore 17.15 - Uno sguardo al futuro: le terapie innovative
Medicina Clinica e Biotecnologie Applicate, Prof. R. Cellerino,
Dott.ssa R. Berardi

Ore 18.00 Uno sguardo al futuro. Una visione d'insieme
Preside, Prof. Tullio Manzoni

Celebrazione del Quarantennale

18.30 Saluto del Magnifico Rettore

18.45 Come è nata la Facoltà medica di Ancona
Michele La Placa

19.05 La Facoltà e il Territorio - Francesco Orlandi

19.25 Formarsi e realizzarsi ad Ancona
Rodolfo Montironi

19.45 Il lungo cammino tra didattica, ricerca
e assistenza
Tullio Manzoni

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



Forum Multiprofessionali coordinati da Tullio Manzoni
Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Murri

ADE02A08 Etica generale

9 Dicembre ore 14,30 Aula T

1 - Introduzione al Forum e considerazioni
generali sulle Biotecnologie
Prof. Giovanni Principato

ADE05A08 Organizzazione sanitaria

9 Dicembre ore 17,00 Aula T

1 - I livelli di assistenza nella programmazione
nazionale e regionale
Prof. Francesco Di Stanislao



CLM in Medicina e Chirurgia Attività Formativa Professionalizzante

Novembre - Dicembre 2009

3° anno Servizio Immunologia clinica ore 14.00-18.00 Gruppo G – 23-27 novembre - Gruppo H – 30 novembre – 4 dicembre -	Gruppo B – 16-20 novembre Gruppo A – 23-27 novembre Gruppo F – 7-11 dicembre Clinica chirurgica generale (INRCA) 8.30-10.30 Gruppo F – 2-13 novembre Gruppo E – 16-27 novembre Gruppo C- 30 novembre – 11 dicembre
4° anno Clinica endocrinologica – 8-30-10-30 Gruppo B – 9-13 novembre – Gruppo C – 16-20 novembre - Gruppo D – 30 novembre – 4 dicembre Gruppo F – 7-11 dicembre Nefrologia - Clinica urologica – 8-30-10-30 Gruppo A – 2-6 novembre Gruppo C – 9-13 novembre Gruppo B – 16-20 novembre Gruppo D – 7-11 dicembre Pneumologia - Chirurgia toracica 8.30-10.30 Gruppo A – 16-20 novembre Gruppo F – dal 23 al 27 novembre Gruppo E – 30 novembre – 4 dicembre	Clinica di Medicina interna 8.30-10.30 Gruppo C – 2-13 novembre Gruppo D – 16 novembre -11 dicembre Clinica ortopedica 8.30-10.30 Gruppo D – 2-6 novembre Gruppo E – 9-13 novembre Gruppo C – 23-27 novembre Gruppo A – 7-11 dicembre Clinica reumatologica 8.30-10.30 Gruppo D – 9-13 novembre Gruppo C – 16-20 novembre Gruppo A- 30 novembre -4 dicembre
Igiene e sanità pubblica 8.30-10.30 Gruppo E – 9-13 novembre Gruppo F – 16-20 novembre Gruppo C – 30 novembre -4 dicembre Clinica cardiologica – Chirurgia vascolare 8.30-10.30 Gruppo F – 2-6 novembre Gruppo A – 23-27 novembre Gruppo B – 30 novembre -4 dicembre	6° anno Clinica medica 8.30-10.30 Gruppo A – 2-13 novembre Gruppo B – 16 novembre – 11 dicembre Clinica chirurgica 8.30-10.30 Gruppo B – 2-13 novembre Gruppo A – 16 novembre- 11 dicembre Clinica ginecologica 8.30-10.30 Gruppo C – 2-13 novembre Gruppo D – 16-27 novembre Gruppo E – 30 novembre-11 dicembre Clinica pediatrica 8.30-10.30 Gruppo D – 2-13 novembre Gruppo C – 16-27 novembre Gruppo F – 30 novembre – 11 dicembre
5° anno Clinica neurologica – Medicina riabilitativa – Clinica di neurochirurgia 8.30-10.30 Gruppo B – 2-13 novembre Gruppo F- 16-27 novembre Gruppo E – 30 novembre -11 dicembre Medicina legale 8.30-10.30	





Attività Didattiche Elettive

Novembre - Dicembre 2009

CLM in Medicina e Chirurgia

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00175 – Patologia Sistemica I – Lo studio fenotipico dei linfociti e di altre cellule del sangue e dei tessuti. Linee guida all'impiego clinico, alla lettura e all'interpretazione in differenti condizioni morbose Prof.ssa M. Montroni - 9-10-11 dicembre 2009 ore 14.30 Aula R

5° Anno

ADE00198 – Medicina Legale - Etica, Deontologia e Medicina legale delle professioni sanitarie

Prof. R. Giorgetti - 10-11 dicembre 2009 - 7-8 gennaio 2010 ore 14.30 Aula S

ADE00280 – Medicina Legale - Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale

Dott.ssa S. Strazzi - 10-11 dicembre 2009 - 7-8 gennaio 2010 ore 17.00 Aula S

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00207 – Scienze propedeutiche - "Le biomolecole: nucleotidi e acidi nucleici", Prof.ssa M. Emanuelli - 10 dicembre 2009 ore 14.30-18.00 - 12 gennaio ore 14.30-17.30 -19 gennaio ore 14.30-18.00

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

CL per Educatore Professionale

Corsi Monografici

2° Anno

ADE00218 – Farmacologia e primo soccorso - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP)

Dott.ssa E. Adrario, 10 dicembre 2009 ore 14.00-17.00; 15 dicembre 2009 ore 14.00-17.30; 17 dicembre 2009 ore 14.00-17.30

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

CL in Fisioterapia

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00220 – Morfologia umana - Tessuti di sostegno e contrazione muscolare, Prof. R. Di Primio - 15-17 dicembre 2009 - 14 gennaio 2010 ore 14.00-17.30

ADE00207 – Scienze propedeutiche - "Le biomolecole: nucleotidi e acidi nucleici", Prof.ssa M. Emanuelli - 10 dicembre 2009 ore 14.30-18.00 - 12 gennaio ore 14.30-17.30 -19 gennaio ore 14.30-18.00

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

CL in Infermieristica

Forum

Il programma dei Form è rip a pag 8

POLO DIDATTICO DI ANCONA

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00088 – Morfologia umana - Anatomia microscopica, Prof. M. Castellucci - 11-18 dicembre 2009, 8 gennaio 2010 ore 14.30-18.30

ADE00231 – Morfologia umana - Organizzazione morfo-funzionale dei tessuti umani, Dott.ssa M. Mattioli Belmonte 10-15-17 dicembre 2009 ore 14.30-18.30

2° Anno

ADE00092 – Infermieristica applicata alla medicina interna generale - La professione infermieristica in Italia: etica, deontologia ed evoluzione dell'identità professionale, Dott.ssa a. Cucchi, Dott.ssa C. Borgognoni 10 dicembre 2009 - 11-18 gennaio 2010 ore 14.30-18.30

ADE00236 – Scienze neurologiche - La qualità del processo assistenziale, Prof. L. Provinciali - 11 dicembre 2009 - 8-15 gennaio 2010 ore 14.30-18.30

3° Anno

ADE00234 – Chirurgia generale e specialistica - Patologie urologiche: diagnosi e terapia, Prof. G. Muzzonigro 10 dicembre 2009 - 7-14 gennaio 2010 ore 14.30-18.30

POLO DIDATTICO DI PESARO

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00231 – Morfologia umana - Organizzazione morfo-funzionale dei tessuti umani, Dott.ssa M. Mattioli Belmonte - 9-16 dicembre 2009 - 13-20 gennaio 2010 ore 10.30-13.30

POLO DIDATTICO DI MACERATA

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00234 – Chirurgia generale specialistica - Patologie urologiche: diagnosi e terapia

Dott. G. Milanese - 5 -19 novembre 2009 - 3 -17 dicembre 2009 ore 14.00-17.00

POLO DIDATTICO DI ASCOLI PICENO

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00088 – Morfologia umana - Anatomia microscopica Prof. M. Morroni - 16 dicembre 2009, 11-13-18-20-25 gennaio 2010 dalle ore 11.00 alle ore 13.00



**3° Anno**

ADE00234 – Chirurgia generale specialistica - Patologie urologiche: diagnosi e terapia, Dott. D. Minardi - 10 -17 dicembre 2009 - 7 gennaio 2010 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

ADE00240 – Chirurgia generale e specialistica - Le ulcere cutanee Dott. A. Scalise - 15 dicembre 2009, 12-19 gennaio 2010 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

POLO DIDATTICO DI FERMO

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00131 – Infermieristica generale - Il pensiero etico dell'infermieristica Dott. S. Marcelli 10 dicembre 2009 ore 8.30-12.30, 16 dicembre 2009 ore 14.30-18.30, 8 gennaio 2010 ore 11.30-16.30

CL per Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00308 – Scienze propedeutiche - Approfondimenti di chimica, Prof.ssa G. Zolese 10-15 dicembre 2009 ore 14.00-17.30, 17 dicembre 2009 ore 14.00-17.00

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

CL per Tecnico di Laboratorio Biomedico

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00207 – Chimica biologica e biochimica clinica - Le biomolecole: nucleotidi e acidi nucleici, Prof.ssa M. Emanuelli 10 dicembre 2009 ore 14,00 - 17,30; 12-19 gennaio 2010 ore 14,30 - 17,30

ADE00269 – Scienze propedeutiche - Fisica delle radiazioni Dott.ssa A. Giuliani, Mutuato con CdL in Tecniche di Radiologia Medica, 14 dicembre 11-18-25 gennaio ore 13,30 - 16,00

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

CL per Tecnico di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00269 – Scienze propedeutiche - Fisica delle radiazioni, Dott.ssa A. Giuliani 14 dicembre 2009 11-18-25 gennaio 2010 ore 13.30-16.00

2° Anno

ADE00161 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini I - La RM nel sistema nervoso centrale, Dott. G. Polonara 10 dicembre 2009 7-14-21 gennaio 2010 ore 14.30-17.00

ADE00273 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini I - La radiologia contrasto grafica nell'addome, Dott. M. Misericordia 11 dicembre 2009 8-15-22 gennaio 2010 ore 13.30-16.00

Forum

Il programma dei Forum è riportato a pagina 8.

Visita di istruzione alla Clinica Urologica del Prof. Müller della Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität di Bonn

Come ormai è tradizione, anche nell'estate di quest'anno la Clinica Urologica della nostra Facoltà ha organizzato una gita d'istruzione – per carità, non chiamiamola vacanza – riservata agli specializzandi in urologia e a tutti coloro tra gli studenti di medicina dell'ateneo anconetano che avessero voluto prenderne parte. Destinazione Bonn, più precisamente la Clinica Urologica del Prof. Müller della Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität. Fatto insolito, quest'anno gli aspiranti a tale iniziativa tra gli studenti sono stati in numero maggiore rispetto al passato, rendendo così necessaria una selezione sulla base dei crediti ottenuti. Accompagnatori ufficiali sono stati il Prof. Daniele Minardi ed il Prof. Giulio Milanese. Così, in un periodo compreso tra il 21 ed il 28 agosto, gli studenti e gli specializzandi, una ventina in tutto, hanno trascorso le mattinate prendendo parte all'attività di reparto e agli interventi chirurgici mentre i pomeriggi sono stati lasciati liberi per le attività più varie: alcuni hanno "esplorato" l'ex capitale della Germania Ovest, altri hanno preferito sdraiarsi sull'erba dell'ateneo teutonico per recuperare l'oretta di sonno strappata dalla rigorosa sveglia alle ore 6. Non sono mancate alcune disavventure: le più simpatiche soprattutto il primo giorno, quando un incredulo autista si è visto invadere il proprio autobus da un' "allegra brigata" di italiani ovviamente non muniti di biglietto e in numero ben superiore alla capienza massima del veicolo. Risultato: 40 minuti di ritardo che, in un Paese come la Germania, equivale ad un biglietto da visita con su scritto "i soliti italiani". Ma lasciando da parte gli stereotipi, si è potuta osservare una grande collaborazione con i colleghi tedeschi, sempre ben disposti ad accogliere, qualora possibile, ogni eventuale richiesta. Il tutto è stato coronato con una grande cena a cui hanno partecipato anche gli specializzandi della Clinica Urologica di Bonn ed il Prof. Müller che molto gentilmente si è offerto di pagare il conto e le numerose birre consumate. Non è mancato il tempo per una visita alla cattedrale di Colonia ed al Museo dell'Anestesia allestito all'interno dell'Ospedale della Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität.

In conclusione la gita d'istruzione è stata un completo successo, un'esperienza vissuta con interesse e viva partecipazione dagli studenti, utile non solo per l'apprendimento ed il confronto con un'altra realtà ospedaliera europea ma anche come occasione di maggior avvicinamento e conoscenza sul piano personale tra professori e studenti.

Carlo Bottegoni, Matteo Rossini, Daniele Minardi

Fonti ed acque curative nell'area medio-adriatica nell'antichità

Fin dall'antichità è noto l'utilizzo dell'acqua come sostanza pura che scaturisce dalla roccia, fonte di vita e talvolta di guarigione per le particolari proprietà da cui è caratterizzata. Grotte e sorgenti sono state in genere considerate simbolo di purezza, di salute ed anche di fecondità; l'acqua pura o ricca di sostanze minerali è stata utilizzata in questo contesto anche per riti di purificazione, per aspersione o per immersione, e talvolta con finalità terapeutiche in particolari circostanze.

Notizie ci sono fornite da attestazioni archeologiche e da fonti letterarie ed epigrafiche; per il territorio medioadriatico la documentazione si presenta spesso frammentaria e in connessione con situazioni e con luoghi peculiari. E' comunque nota l'esistenza di depositi votivi relativi a luoghi di culto che sorgevano in genere al di fuori degli abitati e spesso in zone isolate connesse a sorgenti perenni di acqua; esse avevano generalmente proprietà curative e risultano frequentate per un lungo arco di tempo, che almeno dal VI-V secolo a.C. arriva talvolta fino all'età romana imperiale.

Alcune recenti pubblicazioni consentono di conoscere in sintesi una realtà nota in passato in modo occasionale attraverso il rinvenimento talvolta di materiali votivi di vario genere; si tratta spesso di ex-voto in terracotta o in bronzo, che rappresentano forme anatomiche, figure umane o parti di esse, connesse con espressioni di religiosità da parte di devoti in luoghi presso fonti con proprietà curative o termali.

In una carta di sintesi dell'Italia centrale, pubblicata nel 1997 (M. Pacciarelli), risultano presenti nell'area corrispondente alle attuali Marche quattro significativi siti: le Grotte del Sentino, Montefortino di Arcevia, San Vittore di Cingoli e Sant'Andrea di Cupra Marittima (Fig. 1). Altre aree sacre connesse con culti idrici sono note in bibliografia nella regione, come ad esempio a Isola di Fano (presso Fossombrone), a Santa Veneranda di Pesaro, a Monterinaldo nell'ascolano; elementi frammentari sono attestati



Fig. 1 - Carta dell'Italia centrale con antichi siti di aree sacre con acque curative: 7. Montefortino di Arcevia; 8. Grotte del Sentino; 9. San Vittore di Cingoli; 10. Cupra Marittima.

PROF. MARIO LUNI

Archeologia classica
Università di Urbino Carlo Bo

anche in altri siti e tutti comunque si collocano in un contesto sacrale che ha trovato diffusione già da età preromana, come anche in altre regioni.

Grotte del Sentino

Grotte carsiche sono presenti nella stretta gola del Sentino, affluente dell'Esino, con testimonianze archeologiche che vanno dalla fine del Paleolitico all'età romana e oltre (N. Lucentini, in M. Pacciarelli, 1997). Una cavità della Grotta del Mezzogiorno è caratterizzata da un fortissimo stillicidio, con acque di percolamento raccogliibili in ogni stagione, da mettere in probabile riferimento con pratiche rituali già dalla preistoria.

Una sorgente perenne è presente nella Grotta di Frasassi; ricca un tempo di formazioni stalattitiche. Anche i numerosi ritrovamenti di materiali di varie epoche hanno fatto ritenere che le Grotte del Sentino potessero costituire un complesso sacrale in cui le singole cavità avevano utilizzazioni diverse nei differenti periodi. In particolare la grotta del Santuario di Frasassi è caratterizzata da una tradizione che continua in età romana e oltre, in una zona nei pressi di San Vittore delle Chiuse, cioè sede della più importante area termale dell'Anconetano, di probabile impianto romano; resti di

strutture antiche sono stati infatti qui rinvenuti nel sito di recente realizzazione di un edificio termale, che utilizza acque salutari "sulfureo-salse". Nella stessa grotta la valenza sacrale ha continuità attraverso il Medioevo e sfocia nella realizzazione del tempio di Leone XII, costruito dal Valadier nel 1828 svuotando l'ampia cavità dell'ingresso.

Monte Fortino d'Arcevia

A circa 40 chilometri dalla costa adriatica, presso Arcevia, è segnalato già a fine Ottocento il rinvenimento di alcuni depositi votivi, in relazione con un luogo di culto connesso a sorgenti perenni di acqua fredda e frequentato per un lungo periodo, che va dal VI secolo a.C. all'età romana (M. Landolfi, in M. Pacciarelli, 1997).

Si tratta di ritrovamenti fortuiti, avvenuti in circostanze e tempi diversi, da mettere in relazione con un santuario delle acque esistente già da età protostorica e poi inquadrato in un orizzonte culturale

Lettura tenuta al Convegno annuale di Facoltà Fonti ed acque termali nelle Marche il 5 giugno 2009.



connesso anche ai Senoni dell'Adriatico. Alla prima fase si riferiscono alcune classi di oggetti votivi, quali un gruppo di donari in lamina di bronzo a figura umana ed anche alcuni vasetti d'impasto di piccole dimensioni.

Altri materiali confermano la lunga continuità di vita del luogo, in cui è stato praticato un culto sacro a carattere terapeutico. Al periodo tra III e II secolo a.C. si riferiscono infatti ceramiche a vernice nera, votivi anatomici in terracotta, statue e unguentari fittili. Questa stipe votiva è caratterizzata dalla presenza di teste femminili velate, da un avambraccio con mano sinistra, statue maschili e femminili e anche dalla testa di un animale appartenente ad una statuetta votiva. Si tratta di ex-voto offerti da fedeli nel contesto di pratiche rituali idroterapiche finalizzate a guarigioni, sia di persone, sia di animali.

Una terza fase di frequentazione da parte di devoti di questo santuario delle acque è riferibile al periodo romano ed è attestata soprattutto da vasi fittili a fruttiera su sostegno (labra) di età imperiale, messi in connessione con il culto alla latina Bona Dea, assimilabile alla dea Cupra in area umbro-picena.

San Vittore di Cingoli

L'area sacra è ubicata su un terrazzo nell'alta valle del Musone, attestata dal ritrovamento nell'Ottocento di documentazione significativa che è datata almeno dal V secolo a.C. al periodo romano (G. Baldelli, M. Landolfi, in M. Pacciarelli, 1997). In particolare un cippo iscritto del 6 d.C. dà notizia di una lex sacra in relazione con una sorgente naturale di acqua fredda perenne, con proprietà medicamentose, che alimentava un attiguo complesso termale-santuariale (P. Marchegiani, M. Luni, F. Uttoveggio, 2003). La tradizione popolare considera ancora oggi la sorgente legata a leggende e credenze religiose; essa è denominata "Fonte del Bagno" o di "San Giovanni" e collegata allo sfruttamento delle proprietà terapeutiche delle sue acque.

Si tratta di un santuario fontile di origine preromana, poi monumentalizzato con un impianto termale, attestato nel corso di scavi in passato dal rinvenimento di una serie di ambienti con vasche e di strutture per la conduzione dell'acqua; si tratta di un edificio di un certo pregio, caratterizzato anche dalla presenza di mosaici. La menzionata lex sacra in questo contesto presenta la espressa prescrizione di non contaminare le falde acquifere, determinanti per l'attività idroterapica delle terme-santuario in epoca romana.

Le prime fasi di frequentazione sono attestate da materiali che risalgono al V-IV secolo a.C., rinvenuti in vari periodi e in differenti circostanze nella zona della sorgente, attorno alla quale si è sviluppato il santuario fontile. Da segnalare il ritrovamento di una lekythos attica a figure nere miniaturizzata e di una protome fittile di una divinità femminile con polos, di produzione magnogreca. Sono stati recuperati inoltre frammenti di vasi a vernice nera, di ceramica alto-adriatica, di

pocula di impasto, piattelli di ceramica grigia e in particolare statuette di terracotta e arule in pietra per offerte votive.

Si tratta di materiali donati da devoti e raccolti in stipi sacre che bene caratterizzano questo santuario, sorto in un'area caratterizzata dalla esistenza di una sorgente di acque curative. Il sito ha acquisito in età romana tale importanza da avere determinato anche il sorgere di un aggregato urbano; le iscrizioni qui rinvenute attestano infatti la presenza del municipium di Planina, menzionato da Plinio il Vecchio. La situazione sembra analoga a quella relativa al fanum della Fortuna, probabilmente realizzato in connessione con una sorgente significativa, che ha determinato poi il sorgere della città di Fanum Fortunae.

Sant'Andrea di Cupra Marittima

Nel 1988 è stato oggetto di regolare scavo a Sant'Andrea di Cupra Marittima un sito che ha restituito un grande numero di vasetti miniaturistici, in riferimento con una stipe votiva di età preromana (G. Baldelli, in M. Pacciarelli, 1997). Il deposito di oggetti di ridotte dimensioni in ceramica d'impasto stipava la cavità di una originaria canaletta dove probabilmente in antico scorreva acqua.

Anche nelle vicinanze è stata osservata la presenza di una grotticella naturale dove in passato stillava acqua attraverso una lente ghiaiosa nel banco arenaceo. In questo contesto è stata ipotizzata la presenza di un luogo di culto piceno, attestato dal complesso di oggetti miniaturistici associato in origine alla presenza di una sorgente. L'esistenza in questo deposito di mestoli, di numerose tazzine-attingitoio e di bicchieri ha fatto ritenere che l'acqua in questo sito avesse assunto una funzione primaria rituale. Si tratterebbe dunque di un luogo di culto, dove anche olle biansate e vasi biconici avevano la funzione di contenitori di acqua per probabili cerimonie sacre, forse con finalità curative.

Un centinaio di oggetti interi e varie altre centinaia di vasetti in frammenti caratterizzano questo deposito votivo, costituito in gran parte da vasellame e anche da utensili e da alcuni oggetti di ornamento personale. In questa area cuprese la presenza di rituali idrici di purificazione è stata associata in via ipotetica al culto della dea Cupra, alla quale sono riferiti anche non lontani resti di un tempio romano. Le forme vascolari documentate nel deposito, sebbene su scala miniaturistica, sono datate al VI-V secolo a.C. sulla base di confronti con modelli di dimensioni reali attestati in altri siti nel Piceno.

Isola di Fano (presso Fossombrone)

Un importante complesso di materiali votivi, riferibili ad una stipe sacra in relazione con un'area santuariale, è dovuto a ritrovamenti ottocenteschi lungo un tratto del torrente Tarugo, non lontano dal punto di confluenza nel medio Metauro; una



piena del fiume nel 1874 ha fatto affiorare e disperdere negli attigui campi un certo numero di reperti della fine dell'età del Ferro e di epoca repubblicana. Avvennero in seguito scavi disordinati da parte di proprietari dei fondi ed i materiali votivi recuperati sono stati venduti e dispersi (M. Luni, P. Marchegiani, F. Uttoveggio, 2003).

Un primo elenco degli oggetti allora rinvenuti è pubblicato poco dopo il rinvenimento; vengono qui menzionati bronzetti, statuine di terracotta, monete e vari reperti per un totale di almeno una trentina di pezzi. Nel 1886 è stata recuperata la statuetta in bronzo del cosiddetto Vertumnus, ora nel Museo Archeologico di Firenze, e nell'anno successivo un Ercole con la clava, acquistato dal Museo Oliveriano di Pesaro; del 1888 è il recupero di altri tre bronzetti e di statuette in terracotta.

Parte dei materiali è stata acquisita dal Museo Civico di Fossombrone da A. Vernarecci. Scavi regolari nel 1929 hanno portato al recupero di un certo numero di statuine fittili frammentarie. Attualmente nel Museo di Fossombrone sono presenti undici bronzetti e sette statuine votive di terracotta, in probabile riferimento con la stipe di materiale sacro di Isola di Fano: queste ultime presentano confronti di IV e III secolo a.C. in ambito sia tarantino che laziale.

Tra gli oggetti in terracotta recuperati, accanto a non bene precisati "idoli di italo culto e di culto asiatico", risulta presente una serie di votivi anatomici, tra cui "piedi, mani e numerosi frammenti non identificabili". Il complesso di materiali restituiti dal sito appare dunque piuttosto consistente, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, e risulta evidente la natura votiva e sacrale di questo deposito, riconosciuta sin dal momento delle prime scoperte.

Questa documentazione infine ha indotto a riconoscere con fondamento, già dalla fine dell'età del Ferro, la presenza sulle rive del Tarugo di un luogo di culto legato all'acqua, probabilmente con finalità idroterapiche; l'esistenza di un "bacino zolfifero", segnalato dallo stesso Vernarecci presso Isola di Fano, giustificerebbe la presenza nel luogo in antico di sorgenti di acque con qualità medicamentose.

La stipe votiva ha restituito anche testimonianze di tre fasi diverse di monete, ad iniziare da un frammento di aes rude, con valore premonetale, analogo ad altri presenti in ripostigli protostorici. Due monete greche, di Venosa e di Arpi in Apulia, ed altre romane di III e II secolo a.C. stanno a testimoniare la continuità di utilizzo dello stesso santuario con acque curative anche nell'epoca della prima romanizzazione di questo territorio.

Il "Lucus Pisaurensis"

Il bosco sacro "sotto le selve", a Santa Veneranda, presso Pesaro (Pisaurum) è stato rinvenuto e scavato nel Settecento da A. Olivieri, che ha recuperato qui ben 14 cippi iscritti con dediche a divinità; 13 sono stati rinvenuti prima del 1737 ed uno nel 1783, unitamente a monete e ad un bronzetto. Tale

fu l'interesse dello studioso per il "Lucus" sacro che fece realizzare nel 1794 in una stanza del suo palazzo un grande dipinto raffigurante questo santuario, immerso nella natura, (Fig. 2) con devoti e offerte, tra are, statue e un sacello.

Il complesso degli oggetti votivi è rappresentativo del culto salutare che vi era praticato; lo stesso Olivieri menziona il ritrovamento di "quantità di donarij e voti di metallo e di terracotta, statue grandi di terracotta, monete di offerte dei tempi più antichi fino ai secoli romani" (M. Luni, P. Marchegiani, F. Uttoveggio, 2003; M. Luni, 2003). Più in particolare, il materiale della stipe sacra è costituito da teste e mezze teste femminili e virili, ed anche da statue: bambini in fasce a grandezza pressoché naturale, figure maschili stanti e femminili, sia sedute in trono che stanti.

I votivi anatomici umani assumono un significato rilevante in relazione alle pratiche salutari che qui si praticavano, in corrispondenza di una probabile sorgente di acqua curativa. E' attestata infatti la presenza di organi genitali maschili e femminili, mammelle, piedi, mani, gambe, braccia, torsi, volti, "bubboni inguinali". Anche alcuni animali sono qui rappresentati, con statuette di bovini e zampe di vario tipo, in relazione all'attività pastorale e agricola attestata in età romana nel territorio pisaurense.

Oltre 4.000 monete, di cui solo una d'argento, sono state recuperate nel santuario "involte ... tra carboni intorno all'are"; le più antiche risultano quelle fuse, riferibili a "tempi anteriori al conio", mentre quelle più tarde giungono al 293/306 dei "tempi di Costanzo". Quattro sono i bronzetti del "Lucus", che rappresentano rispettivamente una maschera femminile, una statuetta di Giove, una di un offerente con patera e una terza di un giovane con fiaccola.

La documentazione rinvenuta nel santuario consente di affermare che questa area sacra è stata frequentata almeno dal III secolo a.C., in particolare nel II e poi con continuità decrescente fino agli inizi del IV secolo d.C. Vivo era nel "Lucus" il culto per divinità salutari, in connessione con finalità terapeutiche, legate alla presenza di acque curative. Ad esempio le analisi di una fonte nell'area di Santa Veneranda hanno riconosciuto talvolta la presenza di boro, utile probabilmente per la cura degli occhi. Va tenuto presente che queste sorgenti non sono lontane da quelle salso-bromoidiche delle moderne Terme di Carignano, il cui uso "risulta efficace" in terapia ginecologica.

Da segnalare infine che il santuario era frequentato soprattutto da donne, come mostra il prevalente numero di votivi anatomici e delle divinità menzionate nei cippi, in gran parte protettrici della vita femminile e delle partorienti: Giunone, Salute, Fede, Feronia, Marica, Madre Matuta e Diana.

Monterinaldo

Strutture di un santuario ellenistico-romano sono state rinvenute nel corso di scavi effettuati tra il 1958 e il 1962 a



Fig. 2 - Raffigurazione del "Lucus" dipinta nel 1794 nella sala dei Marmi in Palazzo Olivieri a Pesaro, con devoti e offerte, tra are, statue e un sacello.

Monterinaldo, nell'alta valle dell'Aso, nell'ascolano (M. Luni, 2003). Sono stati messi in luce resti di età tardo-repubblicana relativi ad un tempio su podio a tre celle, probabilmente esastilo, con colonne "d'ordine tuscanico" e con ingresso a Sud. Il basamento, in parte oggetto di scavo, risulta largo circa 21 metri. L'edificio è datato tra II e I secolo a.C.; ad una fase più antica del monumento, tra III e II secolo a.C., sono stati riferiti numerosi frammenti di sculture fittili di frontoni, rinvenuti nello stesso luogo.

Sul margine settentrionale del temenos sono stati trovati resti di strutture monumentali di un portico a due navate uguali, lungo circa 65 metri, largo circa dieci e col muro di fondo in filari di blocchi squadrati di arenaria. In origine sulla fronte erano presenti, tra due pilastri, tredici colonne doriche di arenaria locale, alte m 4,75; sull'asse centrale della porticus erano disposte otto colonne di ordine ionico-italico, alte m 6,80, sormontate dalla travatura del tetto. Attualmente risultano ricollocate in situ sette colonne doriche e quattro ioniche, datate tra II e I secolo a.C.

Nel monumentale santuario veniva praticato probabilmente un culto di tipo salutare, in un luogo ricco di acqua dove è attestato anche il ritrovamento di un pozzo e di "alcuni ex-voto fittili esibenti figure femminili ignude", forse della

"Bona Dea". Sono qui stati rinvenuti vari materiali ed anche frammenti di un poculum a vernice nera con dedica a Giove.

Acqua e salute

In tutti questi santuari "delle acque" sopra presentati in modo assai sintetico ci si trova di fronte a notizie spesso lacunose acquisite in passato e a ritrovamenti occasionali avvenuti in tempi, circostanze e zone diverse; solo raramente sono state eseguite campagne di scavo archeologico, in genere effettuate a posteriori, molto tempo dopo i rinvenimenti. Nella maggior parte dei casi non si dispone dunque di documentazione esauritiva sulla tipologia dei depositi votivi, sulla loro giacitura e sulla associazione dei materiali in essi rinvenuti.

Emblematico ad esempio risulta il caso dei bronzi votivi preromani rinvenuti nell'Ottocento a Coltona di Cagli, con otto statuette di Marte in assalto, oltre a due lanciatori di giavellotto nudi e a due teste, di maggiori dimensioni e di pregevole fattura. Una recente ricognizione di superficie nella stessa area ha permesso di rinvenire ceramica di impasto della medio-tarda età del Ferro, senza però riuscire ancora a comprendere l'eventuale contesto sacrale a cui i bronzi votivi potevano appartenere (P. Marchegiani, 2002).



Fig. 3 - Resti di strutture di edificio termale rinvenuto a Forum Sempronii (Fossombrone).

In vari centri della regione medioadriatica esiste inoltre attestazione di altri santuari esistenti nel territorio a carattere salutare, in connessione con sorgenti con proprietà medicamentose (M. Luni, 2003). Ex-voto anatomici risultano attestati in modo consistente ad esempio nel museo di Ascoli Piceno, provenienti probabilmente dall'edificio termale di Acquasanta Terme, ancora in uso con acqua calda a 30 gradi e con strutture di probabile origine romana. Sono qui presenti tipologie di ex-voto abbastanza rari, costituiti da occhio e orecchio fittile votivo, meglio attestati in ambiente greco (O. Galeazzi, C. Giacometti, 1982). Questo numeroso gruppo di reperti sacri è confluito con probabilità nel museo ascolano da qualche deposito votivo casualmente scoperto e saccheggiato nei secoli passati ad Acquasanta Terme, la cui attrezzatura di terme-santuario, con una piscina in una grotta naturale, sembra riferibile in relazione all'età romana.

Analoghi materiali fittili in relazione con culti salutaris sono anche presenti nei musei di Offida, di Fano (da Isola di Fano o dalla stipe votiva del tempio della Fortuna), di Ripatransone e di Fermo, oltre che di Cingoli (da San Vittore), di Pesaro (dal "Lucus Pisaurensis"), di Senigallia, di Sassoferrato, di

Fossombrone (da Isola di Fano), di Cagli e di Cupramarittima, nonché in collezioni private. Si può aggiungere che vari altri ex-voto anatomici di carattere salutare sono dovuti a raccolta di superficie, recuperati in particolare nel territorio di Sassoferrato, di Senigallia, di Marina di Montemarciano e di Cupramarittima; essi vanno pertanto messi in riferimento con altrettante probabili aree di culto connesse con fonti e con acque curative, delle quali non abbiamo ancora ulteriori notizie.

L'intero complesso di oggetti fittili anatomici provenienti da santuari fontali in cui si praticava idroterapia è rappresentato in definitiva da teste e parti di esse, mani destre e sinistre, avambracci e braccia, piedi e gambe, mammelle e uteri, falli e "bubboni inguinali", cuori, occhi e orecchi. L'ex-voto più diffuso è costituito da teste (intere, a metà e un quarto), di vari tipi somatici, di differente lavorazione artigianale e di diversa cronologia; si è giunti talvolta a riconoscere in alcuni accurati esemplari la presenza di influssi formali di modelli colti ed anche a postulare la espressione di stati d'animo e di patologie (M. Fenelli, 1975).

Le "maschere" o meglio i volti, le metà e quarti di teste costituiscono votivi che trovano diffusione nell'area medio-italica e sono presenti assai numerosi specie nella stipe del "Lucus Pisaurensis". In merito ai reperti "parziali" si è sostenuta la tesi "economica" o "del risparmio" nella esecuzione; altri ritengono che essi vadano valutati in relazione a precise situazioni di carattere patologico, come dimostrerebbe anche la raffigurazione in genere precisa ed accurata di singoli organi umani, quali ad esempio occhi, orecchi e organi genitali

Acqua e strutture edilizie

In epoca romana nell'area medio-adriatica è nota anche una ventina di attestazioni di vario genere relative alla esistenza di templi e di aree santuariali, di diversa entità (M. Luni, 2003). Circa una metà di queste risulta in connessione con resti di strutture oppure con materiali votivi in riferimento ad edifici di culto di età repubblicana: a Monterinaldo, ad Asculum (Ascoli Piceno), Potentia (presso Porto Recanati), Ancona (Ancona), Fanum Fortunae (Fano), Pisaurum (Pesaro), Pitinum Mergens (presso Acqualagna), Civitalba, Offida. Per il resto si tratta di templi, di differenti dimensioni e tipologia, realizzati in età imperiale nell'area forense o in altre zone di città: a Urbs Salvia (Urbisaglia), Asculum, Cupra Maritima (Cupramarittima), Ostra (presso Ostra Vetere), Forum Sempronii (Fossombrone). In questo contesto di carattere sacrale, relativamente poco noto, si colloca la realtà culturale connessa a divinità salutaris, ad acque curative e alla pratica dell'idroterapia.

In merito agli edifici termali utilizzati per pratiche igieniche ed edonistiche, ma talvolta anche curative, si può aggiungere che si tratta di un tipo di impianto che ha trovato ampia diffusione nelle città, specie in epoca imperiale, dove in genere è attestata la presenza di strutture sia pubbliche, sia private, di varie dimensioni, spesso non più visibili perché reinterrate.

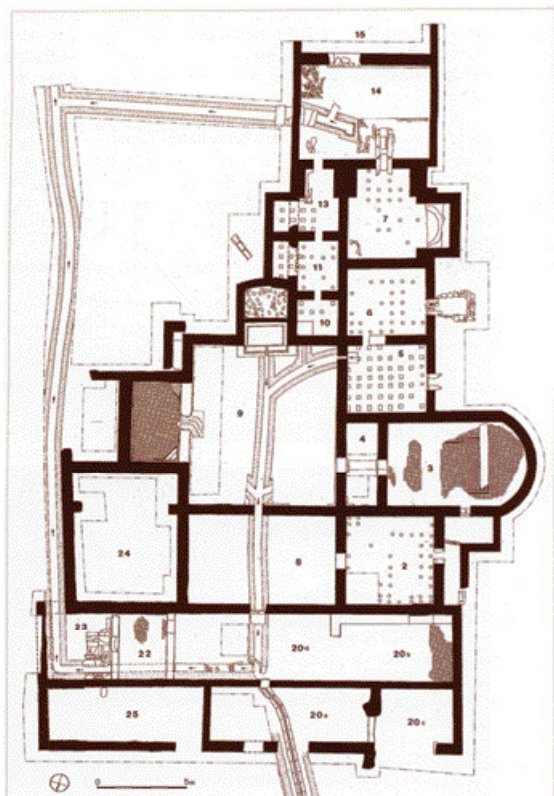


Fig. 4 - Pianta delle terme di Forum Sempronii, con ambienti riscaldati, vasche e canalette di drenaggio.

Vari edifici di questo genere sono stati rinvenuti con muraure piuttosto fatiscanti (a Attidium (Attiggio di Fabriano), Tifernum Mataurense (Sant'Angelo in Vado), Ancona, limitate per lo più a tratti di canalette di drenaggio e di pavimenti poggiati su *suspensurae*, per la circolazione dell'aria calda, derivata da *praeurnia* (M. Luni, 2003).

I resti più significativi di queste strutture, che richiedevano un grande uso di acqua, risultano conservati a Forum Sempronii (Figg. 3-4), Ostra, Sentinum (Sassoferrato) e Septempeda (presso San Severino). In quest'ultimo centro il *calidarium*, con abside, è ubicato quasi al centro del complesso termale, oggetto di scavo su di un'area di circa 900 metri quadrati. Sul lato settentrionale è situata una serie di ambienti con pavimento a mosaico, poggiati su *suspensurae*; si tratta di stanze riscaldate, a pianta quadrata, comunicanti tra loro. L'area verso Sud è caratterizzata dalla presenza di una palestra, con portico su tre lati del piazzale e con una piscina sul quarto: si ha notizia nella zona della esistenza nei secoli passati di una sorgente tiepida di acqua sulfurea.

Ad Ostra è documentata la esistenza, non lontano dal Forum, di resti di un complesso termale a pianta quadrata, caratterizzato da una fronte di sessanta metri e da dodici ambienti pavimentati a mosaico. Le terme messe in luce a Sentinum presentano il *frigidarium*, il *tepidarium*, e i *calidaria*, disposti attorno ad un'ampia piscina rettangolare, delimitata da un grande peristilio con pavimentazione a mosaico. L'edificio è stato realizzato in epoca tardo-repubblicana ed ha subito ristrutturazioni sia nel I secolo d.C., sia tra II e III, come

quello di Forum Sempronii, altrettanto vasto; anche qui sono stati rinvenuti numerosi ambienti caratterizzati da vasche e da canalette per lo scarico dell'acqua.

Altri edifici termali sono attestati unicamente da iscrizioni, come ad esempio a Pitinum Pisarense (presso Macerata Feltria) e in un altro ignoto centro antico presso San Leo: è qui segnalato un *balineum*, datato al 148 d.C. Emblematica in questo contesto risulta la menzionata *lex sacra* rinvenuta a San Vittore di Cingoli, in questo caso però in relazione ad un edificio termale che utilizzava acque curative e in sicura connessione con pratiche salutari, come già ricordato anche per le terme di San Vittore delle Chiuse e di Acquasanta Terme, utilizzate ancora per cure idroterapiche ai nostri giorni.

Si può aggiungere che attorno all'acqua sono state realizzate in età romana nell'area medioadriatica numerose opere architettoniche, talvolta di notevole impegno costruttivo, quali acquedotti, cisterne, ninfei e fontane, presenti in genere in ogni città (M. Luni, 2003). Numerosi risultano i resti di questi edifici, alcuni dei quali in discreto stato di conservazione e di consistenza monumentale, specie nei casi attestati a Urbino e Fermo. Due depositi d'acqua sono stati rinvenuti nel dopoguerra ad Urvinum Mataurense, di cui uno entro le mura, a sette gallerie e di circa 800 metri quadrati di estensione. Alcune strutture riferibili alla seconda monumentale cisterna, a tre gallerie, con copertura in origine a volta, sono state scoperte nel 1955 all'interno della chiesa di San Sergio, sulle falde della collina all'esterno della cinta muraria verso Nord.

La situazione di approvvigionamento idrico riscontrata a

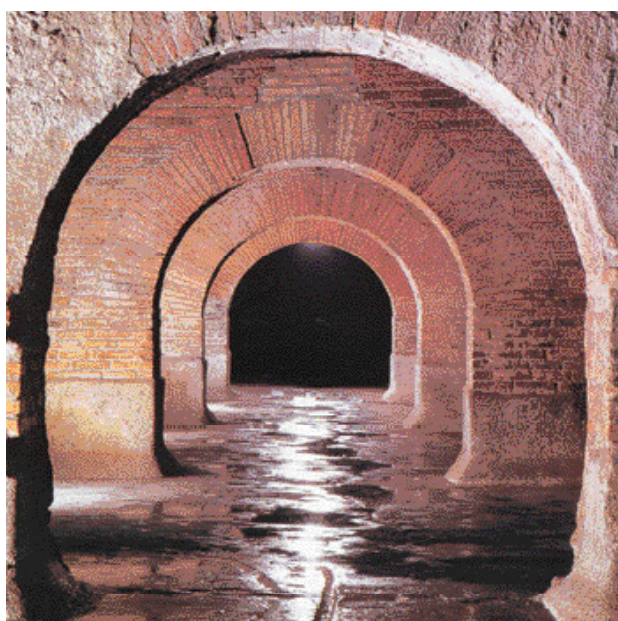


Fig. 5 - Veduta di una delle quattro navate della cisterna romana conservata a Fermo.

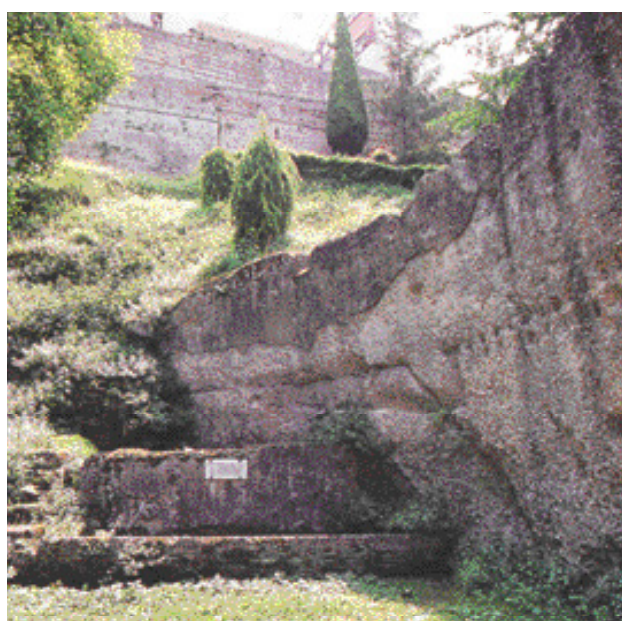


Fig. 6 - Veduta dei resti della "Fonte Magna", semi-circolare, ad Auximum (Osimo).



Urbino trova analogia almeno in età augustea in altre città della regione medioadriatica. In particolare a Firmum (Fig. 5) sono attestate in buono stato di conservazione due cisterne, una delle quali si pone tra gli esempi più significativi in Italia per dimensioni e per continuità di utilizzazione fino ai nostri giorni. Queste due cisterne d'acqua risultano ubicate entro la cinta urbana, su terrazzi ricavati nel pendio del colle, ed avevano una capienza poderosa, tale da potere rifornire gran parte della città.

Le conserve d'acqua sopra menzionate trovano confronti con altri analoghi antichi serbatoi, in genere di dimensioni minori, in varie città. Alcuni, costituiti da una unica galleria, sono ad esempio attestati rispettivamente ad Ancona, a Cupra Maritima, a Grottamare, a Carminate di Fano. Altri più complessi, a doppia serie di ambienti, sono noti a Urbs Salvia, a Cupra Maritima, a Falerio (Falerone) e a Falconara. Allo stesso modo il problema dell'approvvigionamento idrico è stato risolto con la costruzione di conserve d'acqua in altre città dell'Italia centrale, quali Ameria (Amelia), Tuder (Todi), Narnia (Narni), Asisium (Assisi), Hatria (Atri) ed anche Aesis (Iesi) e Cupra Montana (Cupramontana).

Nello stesso contesto di realizzazione di strutture urbane di pubblica utilità nelle città sono noti anche alcuni resti di acquedotti a galleria, con condotti in pietra o in laterizio e con pozzetti di areazione ad intervalli regolari, come ad esempio a Pisaurum, a Fanum Fortunae, presso Ancona, a Numana, Aesis, Attidium, Camerinum, Urbs Salvia, Trea, Firmum, Urvinum Mataurense ed Asculum.

Esistono esempi anche di iscrizioni che segnalano nello stesso territorio di ritrovamento la costruzione di acquedotti, come nei casi di Sestinum, Trea, Cingulum, Firmum, Asisium e Urvinum Mataurense. Vanno ricordate inoltre attestazioni di fontane e ninfei, come ad esempio quello assai rilevante rinvenuto a Cupramarittima e la fonte monumentale conservata ancora in parte in elevato a Osimo (Fig. 6), al di fuori delle mura settentrionali. Ad Urbino è presente nel museo archeologico un cippo di marmo, che in origine sosteneva la statua di bronzo di un magistrato benemerito per aver costruito nella prima età imperiale un ninfeo ed un acquedotto, a spese pubbliche; questo monumento iscritto assume una valenza emblematica sul significato dell'acqua in contesto urbano.

In conclusione, si può affermare che il ruolo fondamentale dell'acqua ha determinato nelle città romane una imponente attività edilizia finalizzata alla realizzazione di strutture destinate all'approvvigionamento idrico, anche in relazione alla ampia utilizzazione attestata in edifici termali e in domus, talvolta dotate di bagni riscaldati e di vasche.

Roma, 2003.

3) M. Bernabei – R. Grifoni Veronesi, I culti delle acque nella preistoria dell'Italia peninsulare, "RScPreist", XLVII, 1995 – 1996.

4) D. L. Carmichael – J. Hubert – B. Reeves – A. Schanche, Luoghi di culto. Culto dei luoghi, Genova, 1994.

5) L. Cerchiai, Acque, grotte e dei: i santuari indigeni nell'Italia meridionale, in "Ocnus", n. 7, Bologna, 1999.

6) D. Cocchi Genick, La funzione delle grotte e il significato delle acque nelle manifestazioni di culto di epoca protostorica dell'Italia medio-tirrenica, in "Ocnus", n. 7, Bologna, 1999.

7) C. Corrain – F. Rittatore – P. Zampini, Fonti e frotte lattaie nell'Europa occidentale, in "Etnoiatria" I, 2, 1967.

8) M. Dall'Aglia, I culti delle acque nell'Italia antica, Bologna, 2009.

9) V. Dini, Le madri del parto, delle acque, della terra. Continuità protettiva e santuari terapeutici, in T. GIANI GALLINO (a cura di), Le Grandi Madri, Milano, 1990.

10) M. Fenelli, Contributo per lo studio del votivo anatomico: i votivi anatomici di Lavinio, in "Arch.Class.", XXVII, 1975, pp. 206-252.

11) O. Galeazzi, C. Giacometti, Ex-voto anatomici nelle Marche: ricerca "in itinere", in "Picus", II, 1982, pp.186-191.

12) L. Gasperini, Gli Etruschi e le sorgenti termali, in AA. Vv., Etruria meridionale. Conoscenza, conservazione, fruizione, Roma, 1988.

13) L. Gasperini, Le terme santuario di Stigliano e Vicarello, in Id. (a cura di), Usus veneratioque fontium, Roma, 2006.

14) R. Grifoni Cremosi, Alcune osservazioni sui culti delle acque e sulla frequentazione delle grotte dal Neolitico all'età del rame, in "Ocnus", n. 7, Bologna, 1999.

15) R. Grifoni Cremosi, Human Rapport with Hypogeal Waters and Geothermal Manifestations in Italian Prehistory, in R. Cataldi – S.F. Hodgson – J.W. Lund (a cura di), Stories from a Heated Earth, Sacramento, 1999.

16) G. Gualandi, Problemi e testimonianze della città etrusca di Marzabotto: il santuario fontale a nord della città, in "StEtr", XXXVIII, 1970.

17) G. Gualandi, Santuari e stipi votive dell'Etruria padana, in "StEtr", XLII, 1974.

18) M. Luni – P. Marchegiani – F. Uttovaggio, Luoghi di culto nel Piceno settentrionale, in L. Quilici – S. Quilici Gigli, Santuari e luoghi di culto nell'Italia antica, Roma, 2003, pp. 22-32.

19) M. Luni, Archeologia nelle Marche, Firenze, 2003, pp. 230-240.

20) A. Maggiani, Culti delle acque e culti in grotta in Etruria, in "Ocnus", n. 7, Bologna, 1999.

21) A. Maggiani, Acque sante in Etruria, in G. PAOLUCCI (a cura di), L'acqua degli dei, Montepulciano, 2003.

22) P. Marchegiani, Popolamento preromano nella vallata del Metauro, in M. Luni, La via Flaminia nell'ager Gallicus, Urbino, 2002, pp. 91-130.

23) A. Minetti – G. Paolucci, Testimonianze archeologiche. Nuove acquisizioni del Museo Civico Archeologico di Chianciano Terme, Chianciano Terme, 1992.

24) M. Pacciarelli (a cura di), Acque, grotte e Dèi, Fusignano, 1997.

25) P. Sorcinelli, Storia sociale dell'acqua, Milano, 1998.

26) G. Susini, Il santuario di Feronia e delle divinità salutari a Bagnacavallo, in "Studi Romagnoli", n. 11, Faenza, 1960.

27) G. Susini, Culti salutari e delle acque: materiali antichi nella Cispadana, in "Studi Romagnoli", n. 26, Faenza, 1975.

28) M. Torelli, L'acqua degli Etruschi dalle forme idrogeologiche alle pratiche sociali, in M. Bergamini (a cura di), Gli Etruschi maestri di idraulica, Perugia, 1991.

Bibliografia

1) G. Alvino – T. Leggio, Acque e culti salutari in Sabina, in L. Gasperini (a cura di), Usus veneratioque fontium, Roma, 2006.

2) L. Quilici – S. Quilici Gigli, Santuari e luoghi di culto nell'Italia antica,



Delirium postoperatorio Impatto dell'anestesia sullo stato cognitivo

Introduzione

Il delirium postoperatorio è una condizione clinica caratterizzata da un'alterazione della coscienza, dell'orientamento nel tempo e nello spazio, della memoria, del pensiero, della percezione e del comportamento¹. E' generalmente reversibile, ha un decorso acuto e breve (ore o giorni), un andamento fluttuante e si presenta nei primi giorni successivi ad un intervento chirurgico².

Il delirium postoperatorio può essere classificato, a seconda dei sintomi, in quattro tipi: iperattivo (caratterizzato da "ipervigilanza" con un'anormale reattività); ipoattivo (con paziente apparentemente indifferente al mondo esterno); misto (con oscillazione tra iperattività ed ipoattività ed è il tipo più frequente); normale (con prevalenza dei disturbi cognitivi).

Lo strumento diagnostico più accurato per la valutazione del delirium è il Confusion Assessment Method (CAM test)³, il quale prende in considerazione le quattro caratteristiche principali: 1 insorgenza acuta ed andamento fluttuante; 2 perdita dell'attenzione; 3 disorganizzazione del pensiero; 4 alterato livello di coscienza. Per la diagnosi è necessaria la contemporanea presenza dei punti 1 e 2 e alternativamente 3 o 4.

Perché interessarsi al delirium postoperatorio?

Innanzitutto perché, nell'ambito chirurgico-anestesiologico, è una complicanza frequente: la sua comparsa si aggira in media intorno al 5-10%, raggiungendo secondo alcune casistiche anche il 15-30% e variando ampiamente a seconda del tipo di intervento considerato. E' molto frequente in seguito a chirurgia vascolare con incidenza intorno al 30-36%⁴ (per la sindrome da ischemia-riperfusione) ed a chirurgia ortopedica con incidenza intorno al 40-60%. Le cause di questa elevata incidenza non sono chiare, anche se alcuni Autori sostengono sia dovuta ad un maggior rischio di embolia dopo l'intervento per la prolungata immobilità postoperatoria dei pazienti oppure all'ipotensione arteriosa che frequentemente si instaura dopo anestesia spinale⁵.

Il delirium postoperatorio si associa ad una degenza più lunga e ad un maggior rischio di sviluppare compli-

Tesi di laurea della Dott.ssa Francesca Mocchegiani, presentata e discussa nella seduta del 28/7/2009, relatore la Prof.ssa Erica Adrario.

FRANCESCA MOCCHEGIANI, ERICA ADRARIO
Emergenze Medico Chirurgiche
Università Politecnica delle Marche

canze durante il ricovero. Tutto ciò implica un aumento delle cure mediche ed assistenziali ed in definitiva un aumento della spesa sanitaria⁶.

Inoltre il disturbo genera notevole disagio nei familiari, profondamente turbati dal cambiamento repentino dello stato mentale del proprio caro. Minimizzare la situazione accresce questo stato di preoccupazione.

Infine, alcuni pazienti con delirium postoperatorio vanno incontro ad un decadimento irreversibile del proprio stato cognitivo e del livello di autosufficienza, con forti ripercussioni sulla gestione terapeutica.

Questo studio nasce dall'esigenza di conoscere i fattori di rischio e il momento di comparsa del delirium, al fine di individuare i pazienti più a rischio di sviluppare delirium dopo alcuni giorni piuttosto che nell'immediato postoperatorio e cercando di individuare quei fattori in grado di predire un peggioramento dello stato cognitivo e del livello di autosufficienza del paziente a distanza dall'intervento chirurgico.

Scopo dello studio

Gli obiettivi dello studio sono stati i seguenti:

1. Eseguire una stima delle dimensioni del problema nella nostra realtà ospedaliera.
2. Valutare il ruolo del deficit cognitivo lieve tra i pazienti affetti da delirium.
3. Valutare, nell'ambito della popolazione con delirium, l'associazione tra i principali fattori di rischio e il momento di manifestazione del delirium stesso.
4. Valutare le modificazioni dello stato cognitivo/affettivo e del livello di autosufficienza del paziente con delirium dopo l'intervento chirurgico, utilizzando le scale di valutazione ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living) e il MMSE (Mini Mental Test Examination).

Materiali e metodi

Il presente studio ha reclutato pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore in ortopedia, chirurgia generale, urologia, chirurgia toracica con durata della degenza ≥ 5 giorni.

Sono stati, invece, esclusi dallo studio i pazienti con deficit audio-fonetico-visivi gravi, i pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia vascolare (per la sindrome da ischemia-riperfusione) e ad interventi di neurochirurgia (per il possibile danno organico in grado di inficiare la valutazione degli eventuali disturbi cognitivi).



Variabili e strumenti di misura

È stata effettuata una prima indagine preoperatoria con valutazione dei criteri di inclusione/esclusione, raccolta dei dati anamnestici, valutazione della comorbidità (utilizzando le scale GIC (Geriatric Index of Comorbidity) ed ASA) ed una valutazione psicometrica (attraverso le scale ADL, IADL ed il MMSE). È stata poi effettuata una valutazione perioperatoria (prendendo in considerazione il tipo di anestesia, i valori pre e postintervento di emoglobina, le perdite intraoperatorie, il numero di episodi ipotensivi e la comparsa di bradicardia) ed una postoperatoria con l'esecuzione del CAM test in 1°, 3° e 5° giornata e valutazione dei livelli di emoglobina in 2° e 4° giornata. Infine i pazienti sono stati rivalutati ad un mese dall'intervento con ADL, IADL e MMSE.

Analisi statistica

Al fine di valutare la capacità dei vari parametri esaminati di predire un peggioramento nelle scale di valutazione ADL, IADL e MMSE è stato utilizzato il test statistico della ROC CURVE⁷. Il test statistico è stato utilizzato anche per valutare la capacità degli stessi parametri di predire una positività o meno del CAM test in 1°, 3° e 5° giornata. Si è inoltre cercato di valutare la possibilità di quantificare il rischio di peggioramento delle scale ADL, IADL e del MMSE mediante il test di regressione logistica multipla⁸.

Risultati

Lo studio è stato svolto nell'aprile 2009 ed ha reclutato in totale 238 pazienti provenienti dalle chirurgie generali (n.85), ortopedica (n.98), urologica (n.41) e toracica (n.14). Di questi, 11 pazienti hanno sviluppato delirium postoperatorio, pari al 4,6%. Inoltre, il 64% dei pazienti affetti da delirium (7 su 11) proveniva dalla chirurgia ortopedica, confermando il ruolo del tipo di intervento chirurgico come fattore di rischio.

Per quanto riguarda il ruolo del deficit cognitivo lieve, il 54,5% dei pazienti affetti da delirium postoperatorio aveva, prima dell'intervento un deficit cognitivo lieve (pari ad un punteggio al MMSE tra 18 e 24). Dall'analisi con il test della curva ROC è stata rilevata un'associazione statisticamente significativa tra deficit cognitivo lieve preoperatorio e positività al CAM test in 1ª giornata, confermando l'importanza del deterioramento cognitivo non demenza come fattore di rischio⁹.

Uno degli scopi principali dello studio è stato quello di valutare l'associazione tra fattori di rischio e momento di

comparsa del delirium, che, infatti, non sempre insorge subito dopo l'intervento chirurgico. Secondo la casistica raccolta (Fig.1), solo 3 pazienti su 11 avevano un CAM positivo in 1ª, 7 in 3ª e 8 in 5ª giornata. Inoltre ben 5 pazienti su 11 hanno avuto per la prima volta il CAM positivo in 3ª giornata e 3 su 11 in 5ª. Si è cercato, quindi, attraverso il test della curva ROC, di evidenziare quali, tra i principali fattori di rischio, fossero maggiormente predittivi di comparsa di delirium in 3ª e in 5ª giornata. I fattori di rischio che sono risultati predittivi di positività al CAM in 3ª giornata sono stati: l'età (cut-off 84aa), l'emoglobina preoperatoria (cut-off 11,6g/dl), le perdite ematiche intraoperatorie (cut-off 500 ml) e l'emoglobina in 2ª giornata (cut-off 8,7g/dl). I fattori di rischio che sono risultati predittivi di positività al CAM in 5ª giornata sono stati (Fig. 2), invece: l'ASA (cut-off 2) e l'emoglobina postoperatoria (cut-off 10,9 g/dl.). Quindi, per i pazienti con questi fattori di rischio è più probabile attendersi la comparsa del delirium non immediatamente dopo l'intervento, ma dopo un iniziale intervallo di benessere, in 3ª o addirittura in 5ª giornata.

Infine, sono stati presi in considerazione gli esiti ad un mese dall'intervento e risultati interessanti sono stati ottenuti al MMSE. Infatti, ben il 36% dei pazienti con delirium nel postoperatorio ha avuto un peggioramento delle funzioni cognitive ad un mese, il 18% ha avuto un peggioramento lieve (MMSE comunque >18), il 18% un peggioramento grave (MMSE<18). Con il test della curva ROC, i fattori predittivi di peggioramento del MMSE ad un mese sono stati: l'emoglobina preoperatoria (cut-off 11,6g/dl) e le perdite intraoperatorie (cut-off 11,6g/dl), a conferma che i pazienti più ipossici sono a maggior rischio non solo di sviluppare delirium, ma anche di avere un decadimento irreversibile delle proprie funzioni cognitive dopo l'intervento chirurgico.

Infine, è stato utilizzato il test della regressione logistica multipla per evidenziare se diverse variabili prese complessivamente (emoglobina preoperatoria, emoglobina postoperatoria, emoglobina in 2° e 4° giornata, perdite ematiche intraoperatorie) fossero in grado di predire un peggioramento del MMSE ad un mese dall'intervento chirurgico. Il test è risultato statisticamente significativo con una $P = 0,0131$. Quindi, per i pazienti affetti da delirium postoperatorio risulterebbe cruciale considerare e monitorizzare queste variabili, al fine di impedire un peggioramento dello stato cognitivo a distanza di tempo dall'intervento chirurgico.



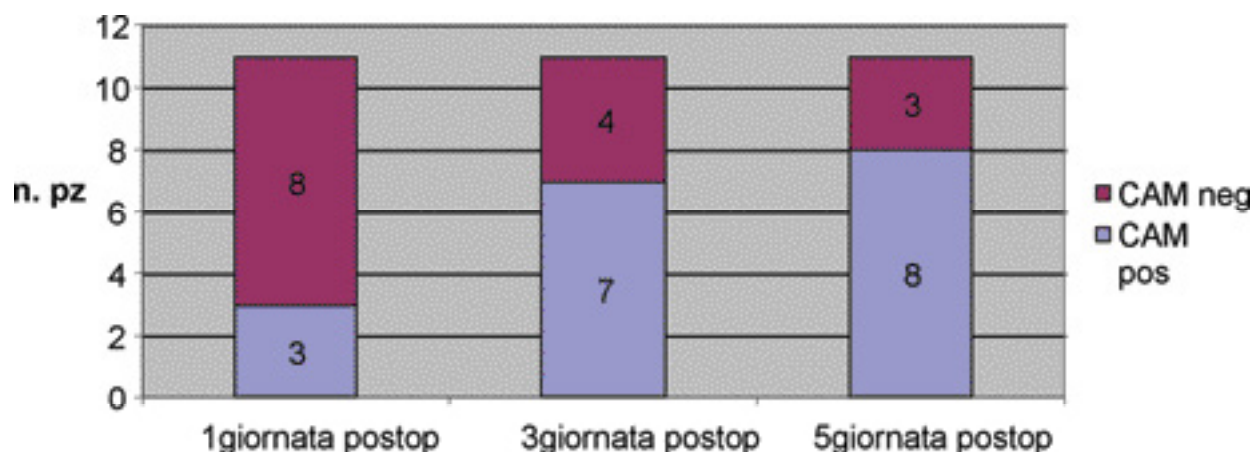


Fig. 1- Comparsa del delirium nelle cinque giornate di postoperatorio.

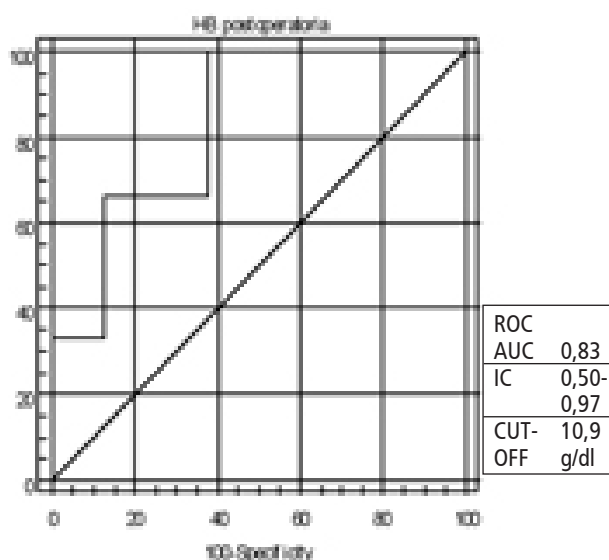


Fig. 2 - ROC Curve analysis: relazione tra Hb postoperatoria e delirium in 5° giornata.

Conclusioni

Secondo lo studio condotto, l'incidenza di delirium nella nostra realtà ospedaliera rispecchia i dati presenti in letteratura mantenendosi, anzi, al limite inferiore.

Si conferma il ruolo del deficit cognitivo lieve come fattore di rischio per delirium. Ciò ribadisce l'ipotesi, presente in letteratura 10, secondo cui l'evento chirurgico agirebbe come stressor andando a slantizzare una patologia ancora in fase subclinica.

È importante sottolineare che il delirium può insorgere anche a distanza di alcuni giorni dall'intervento chirur-

gico: è perciò fondamentale, nei pazienti con fattori di rischio, non abbassare la guardia e non farsi cogliere impreparati qualora questa complicanza si verifichi.

Infine, ricordiamo l'importanza di garantire, al paziente a rischio per delirium, dei livelli di emoglobina accettabili prima dell'intervento, limitare le perdite ematiche intraoperatorie nonché considerare, nel complesso, alcune variabili pre, intra e postoperatorie con lo scopo di impedire un peggioramento delle funzioni cognitive a distanza dall'intervento chirurgico.

Bibliografia

- 1) Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Psychiatry* 2004; 12:7-21.
- 2) R. Melotti, L. Ansaloni, A. Potalivo "Delirio postoperatorio: Aspetti epidemiologici, fisiopatologia ed etiopatogenesi *Minerva Anestesiol* 2006; 72 (Suppl 1 al 10): 31-5.
- 3) Inouye SK. Clarifying Confusion: the confusion assessment method-a new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941-8.
- 4) Katz IR. Validating the diagnosis of Delirium and evaluating its association with deterioration over one-year period. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001.
- 5) Zakriya KJ. Postoperative factors associated with postoperative change in confusion assessment method score in hip fracture patients. *Anest Analg* 2002; 94:1628-32.
- 6) Franco K. The cost of delirium in the surgical patient. *Psychosomatics* 2001; 42:68-73.
- 7) Zweig MH, Campbell G (1993) Receiver - operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*, 39, 561-577.
- 8) Pampel FC (2000) Logistic regression: A primer. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-132. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 9) Cole MG, McCusker J, Dendukuri N, Han L. Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with and without dementia. *J Neuropsych Clin Neurosci* 2002; 14: 167-75.
- 10) Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye AK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3 year retrospective study of occurrence, costs and utilization". *The J Geront Med Sci* 2005; 60A, 6:748-53.

Problemi clinici in Ematologia

Direttori Prof. Pietro Leoni e Dott. Marco Candela



Paziente con anemia refrattaria alle terapie tradizionali

Antonella Poloni, Clinica Ematologica Ancona
Giuseppe Visani, Onco-Ematologia Ascoli Piceno

Caso clinico

Nel 2003 viene ricoverata c/o la Clinica Medica di Ancona una donna di 70 anni per l'insorgenza di artrite alle ginocchia e per la comparsa di febbre nei giorni precedenti. La paziente,

al momento del ricovero, è ipertesa (in terapia con ACE inibitore e diuretico) e portatrice di una protesi valvolare meccanica. Durante il ricovero vengono riscontrati: un nodulo ipercaptante tiroideo (compatibile con la diagnosi di adenoma) che non causa però ipertiroidismo, ipergammaglobulinemia ed una sindrome secca, condrocalcinosi.

Nell'occasione viene riscontrata una lieve anemia macrocitica (Hb = 10,8 g/dl; MCV = 106 fl) con aptoglobina consumata, diagnosticata quindi come anemia emolitica, attribuita alla protesi valvolare meccanica; la paziente inizia terapia con Acido Folico per os per 20 giorni.

Dopo 30 giorni la paziente esegue un emocromo di controllo che non evidenzia più l'anemia ma ancora la macrocitosi (MCV = 105 fl).

Nel 2005, dopo due anni di benessere, la Signora si reca al Pronto Soccorso di Ancona per astenia intensa, viene riscontrata un'anemia importante (Hb = 7,0 g/dl; MCV = 114 fl) e viene trasfusa con due unità trasfusionali.

Percorso diagnostico

La paziente giunge alla nostra osservazione e viene sottoposta agli esami di screening per l'anemia; viene evidenziata un'anemia macrocitica con conta reticulocitaria pari a 31.000/mmc WBC e PLT normali, non alterazioni del bilancio marziale né a carico della Vitamina B12 e Acido Folico, non distiroidismi, LDH e bilirubina normali, sempre riduzione dell'aptoglobina, eritropoietina sierica 111 mU/ml. Allo striscio periferico viene evidenziata una marcata anisocitosi eritrocitaria con macrocitosi, formula leucoci-

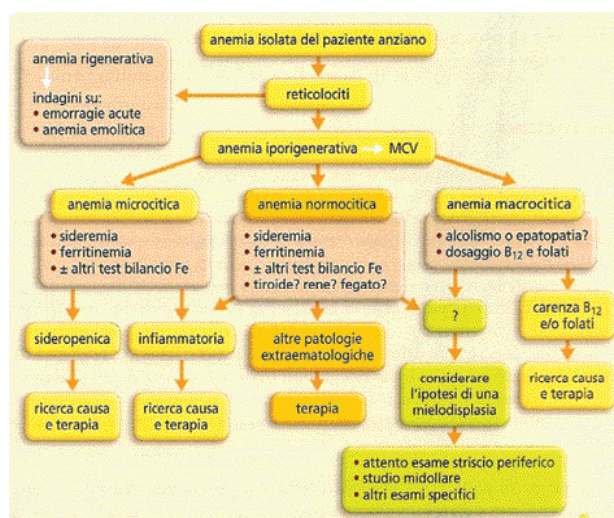


Fig. 1 - Anemia dell'anziano: percorso diagnostico. Da "Sindromi Mielodisplastiche. Dalla teoria alla pratica clinica", Elsevier Masson, 2008.

Anemia dell'anziano: iter diagnostico		
Esami di I livello		
- Anamnesi (familiare; lavorativa; etilismo; comorbidità; pregressa radio o chemioterapia; protesi valvolari; farmaci; sintomi; emorragie)	- Reticolociti	Esami di II livello
- Esame obiettivo (ittero; splenomegalia; epatomegalia)	- Sideremia, TIBC, ferritina, (sTfR)	
- Parametri eritrocitari (MCV; MCH; MCHC), osservazione striscio periferico	- VES, PCR	
	- Bilirubina totale e frazionata, LDH, aptoglobina	
	- Funzionalità epatica, renale, tiroidea, EPO	
	- Vitamina B12, folati	- Test di Coombs diretto, citofluorimetria per EPN
	- Protidogramma, proteinuria di Bence-Jones	- Agoaspirato midollare e colorazione di Perl's
		- Biopsia osteomidollare
		- Cariotipo (citogenetica convenzionale, FISH)

Fig. 1 - Anemia dell'anziano: percorso diagnostico. Da "Sindromi Mielodisplastiche. Dalla teoria alla pratica clinica", Elsevier Masson, 2008.

taria normale, neutrofili spesso ipogranulati e talvolta con morfologia pseudo Pelger, piastrine normali. Nell'ipotesi di una Sindrome Mielodisplastica viene effettuato agoaspirato midollare che in realtà evidenzia un midollo ipercellulato per iperplasia della serie eritroide, notevolmente displastica, rapporto L/E = 3/1; serie mieloide normomaturante, megacariociti presenti, numerosi, spesso displastici; il cariotipo midollare risulta normale, la biopsia osteomidollare rileva una cellularità del 40-50%; incremento di tutte e tre le serie emopoietiche, specialmente di quella eritroide, che mostra rallentamento maturativo senza segni di incremento dei depositi di ferro. Megacariociti discretamente aumentati. Serie mieloide maturante. La colorazione di Perl's evidenzia rarissimi sideroblasti; viene effettuata la tipizzazione HLA che esclude la presenza dell'antigene HLA-DR15.

Si conclude per una Mielodisplasia tipo Anemia Refrattaria (classificazione FAB), Citopenia Refrattaria con Displasia Multilineare (RCMD) (classificazione WHO), basso rischio secondo lo score IPSS.

La paziente inizia terapia con epoietina alfa 40.000 UI, 2 fiale/settimana; dopo 6 settimane il valore dell'emoglobina sale a 10 g/dl, continua il trattamento altre 6 settimane poi la somministrazione viene ridotta ad 1 fiale/settimana. Dopo 8 mesi dalla riduzione della dose, la paziente perde la risposta (Hb = 8,2 g/dl). Viene valutato l'assetto marziale e la saturazione della transferrina risulta essere del 12%, la ferritina 180 ng/ml. Vengono quindi somministrate 4 fiale di ferro endovena (1 fiale/settimana per 4 settimane) ed il dosaggio dell'epoietina alfa viene di nuovo aumentato a 2 fiale/settimana per 2 mesi, poi nuovamente 1 fiale/settimana. La paziente sta bene per due anni, l'emoglobina oscilla fra 10,5-11 g/dl.

Poi l'anemia si aggrava e non risponde più alla terapia con eritropoietina, il fabbisogno trasfusionale aumenta fino a 2 U.S. al mese; si decide quindi di iniziare un trattamento con Thalidomide 100 mg/die tutti i giorni che, dopo sole due settimane, viene interrotto per la comparsa di stipsi incoercibile.

La paziente continua a trasfondere 2 U.S. ogni 15-20 giorni fino a che, nel luglio 2007, vengono riscontrati test di Coombs

diretto positivo, aptoglobina pari a 7 mg/dl; viene iniziato trattamento con prednisone 1 mg/kg/die per 30 giorni, poi dosi scalari fino all'interruzione della terapia.

A febbraio 2008 la paziente è ancora anemica (Hb = 8 g/dl) e presenta un aumento dei valori di ferritina (1.331 ng/ml), inizia una terapia ferrochelante con Deferasirox (Exjade®) al dosaggio di 10 mg/kg/die con una buona tollerabilità.

Ad ottobre 2008, visto l'elevato fabbisogno trasfusionale si decide di iniziare una terapia con Azacitidina 75 mg/m²/die per 5 giorni ogni 4 settimane; dopo il quarto ciclo, la paziente riduce il proprio fabbisogno trasfusionale (2 U.S. ogni 40 giorni). Ad Aprile 2009 la paziente ha terminato il sesto ciclo e non trasfonde da due mesi.

Antonella Poloni

Decisioni terapeutiche

Le anemie refrattarie a basso rischio di trasformazione costituiscono la maggior parte dei casi di mielodisplasia, almeno in prima diagnosi. Il nome refrattaria indica come può essere scarsa la risposta alla terapia ma in anni recenti, l'armamentario terapeutico si è arricchito di numerose opzioni. Al punto che possono essere possibili diverse linee di terapia ciascuna efficace per "un certo periodo", questo perché la malattia è una malattia clonale, caratterizzata dalla presenza di subcloni, che possono rispondere a un primo agente, presentando poi un successivo esaurimento della risposta. Questo non impedisce la possibilità di una successiva risposta ad altre combinazioni.

Il caso presentato corrisponde ad una delle situazioni più frequenti che si vedono in clinica quando una anemia refrattaria risponde.

Nel caso specifico il trattamento iniziale è stata l'eritropoietina alfa, due fiale alla settimana. Questo trattamento è perfettamente in linea con le raccomandazioni delle linee guida SIE, SIES, GITMO aggiornate al 2009. Si vede nei fatti che i pazienti a rischio basso/intermedio.1 IPSS con emoglobina minore a 10g/dl ed eritropoietina sierica inferiore a 500 u/ml possono essere considerati per la terapia stimolante con fattori eritro-



poietici. Le dosi consigliate sono 60-80.000 unità settimanali sottocutanee di eritropoietina alfa o beta (grado A) o 150-300 microgrammi di darbopoietina (una volta alla settimana) per un periodo di almeno venti settimane. Se il paziente risponde ai fattori eritropoietici si può tentare di ridurre la dose alla minima efficace. E' talora necessario un supplemento di ferro durante il trattamento con fattori eritropoietici anche se questo deve essere valutato, vista la patologia, nei pazienti che abbiano la saturazione della transferrina inferiore al 20%. Di solito, comunque, il trattamento si accompagna ad un aumento della dose della stessa eritropoietina.

Se e quando viene persa la risposta alla eritropoietina la terapia più frequentemente utilizzata è un immunomodulante: la talidomide. Questo farmaco, ad oggi particolarmente efficace nella terapia del mieloma, ha trovato una sua collocazione anche nella terapia delle mielodisplasie. Purtroppo, presenta effetti collaterali, come la possibile stipsi ostinata (come è successo in questo caso) o la accentuazione di fenomeni neuropatici. Il suggerimento è di tenere le dosi decisamente basse (50, massimo 100mg, a giorni alterni).

Nel caso la talidomide non funzioni e sia necessario ricorrere ancora a delle trasfusioni bisogna tenere presente la chelazione del ferro, raccomandata in tutti i pazienti con rischio IPSS basso/intermedio.1 che ricevono la regolare terapia trasfusionale. La terapia può essere iniziata dopo che i pazienti abbiano ricevuto almeno venti unità di globuli rossi concentrati (cioè circa 4g di ferro) (raccomandazione di grado B). L'esperienza maturata in questi anni ha mostrato come per la somministrazione orale e per la favorevole farmacocinetica il deferassirox sia il chelante di ferro di prima scelta nella terapia delle mielodisplasie (raccomandazione di grado B). E' da raccomandare un inizio del chelante a basse dosi (10mg/kg); dopo un attento check-up, è possibile spesso alzare le dosi ad almeno 20mg/kg, se tollerati. E' poi da tenere presente che nei pazienti politrasfusi, in cui la storia trasfusionale di chelazione precedente sia molto frammentaria, sarebbe bene effettuare una valutazione del sovraccarico marziale epatico e cardiaco con risonanza magnetica, con software opportunamente mirato.

Che terapia usare quando eritropoietina e immunomodulanti terminano la loro efficacia? I demetilanti, che vengono utilizzati nelle fase di displasia più avanzate possono essere utilizzati anche nella terapia dei pazienti a rischio basso/intermedio.1. Questo avviene quando questi pazienti si siano dimostrati resistenti o non trattabili con eritropoietina ed immunomodulanti/immunosoppressori; quando richiedono trattamento; quando abbiano almeno una di delle seguenti condizioni: mancanza di raccomandazioni per fattori eritropoietici; presenza di una citopenia severa sintomatica; più di 5% di blasti nel midollo; una citogenetica a medio/cattivo rischio. I farmaci più utilizzati in questa categoria sono la 5-azacitidina e la decitabina. In particolare già nel basso rischio è stata accumulata una interessante casistica sulla 5-azacitidina, che è generalmente ben tollerata per via sottocutanea e che

è in grado, come in questo caso, di portare alla trasfusione indipendente. E' da sottolineare però che una volta ottenuta la risposta al demetilante è importante continuare la terapia con il mantenimento, perché la maggior parte dei casi in cui la terapia è stata interrotta dopo pochi cicli il livello di emoglobina tende a ricadere.

Infine, è possibile che si perda la risposta anche al demetilante; in questo caso la scelta ricade di solito sulla terapia con farmaci tipo la clofarabina, un analogo dell'Ara C, da usare comunque a dosi decisamente più basse di quelle usate nelle forme in trasformazione nelle leucemie acute.

E' molto probabile che le evidenze che si vanno accumulando molto recentemente rendano particolarmente attraente l'uso di un analogo della talidomide, la lenalidomide, già particolarmente efficace nelle mielodisplasie con alterazione del 5q, e che manca degli effetti collaterali che hanno limitato l'uso delle talidomide.

In conclusione, le mielodisplasie a basso e intermedio 1 rischio IPSS hanno, rispetto al passato, numerose possibilità di cura che permettono il trattamento di una quantità di pazienti decisamente più significativa.

Giuseppe Visani

Riscontro occasionale di gammopatia monoclonale

Francesco Alesiani, Ematologia Macerata
Massimo Offidani, Clinica Ematologica Ancona

Caso clinico

Una Signora di 75 anni, che ha sempre lavorato in campagna, lamenta da qualche mese astenia che si accentua alla fine della giornata, episodi infettivi recidivanti (broncopolmonite, sinusite mascellare e cistite in sequenza negli ultimi 120 giorni), dolore lombare da carico, cianosi acrale più spiccata alle mani. Entrambe i genitori sono deceduti per neoplasie e un fratello è in trattamento chemioterapico per microcitoma polmonare. L'anamnesi patologica remota è positiva per tonsillectomia a 9 anni, appendicectomia a 20 e ipertensione arteriosa ben controllata con la terapia medica. Non ha mai fumato, è una buona mangiatrice, non beve alcolici ed è in menopausa dall'età di 52 anni. L'obiettività evidenzia un modesto pallore cutaneo, acrocianosi più evidente alle mani, negatività bilaterale del segno di Lasègue e dolore alla digitopressione della colonna lombare (L2-L4). Gli esami di laboratorio fatti praticare dal proprio medico evidenziano una modesta anemia normocitica (Hb=10.3g/dl, MCV=90), spiccato aumento della VES (110 alla prima ora), una componente M all'elettroforesi del siero in zona gamma con protidemia totale elevata (8.2g/dl), normalità della funzione epatica e renale e degli elettroliti sierici. Gli elementi clinici del problema sono



costituiti pertanto da: anemia, riscontro di gammopatia monoclonale, acrocianosi, patologia infettiva recidivante, dolore lombare.

Percorso diagnostico

Il riscontro di una componente monoclonale, ignota precedentemente, pone anzitutto il problema della sua tipizzazione e quello del corretto inquadramento nosografico di tale disordine ematologico (MGUS, Mieloma multiplo o altra sindrome linfoproliferativa, amiloidosi), mentre l'acrocianosi comporta l'esclusione di entità che possono accompagnarsi, come avviene in questo caso, a una gammopatia monoclonale (crioglobulinemia, malattia da agglutinine fredde/LNH, connettiviti). Il riscontro occasionale di una componente M sierica (od urinaria) è un evento frequente nella pratica medica, specialmente in età avanzata, dato che studi epidemiologici hanno evidenziato una prevalenza pari a circa il 3% nei soggetti ultrasessantenni, percentuale anche più alta nelle decadi successive.

La componente monoclonale va tipizzata con l'immunofissazione, esame che consente di identificare la catena pesante e la catena leggera dell'Ig patologica. Indispensabili per la definizione quantitativa sono l'immunodiffusione radiale e la ricerca delle catene leggere urinarie. È sufficiente, per la diagnosi di mieloma, che la componente M sierica sia $>3\text{g/dl}$ (IMWG, 2003).

Una volta identificata la componente M è essenziale la distinzione tra gammopatia IgM e non IgM, in quanto il percorso diagnostico è finalizzato nel primo caso a distinguere una gammopatia monoclonale di significato indeterminato (MGUS) da un LNH (M. di Waldenström, Linfoma linfoplasmocitoide, etc) o da una LLC, mentre nel secondo caso va escluso sostanzialmente il mieloma multiplo. L'amiloidosi va sospettata clinicamente in presenza di significativo calo ponderale, astenia, macroglossia, insufficienza cardiaca da causa non nota, proteinuria e va ricercata la presenza di amiloide nelle biopsie del grasso periumbelicale, del retto, del midollo osseo, etc. In questi casi la biopsia osteomidollare e l'aspirato midollare costituiscono un momento irrinunciabile nella diagnostica, in quanto la diagnosi di mieloma si basa (The IMWG, 2003) su una percentuale di plasmacellule $\geq 10\%$. In assenza di sintomi clinici, anemia, ipercalcemia, insufficienza renale, età avanzata e componente M $< 1.5\text{g/dl}$ può non essere effettuata (Livello di evidenza III, Raccomandazione C). La successiva distinzione è tra il mieloma indolente (che non deve essere trattato ma gestito con follow-up ravvicinato per un potenziale evolutivo maggiore verso la malattia clinicamente evolutiva) e il mieloma attivo. Attualmente valgono i criteri CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia, lesioni litiche dell'osso anche asintomatiche) dell'IMWG che, se presenti, pongono indicazione al trattamento (Livello di evidenza III, grado C di raccomandazione).

Per lo studio della malattia ossea la radiografia dello scheletro (cranio, rachide in toto, bacino, emicostati per costole, sterno, scapole, omeri e femori) costituisce l'indagine di base (IIC). La RMN è l'esame di scelta per la valutazione di una sospetta

compressione midollare e come stadiazione di un mieloma dell'osso apparentemente solitario (IIB), e nella malattia occulta nello scheletro (IVC). La TAC ha un ruolo nell'impossibilità di effettuare una RMN per la valutazione di una compressione midollare (IIB) e nella valutazione di una malattia extraossea nei tessuti molli, nonché per guidare una biopsia (IIB). Non utile nella routine clinica la valutazione della densità minerale ossea e la scintigrafia ossea convenzionale, quest'ultima metodica non adatta ad identificare le lesioni litiche del mieloma (IIC). Solo nell'ambito di studi clinici controllati vanno attualmente utilizzate la scintigrafia MIBI e la PET-TAC (IVC), anche se quest'ultima è efficace nella definizione della malattia extramidollare quando altre metodiche si siano rivelate inadatte (IIB).

Nell'ambito delle gammopatie IgM, la presenza di un infiltrato linfoplasmocitoide midollare e/o di una componente leucemica, richiedono un immunofenotipo del sangue periferico/midollo osseo che consentano, congiuntamente all'immunocistochemica su midollo prelevato alla cresta iliaca, di arrivare all'inquadramento della sindrome linfoproliferativa.

Una TAC toraco-addominale completerà le indagini diagnostiche con la definizione di adenopatie profonde e/o epatosplenomegalia. Nel nostro caso un infiltrato plasmacellulare pari al 60% del midollo osseo di plasmacellule IgA-k, con anemia, episodi infettivi recidivanti, frattura patologica di L2 ed iperviscosità (IgA = 2.870mg/dl) portano alla diagnosi di Mieloma IgA sintomatico da sottoporre a trattamento.

Francesco Alesiani

Decisioni terapeutiche nel mieloma multiplo

Come anticipato, devono essere trattati i pazienti sintomatici (CRAB!) e senza ritardo se la clinica riveste caratteri di acuzie e/o minaccia per la vita (ipercalcemia, insufficienza renale, compressione midollare).

Gli obiettivi del trattamento del mieloma sono rappresentati dall'arresto del danno d'organo provocato dalla malattia, dal mantenimento di una buona qualità di vita (senza dolore e in attività) e dal prolungamento della sopravvivenza libera da malattia e globale. Fino agli anni '90 la terapia si è basata sull'associazione tra Melphalan e Prednisone negli anziani e Vincristina, Adriblastina, Desametasone (VAD) nei giovani, ben tollerate ma incapaci di dare risposte di qualità ($< 5\%$ di remissioni complete, sopravvivenza complessiva a 10 anni $< 10\%$). Dalla metà degli anni '90 si è verificato un salto di qualità con la terapia ad alte dosi (Melphalan 200 mg/m^2) seguita da trapianto autologo di cellule staminali da sangue periferico con la quale le remissioni complete (RC) sono salite al 20-45% e la sopravvivenza a 10 anni al 30%. Ulteriori importanti progressi sono stati apportati nell'ultima decade dall'ingresso nello scenario terapeutico dei nuovi farmaci a bersaglio biologico (Thalidomide, Bortezomib e Lenalidomide), particolarmente attivi sul microambiente midollare, sul network delle citochine e sulla risposta immunitaria.



In tutti i programmi terapeutici la RC quasi sempre si associa a un aumento di sopravvivenza libera da malattia e ad una migliore qualità della vita, pur non garantendo la guarigione della malattia.

I pazienti fino a 65-70 anni di età devono essere considerati eleggibili al trapianto autologo fino a prova contraria (malattie associate che compromettano la tollerabilità alle alte dosi). In caso di età avanzata (>70 anni) e/o di comorbidità importanti si opterà per un trattamento convenzionale. In entrambe le situazioni, deve comunque essere sempre perseguita la possibilità di ottenere una RC per i motivi suddetti. Nel paziente molto anziano la terapia va personalizzata con appropriate riduzioni delle dosi dei farmaci.

Per quanto riguarda il paziente giovane candidato al trapianto, i ricercatori della Clinica Ematologica di Bologna hanno formalmente dimostrato che l'associazione Thalidomide-Desametasone a scopo citoriduttivo è superiore alla chemioterapia standard (VAD o analoghi). Particolarmente promettente sembra l'aggiunta del Bortezomib a tale combinazione (VTD), come risulta da osservazioni preliminari del gruppo italiano GIMEMA. Alla terapia di induzione segue il trapianto autologo con cellule staminali dopo condizionamento con Melphalan 200 mg/mq. Nel caso non si raggiunga una ottima remissione parziale, a distanza di 3-6 mesi, può essere effettuato un secondo trapianto autologo oppure si può optare per una terapia di mantenimento con Thalidomide per 6-12 mesi.

Nonostante le promesse iniziali, il trapianto di midollo osseo allogenico a ridotta intensità continua a presentare una mortalità non trascurabile seppur ridotta rispetto all'allogenico standard ma soprattutto una morbidità (GVHD grave) molto elevata e finora non si è dimostrato statisticamente superiore al doppio trapianto autologo. Per questi motivi dovrebbe essere utilizzato solo nell'ambito di trias clinici controllati.

Nel paziente anziano o comunque non candidato al trapianto, l'associazione Melphalan-Prednisone-Thalidomide è stata capace di aumentare le RC e la sopravvivenza di quasi tre volte rispetto alla terapia standard MP, con una tossicità superiore ma accettabile costituita soprattutto da neuropatia periferica e trombosi venose. Le risposte ottenute con l'MPT non sono diverse, per qualità e durata, da quelle che si ottengono con il trapianto autologo condizionato con Melphalan 100 mg/mq come da prassi nell'anziano. Anche in questo caso, l'aggiunta di Bortezomib all'MP sembra migliorare ulteriormente i risultati (35% di RC) senza peggioramenti significativi della tossicità. I due schemi MPT e MPV costituiscono attualmente lo standard terapeutico del paziente non eleggibile al trapianto mentre l'associazione MP-Lenalidomide è in fase di studio.

Particolarmente interessanti i dati relativi al protocollo ThaDD (Thalidomide, Desametasone, Doxorubicina liposomiale) del Gruppo Marchigiano per lo studio e la cura del MM (GEMaMM), ottenuti sia nel paziente anziano in prima linea che in quello recidivato/refrattario, ma anche nella preparazione al trapianto autologo. Mentre l'associazione Thalidomide-Desametasone ad alte dosi (40 mg/die per 4 giorni x 3 volte/mese) si è rivelata

più tossica e meno efficace dell'MP, l'associazione Lenalidomide-Desametasone a basse dosi sembra essere più promettente, essendo la Lenalidomide un analogo non neurotossico della Thalidomide ma con più spiccata mielotossicità. In generale nei pazienti molto anziani si dovrebbe preferire la somministrazione di Desametasone 20-40 mg settimanale al posto delle sequenze ad alte dosi particolarmente tossiche in questo subset di pazienti.

Deve essere infine enfatizzata la necessità di una terapia di supporto ottimale con disfosfonati (acido zoledronico) per la malattia ossea, di fattori di crescita (eritropoietina) per la frequente sindrome anemica, di una profilassi/terapia per le complicanze infettive (particolarmente frequenti nelle fasi iniziali del trattamento).

In generale, vista la complessità attuale della terapia del MM, tutti i pazienti dovrebbero essere riferiti a strutture specialistiche con esperienza in questo settore come pure deve essere favorita la possibilità di arruolare i pazienti negli studi clinici. A tale proposito il network di ematologi/internisti/oncologi interessati a questa malattia GEMaMM (www.gemamm.it), costituisce una straordinaria e proficua opportunità in ambito marchigiano.

Massimo Offidani

Il paziente con linfadenomegalia persistente

Riccardo Centurioni, Medicina Interna Civitanova Marche
Piero Galieni, Ematologia Ascoli Piceno

Percorso diagnostico

Il riscontro di linfoghiandole superficiali ingrossate è una evenienza comune nella pratica clinica. Ovviamente non tutti i pazienti che presentano adenomegalie devono essere sottoposti ad indagini.

In relazione alle cause si distinguono adenomegalie

- 1) infettive (mononucleosi, citomegalovirus, toxoplasma, HIV, Lue, micobatteriosi atipica, malattia da graffio di gatto)
- 2) da patologia immunologica (lupus, artrite reumatoide)
- 3) da patologia neoplastica (linfomi, metastasi)
- 4) reattive (ferite, flogosi, ecc)

I criteri da prendere in considerazione nell'albero decisionale sono:

- 1) le dimensioni dell'adenomegalia (una adenomegalia >2cm è sospetta)
- 2) la consistenza della stessa (una adenomegalia di consistenza ridotta è meno preoccupante di una adenomegalia di consistenza lignea)
- 3) la dolenzia spontanea o provocata
- 4) la presenza di più adenomegalie nella stessa stazione linfonodale con le stesse caratteristiche
- 5) il coinvolgimento di più stazioni linfonodali





- 6) l'assenza di fattori che possano averne indotto la comparsa
- 7) la tendenza alla crescita della adenomegalia
- 8) la presenza di sintomi sistemici quali febbre o febricola soprattutto serotina, prurito, sudorazione notturna, dimagrimento.

Le indagini da richiedere in prima istanza possono essere le seguenti:

- 1) generali: emocromo, elettroforesi proteica, indici di flogosi, funzionalità epatica e renale,
- 2) screening infettivologico: EBV, CMV, toxo, HIV, lue
- 3) anticorpi anti-nucleo, fattore reumatoide

Non sono invece indicati routinariamente:

- 1) ricerca dei marker's tumorali (CEA, Ca 19,9, 15.3 ecc: nessuno studio ha mai dimostrato che queste indagini siano utili per la diagnosi più o meno precoce di neoplasia);
- 2) esecuzione di tipizzazione linfocitaria (a meno che non sia presente una linfocitosi significativa);
- 3) esecuzione di ecografia della adenomegalia. L'ecografia permette una migliore caratterizzazione semeiologica della stessa ed evidenzia eventuali altre adenomegalie più piccole viciniori; può anche aiutare a definire se il linfonodo è di forma allungata (quindi più facilmente reattivo) o tondeggianti (ma questo si apprezza già alla palpazione!) può definire il pattern di vascolarizzazione (ilo linfonodale evidente, aspetto omogeneo, ecc) ma questi elementi sono operatore-dipendenti e soprattutto non sono sufficientemente specifici. Quindi la esecuzione di una ecografia limitata allo studio della sola stazione linfonodale ha scarsa rilevanza nell'albero decisionale. Ben più utile, qualora si optasse comunque per la sua esecuzione, che la stessa fosse estesa allo studio dell'addome, per valutare la presenza di adenomegalie profonde o di splenomegalia.
- 4) agoaspirato linfonodale: la metodica ha una bassa specificità e sensibilità e non permette con adeguata sicurezza la diagnosi differenziale fra linfadenite reattiva e linfoma. E' invece sufficientemente sensibile e specifica per permettere la diagnosi di metastasi linfonodale da patologia neoplastica di tipo epiteliale.

Una volta non accertata la presenza di una patologia definita con le indagini preliminari, spesso è consuetudine eseguire un trattamento antibiotico-antinfiammatorio. Questo è indicato qualora sia evidente la presenza di una patologia infettiva, meglio ancora se localizzate nel territorio di cui la linfoadenomegalia drena la linfa. Nelle altre situazioni questo non sortisce alcun effetto. E' invece assolutamente controindicata la somministrazione di steroide.

Se la diagnosi eziologica non è stata fatta e si ritiene che non si debba procedere alla escissione chirurgica, è necessario organizzare un follow up del paziente (es. rivederlo dopo 30-60 giorni per valutare se l'adenomegalia è aumentata o meno o sono comparsi nuovi segni o sintomi).

L'indicazione alla escissione chirurgica è riservata ai casi

in cui la adenomegalia è di dimensioni significative (almeno >2cm) ed è di consistenza aumentata. Altri fattori che possono influire sulla decisione sono la presenza di adenomegalie multiple o di adenomegalie a livello addominale, la presenza di una splenomegalia, la presenza di sintomi sistemici.

Riccardo Centurioni

Decisioni terapeutiche nel Linfoma Follicolare

Sulla base delle caratteristiche morfologiche, immunofenotipiche e genetiche i linfomi vengono suddivisi in due grandi categorie: linfomi di Hodgkin e linfomi non Hodgkin. Questi ultimi in funzione delle caratteristiche immunofenotipiche sono distinti in linfomi di derivazione B linfocitaria (circa 80% dei casi) e T linfocitaria (circa 20% dei casi) ed in base alla loro attività proliferativa in linfomi aggressivi e linfomi indolenti.

I linfomi indolenti costituiscono una malattia neoplastica dell'apparato linfonodale dell'età media ed avanzata: rari sotto i 20 anni, cominciano poi a comparire con aumentata frequenza raggiungendo il picco di maggiore incidenza tra i 50 ed i 70 anni. Il tipo più comune di linfoma indolente è rappresentato dal Linfoma Follicolare, che rappresenta circa il 25% di tutti i linfomi non Hodgkin. Inizialmente si dimostrano responsivi alla chemioterapia, successivamente presentano recidive continue, prima chemio sensibili, poi chemio resistenti con in media 3-4 recidive ed intervallo libero da malattia sempre più breve. La sopravvivenza mediana è di 6-10 anni. La terapia di prima linea dei linfomi indolenti dipende da:

- Istotipo del linfoma
- Stadio della malattia
- Presenza di una localizzazione "bulky"
- Età del paziente e comorbidità
- FLIPI score per il linfoma follicolare

Il FLIPI score è un sistema che permette di valutare il rischio correlato al linfoma follicolare in base alla presenza di determinati parametri clinico-laboratoristici, riportati nella sottostante tabella.

Fattori	
Età ³ 60 - Stadio II-IV - Hb < 12g	Rischio
N. aree nodali >4	0 - 1 Basso
LDH >normale	2 Intermedio
	3 Alto

Alla categoria di rischio corrisponde una determinata possibilità di sopravvivenza mediante trattamenti convenzionali e pertanto il FLIPI score costituisce oggi una guida per la strategia terapeutica del Linfoma Follicolare.

Le possibilità terapeutiche attuali dei linfomi indolenti, difficilmente eradicabili, consistono in:

- Nessun trattamento
- Chemioterapia più o meno aggressiva (monochemioterapia





con Clorambucile, polichemioterapia con schemi di IIa generazione quali CVP, CHOP)

- Chemioterapia comprendente nuovi farmaci (Fludarabina)
- Radioterapia (RT)
- Anticorpo monoclonale anti CD20 (Rituximab)
- Rituximab + Polichemioterapia
- Chemioterapia ad alte dosi seguita da trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE)

Prima di iniziare un trattamento di prima linea del linfoma indolente è bene valutare con attenzione se e come trattare il paziente con questa linfopatia. Infatti nei casi che interessano pazienti anziani (ad es di età > a 70 anni) con malattia diffusa ma a lenta crescita ed asintomatica si può decidere di non trattare il paziente e rinviare la terapia alla progressione clinica o sintomatologica del linfoma.

Linfoma Follicolare localizzato: terapia di 1a linea

- Nella maggior parte dei report a lungo termine la RT risulta curativa nel 50% dei casi.
- La maggior % di ricaduta si osserva nei primi 5 anni, con dimezzata frequenza tra 5 e 10 anni, sporadica incidenza dopo i 10 anni.
- Non chiara evidenza di migliori risultati mediante trattamento combinato con chemioterapia (possibile).
- Fattori prognostici favorevoli: stadio I, piccolo volume di malattia, età meno avanzata.
- Pazienti con grande malattia o FLIPI score > a 2 dovrebbero essere trattati anche con chemioterapia.

Linfoma Follicolare in stadio avanzato: terapia di 1a linea

- Si basa sul trattamento chemioterapico, utilizzando un singolo agente alchilante o schemi di polichemioterapia contenenti Antracicline o Fludarabina.
- L'anticorpo monoclonale anti CD20 (Rituximab) concomitantemente o sequenzialmente somministrato deve essere associato al trattamento chemioterapico convenzionale.
- I pazienti giovani non devono essere trattati con il singolo agente alchilante perchè con esso non si riesce ad ottenere la remissione molecolare della malattia ed inoltre si riduce la potenzialità mobilizzatrice delle CSE nel sangue periferico.

Gli obiettivi del trattamento sono:

- Prolungare la sopravvivenza e migliorare la qualità di vita
- Migliorare la qualità della risposta
- Ottenere la remissione molecolare
- Possibilmente guarire il paziente

I principali effetti collaterali della chemioterapia sono costituiti da:

- Nausea e vomito.
- Mielodepressione: neutropenia, piastrinopenia ed anemia
- Immunodepressione
- Febbre

Indicazioni al trattamento nei linfomi indolenti sono costituite dalla presenza di:	
Sintomi sistemici	Interessamento splenico
Elevata massa neoplastica	Fase leucemica
Malattia extranodale	Versamenti sierosi
Citopenia da interessamento osteomidollare	Alti livelli di LDH

- Tossicità mucosale: stomatite, gastrite, entero-colite
- Ansia, paura, depressione (disturbo del sonno)

Altri effetti collaterali della chemioterapia possono essere i seguenti:

- Tossicità cardiaca, epatica, polmonare
- Tossicità renale e vescicale (rara)
- Tossicità neurologica (parestesie, ipostenia, stipsi)
- Riduzione della fertilità

Come affrontare gli effetti collaterali principali della chemioterapia

- Nausea e vomito: nuovi antiemetici
- Mielodepressione: fattore di crescita granulocitario, eritropoietina, supporto eritrocitario, fattore di crescita piastrinico (a breve disponibile).
- Febbre: antibiotici per os (chinolonici) – im o ev, antifungini (fluconazolo), antivirali (aciclovir, valciclovir, ganciclovir, ecc)
- Tossicità mucosale: colluttori antisettici del cavo orale, antifungini non assorbibili, folati, gastroprotettori, sintomatici, ecc. Sono disponibili sostanze che proteggono le mucose, generalmente non necessarie nel trattamento convenzionale del linfoma ma solo quando vengono utilizzati schemi terapeutici ad elevata intensità.
- Immunodepressione: profilassi anti virus erpetici, anti pneumocisti.
- Ansia, paura, depressione (disturbo del sonno): ansiolitici, ecc.

Linfoma Follicolare: terapia di 2a linea

Si rende necessaria per i pazienti resistenti o che non ottengono una risposta completa ad una terapia di prima linea o che ricadono dopo avere ottenuto la remissione della malattia.

Nei pazienti giovani e nei casi in cui il trattamento viene eseguito con intento di guarigione, se si ottiene una remissione parziale dopo terapia di prima linea, deve essere considerato un trattamento di consolidamento: rituximab, terapia intensiva con autotrapianto di CSE, radioimmunoconiugati.

I pazienti che ricadono dopo terapia di prima linea, se possibile, dovrebbero essere sottoposti ad una nuova biopsia linfonodale.

Radioterapia (solo come palliativa)

Chemioterapia (diversa dalla precedente)

Immunoterapia

Alte dosi + autotrapianto CSE

Radioimmunoterapia

Trials clinici





Meccanismo d'azione dei radioisotopi

Il tessuto tumorale è solitamente composto da cellule neoplastiche antigene-positive (+) e antigene-negative (-). Solo le cellule maligne esprimenti l'antigene (+) saranno raggiunte dal radioimmunocongiugato; grazie alla capacità dei radioisotopi di emettere radiazioni a una certa distanza, anche le cellule tumorali antigene-negative (-) verranno irradiate e distrutte. Il problema della eterogeneità fenotipica della popolazione tumorale viene così ad essere superato.

Vantaggi rispetto all'anticorpo monoclonale non coniugato

Localizzazione Bulky di malattia

Masse tumorali scarsamente vascolarizzate

Eterogenea espressione dell'antigene CD 20 da parte delle cellule del linfoma

Tossicità Ematologica

Soprattutto a carico dei polimorfonucleati

Il nadir è più tardivo rispetto alla chemioterapia standard, generalmente intorno alla 7^a - 9^a settimana.

I pazienti trattati con radioimmunocongiugati possono tollerare senza rilevanti problemi le successive terapie, incluso l'autotrapianto di cellule staminali emopoietiche

Linfoma Follicolare: terapia di 3^a linea

I pazienti che ricadono o si dimostrano resistenti dopo terapia di seconda linea possono essere variamente trattati, in funzione della strategia terapeutica tracciata per il singolo paziente: terapia di contenimento, chemio-immunoterapia più aggressiva seguita da radioimmunocongiugati, autotrapianto di midollo osseo, trials clinici con farmaci sperimentali, ecc.

I pazienti che ricadono dopo autotrapianto di midollo osseo sono candidabili per:

a) trapianto di midollo osseo allogenico;

b) trattamento con radioimmunocongiugati.

Piero Galieni

Comparsa di febbre in un soggetto con emopatia

Laura Corvatta, Medicina Interna Fabriano
Alessandro Fiorentini, Clinica Malattie Infettive Ancona

Caso Clinico

Nel Dicembre 2005, in un uomo di 56 anni, giunto alla nostra osservazione per dolori addominali e anoressia, viene posta diagnosi di LNH B diffuso a grandi cellule, II stadio A con bulky addominale.

Il paziente non riferiva patologie degne di nota, risultava

non fumatore e HIV negativo. Veniva iniziata, utilizzando un accesso venoso periferico, una chemioterapia secondo schema R-CHOP intensificato (ogni 14 giorni), ben tollerato sino al 6° ciclo quando, dopo una settimana dalla infusione, si verificava comparsa di febbre in assenza di sintomatologia di organo. All'esame obiettivo del torace il paziente presentava crepitazioni bilaterali con una frequenza respiratoria di 20 atti/m, una sO₂ in aria del 94% ed una T corporea di 38.9 °C. Gli esami ematochimici mostravano una leucocitosi neutrofila (da G-CSF), un incremento sia dell'LDH (920 U/l) che della PCR (57 mg/l) ed una ipogammaglobulinemia (380 mg/dl).

Il paziente veniva pertanto ricoverato e dopo il prelievo di emocolture e la effettuazione di un Rx del torace, risultato negativo, si iniziava una terapia antibiotica ad ampio spettro con piperacillina-tazobactam.

Al 3° giorno dall'inizio della terapia antibiotica empirica il paziente risultava ancora febbrile (T > 39 °C) e, inoltre, si verificava la comparsa di dispnea con un quadro emogasanalitico di ipossiemia (P_{aCO2} 35 mmHg, P_{aO2} 50 mmHg, Sat_{O2} 80%). Veniva pertanto posizionato occhialino nasale (O2 a 3 l/m) e richiesta una TC torace ad alta risoluzione la quale evidenziava un diffuso aspetto "a vetro smerigliato" sostenuto da interessamento interstiziale intralobulare associato ad aree di coinvolgimento alveolare.

Eravamo quindi di fronte ad un caso di febbre, dispnea e interstiziopatia in un paziente con LNH in trattamento con R-CHOP-14.

Percorso diagnostico

Nei pazienti con emopatia maligna le interstiziopatie diffuse possono essere di natura iatrogena (terapia con azatioprina, bleomicina, chlorambucil, ciclofosfamide, fludarabina etc) oppure rappresentate da BOOP, scompenso cardiaco, iperleucocitosi con sindrome da leucostasi, emorragia alveolare, ARDS. Le interstiziopatie infettive sono dovute principalmente ad infezioni virali da Cytomegalovirus, VRS o fungine da Pneumocystis jiroveci sebbene anche i batteri (Pseudomonas aeruginosa, Stenitrophomonas maltophilia, Chlamydia pneumoniae, micobatteri) possano provocare dei quadri di polmonite interstiziale (Vento et al, Lancet Oncol 2008).

In questo ambito, comunque, è fondamentale definire il grado e la qualità della immunodepressione del paziente emopatico in quanto ciascun deficit immunitario, legato alla patologia di base ed al suo trattamento (neutropenia, deficit di immunità cellulare, ipogammaglobulinemia), costituisce un fattore di rischio per infezioni eziologicamente differenti. In particolare la terapia con l'anticorpo monoclonale rituximab che agisce sulle cellule con l'antigene di superficie CD20 determina una rapida e selettiva deplezione dei linfociti B per una durata di 6-9 mesi, senza intaccare, tuttavia, le cellule staminali CD20-. I trials clinici riguardanti il trattamento dei LNH CD20+ con R-CHOP infuso ogni 21 giorni riportano una





incidenza di infezioni gravi compresa tra il 5-20% con una mortalità correlata inferiore al 2%. Si tratta per lo più di sepsi o di febbre di origine sconosciuta (FUO). Molto più elevata è, d'altro canto, la mortalità infettiva (14%) nei pazienti trattati con lo stesso schema ma affetti da LNH HIV-relato nei quali si sviluppano infezioni opportunistiche in particolare da *Pneumocystis jiroveci* (una conta di $CD4+ < 200/\mu l$ rappresenta il principale fattore di rischio per tale infezione) e da CMV (Kaplan et al, Blood 2005).

Considerando invece gli schemi R-CHOP e R-CHOEP intensificati (ovvero somministrati ogni 14 giorni) nel trattamento del LNH, in letteratura sono comparse, sin dal 2006, segnalazioni riguardanti lo sviluppo di polmoniti interstiziali in particolare provocate da *Pneumocystis jiroveci* in pazienti non neutropenici e senza deficit dei linfociti $CD4+$ (Brusamolino et al, Haematologica 2006; Kolstad et al, Haematologica 2007; Venhuizen et al, Eur J Haematol 2007).

Ciò che differenzia lo schema R-CHOP-21 da R-CHOP-14 sono fondamentalmente la dose-dense della chemioterapia e soprattutto la dose-dense delle alte dosi di steroide, uno dei fattori di rischio più importanti per lo sviluppo di infezione da *Pneumocystis jiroveci* nei pazienti HIV-.

Se nell'esperienza retrospettiva del GIMEMA riguardante pazienti con emopatie maligne trattati negli anni 1990-1999 venivano segnalati 55 casi di polmonite da *Pneumocystis jiroveci* (36 dei quali in pazienti con disordini linfoproliferativi) (Pagano et al, Br J Haematol 2002), un più recente lavoro riguardante gli anni 2002-2005, anni in cui sono stati maggiormente utilizzati gli schemi intensificati contenenti rituximab, riporta una incidenza di polmonite da *Pneumocystis jiroveci* nei pazienti con emopatie maligne pari al 7,4% (9,5% nei pazienti con LNH) (Azoulay et al, CHEST 2009).

Se consideriamo l'altra principale causa infettiva di polmonite interstiziale, ovvero la malattia da CMV, in letteratura vengono riportati 15 casi di polmonite interstiziale provocata da tale virus in pazienti trattati con rituximab (Aksoy et al, Leuk Lymphoma 2007) mentre non sono descritti casi di interstiziopatia da virus respiratori.

Il trattamento con rituximab può causare anche una grave forma di interstiziopatia non infettiva definita R-ILD (rituximab-induced interstitial lung disease). Si tratta di una patologia rara, ad esito spesso fatale, che si manifesta con febbre, tosse e dispnea la cui patogenesi resta ancora non del tutto chiara sebbene un ruolo fondamentale sembrerebbe svolto dalla liberazione di citochine pro-infiammatorie in particolare $TNF\alpha$ dopo somministrazione di rituximab (Wagner et al, Am J Haematol 2007).

Nel nostro caso di febbre, dispnea e interstiziopatia in un paziente con LNH in trattamento con R-CHOP-14 le ipotesi diagnostiche che possono essere formulate risultano quindi fondamentalmente tre: polmonite da *Pneumocystis jiroveci*,

polmonite da CMV, rituximab-induced interstitial lung disease. Allo scopo di verificare tali ipotesi diagnostiche, il paziente veniva sottoposto a lavaggio broncoalveolare (BAL) per la ricerca diretta dello *Pneumocystis jiroveci*, del CMV-DNA con PCR, e per la immunofluorescenza per i virus respiratori. Si effettuavano inoltre la ricerca della viremia e la sierologia per CMV. Le metodiche che consentono di identificare nel BAL lo *Pneumocystis jiroveci* sono costituite dalla immunofluorescenza, in grado di identificare sia la forma trofica che quella cistica del fungo e la PCR, dotata di più elevata specificità (92%) e valore predittivo negativo (98%) (Azoulay et al, CHEST 2009).

Il risultato del BAL risultava positivo per *Pneumocystis jiroveci* per cui il paziente veniva avviato a terapia specifica con trimetoprim/sulfametossazolo che determinava un significativo e progressivo miglioramento del quadro clinico.

Il nostro caso insegna che la somministrazione intensiva o prolungata di rituximab, farmaco peraltro fondamentale nella terapia dei linfomi e generalmente molto ben tollerato, può esporre i pazienti a complicanze polmonari di natura infettiva e non infettiva. Per tale motivo la comparsa di febbre associata o meno a dispnea in un paziente trattato con regimi che includono rituximab deve indurre il medico a considerare un eventuale ricovero ospedaliero per approfondimenti diagnostici.

Laura Corvatta

Decisioni terapeutiche e follow-up

Introduzione

I principali fattori di rischio per le infezioni nei pazienti immunocompromessi sono rappresentati dalla neutropenia e dalle sue caratteristiche, entità e durata, dalla riduzione delle difese immunitarie legate alla malattia di base, dall'alterazione delle difese muco-cutanee causata dalle mucositi e dal ricorso sempre più frequente a devices endovascolari (CVC), dalla profilassi e dalla terapia antibiotica stessa che determina una pressione selettiva nei confronti di alcune specie batteriche e l'insorgenza di resistenze.

Le più frequenti e clinicamente rilevanti infezioni nel paziente neutropenico sono le batteriemie e le localizzazioni d'organo quali polmoniti e infezioni delle vie urinarie. Le batteriemie sono prevalentemente causate da germi Gram positivi (*Stafilococchi coagulasi negativi*, *Staphylococcus aureus*) e meno frequentemente da germi Gram negativi (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Stenotrophomonas maltophilia*, Enterobatteri ESBL produttori) spesso MDR che pongono dei seri problemi terapeutici e sono responsabili di una prognosi peggiore rispetto alla batteriemia da Gram positivi (1-2-3). Il rischio di infezione è direttamente correlato all'entità ed alla durata della neutropenia, natura della neoplasia, presenza o meno di comorbidità (4).

Approccio diagnostico nel paziente neutropenico febbrile

La neutropenia modifica profondamente la risposta infiam-



matoria dell'ospite rendendo difficile rilevare la presenza di infezioni: ad esempio nella polmonite possono mancare i segni clinici e radiologici di consolidamento e la produzione di escreato. Pertanto sono di fondamentale importanza un'accurata anamnesi ed un esame obiettivo approfondito e volto alla ricerca di possibili siti di infezione.

Gli accertamenti di laboratorio devono prevedere oltre ai consueti esami ematochimici di routine, il prelievo delle emocolture da vena periferica e da vena centrale, se presente CVC, urinocoltura e coltura dell'escreato se prodotto, tamponi o agoaspirati da sedi infette. Eventualmente, a seconda delle situazioni cliniche, si potranno effettuare colture di sorveglianza per funghi, ricerca di antigeni di *Aspergillus* e *Candida*, ricerche virologiche. Per quanto riguarda infine gli accertamenti strumentali, una radiografia del torace ed una emogasanalisi vanno effettuate entro 24 ore dalla comparsa della febbre. Ulteriori esami di secondo livello sono da programmare in base alla sintomatologia ed al quadro obiettivo.

Approccio terapeutico nel paziente neutropenico febbrile

Subito dopo i prelievi microbiologici, in attesa dei referti degli esami effettuati o programmati, deve essere attuata la terapia antibiotica empirica. Tutt'ora attuali sono le Linee guida della Infectious Diseases Society of America (IDSA) pubblicate nel 2002 (5).

L'obiettivo principale della terapia antibiotica empirica è il controllo delle infezioni da Gram negativi che, pur essendo meno frequenti rispetto a quelle da Gram positivi, sono gravate da una maggiore mortalità. La conoscenza dell'epidemiologia locale e dell'ospite, della sensibilità agli antibiotici e della diffusione di batteri MDR sono fattori estremamente rilevanti nella scelta del trattamento empirico. Altre caratteristiche importanti sono: elevati livelli di batteriemia; provata efficacia nei neutropenici; scarsa tossicità renale ed epatica; basso potenziale di emergenza di resistenze; livelli plasmatici monitorabili; basso costo a parità di efficacia.

La combinazione di un antibiotico beta-lattamico dotato di attività antipseudomonas e di un aminoglicoside ha rappresentato per molti anni il miglior trattamento antibiotico empirico della neutropenia febbrile: ampio spettro di attività, attività battericida, sinergismo di azione nei confronti dei Gram negativi (soprattutto *Pseudomonas*) e la prevenzione della emergenza delle resistenze sono stati considerati i principali vantaggi dell'uso di questa combinazione.

Di contro la nefrotossicità e l'ototossicità degli aminoglicosidi ne costituivano il limite principale. La disponibilità di nuovi antibiotici beta-lattamici dotati di ampio spettro antibatterico e di attività battericida (cefalosporine di III e IV generazione, carbapenemi) e l'incremento dei batteri Gram positivi come causa di infezione nei pazienti neutropenici hanno messo in discussione l'uso degli aminoglicosidi. Studi clinici randomizzati e controllati hanno dimostrato che la monoterapia con una cefalosporina di III o IV generazione (ceftazidime, cefe-

pime), un carbapenemico (imipenem-cilastatina, meropenem) o una penicillina antipseudomonas associata ad un inibitore delle beta-lattamasi (piperacillina/tazobactam) è risultata altrettanto efficace e meno tossica della associazione beta-lattamina più aminoglicoside. Tale combinazione è ancora indicata in pazienti con sepsi grave, shock settico o in pazienti con sospetto di infezioni da Gram negativi resistenti (6-7).

L'uso empirico iniziale dei glicopeptidi è giustificato solamente in alcune situazioni specifiche: presenza di sepsi grave e shock settico, colonizzazione nota da *S. aureus* MR o pneumococco penicillino-resistente, fondato sospetto clinico di infezione catetere-correlata, positività delle emocolture per batteri Gram positivi prima della identificazione, epidemiologia locale con elevate percentuali di infezione da MRSA o Streptococchi penicillino-resistenti (5).

Un breve cenno merita infine l'appropriatezza della terapia antibiotica nel paziente grave alla luce delle recenti acquisizioni in tema di farmacocinetica e farmacodinamica.

Accanto alla spettro d'azione idoneo ed al tempo d'inizio precoce della terapia è importante che nella sede di infezione ci sia un grado di esposizione all'antibiotico ottimale per il rischio di fallimento clinico e di induzione di resistenze. Fondamentali in questo senso sono l'appropriatezza del dosaggio dei farmaci e l'idonea frequenza di somministrazione (8).

Gli antibiotici, in base al tipo di attività antibatterica, si possono classificare in tempo-dipendenti (beta-lattamine, glicopeptidi, linezolid, macrolidi naturali) e concentrazione dipendenti (aminoglicosidi, fluorochinoloni, claritromicina, azitromicina).

L'efficacia terapeutica dei tempo-dipendenti correla con il tempo durante il quale le concentrazioni plasmatiche si mantengono superiori alla MIC del patogeno ($T > MIC$). Pertanto è necessario prolungare al massimo il tempo di esposizione batterica all'antibiotico plurifrazionando la dose giornaliera in base all'emivita dello stesso o ricorrendo alla somministrazione in infusione continua.

Nel paziente critico il mantenimento dei livelli sierici al di sopra della MIC si deve avvicinare al 100% dell'intervallo tra le dosi.

Nel caso degli antibiotici concentrazione-dipendenti si ottiene un progressivo incremento dell'attività antibatterica all'aumentare della concentrazione dell'antibiotico secondo l'equazione $C_{max}/MIC \geq 10$ per cui questi farmaci vanno somministrati in bolo unico giornaliero (es. aminoglicosidi).

Nuovi antibiotici

Negli ultimi anni sono stati commercializzati nuovi antibiotici allo scopo di contrastare le infezioni sostenute da batteri multiresistenti sia gram negativi che gram positivi; pur non essendo disponibili dati in letteratura relativamente all'uso nel paziente ematologico neutropenico è utile fare un cenno ad alcuni di questi per alcune peculiarità che li contraddistinguono.



Il linezolid (Zyvozd®) esplica la sua azione solamente nei confronti dei batteri gram positivi sia meticillino-sensibili che meticillino-resistenti in particolare *S.aureus*, stafilococchi coagulasi negativi, enterococchi vancomicina-resistenti. E' indicato nelle infezioni dei tessuti molli, nelle polmoniti comunitarie e nosocomiali. La somministrazione di linezolid è associata a tossicità ematologia in genere reversibile (trombocitopenia ed anemia), neurologica (neuropatia periferica e neurite ottica), metabolica (acidosi lattica).

La daptomicina (Cubicin®) ha anch'essa uno spettro diretto solamente nei confronti dei batteri gram positivi sia meticillino-sensibili che meticillino-resistenti. E' dotata di una lunga emivita che ne permette un'unica somministrazione giornaliera e si è dimostrata efficace nelle infezioni di cute e tessuti molli, nelle sepsi e nelle endocarditi del cuore destro. Non è efficace nel trattamento delle polmoniti perché inattivata dal surfactante.

Infine la tigeciclina (Tygacil®) è dotata di uno spettro d'azione molto ampio che comprende batteri sia gram positivi (MS e MR) che negativi anche multiresistenti (*S.maltophilia*, *A.baumannii*) ed enterobatteri produttori di ESBL. Lo spettro d'azione di questo antibiotico comprende anche microrganismi atipici e batteri anaerobi. Non essendo però efficace nei confronti di *P.aeruginosa* non può essere usato in monoterapia empirica nel paziente neutropenico febbrile. È attualmente indicato nelle infezioni di cute e tessuti molli e nelle infezioni intra-addominali.

Alessandro Fiorentini

Management delle mieloproliferazioni croniche dell'anziano

Marino Brunori, Medicina Interna, Fano

I disordini mieloproliferativi cronici (DMC) sono disordini clonali della cellula staminale caratterizzati dalla proliferazione di una o più linee cellulari mieloidi nel sangue periferico e nel midollo osseo.

I principali disordini mieloproliferativi sono rappresentati dalla policitemia vera (PV), dalla trombocitemia essenziale (TE), dalla mielofibrosi (MFI) e dalla leucemia mieloide cronica (LMC).

Di seguito verranno affrontati essenzialmente i disordini mieloproliferativi Philadelphia negativi ovvero PV, TE e MFI.

Nella pratica clinica capita spesso di imbattersi in alterazioni che possano far sospettare un disordine mieloproliferativo cronico in paziente il più delle volte asintomatici.

Valori che possono far sospettare un DMC sono principal-

mente un valore di ematocrito maggiore di 48% nelle donne e di 50-52% nel sesso maschile, oppure un valore di leucociti maggiore di 10000/mcl o un valore di piastrine maggiore di 450000/mcl.

In occasione del riscontro di una o più di una di queste alterazioni si deve anzitutto escludere una secondarietà a situazioni che possono determinarne tali alterazioni.

Una delle cause più comuni di poliglobulia ad esempio può essere il tabagismo e dunque in soggetti fumatori il dato va riconfermato dopo tre mesi circa dalla sospensione del fumo.

Va naturalmente esclusa anche una patologia cronica dell'apparato respiratorio tale da comportare una ipossia.

Di fronte ad una piastrinosi invece si deve sempre escludere una perdita cronica che spesso può giustificare una piastrinosi di entità moderata (valutazione della ferritina; ricerca del sangue occulto fecale) così come va esclusa una flogosi che possa giustificare sia la piastrinosi che la leucocitosi.

Una volta escluse le cause di secondarietà va ricercato dunque il DMC mediante principalmente indagini di biologia molecolare che prevedono la valutazione della mutazione del gene JAK-2 (V617F) presente nel 95% delle policitemie vere, nel 50-70% delle trombocitemie essenziali e nel 50-60% delle mielofibrosi.

Il gene JAK-2 (Janus Kinase 2) è uno dei quattro geni che codificano per proteine citoplasmatiche ad attività tiroxina kinasica ed appartiene alla famiglia delle Janus tirosine kinasi.

L'introduzione della mutazione V617F di JAK-2 nel tessuto emopoietico porta ad un disordine mieloproliferativo anche se non vi è ancora chiarezza su come una singola alterazione possa portare a differenti DMC.

Ipotesi a riguardo prevedono ad esempio che il livello di espressione della proteina mutata porti ai diversi DMC (ipotesi single hit). Una seconda ipotesi prevede invece come evento iniziale una mutazione clonale che è responsabile della proliferazione sulla quale poi si sovrappone la mutazione di JAK-2 (ipotesi multi-hit).

Tale valutazione, se positiva ci indica con buona probabilità la presenza di un DMC ed in particolare i criteri diagnostici dei DMC al momento si fondano sulla valutazione della mutazione di JAK-2.

In particolare la presenza di JAK-2 mutato insieme a elevati valori di ematocrito fanno porre la diagnosi di policitemia vera e la presenza di JAK-2 mutato in presenza di piastrinosi con la esclusione di cause di piastrinosi secondaria fanno porre diagnosi di trombocitemia essenziale.

Per quanto riguarda la mielofibrosi invece si rimanda alla tab. 1.

I rischi ai quali vanno incontro i pazienti affetti da DMC sono essenzialmente rischi di tipo trombotico, rischi di trasformazione leucemica e rischio di progredire verso la mielofibrosi.

Per quanto riguarda le indicazioni alla terapia dei DMC



- A1: Fibrosi midollare reticolinica grado 3
- A2: Mutazione JAK-2
- A3: esclusione di altri disordini mieloproliferativi
- B1: Splenomegalia palpabile
- B2: anemia non altrimenti giustificabile
- B3: elementi immaturi in circolo
- B4: Ematopoiesi extramidollare

Tab. 1 - Diagnosi di Mielofibrosi (presenza dei 3 criteri A e almeno 2 criteri B).

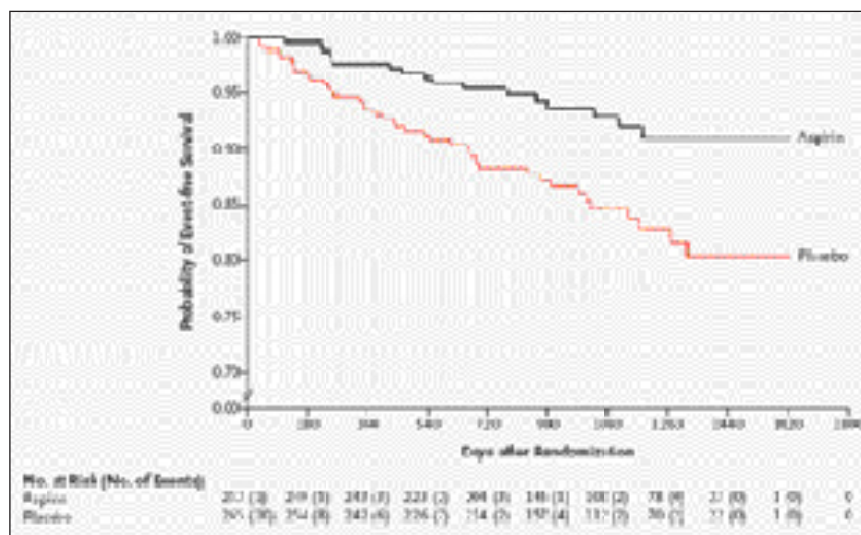


Fig. 1 - Rischio trombotico nei pazienti affetti da PV. Landolfi R. et al. NEJM 2004.

affronteremo dapprima la trombocitemia essenziale.

I pazienti ad alto rischio (ovvero con età maggiore di 60 anni e/o con storia clinica di trombosi) sono quelli che andrebbero sottoposti a terapia citoriduttrice e nel paziente anziano la terapia citoriduttrice si basa essenzialmente sull'utilizzo della idrossiurea associata anche alla terapia antiaggregante nel tentativo di ridurre il valore piastrinico al di sotto delle 400000/mcl.

In realtà la riduzione del rischio trombotico scende già

per un valore piastrinico inferiore alle 600000/mcl dal 24% al 4% ($p=0.003$) e scende comunque ulteriormente per valore di PLT inferiore a 400000/mcl.

Il trattamento nei pazienti anziani affetti da PV non differisce dal precedente prevedendo essenzialmente l'associazione tra terapia antiaggregante e citoriduttrice con idrossiurea riportando il valore di ematocrito al di sotto di 45% nell'uomo e di 42% nella donna.

Anche la terapia con salassi può avere una utilità nei pazienti anziani affetti da PV soprattutto quando il controllo dell'ematocrito con la sola terapia citoriduttrice non è possibile.

La salassoterapia porta ad uno stato di carenza marziale cronica con un conseguente decremento della eritropoiesi.

Dunque la correzione dello stato marziale nei pazienti in salassoterapia è controindicata in quanto può portare ad un esplosivo incremento della massa eritroide con possibili complicanze trombotiche.

La terapia con idrossiurea è stata spesso accusata di aumentare il rischio leucemico nei pazienti affetti da DMC anche se nessuno studio in letteratura pur con follow-up anche prolungato, ha mai dimostrato un rischio leucemogeno aumentato per i pazienti in trattamento.

L'uso di terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico ha dimostrato una utilità nel ridurre il rischio trombotico in pazienti affetti da DMC come si può evincere dalla fig. n°1.

L'uso di altri antiaggreganti non ha ancora dimostrato efficacia in tale categoria di pazienti nel ridurre il rischio trombotico.

Infine l'uso di inibitori specifici di JAK-2, pur con risultati preliminari

piuttosto promettenti, sembra al momento non percorribile in quanto la mutazione di JAK-2 come già detto sembrerebbe solo un anello intermedio di un processo fisiopatogenetico tutt'altro che compreso e probabilmente il vero target terapeutico non è stato ancora individuato.

Marino Brunori

KATIA ACCOGLI, FRANCESCO CIATTAGLIA, ANDREA L. TRANQUILLI

Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche
ed Odontostomatologiche, Sezione Scienze della Salute della
Donna
Università Politecnica delle Marche

Pelvic fitness

Effetto della ginnastica del pavimento pelvico in ambiente extrasanitario sulla prestazione muscolare

Introduzione

Il pavimento pelvico è un complesso muscolo-fasciale che assicura il sostegno e la sospensione dei visceri pelvici.

All'indebolimento di questa importante struttura di supporto conseguono rilevanti patologie quali il prolasso degli organi pelvici e l'incontinenza urinaria. Sebbene nell'immaginario comune le disfunzioni del pavimento pelvico siano percepite come patologie senili, in realtà la prevalenza di questi disturbi non è trascurabile neanche nella popolazione femminile giovane: i traumatismi da parto sono infatti ritenuti da molti tra i fattori causali più importanti.

La ginnastica del pavimento pelvico è un efficace trattamento di prima linea per l'incontinenza urinaria da sforzo e l'incontinenza urinaria mista [1], così come un utile strumento di prevenzione dell'incontinenza urinaria associata alla gravidanza e del postpartum [2- 3- 4].

Nella pratica clinica attuale sono esclusivamente le figure professionali del medico, del fisioterapista o dell'ostetrica che si occupano, per lo più con un approccio individuale, dell'insegnamento della giusta modalità di attuazione della ginnastica del pavimento pelvico. Ispirati da recenti osservazioni che appaiono mettere in discussione tale assioma, abbiamo voluto verificare con dati oggettivi l'efficacia dell'insegnamento di esercizi del pavimento pelvico da parte di personale non sanitario all'interno di comuni centri fitness.

Difatti l'offerta di un programma terapeutico in un ambiente non medicalizzato, socialmente confortevole e di ampia diffusione, quali i comuni centri fitness, da un lato rappresenterebbe per il personale medico l'opzione terapeutica a basso costo da offrire alle pazienti con sintomi di lieve o media entità o comunque con scarsa compliance verso un programma terapeutico tradizionale, dall'altro lato potrebbe aiutare queste pazienti a superare i sentimenti di vergogna, disistima e insicurezza e lo stigma sociale associati all'incontinenza urinaria.

Tesi di Laurea della Dott.ssa Katia Accogli, presentata e discussa nella seduta del 28 Luglio 2009. Relatore il Prof. Andrea Luigi Tranquilli.

Per tale motivo abbiamo deciso di proporre ad un gruppo di frequentatrici di classi di ginnastica uno schema aggiuntivo di esercizi finalizzati in primo luogo alla presa di coscienza della regione perineale e all'acquisizione di una corretta tecnica di contrazione muscolare.

In queste donne abbiamo quindi valutato i parametri della performance muscolare e li abbiamo confrontati con quelli tratti da un gruppo di controllo.

L'obiettivo primario dello studio era rispondere a queste domande:

- Effettuare la ginnastica del pavimento pelvico in ambiente extrasanitario consente di apprendere una tecnica di contrazione adeguata?

- Permette di ottenere performance muscolari migliori?

Tra le tecniche di valutazione della funzione muscolare abbiamo adottato l'esame clinico (ispezione e palpazione vaginale) e due parametri rilevati in corso di ecografia transperineale.

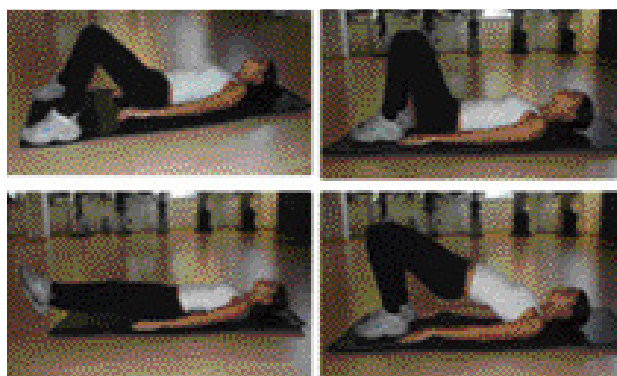


Fig. 1 - Esempi di esercizi di tonificazione del pavimento pelvico.

Pazienti e Metodi

E' stato disegnato uno studio longitudinale prospettico caso-controllo con suddivisione delle partecipanti basata sul centro fitness di appartenenza.

Grazie all'adesione di tre insegnanti qualificate operanti presso altrettante palestre sono state inizialmente reclutate 86 pazienti, alcune delle quali sono uscite dallo studio per la mancata partecipazione ad un numero sufficiente di lezioni (n=10), per il rifiuto di sottoporsi alla rivalutazione al termine dello studio (n=8) e per la presenza di sintomi riferibili a disfunzioni del pavimento pelvico (n=2).

Sono state quindi considerate elegibili le volontarie che non presentavano sintomi riconducibili a disfunzioni del pavimento pelvico.

Tutte le pazienti hanno partecipato alle lezioni dei corsi

di fitness musicale, della durata di circa un'ora due volte la settimana per 12 settimane. Le donne sono state suddivise in due gruppi. Gruppo 1: 42 donne che, in aggiunta alla seduta di fitness musicale, hanno effettuato 15 minuti di esercizi specifici per la conoscenza, stabilizzazione e il potenziamento del pavimento pelvico (Fig. 1); gruppo 2: 24 donne che hanno proseguito le lezioni di fitness musicale senza modifiche al programma di esercizi svolto dall'insegnante (gruppo di controllo).

Ciascuna partecipante è stata valutata presso la Clinica Ostetrico Ginecologica dell'Università Politecnica delle Marche dallo stesso medico esperto nell'esame uroginecologico e che non ha partecipato alla raccolta dei dati e alla suddivisione delle pazienti.

Esame fisico

L'esame fisico è stato condotto rispettando i seguenti tempi:

1. Breve descrizione della posizione e della funzione del muscolo elevatore dell'ano ed istruzione sul movimento da effettuare con il comando "stringere e portare dentro". E' stato richiesto di non contrarre la muscolatura agonista (glutei e adduttori delle cosce) e antagonista (m. addominale) e di compiere le contrazioni in modo indipendente dall'attività respiratoria (diaframma).

2. Ispezione. Con la donna in posizione supina sul lettino e il busto appoggiato alla spalliera, le gambe lievemente flesse sulle cosce e divaricate, è stato osservato il movimento di contrazione della muscolatura del pavimento pelvico. E' stata rilevata l'eventuale presenza di agonismo, antagonismo o inversione del comando.

3. Palpazione. Con il dito indice appoggiato sui muscoli puborettali prima da un lato e poi dall'altro sono stati valutati i parametri della forza muscolare con punteggio da 0 a 5 secondo la scala Oxford (Fig. 2), la resistenza muscolare valutando in secondi il tempo di tenuta di una singola contrazione massimale e il numero di ripetizioni di contrazioni massimali.

Valutazione ecografica

Con la paziente sempre nella stessa posizione si è proceduto a calcolare su una scansione longitudinale lo spostamento cranioventrale del margine posteriore del collo vescicale e la riduzione percentuale della lunghezza dello iato genitale. La tecnica utilizzata prevede l'impiego di una sonda convex 3.5-7 MHz con approccio transperineale.

Analisi statistica dei dati e curve ROC

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata con i test del Chi quadrato di Pearson per le variabili nominali e con il test t di Student per le variabili numeriche. Le curve ROC sono state disegnate con il programma statistico MedCalc 10.4.5.0.

Oxford Grading Scale

- 0 = nessuna contrazione
- 1 = fremito
- 2 = contrazione debole
- 3 = contrazione moderata (con movimento verso l'interno)
- 4 = contrazione buona (con movimento verso l'interno)
- 5 = contrazione forte (con movimento verso l'interno)

Fig. 2 - Oxford Grading Scale.

Risultati

Capacità di eseguire una contrazione corretta

Il numero di pazienti capaci di eseguire una contrazione corretta aumenta dopo la ginnastica, sia per i casi, che per i controlli, senza differenze statisticamente significative.

Si è registrato, però, una riduzione dell'agonismo muscolare nelle pazienti del gruppo 1 ed al contrario un aumento dello stesso nel 25% dei casi nel gruppo 2 ($p = 0.001$). (Fig. 3)

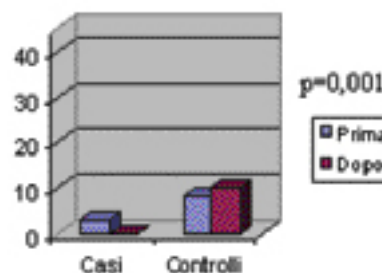


Fig. 3 - Pazienti con presenza di agonismo muscolare.

Entrambi i gruppi hanno presentato infine una riduzione dell'antagonismo muscolare.

L'effetto della ginnastica specifica per il pavimento pelvico nell'acquisizione di una corretta tecnica di contrazione rispetto al gruppo di controllo è ulteriormente accentuato qualora vengano analizzate le sottopopolazioni di casi ($n=15$) e controlli ($n=20$) con scarsa performance musco-

lare di partenza, considerata come assenza di movimento verso l'interno del pavimento pelvico ovvero uno score di Oxford minore o uguale a 2.

Nel confronto di questi sottogruppi il protocollo di esercizi del pavimento pelvico si dimostra superiore al fitness generico migliorando la qualità della contrazione che si dimostra corretta nel 60% dei casi rispetto al 20% dei controlli ($p=0,015$). (Fig. 4)

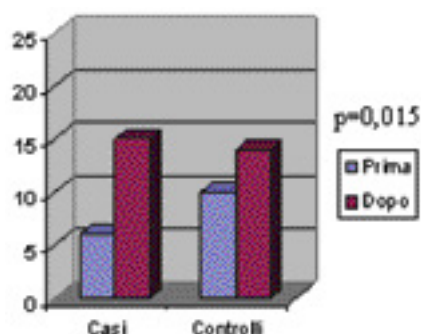


Fig. 4 - Pazienti con scarsa performance muscolare di partenza capaci di eseguire una contrazione corretta.

Performance muscolare

La performance muscolare al momento della prima valutazione era maggiore nel gruppo 1 rispetto al gruppo 2.

In entrambi i gruppi al termine della ginnastica si è registrato un miglioramento della performance muscolare sia come forza sviluppata, calcolata con il punteggio di Oxford, sia come resistenza muscolare (capacità di mantenere e ripetere una contrazione muscolare massimale).

Per ciascuna di queste variabili, l'incremento è stato maggiore nei casi rispetto ai controlli, con differenze risultate statisticamente significative a vantaggio del gruppo 1 per la resistenza muscolare sia in termini di durata di una contrazione massimale ($p=0,006$ e $0,003$ rispettivamente a destra e a sinistra) sia in termini di aumento del numero di ripetizioni ($p<0,001$ e $0,003$ rispettivamente a destra e a sinistra). (Fig. 5)

Di nuovo, l'analisi delle sottopopolazioni con bassa performance muscolare all'inizio dello studio ha evidenziato un effetto statisticamente significativo a vantaggio del gruppo 1 esteso in questo caso anche alla forza muscolare.

In particolare la forza muscolare destra e sinistra venivano aumentate nel 100% dei casi (destra e sinistra) nel gruppo 1 rispetto al 60% a destra ($p=0,005$) e al 50% a sinistra ($p=0,001$) nei controlli. (Fig. 6)

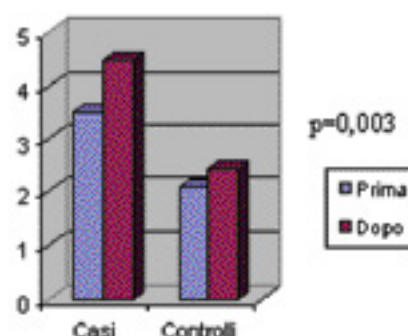


Fig. 5 - Media resistenza muscolare sinistra (valutazione in secondi).

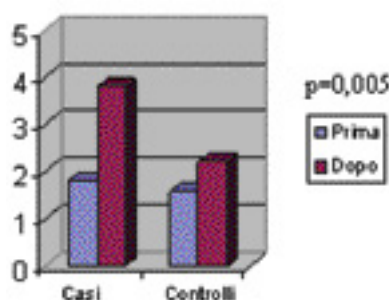


Fig. 6 - Media forza muscolare destra (pazienti con scarsa performance muscolare di partenza).

Valutazione dei parametri ecografici

L'analisi statistica ha confermato una associazione significativa sia tra capacità di eseguire una contrazione corretta e vettore di spostamento cranioventrale ($p=0,002$ e $p=0,015$ rispettivamente alla prima e alla seconda osservazione), sia tra capacità di eseguire una contrazione muscolare corretta e la riduzione percentuale della lunghezza dello iato genitale ($p=0,005$ e $p=0,004$ rispettivamente alla prima e alla seconda osservazione). Entrambi i parametri ecografici studiati sono risultati minori alla rivalutazione rispetto all'osservazione iniziale.

L'analisi mediante curva ROC (Receiver Operating Characteristics) per la correlazione tra vettore di spostamento cranioventrale e correttezza della contrazione ha mostrato, per valori superiori a 5.1 mm, sensibilità del 79.4% (IC 95% = 70.3 – 86.8), specificità del 53.3% (IC 95% = 70.3 – 86.8), $z=3.742$, $p=0.0002$. (fig. 7)

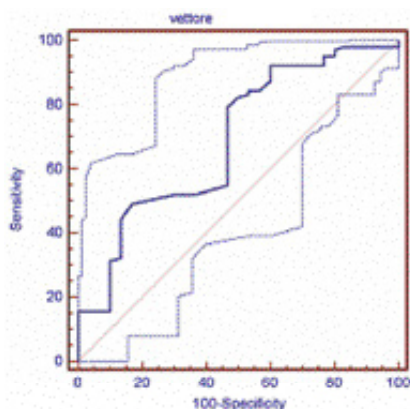


Fig. 1. ROC curve per la determinazione di una contrazione corretta dell'elevatore dell'ano.

Una analoga analisi per la riduzione percentuale dello iato genitale non ha invece prodotto risultati significativi, $z = 0.582$, $p = 0.56$.

Discussione

Nel nostro studio un periodo di dodici settimane di esercizi specifici per il pavimento pelvico ha generato un miglioramento della resistenza muscolare in un numero di donne significativamente maggiore rispetto a quello riscontrato nelle donne che praticano una ginnastica generica.

Il miglioramento risultava significativamente maggiore anche per la forza sviluppata quando veniva analizzata la sottopopolazione di pazienti con bassa performance muscolare all'inizio dello studio.

La valutazione del coinvolgimento della muscolatura agonista ha confermato l'apprendimento di una corretta tecnica di contrazione in un numero significativamente maggiore di donne nel gruppo dei casi rispetto ai controlli, dove invece è stato registrato un aumento della presenza di agonismo muscolare.

A nostro avviso questo risultato è di estremo interesse e riassume il significato dell'intero studio: anche in assenza di supervisione da parte di personale sanitario, attraverso esercizi mutuati dalle comuni tecniche di ginnastica generale, le donne prive di patologia del pavimento pelvico riescono ad acquisire una corretta tecnica di contrazione e di allenamento della muscolatura del pavimento pelvico.

L'insegnamento degli esercizi del pavimento pelvico nei comuni centri fitness inoltre, permettendo di raggiungere la popolazione femminile giovane, potrebbe diventare un efficace strumento di prevenzione delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Considerata la correttezza della modalità di contrazione ottenuta attraverso il protocollo di esercizi applicato nel nostro studio, riteniamo che questo possa essere proposto anche a pazienti con disfunzioni del pavimento pelvico che, essendo state già sottoposte a terapia riabilitativa, potrebbero con la ginnastica in ambiente extrasanitario, mantenere i risultati raggiunti con la precedente riabilitazione in ambiente sanitario.

Va infine considerato che qualsiasi beneficio le donne traggano dalla ginnastica del pavimento pelvico effettuata in ambiente extrasanitario avrebbe un costo nullo, sia per l'utente, sia per il servizio sanitario nazionale.

Bibliografia

- 1) Hay-Smith EJ, Bø K, Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, Van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Review 2007 (1):CD001407.
- 2) Morkved S, Bø K. The effect of post-natal exercises to strengthen the pelvic floor muscles. Acta Obstet Gynaecol Scand 1996;75(4):382-5.
- 3) Reilly ET, Freeman RM. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. Br J Obstet Gynaecol 2002;109(1):68-76.
- 4) Sampselle CM, Miller JM, Mims BL, DeLancey JOL, Ashton-Miller JA, Antonakos CL. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. Obstet Gynecol 1998;91:406-412.



MAURIZIO MERCURI

Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche

Il ruolo delle humanities nella formazione delle Professioni sanitarie

La medicina vera è filotecnica, ma soprattutto filantropica.¹ Questo vale per il professionista medico e quello sanitario ed oggi non si può perdere la matrice d'origine. Come nella medicina dell'antica Grecia deve essere mantenuto l'ideale della *philía iatriké* (amore dell'azione medica) come sintesi di *philanthropía* (amore degli uomini) e di *philotechnía* (amore dell'arte di curare). Anche se il termine *philanthropía* è di origine stoica, già in Platone troviamo la seguente affermazione: "Il malato è amico del medico per via della sua malattia".² "Dove c'è *philanthropía*, c'è anche *philotechnía*", afferma una sentenza ellenistica contenuta nei *Praecepta ippocratici* (L. IX, 258).³ Sempre viene esortato di cercare di instaurare con il paziente un rapporto di reciproca fiducia e di attenzione, "come se" egli fosse un amico, o meglio ancora un proprio familiare. La filantropia della cura e dell'assistenza viene alimentata dallo studio delle scienze umane.

Il dibattito sulle Scienze umane

Si potrebbero far nascere le scienze umane con Socrate (470-469 a.C.-399 a.C.), primo indagatore della natura umana e figlio di una ostetrica. Egli si chiese che cosa è



Fig. 1 - Socrate.

l'uomo? L'uomo è la sua anima, intesa come coscienza pensante ed eticamente operante, personalità intellettuale e morale. Da Socrate deriva una filosofia intesa come insegnamento dell'uomo alla conoscenza e cura di se stessi. Raggiungere la felicità è compito della virtù, che è scienza, conoscenza. L'anima è signora del corpo, è libera quando domina la propria animalità, mediante l'autodominio od *enkráteia*.⁴ Ma come possiamo migliorare noi stessi se ignoriamo che cosa siamo? Se ci conosceremo sapremo forse quale è la cura che dobbiamo avere di noi stessi; se non ci conosceremo non lo sapremo mai.⁵ Ci si conosce mediante discussione dialettica, mediante confutazioni, definizioni e distinzioni o classificazioni, partendo dall'ironia, *pars destruens*, purificatrice. Il limite del logos socratico è che non è in grado di far partorire ogni anima, mediante il metodo maieutico, ma

solo quelle gravide.⁶

Le modalità ed i gradi della conoscenza e la tassonomia dei saperi ci è fornita per la prima volta da Platone (428-427 a.C.-347 a.C.). Egli distingue due forme di conoscenza: la più bassa è la *doxa* od opinione, la più alta è l'*episteme* o scienza.⁷ La *doxa* viene classificata in *eikasia* o immaginazione e *pistis* o credenza. L'*episteme* in *dianoia* o conoscenza mediana e *noesis* o inteliezione, contemplazione delle Idee in tutti i loro legami di implicanza e di escludenza. Gli uomini comuni opinano, i matematici salgono alla *dianoia*, solo i filosofi giungono alla scienza suprema. Per ciò che concerne l'arte, essa non vale per se stessa, ma solo se serve il vero, mentre la retorica può diventare mistificazione del vero.⁸



Fig. 2 - Platone.

Le discipline umanistiche hanno quindi origini antiche e contenuti vastissimi, sono state fino al Seicento tutto il sapere, una unica cultura, opera di creazione e scienza fondamentalmente identica alla "sapienza amata": Aristotele fu medico, ma anche scienziato biologo, fisico, studioso di retorica, politica, etica, drammaturgia, pedagogo e precettore di re. Gli stoici furono eticisti e logici. Gli epicurei fisici e cultori dell'etica. Della profonda unione di tutto il sapere si può parlare di Rinascimento col più alto esempio in Leonardo artista, anatomista, studioso del volo, ingegnere civile e militare e quant'altro. Poi, Cartesio fu matematico e metodologo oltre che filosofo, Leibniz politico, matematico, teologo. Pascal studioso di logica e di fisica e profondo letterato. Più tardi Kant, immenso ingegno, cosmologo, epistemologo, studioso di etica e di estetica. Ciò solo per citare alcuni esempi.

Il più fertile dibattito sulle scienze umane inizia solo nel XVIII secolo, dal confronto con l'iniziale sapere scientifico fisico-matematico, astronomico, biologico-medico, con David Hume (1711-1776) che nell'introduzione a *The Treatise of Human Nature* affermava: "E' evidente che tutte le scienze (...) anche la matematica (...) hanno



Fig. 3 - David Hume.

relazione con la natura umana (...) e la scienza dell'uomo è il solo solido fondamento per le altre scienze".⁹ La natura umana è la sola scienza dell'uomo. Tutte le scienze si

Lettura tenuta il 1° ottobre 2009 nell'Aula Magna dell'Ateneo per il ciclo di Conferenze della Settimana Introduttiva alla Facoltà.

riallacciano alla natura umana, anche quelle che sembrano più indipendenti come la matematica, la fisica (filosofia naturale) e la religione naturale, perché anche queste fanno parte delle conoscenze dell'uomo e sono giudicate dai poteri e dalle facoltà umane. Hume è epistemologo finissimo, in quanto critico della relazione di causa-effetto, e al contempo scienziato umano, che valorizza il sentimento e l'istinto umano e la forza dell'abitudine, come matrice empirica delle strutture cognitive: non esistono idee innate. La relazione causa-effetto non può essere conosciuta a priori, ma soltanto per esperienza, mediante un'induzione. La "filosofia morale" è tutto ciò che concerne la conoscenza dell'uomo. Hume nel III libro del Trattato (Of Morals) introduce inoltre la distinzione fondamentale tra i giudizi scientifici ed i giudizi morali di valore¹⁰. Con "legge di Hume" si intende la profonda differenza categoriale tra giudizi con l'"è" e giudizi con il "deve", dimensione dinamica e aperta al futuro propria delle prese di posizione morali. Hume per primo introdusse alla distinzione insita nelle scienze umane, facendolo anche da un punto di vista metodologico: nella meccanica si possono osservare gli effetti di un corpo su un altro, "ma nel chiarire un dubbio di filosofia morale, ponendomi nelle stesse condizioni di ciò che indago è evidente che la riflessione e la premeditazione verrebbero a disturbare l'attività dei miei principi naturali tanto da non permettermi di trarre dal fenomeno nessuna legittima conclusione".¹¹

Lo sviluppo culturale sulla identità delle scienze umane prosegue nella contrapposizione con le scienze della natura. John Stuart Mill (1806-1873) ha involontariamente permesso la diffusione del termine di Geisteswissenschaften, poi contrapposto a Naturwissenschaft, reso in italiano con "scienza dello spirito", per la traduzione tedesca (1849) della Logica, lì dove Mill parlava di moral sciences.¹² Egli si era interrogato sulla possibilità di trasferire nello studio del fenomeno umano e del suo mondo sociale i metodi propri delle scienze naturali, in modo consentaneo alla



Fig. 4 - John Stuart Mill.

prospettiva comitana e allo spirito positivo che parte dal vedere per prevedere, che studia ciò che è per giungere a ciò che sarà in base al dogma generale della invariabilità delle leggi di natura, nel quadro culturale di un progetto di scienza unificata allargato alla sociologia (o fisica sociale). Le Geisteswissenschaften sono un tentativo di annettere, in

posizione subordinata, perché metodologicamente dipendente, gli ambiti propri della tradizione umanistica, all'interno delle scienze della natura. L'esigenza di conferire una dignità ed una autonomia

metodologica alle Geisteswissenschaften sarà condizionata da questa genesi.

Wilhelm Dilthey (1833-1911) affermò per primo l'autonomia delle Geisteswissenschaften sulla base del loro oggetto, appunto spirito, non natura. Nella sua opera principale¹³ Dilthey tematizza la distinzione tra scienze della natura e scienze dello spirito, fondata sulla differenza tra gli oggetti di cui si occupano i due tipi di conoscenze: le scienze della natura si occupano di fenomeni esterni all'uomo, mentre le scienze dello spirito si occupano del campo di cui l'uomo è parte. Le modalità conoscitive sono differenti: nelle



Fig. 5 - Wilhelm Dilthey.

prime l'oggetto di osservazione è il mondo esterno, nelle seconde un'esperienza vissuta (Erlebnis), in cui l'atto del conoscere non è diverso dall'oggetto conosciuto. Le scienze dello spirito si distinguono da quelle naturali in quanto si occupano di rappresentazioni, di determinazioni di valori e di scopi che fanno parte della vita psichica dell'uomo, e se ne occupano con la metodologica del "comprendere" (Verstehen), totalmente differente da quella dello "spiegare" (Erklären): comprensione dei significati, intenzioni, implicazioni e designazioni contrapposto a spiegazione delle cause naturali. Lo storicismo tedesco, di cui Dilthey è rappresentante, rifiuta di ricondurre la conoscenza dell'uomo e del mondo umano ad un modello di spiegazione comune a tutto il sapere, assimilando le scienze storico sociali al procedimento delle scienze naturali.¹⁴ Dilthey riconosce la storicità del mondo umano e si sforza di elaborare uno strumento al tempo stesso metodologico ed epistemologico finalizzato all'interpretazione della realtà storico-sociale. Egli tenta il superamento del positivismo col rifiuto di ogni subordinazione delle scienze morali e storiche al mondo naturale: una cosa è il procedimento matematico e l'esperimento naturalistico, altro è la capacità dimostrata dal Verstehen di cogliere il singolare, l'Erlebnis individuale ed irripetibile, e di farne l'oggetto delle scienze particolari dello spirito. Egli si propone di fondare l'ermeneutica dell'irripetibilità delle creazioni individuali, poetiche e filosofiche, etiche, storiche, antropologiche e giuridico-politiche. Nell'analisi dell'Erleben e della comprensione di noi stessi risulta che il singolare del mondo spirituale è un valore in sé, anzi l'unico valore in sé che possiamo constatare senza dubbio. Il mondo delle scienze umane si distingue da quello naturale in quanto produce valori e realizza scopi, nella concretezza della cooperazione tra individui nella comunità attraverso i sistemi di



cultura, ognuno dei quali con propria significatività. Nelle scienze dello spirito penetriamo il mondo spirituale sotto forma di connessioni che si formano nel corso temporale. Dilthey rifiuta ogni posizione che tende a semplificare la comprensione interna dell'oggetto che siamo noi stessi. Solo sulla base dei risultati dell'antropologia e mediante le scienze teoretiche della società nelle sue tre classi principali – l'etnologia, le scienze dei sistemi di cultura come quelle dell'organizzazione esterna della società – è possibile avvicinarsi progressivamente alla soluzione del problema delle connessioni che congiungono gli stati successivi della società. E' il primo passo per il riconoscimento dei sistemi simbolici, approfonditi da diverse scuole tra cui la neokantiana.

Contrario alle posizioni diltheyane è Wilhelm Windelband (1848-1915): non si possono distinguere scienze della natura e scienze dello spirito sul fondamento dell'oggetto, altrimenti esisterebbero alcune discipline come la psicologia che rientrerebbero nei due ambiti. La differenziazione deve avvenire su base metodologica. Propone una distinzione tra scienze nomotetiche, ambito di ricerca volto alla determinazione delle leggi generali, e scienze idiografiche, dirette alla comprensione dell'individuale. La conoscenza storica, ad esempio, nel momento che ricerca e riconosce singolarità irripetibili degli eventi, è scienza idiografica, mentre la fisica sarebbe nomotetica. Le scienze umane (idiografiche) non sono in



Fig. 6 - Wilhelm Windelband.

fondo che scienze naturali (nomotetiche) che si occupano dello spirito.¹⁵

Ernst Cassirer (1874-1945), sotto l'influsso della filosofia sociale americana individua nell'uomo l'animal symbolicum. Le diverse forme della cultura umana sono comprese nella loro connessione organica, come sistema. Mito, religione, arte, linguaggio, persino la scienza, vengono riconosciuti dalla filosofia, come variazioni di un tema comune: l'uomo come unità dialettica di due tendenze opposte, quella della conservazione delle forme spirituali e quella della nuova formazione di forme culturali. L'uomo è visto non in forma sostanziale, come "essenza", ma funzionale, cioè sotto il versante delle sue prestazioni ed attività culturali. La posizione di Cassirer è molto vicina a quella strutturalista di Lévy-Strauss, nello sforzo di ricostruire una semiologia ed una simbologia delle diverse forme della coscienza culturale si avvicina a coglierne le strutture.¹⁶ Relativizzando

la concezione della vecchia scuola di Marburgo secondo la quale la conoscenza fisico-matematica rappresenta il prototipo della conoscenza che l'uomo ha del mondo e di sé, Cassirer pone le fondamenta di una analisi generale delle funzioni dello spirito e delle loro forme espressive. La formazione dei concetti della scienza della natura è solo una particolare forma di interpretazione, a cui si affiancano altre modalità di creazione del significato, ciascuna delle quali genera figure simboliche proprie: linguaggio, mito, religione, arte e scienza. Tre sono i tipi principali di forme simboliche: espressiva (tempo, spazio, numero espressi in immagini e nomi propri), rappresentativa (come connotati linguistici nella scienza come segno formale), significativa. I simboli vengono generati nella cultura. Le forme simboliche equivalgono a cultura.¹⁷

Jean Piaget (1896-1980) epistemologo ha negato la distinzione tra "spiegazione" e "comprensione" come capace di opporre le scienze dell'uomo da quelle della natura. Questa distinzione evidenzia due aspetti della conoscenza che ogni scienza tende a conciliare anche se in maniera diversa. Di qui la possibilità di interconnessioni e dinamismi tra le varie discipline. Lo studioso suddivide le scienze umane in quattro gruppi: A) le scienze "nomotetiche" che ricercano leggi e relazioni quantitative relativamente costanti ed esprimibili in forma matematica, ma anche fatti generali, relazioni ordinali, analisi strutturali dell'agire umano, anche secondo una dimensione diacronica, ma secondo metodi di sperimentazione stretta o di osservazione sistematica mediante statistiche, subordinando gli schemi di controllo teorici al controllo dei fatti (sociologia, l'etnologia, psicologia, linguistica, economia politica, econometria, demografia); B) le scienze storiche il cui oggetto è di ricostruire e comprendere l'evoluzione di tutte le manifestazioni della vita sociale nel corso del tempo (storia: degli individui, delle idee, delle tecniche e delle scienze); C) le scienze giuridiche che si occupano di norme intese come categorie del dover essere e non constatazione di relazioni oggettivamente esistenti; D) le discipline filosofiche, che hanno per obiettivo di elaborare una coordinazione generale dei valori umani, cioè una concezione del mondo che



Fig. 7 - Ernst Cassirer.



Fig. 8 - Jean Piaget.



tiene conto non solo delle conoscenze acquisite e della critica di queste conoscenze, ma anche delle convenzioni e dei molteplici valori dell'uomo in tutte le sue attività.¹⁸



Fig. 9 - Martin Heidegger.

Martin Heidegger (1889-1976), con *Essere e Tempo*, sottrae il dibattito alla originaria determinazione positivista-storica: la spiegazione obiettiva delle scienze è una modificazione subordinata della comprensione preliminare che l'uomo ha del mondo: le scienze della natura sono forme di sapere più povere rispetto ai loro presupposti esi-

stenziali.¹⁹

Willard van Orman Quine (1908-2000), filosofo dei filosofi, il più importante filosofo americano del XX secolo e rap-

presentante della scuola analitica, è il fautore della dottrina del "naturalismo". Malgrado l'apparente impossibilità di rispondere a questioni filosofiche attraverso la scienza, un buon numero di filosofi contemporanei ritiene che la scienza sia la sola strada legittima alla conoscenza. Ma l'essere umano è parte integrante del mondo naturale, non qualcosa di separato, come si credeva un tempo. Poiché la scienza studia la totalità del mondo naturale, perché non dovrebbe essere in



Fig. 10 - Willard van Orman Quine.

grado di rivelare la verità completa intorno alla condizione umana senza nulla lasciare alla filosofia. Inoltre la filosofia si occupa delle medesime questioni da sempre. Non esiste qualcosa come una conoscenza specificatamente filosofica, dato che tutta la conoscenza è conoscenza scientifica. Un qualche ruolo della filosofia consiste nel chiarire i concetti scientifici, rimuovendo ostacoli linguistici per facilitare il lavoro scientifico.²⁰

Il dibattito internazionale e nazionale sull'uomo e sulla sua attività culturale, sull'epistemologia delle conoscenze dell'uomo²¹ e sulle scienze umane ovviamente continua, in posizioni sempre più articolate,²² ricche²³ ed attuali,²⁴ che sempre più spesso mostrano come la scienza non è totalmente libera da valori, che fatti e valori si intersecano e che dopotutto le tematiche scientifiche e quelle ideologiche sono interconnesse.

Le Scienze umane in Medicina

L'organo di indirizzo della formazione medica inglese dichiarò nel 1993: "i progressi della ricerca medica diventeranno sempre più dipendenti dalle idee e dalle tecniche di altre discipline: dalla matematica e dalla fisica per il chiarimento dei complessi fenomeni biomedici, dalle scienze sociali e dalla filosofia per affrontare l'ampia gamma delle tematiche culturali, ambientali ed etiche che sempre più incidono sui problemi di salute. Si spera che lo studente di domani possa essere attratto verso queste altre discipline e quelle opportunità di studio come ad esempio una lingua od intraprendere un progetto legato a ciò che può offrire la letteratura o la storia della medicina".²⁵ L'attrazione dello studente di domani si identifica con l'interesse dello studente di oggi. Le scienze umane in medicina, in particolare l'antropologia, si manifestano come assolutamente necessarie non come un esteriore supplemento di saperi, ma come un orizzonte ove collocare ogni sapere che non intenda essere soltanto sull'uomo, ma anche per l'uomo.²⁶

Seppur nella fase iniziale della loro diffusione le medical humanities trattarono prevalentemente contenuti legati alla bioetica, per rispondere alle questioni di fondo sull'uomo nei momenti particolare della malattia, della sofferenza e dei limiti dell'impiego della tecnologia all'ora in pieno sviluppo, tali pratiche si allargarono ad altri contesti. Infatti, le medical humanities, come fa notare Lucia Zannini, non sono state ridotte alle tematiche della bioetica, ma hanno assunto una prospettiva più ampia ed articolata sull'uomo ed il suo esistere, all'interno della quale vengono a trovarsi anche le prospettive bioetiche.

L'intenzione di estendere il campo alle riflessioni disciplinari di tutte le scienze umane (e non solo di alcune) alle medical humanities è stato mosso dal loro fine che si ritrova nel far imparare a comprendere gli esseri umani, nella loro specifica unicità.²⁷ Attraverso un linguaggio ricco di rappresentazioni metaforiche o simboliche sulle prospettive della persona curata o dei suoi familiari riguardo le sue/loro reazioni alla malattia, le medical humanities avviano le riflessioni sui grandi temi ricorrenti in ambito sanitario quali il significato della malattia, della sofferenza, del morire e di quanto altro narrato da coloro che esperiscono tali vissuti.

Le medical humanities si rifanno a quei movimenti pedagogico-formativo che sospingono gli operatori della cura ad andare oltre ciò che si manifesta obiettivamente nei segni della malattia, per portare alla luce ciò che staziona in profondità e, dunque, svelare la dimensione esistenziale della cura.

Per portare a compimento la prospettiva assiologica fin qui sintetizzata, le medical humanities sono state

trasformate in processi formativi concreti per poter supportare le attività didattiche tradizionali. La soluzione, come sostiene Zannini, non sta nel limitare il loro insegnamento in qualche sporadico corso obbligatorio o elettivo, (che potrebbe già risultare perdente in partenza) quanto quello di cercare di cambiare radicalmente la prospettiva di tutti i docenti-formatori, desiderosi di stimolare gli studenti alla comprensione della complessità e problematicità delle tematiche della cura, senza indurre a riduzioni generalizzanti.

Le strategie e gli strumenti che per primi hanno coinvolto i contesti formativi nella prospettiva delle medical humanities sono quelli riconducibili alla narrazione di storie biografiche: la messa in campo di brani letterari, musicali, di narrazioni filmiche e opere d'arte (pitture, rappresentazioni, sculture) vengono offerte per far comprendere le storie di malattie, non solo nelle loro dimensioni clinico-anamnestiche (come accade nei volumi scientifici), ma descritte anche in quelle esistenziali, nelle quali si possono scorgere le idee, i sentimenti, le intenzioni e le motivazioni e i valori dei protagonisti, nonché l'influenza del contesto sociale.

L'uso di storie di malattia nella formazione degli operatori della cura non è funzionale soltanto allo sviluppo di capacità di ragionamento pratico per sviluppare una pratica clinica più efficace, quanto, invece, ne cercare di elaborare risposte adeguate alla malattia e alla sofferenza. Tale intento consentirebbe agli operatori di avviare un processo di elaborazione attraverso un insieme di processi di interiorizzazione della sofferenza anticipatoria che preparano emotivamente gli studenti alla pratica di cura.

I percorsi delle medical humanities, dunque, si inseriscono in una logica formativa che va al di là dell'acquisizione di specifiche competenze (dette anche skills o abilità), in quanto tendono allo sviluppo di un'identità professionale e contemporaneamente in una dimensione formativa più ampia orientata alla crescita personale del curante, anche coinvolgendoli in processi di interpretazione e di attribuzione di significato.

Le medical humanities dovranno fare ricorso a idee, teorie e modelli di pensiero in grado di estrapolare una conoscenza che sia dei significati e non solo di spiegazione di fenomeni (come la fisiopatologia del dolore), poiché come afferma Zannini non è possibile dire che "scoprire il perché fisiopatologico del dolore possa esaurirne la conoscenza. L'esperienza del dolore, infatti, pone degli altri interrogativi, relativi al suo senso".²⁸

Da qui discende la necessità di far riferimento ad un paradigma epistemologico che a partire dai contesti formativi, intenda la conoscenza come un processo di costruzione di significati, aiutando i professionisti della cura a connettere le esperienze altrui con le proprie, per sviluppare la capacità

di confronto e di introspezione. Il dibattito si apre sui paradigmi pedagogici da includere nella formazione alle medical humanities sapendo che il loro fine è quello di far emergere il sapere di ciò che non appare, anziché spiegare in senso causalistico ciò che c'è.

Il perché delle Medical Humanities

Dal 1970 in poi lo studio delle scienze umane in medicina si è sviluppato includendo etica, letteratura, storia ed altre materie che sempre più hanno enfatizzato l'importanza delle humanities trattate dal punto di vista medico e sanitario. Oggi sempre più si parla di formazione interdisciplinare, di attenzione agli aspetti umani che favoriscano esperienze lavorative che promuovano la crescita professionale e la collaborazione interprofessionale e di sviluppo delle capacità d'ascolto e delle competenze della relazione per migliorare la cura centrata sul paziente.²⁹



Fig. 11 – G. Klimt (1862-1918 "Medicina" (1900) dipinto per l'Università di Vienna con "Giurisprudenza", "Musica" e "Filosofia" distrutto da un incendio nel 1945.

L'inserimento delle discipline umanistiche nella formazione medica può offrire importanti benefici per i singoli futuri medici e per la comunità medica nel suo complesso. Tuttavia è difficile definire il ruolo preciso delle scienze umane nell'educazione medica e sanitaria in generale e valutare l'impatto della crescente presenza delle scienze umane nelle università mediche, poiché sono certamente difficili da misurare risultati soggettivi come l'aumento dell'empatia, l'attenzione professionale ed il self-care.³⁰ Occorrerebbero studi di tipo quantitativo, ma questo presupporrebbe un superamento dell'identità idiografica delle scienze umane.

Le "Kleinen Fächer", o piccole discipline (Storia, Teoria ed Etica della medicina, in tedesco raccolte dall'acronimo GTE) tengono meno il centro della scena in una università di tipo medico. Sembrano interessare maggiormente il campo della medicina sociale in senso più ampio, rispetto all'ambito della medicina molecolare. Tuttavia se ne riconosce l'importanza per la formazione medica e scientifica per ciò che concerne l'autoconsapevolezza professionale, la riflessione critica e soprattutto per le ricadute assistenziali.³¹

La medicina di successo si basa su due pilastri. Il primo è il corpus delle conoscenze mediche, l'altro è la conoscenza del paziente e del suo mondo-vita bio-psico-sociale. Il secondo pilastro è il superamento del divario chiamato "the humane gap in medicine", ovvero la sfida alla scienza tecnocratica, sono totalmente a carico delle scienze umane. Le medical humanities forniscono agli operatori sanitari anche i mezzi di sostegno per il devastante incontro con la sofferenza, la disabilità o la pressione derivata dal faticoso

lavoro fisico o dalle spinte per la carriera. Le discipline umanistiche costituiscono la piattaforma comune per tutti gli erogatori dell'assistenza sanitaria, limitando i tradizionali ed ostruttivi confini tra le professioni.³² Possedere un paradigma comune significa: primo, aderire ad un insieme di assunzioni teoriche fondamentali che tutti i membri di una comunità scientifica accettano in un dato momento storico; secondo, avere problemi scientifici particolari, casi "esemplari" comuni³³ e finanche questioni etiche aperte. Professionisti che condividono ambienti formativi comuni, identici paradigmi scientifici, sono d'accordo su proposizioni, sulle modalità della futura ricerca, sui modi di procedere nel loro campo precipuo nell'affrontare e risolvere problemi pertinenti. In breve si aderisce ad un'intera prospettiva scientifica e ci si stimola ad un confronto nel differente ambito operativo. Integrare le scienze umane alla clinica permette quella osservazione partecipata tipica della tradizione antropologica culturale a sostegno dell'approccio scientifico oggettivante e la riflessione critica ed epistemologica sulle convinzioni di fondo delle scienze della salute, della cura, della riabilitazione e della palliazione.

Certo la cultura da sola non può fare un medico più umano. E non deve servire a far trascorrere con più consapevolezza una serata a teatro o all'opera. La formazione umanistica del medico e del professionista sanitario serve a proiettarlo verso un suo miglioramento e crescita e una sua più alta umanizzazione per legarlo a fare tutto quello che è in suo potere, anche con i suoi personali sacrifici, per salvare una vita o soccorrere qualcuno nel dolore o prossimo alla morte. L'approccio olistico della medicina corre il rischio di diventare il riferimento operativo ad una concezione metafisica vuota. Le medical humanities possono garantire che i medici e gli altri sanitari esercitino la loro professione in modo etico ed umano, contribuendo a migliorare le capacità di comunicazione e di comprensione stessa della scienza. La stessa deontologia professionale codifica nel tempo norme non assolute, che hanno la stessa plasticità della storia. La giurisprudenza non può diventare uno strumento d'offesa che interviene in modo anacronistico, recando più danno rispetto al peggiore esercizio professionale. La legge scaturisce dalla dialettica politica e civile, in riferimento a contenuti umani importanti come quelli scaturiti dalla riflessione delle discipline filosofiche e teologiche, orientate a sostenere la salute della mente e dello spirito, oltre che del corpo, evitando di cadere in superstizioni. Le discipline umanistiche hanno altri tre ruoli nella formazione di coloro che escono laureati dalle facoltà di medicina e chirurgia: ricostruire l'idealismo della cura che mira a servire l'umanità, sgonfiare la pomposità dell'esperto che sa tutto di medicina molecolare e di gestione, ma poco del paziente, ed aprire una finestra nell'ingiustizia



Fig. 12 - H. v. R. Rembrandt (1606-1669) "La lezione di anatomia del dottor Tulp" (1632), simbolo nella nostra Facoltà di Medicina che si apre alla cittadinanza.

sociale e nella sofferenza individuale. La conoscenza dei significati insiti all'etica della giustizia distributiva individua la povertà e le peggiori condizioni igieniche come più dannose di cure inappropriate. L'assegnazione di risorse permette il riconoscimento del professionista preparato come più alta risorsa, specie se riesce ad immedesimarsi nelle sofferenze di chi ha in cura.³⁴

Per colmare il distacco tra teoria e pratica è necessario integrare ai corsi di base scientifica una formazione umanistica per avere una definizione più chiara di ciò che intendiamo per medicina più umana e per migliorare la cura del paziente. I benefici potrebbero essere a molti livelli, anche a quello di saper meglio informare su una diagnosi clinica e produrre una più efficace comunicazione, anche per favorire lo scambio di idee con altri educatori nell'ambito della formazione medica.³⁵

Le medical humanities hanno il potere non solo di unire i lati opposti della medicina, la sua vocazione scientifica con la sua vocazione umana, ma anche di approfondire la nostra comprensione della salute e del benessere umano facendo leva su molteplici prospettive – biomedica, filosofica, storica, artistica, letteraria, antropologica. Il risultato di questo approccio dovrebbe garantire una visione più approfondita del paziente, della medicina e dell'organizzazione sanitaria volta a curare qualche volta, ad alleviare spesso e a confortare sempre.³⁶

Le scienze umane in medicina sono quindi strumentali per:

- ridurre il gap tra biomedicina e scienze umane,
- facilitare l'insegnamento e la ricerca interdisciplinare,³⁷
- promuovere un approccio di presa in carico e cura paziente-centrato,³⁸
- contenere il burnout professionale,³⁹
- ridurre la hybris biomedica,⁴⁰
- equipaggiare i medici ed i professionisti sanitari a dover affrontare le sfide morali, non giustificati dalla biomedicina,⁴¹
- favorire l'autoapprendimento permanente e la pratica consapevole,⁴²
- promuovere la competenza narrativa, favorendo comprensione empatica e la comprensione metaforica per una interpretazione condivisa storia del paziente-diagnosi-terapia.⁴³

Le scienze umane in medicina permettono lo sviluppo del pensiero critico, non da ultimo quello logico-clinico⁴⁴ ed il sostegno al limitare l'errore in una pratica ad alto rischio, mediante il racconto di esperienze vissute da altri professionisti.⁴⁵

Le scienze umane aiutano i professionisti della diagnosi, della cura, dell'assistenza, della riabilitazione e della palliazione nella comprensione della soggettività profonda dell'essere umano individuata nelle emozioni e nei stili di

attaccamento.

Le medical humanities sostengono la comprensione dell'altro in quanto appartenente a sistemi culturali ed interpretativi differenti.⁴⁶

La riflessione bioetica, ci orienta verso il bene ed il giusto nella vita e nell'esercizio della professione.

Con lo studio delle scienze umane in medicina finiremo col somigliare al nostro io ideale, come direbbe Baudelaire.

Citando un recente articolo di Antonio Gnolo, "si può sospettare che penso e dunque sono sia un duplicato della potenze divina, traducibile in Dio pensa, dunque è, dunque crea",⁴⁷ ma oggi impera il non penso e dunque sono – oggi che il pensiero è diventato il più futile tra gli strumenti del conoscere". Le scienze umane in medicina sono la parte più qualificata a "costruire la coscienza" del medico e del professionista sanitario, oltre che parte della conoscenza. "Il medico non è un tecnico e non è nemmeno uno scienziato nel senso stretto del termine. Certamente si occupa di alcune branche della scienza, dalla fisiologia alla farmacologia, dalla fisica alla matematica, dalla genetica alla biologia, ma allo stesso tempo dovrebbe conoscere la psicologia, l'economia, dovrebbe essere in grado di comunicare e di interpretare i fenomeni sociali".⁴⁸ Parlando della formazione del medico e dei professionisti della sanità: "quante ore

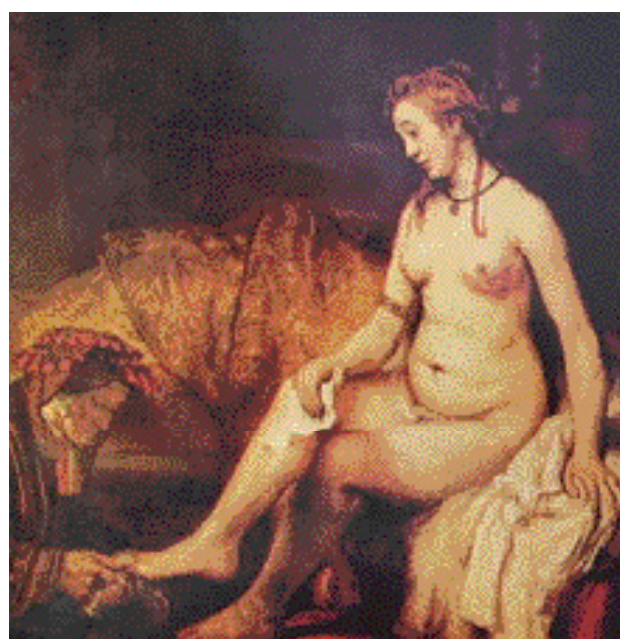


Fig. 13 - H. v. R. Rembrandt (1606-1669) "Betsabea con la lettera di David" (1654). La modella del dipinto è la moglie Hendrikckje. Il seno sinistro mostra una neoformazione mammaria. La donna sopravvisse nove anni alla malattia non trattata.

sono dedicate all'apprendimento di nozioni e tecnologie sofisticate? Tantissime. Quante ore all'apprendimento del modo in cui colloquiare con i pazienti? Quante a studiare le implicazioni biomediche che la medicina presenta quasi ogni giorno? Zero. Inseriamo questi corsi nei piani di studio e rendiamoli materie d'esame obbligatorie".⁴⁹ Il sapere medico si colloca a cavaliere tra due gruppi di scienze articolati in scienze naturalistiche e scienze umanistiche. Le prime insegnano a fare il medico, ma non ad essere medico. Per essere un buon medico occorre saper connettere mezzi tecnologici avanzatissimi con i giusti fini in un'epoca in cui regna il vuoto etico e "tremiamo nella nudità di un nichilismo che unisce il massimo potere intorno ai mezzi con il minimo sapere intorno agli scopi".⁵⁰ Lo scopo della scienza e della tecnica non può che essere a vantaggio della persona umana. Come afferma Giorgio Cosmacini, "senza l'altra metà" finalistica, umanologica, indispensabile a completare la sua identità, la medicina non è se stessa. Perché? La medicina non è una scienza. Essa è di più.⁵¹

Come afferma Maria Teresa Russo "è lo stesso progresso tecnico scientifico a richiedere, più o meno consapevolmente, non solamente una sorte di "coscienza critica", ma un orizzonte di senso per rispondere a quelle domande sollevate dalla tecnica nell'ambito della vita e della salute, a cui la tecnica stessa non è in grado di dare risposta. L'integrazione dei saperi filosofici quali la metafisica, l'antropologia e l'etica, con quelli scientifici è, dunque, indispensabile per disporre di quelle categorie atte a valutare i significati e le implicazioni dei gesti e delle scelte in ambito biomedico" e infonde nelle scienze della natura "un supplemento d'anima necessario per non chiudersi in un tecnicismo autoreferenziale".⁵²

Introduzione allo studio delle Medical Humanities

Se ci ponessimo la domanda di quali scienze umane studiare nei corsi di laurea attivati nella facoltà di medicina e chirurgia, seguendo la letteratura mondiale dovremmo rispondere: arte anatomica, paleopatologia,⁵³ storia dell'arte medica e della cura; storia, teoria ed etica della medicina; filosofia (filosofia della scienza, filosofia della medicina, morale, filosofia del linguaggio e della comunicazione, filosofia della cura), logica e teologia;⁵⁴ letteratura e teatro;⁵⁵ musicoterapia ed artiterapie; cinema. A queste si aggiungano psicologia generale, dello sviluppo e dell'educazione, psicologia clinica, psicomotricità; pedagogia generale, sociale e sperimentale, didattica; sociologia, economia e diritto e soprattutto le antropologie: culturale, filosofica, etnologia ed antropologia medica.

Di fronte alla miriade di teorie e riferimenti ci viene di citare Gevaert: "gli interrogativi sull'essenza dell'uomo e sul significato della sua esistenza, oggi come nel passato,

non nascono in primo luogo per motivi di curiosità scientifica, indirizzata verso l'aumento del sapere. I problemi antropologici sopraggiungono da sé, irrompono nell'esistenza e s'impongono con il proprio peso. Non è in primo luogo l'uomo che solleva problemi: è l'uomo che viene reso problematico dalla vita e dalle condizioni nella quale vive".⁵⁶ Vita e condizioni che ci rimandano costantemente ad emozioni, figure culturali ed idee, valori, diritti, dignità della vita ed autonomia della persona. E insieme a queste a virtù, umane e professionali.

La caratteristica delle scienze umane è che sono personali e intrise di finalità e valori. Kennet Calman e Robin Downie scrissero: "A differenza della scienza, che si occupa del generale e degli elementi ripetibili in natura, la medicina, sebbene usando la scienza, si occupa unicamente dei pazienti individuali. Essa si concentra sul particolare e sull'unico, in questo assomiglia alle arti. Concentrandosi su modelli ripetibili e sulle leggi della natura, la scienza deve necessariamente essere impersonale".⁵⁷ Ma le scienze che si rivolgono all'individuo si pongono molte domande, esprimono molte teorie, non riescono ad orientarsi su un'unica ipotesi o su pochissime. A partire da molti punti di vista, sviluppano con coerenza, molteplici conclusioni, tutte da valutare. Lo studio di queste scienze deve essere affrontata assimilando con pazienza, e confrontando, i contenuti espressi dalle molte discipline e dalle moltissime scuole di pensiero. Studio e confronto, niente altro, curiosità epistemica ed infinita energia, criticando "principi accettati ciecamente, conseguenze mal dedotte di principi, mancanza di coerenza tra le parti e di evidenza nell'insieme",⁵⁸ e ponendo a confronto fatti e loro interpretazioni, in una tessitura miracolosa quanto la mente umana.

Bibliografia

- 1) Laín Entralgo P, *Il Medico e il Malato*, tr. it. A. Savignano, Apèiron, Bologna 1999, p. 28.
- 2) Platone, *Liside*, 217A, in *Tutti gli scritti* (a cura di G. Reale), tr. it. M.T. Liminta, Rusconi, Milano 1991², p. 753.
- 3) Callieri B (a cura di), *Ciò che non so dire a parole. Fenomenologia dell'incontro*, Alfredo Guida Editore, Napoli 1998, p. 127.
- 4) Reale G, *Storia della filosofia antica. Dalle origini a Socrate*, Vol. I, Vita e Pensiero, Milano 1982, pp. 300-35.
- 5) Platone, *Alcibiade maggiore*, 128E- 129B, in *Tutti gli scritti*, op. cit., tr. it. M. L. Gatti, p. 621.
- 6) Reale, *Storia della filosofia antica. Dalle origini a Socrate*, op. cit., p. 379.
- 7) Platone, *Repubblica*, 476E-477B, in *Tutti gli scritti*, p. cit., tr. it. R. Radice, p. 1209.
- 8) Reale G, *Storia della filosofia antica. Platone e Aristotele*, Vol. II, Vita e Pensiero, Milano 1981, pp. 95-107.
- 9) Hume D, *Trattato sulla natura umana, Opere Filosofiche*, Vol 1, tr. it. A. Carlini, E. Lecalcano, E. Mistretta, Laterza, Roma-Bari



- 2008⁸, p. 6.
- 10) Hume, Trattato sulla natura umana, op. cit., pp. 496-497.
- 11) Ivi, pp. 9-10.
- 12) Mill JS, Sistema di logica deduttiva e induttiva, tr. it. M Trinchero, Utet, Torino 1996.
- 13) Dilthey W, Introduzione alle scienze dello spirito, tr. it. G.A. De Toni, La Nuova Italia, Firenze 1974.
- 14) Rossi P, Lo storicismo tedesco contemporaneo, Einaudi, Torino 1971, pp. 15-16.
- 15) Windelband W, Geschichte und Naturwissenschaft: Rede zum Antritt des Rectorats der Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg gehalten am 1. Mai 1894, Heitz, Strassburg 1990.
- 16) Cassirer E, Saggio sull'uomo. Introduzione a una filosofia della cultura umana, tr. it. C. D'Altavilla, Einaudi, Torino 2004.
- 17) Cassirer E, Filosofia delle forme simboliche, tr. it. di E. Arnaud, La Nuova Italia, Firenze 1961-66 (3 Voll.).
- 18) Piaget J, Le scienze dell'uomo, tr. it. T. Achilli, Laterza, Roma-Bari 1997, pp. 11-22.
- 19) Heidegger M, Essere e Tempo, tr. it. P. Chiodi, Longanesi 1976⁴, pp. 68-75.
- 20) Quine VOW, Dallo stimolo alla scienza: logica, matematica, linguistica, tr. it. G. Rigamonti, Il Saggiatore, Milano 2001.
- 21) Vassallo N (a cura di), Filosofia delle conoscenze, Codice, Torino 2006.
- 22) Snow CP, Le due culture, tr. it. A. Carugo, Marsilio, Venezia 2005.
- 23) Tomasello M, Le origini culturali della cognizione umana, tr. it. M. Riccucci, Il Mulino, Bologna 2005.
- 24) Boncinelli E, Giorello G, Lo scimmione intelligente. Dio, natura e libertà, Rizzoli, Milano 2009.
- 25) General Medical Council Education Committee. Tomorrow's doctors, London: GMC, 1993
- 26) Russo MT, Filosofia e medicina: il ruolo delle Medical Humanities, Acta Philosophica, 10 (2001), pp. 111-120.
- 27) Zannini L, Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura, Cortina, Milano 2008, pag. 152.
- 28) Ivi, pag. 11.
- 29) Dellasega C, Milone-Nuzzo P, Curci KM, Ballard JO, Kirch DG. The humanities interface of nursing and medicine, J Prof Nurs. 2007 May-Jun; 23 (3): 174-9.
- 30) Schwartz AW, Abramson JS, Wojnowich I, Accordino R, Ronan EJ, Rifkin MR. Evaluating impact of the humanities in medical education, Mt Sinai J Med. 2009 Aug; 76 (4): 372-80.
- 31) Schott H. Die Situation der "kleinen Fächer" am Beispiel der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2009 Aug 15: 1-5.
- 32) Barilan M, Sharon D. On bedside medical humanities, Harefuah. 2001 Dec; 140 (12): 1196-200, 1227-8.
- 33) Okasha S, Il primo libro di filosofia della scienza, tr. it. M. Di Francesco, Einaudi, Torino 2006, p. 83.
- 34) Baum M. Teaching the humanities to medical students, Clinical Med. 2002 May/June; Vol 2 No 3: 246-9.
- 35) Scutt Buchill C. Demystifying the Discipline of Medical Humanities at the Resident Level, Fam Med 2009; 41 (7): 473-5.
- 36) Gordon J. Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always, MJA 2005 Jan; Vol 182 No 1: 5-8.
- 37) Evans M, Arnott R, Bolton G, et al. The medical humanities as a field of enquiry. Statement from the Association for Medical Humanities, J Med Ethics 2001; 27: 104-105; Evans HM, Macnaughton J. Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study? Med Humanit 2004; 30:1-4.
- 38) Schneiderman L. Empathy and literary imagination, Ann Intern Med 2002; 137: 627-9.
- 39) Willcock S, Daly M, Tennant C, Allard B. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates, Med J Aust 2004; 181: 357-60.
- 40) Illich I, Nemesi medica. L'espropriazione della salute, tr. it. D. Barbone, Boringhieri Editore, Milano 2005.
- 41) Miles S, Abu Ghraib: its legacy for military medicine, Lancet 2004; 364: 725-9.
- 42) Gordon J. Assessing students' personal and professional development using portfolios and interviews. Med Educ 2003; 37: 335-340.
- 43) Charon R, Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA 2001; 286: 1897-1902.
- 44) Federspil G, Logica clinica, McGraw-Hill, Milano 2004; Giaretta P. La logica e il ragionamento clinico, Lettere dalla Facoltà, Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, 2005, 3: 2-7.
- 45) Groopman G, Come pensano i dottori, Arnoldo Mondadori, Milano 2008; Gawande A, Salvo complicazioni, Appunti di un chirurgo americano su una scienza imperfetta, tr. it. B. Tortorella, Fusi orari, Roma 2005.
- 46) Aime M, Il primo libro di antropologia, Einaudi, Torino 2008.
- 47) Gnolo A, Perché non possiamo più dirci Cartesiani, La Repubblica, 1 settembre 2009: 43.
- 48) Marino I, Nelle tue mani. Medicina, fede, etica e diritti, Einaudi, Torino 2009, pp. 22-23.
- 49) Ivi, p. 34.
- 50) Jonas H, Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica, tr. it. P. P. Portinaro, Einaudi, Torino 1990, p. 31.
- 51) Cosmacini G, La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base, Raffaello Cortina, Milano 2008, p. 103.
- 52) Russo MT, La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina, Vita e Pensiero, Milano 2006, p. 17.
- 53) Grmek M, Gourevitch, Le malattie nell'arte antica, tr. it. D. Gourevitch, M. Menghi, Giunti, Firenze 2000.
- 54) Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality and medicine. Review, Lancet 1999; 353: 664-7.
- 55) McLellan MF, Jones AH. Why literature and medicine? Review, Lancet 1996; 348: 109-11.
- 56) Gevaert J, Il problema dell'uomo. Introduzione all'antropologia filosofica, Elle Di Ci, Torino-Leumann 1973, p. 9.
- 57) Calman K, Downie R. Why arts courses for medical curricula? Lancet 1996; 347: 1499-500. Hume, Trattato sulla natura umana, op. cit. p. 5.
- 58) Hume, Trattato sulla natura umana, op. cit. p. 5.



Medicina, Religione e Politica nel pensiero di Monaldo Leopardi Rileggendo La Voce della Ragione

Clericalismo e impegno culturale della Voce della Ragione

Nel 1831, a pochi giorni dall'impiccagione di *Ciro Menotti*, nasce a Modena *La Voce della Verità*. Gazzetta dell'Italia Centrale, una pubblicazione clericale che raggiunge la tiratura di 2 mila copie, veramente ragguardevole per quei tempi. Nel 1832 Monaldo Leopardi fonda a Pesaro la rivista *La Voce della Ragione*, che risulta pienamente inserita nel clima politico della Restaurazione susseguente al fallimento dei moti carbonari del 1831. La rivista, accanita sostenitrice del binomio Trono-Altare e della politica conservatrice dello Stato pontificio, sceglie come "nemici" contro cui scagliarsi la filosofia illuminista, il liberalismo, la letteratura romantica ed alcuni aspetti del progresso sia tecnico che scientifico. Nello stesso tempo la pubblicazione si schiera a favore delle autonomie dei municipi e sostiene la politica delle "Piccole Patrie", all'interno delle quali l'aristocrazia locale deve poter svolgere senza vincoli un'ampia attività amministrativa e culturale. Questo atteggiamento non risulta gradito al governo centrale, messo anche in difficoltà sul piano diplomatico dai continui attacchi sferrati contro la Francia, per cui la rivista deve cessare le sue pubblicazioni nel 1835.

Nel primo numero del 31 maggio 1832 viene pubblicato un Manifesto di associazione che contiene le caratteristiche della rivista: a differenza di *La Voce della Verità* che aveva una periodicità trisettimanale, "si promettono due fascicoli al mese stampati in sesto di ottavo, ciascuno di quattro fogli all'incirca, o sia di 64 facciate. Sei fascicoli potranno formare in giusto volume di circa 400 pagine, e tutto il volume avrà una cartolazione successiva. Al fine di ogni volume si darà l'indice ragionato di quanto si conterrà nel medesimo. Siccome poi l'interesse non entra per niente nel presente progetto, il prezzo dei fascicoli sarà costantemente di quattro baiocchi al foglio, pagabili all'atto della consegna".

Per quanto riguarda le linee politiche della rivista, sempre nel "Manifesto" si dichiara di voler

seguire la strada tracciata dalla *Voce della Verità*, perché "quel foglio suggerito dalla più illuminata politica, sostenuto dal più generoso potere, e dettato dalla più sincera fedeltà, ha rotto i ceppi del pregiudizio e della pusillanimità che tenevano imprigionato il buon senso, ha tolto alla cabala antisociale la privativa della favella libera e ardimentosa, ha fatto riconoscere le proprie forze ai partigiani dell'ordine e della giustizia". La rivista cerca pertanto di contrapporsi a quanti vogliono "pervertire le menti" e "sconvolgere da capo a fondo la società", per combattere quindi contro gli errori del tempo in nome della verità "proponiamo la pubblicazione di un nuovo giornale diretto a confutare i sofismi e gli errori della empietà e dello spirito di rivolta, e a propagandare le dottrine della religione e della morale, dell'ordine sociale e della fedeltà... Gli estensori e compilatori del giornale saranno tutti quelli onesti ed ingegnosi che animati di zelo per la causa dell'altare, del trono e della umanità, vorranno degnarsi di concorrere a questa impresa".

Monaldo Leopardi fa appello a un vero e proprio spirito di crociata per chiamare a raccolta intorno alla rivista tutti coloro che si richiamano ai valori della monarchia assoluta e della legittimità del potere temporale della Chiesa e che sono pertanto disposti a "difendere la religione dei nostri padri, il trono dei nostri principi, le proprietà delle nostre famiglie, l'ordine e la pace sociale".

Con la rivista, una volta "inalberato il vessillo della giustizia e della verità, s'intende di aprire una crociata contro la irreligione e contro lo spirito di rivolta, e s'invitano tutti i buoni ad arruolarsi sotto queste onorate bandiere. Perciò tutti gli amici della causa comune e tutti gli alleati contro le potenze dell'inferno sono pregati di dirigerci il loro scritto e i loro consigli".

La posizione politica della rivista

Nel primo trentennio dell'Ottocento la rivoluzione industriale ha già ampiamente raggiunto risultati economici, tecnologici e sociali tali da cambiare profondamente la società nordeuropea; da parte loro il pensiero illuminista, la Rivoluzione francese e l'età napoleonica hanno provocato sconvolgimenti politici di

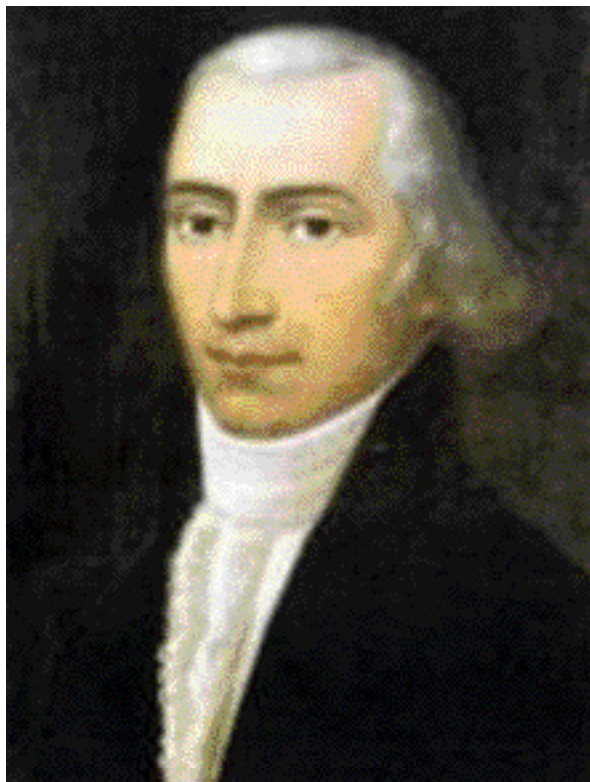


Fig. 1 - Monaldo Leopardi (Recanati, 16 agosto 1776 - 30 aprile 1847).



notevole rilevanza e hanno favorito il formarsi di una borghesia liberale che, dopo essere diventata detentrica del potere economico, si avvia ad assumere il potere politico. Nello stesso tempo il processo di industrializzazione e la concentrazione del lavoro dipendente nelle fabbriche hanno gettato le premesse per la nascita del movimento operaio che per ora assume le forme della protesta contro condizioni di lavoro e di vita profondamente disagiate e socialmente ingiuste.

All'interno dell'area liberale moderata si distingue il movimento filantropico che, ispirandosi a principi sostanzialmente cristiani, si propone di alleviare le sofferenze del proletariato fino ad eliminare la miseria sociale attraverso una serie di riforme. Questo movimento viene decisamente condannato dai clericali italiani, in quanto ritenuto pericoloso per la stabilità del sistema sociale e Monaldo Leopardi è uno dei principali teorici delle tesi reazionarie, dato che la filantropia è per lui la strada attraverso la quale potrebbe passare la rivoluzione. Egli assume questa posizione in coerenza con la sua convinzione che le disuguaglianze sociali sono insopprimibili, anzi sono addirittura necessarie, poiché esse si possono far risalire alla stessa volontà di Dio, che ha voluto stabilire all'interno dell'umanità un preciso e differente rapporto tra il ricco e il povero. di conseguenza La Voce della Ragione diventa uno degli organi di stampa che conducono in Italia un'accanita battaglia contro il liberalismo e contro quelle pubblicazioni di matrice liberale che escono soprattutto a Torino, Milano e Firenze.

Monaldo, anche se deve essere qualificato come un esponente politico di stampo reazionario, non può essere assolutamente considerato un uomo privo di cultura e un intellettuale ottusamente chiuso a quelle novità che si stanno presentando in tutto il contesto europeo. La prova di questa valutazione può essere trovata nel famoso saggio *Le strade di ferro e le carrozze a vapore* (La Voce della Ragione, 31 marzo 1835, pp. 336-368), dove egli si dimostra intransigente per quanto riguarda la religione e le verità della fede, ma si mostra disposto ad accettare le innovazioni introdotte dalla scienza e dalla tecnica, quando queste sono a vantaggio dell'umanità: "Noi siamo certamente oscurantisti, seguiti, stazionari, e tutto quello che si vuole quando si tratta di dogmi, di morale, e ancora di fedeltà agli antichi principi politici sopra i quali ha riposato per tanti secoli l'ordine sociale; ma tuttavia non ricusiamo di progredire un poco col secolo quando si tratta di lumi e scoperte attinenti alla fisica, e influenti giovevolmente sulle condizioni degli uomini. Perciò non intendiamo che lo Stato del Papa debba respingere alla cieca ogni sentore di utile novità, ed anzi desideriamo che anche questo Stato cammini dignitosamente verso i miglioramenti sociali, e che li sudditi pontifici prendano la loro parte anch'essi agli augurati rallegramenti del mondo".

Monaldo Leopardi ritiene che il processo di industrializzazione debba essere avviato con prudenza e soprattutto in quelle zone dove esiste una sovrabbondanza di mano d'opera, perché "altrimenti le braccia umane si trovano oziose

ancora di più, quelli che le portano avranno ancora più fame e il complesso della nazione sarà maggiormente afflitto e scontento". Egli sostiene che, sul piano delle innovazioni, si debba "procedere sempre parcamente e misuratamente nella introduzione delle novità, donando poco all'azzardo, tenendo sempre aperta una ritirata, e conseguendo sempre che si passi da un ordine di cose all'altro senza scuotimento sociale. La composizione di uno Stato è un meccanismo di vetro che a scuoterlo troppo violentemente si guasta: e chiunque vuole fare le scale correndo rischia sempre di rompersi il collo".

Queste posizioni moderate vengono meno quando Monaldo si occupa del movimento liberale, perché in questo caso il suo spirito polemico diventa più acceso e violento, in particolare quando egli si scaglia contro le libertà di opinione, di coscienza e di culto. È per lui intollerabile che nella nostra società si possa riconoscere la libertà di essere indifferentemente ebrei, mussulmani, eretici o idolatri, anzi afferma che l'intolleranza e la condanna dell'errore siano necessarie per tutelare la Verità, in quanto pensa che sia impossibile una pacifica convivenza tra cristiani e pagani. Altrettanto intransigente egli si mostra nei confronti della libertà di stampa, poiché è convinto che essa possa ridurre la società un "lupanare" ricolmo di opere scandalose; inoltre ritiene che sia una libertà del tutto inutile, poiché "la generalità degli uomini non ha opere da pubblicare, gli autori di giudizio hanno sempre trovato il modo di stampare i loro scritti".

Monaldo giudica che le libertà nel loro complesso "sono buone soltanto per i pazzi, per gli empi, e al più al più per i porci" (*La bottega della libertà*, La Voce della Ragione, Tomo quinto, 1833, pp. 232-240). Le uniche libertà per lui valide sono quelle di pagare meno tasse, di girare il mondo senza passaporti, di vivere senza il controllo della polizia e di evitare ai figli la leva obbligatoria. Si tratta di una evidente posizione polemica contro lo Stato accentratore di tipo napoleonico (un modello in parte adottato persino dallo Stato pontificio), una posizione che porta Monaldo ad esaltare le libertà municipali destinate a rendere le città delle "associazioni di uomini", tenendo anche presente che le autonomie comunale devono essere considerate il migliore antidoto per impedire al popolo di scagliarsi contro i sovrani. Si avverte in queste affermazioni una concezione anti metropolitana, in quanto le provincie e i comuni non devono essere considerati dei "villaggi e fattorie delle grandi città", ma dei presidi capaci di evitare che un gruppo di rivoltosi, una volta conquistata la capitale di uno Stato, possa esercitare il controllo su tutto il paese.

Ne *La Voce della Ragione* del 31 agosto 1835 (pp. 192-211), compare un articolo intitolato *Il Progresso*, in cui l'anonimo autore scaglia un duro e violento attacco contro ogni forma di novità e contro i "progressisti", cioè coloro che devono essere considerati dei depravati, degli idioti o dei malviventi, visto che non ritengono le strade ferrate, l'uso del vapore, le fabbriche, la libertà di stampa e la diffusione indiscriminata dell'istruzione delle autentiche diavolerie. In questo atto di



accusa vi sono anche delle osservazioni abbastanza acute e di una certa attualità, quando, per esempio, il Progresso viene indicato come una divinità onnipotente e la produzione dei beni diventa una ossessiva mania: "Avanti, avanti, grida a tutta gola il progresso, bisogna produrre, fabbricare, perfezionare e non darsi pace...Ma a cosa servono questi fittizi capitali che creano tanti milioni di proletari, e questi immensi prodotti che non creano consumatori, e questa miseria che debbe crescere in proporzione geometrica, e produrre tanti convulsioni e miserie? Tanto meglio, o tanto peggio per loro, il Progresso vuole che si produca, che si cambi, che si perfezioni, non pensa ad altro: il prodotto produce ancora, il cambio ne produce altri, la cosa perfezionata assume natura diversa; molti vi si rovinano".

Queste annotazioni intelligenti finiscono tuttavia per perdersi all'interno di pagine inquinate dal fanatismo, per cui la parola "progresso" è sinonimo di "turbamento di ogni ordine sacro, morale e civile", di "empietà e ribellione", di "abuso di qualunque stampa", di "impunità ai delitti", di "progetti i più temerari", di "inezie delle quali i nostri vecchi avrebbero riso", di "infedeltà nei talami", di "insubordinazione nei figli", di "educazione libertina e irrequieta". Si arriva perfino ad affermare che gli uomini erano più felici quando usavano la pietra focaia invece dei fiammiferi: "Noi detestiamo di cuore il progresso in quanto tende a fare di tutti gli uomini un branco di dottorelli impertinenti senza dottrina, e lo detestiamo ancora in quanto che volgendo gl'intelletti umani al mondo fisico e materiale li distoglie dal mondo intellettuale e morale".

Dallo scritto si desume un atteggiamento di paura di fronte al progresso, quasi trattasse di un fenomeno che potrebbe cambiare in peggio un mondo ritenuto finora perfetto. Si avverte l'incapacità di cogliere non solo gli aspetti negativi del progresso, ma anche le potenzialità positive che esso presenta per creare un mondo più giusto e umano. A questo punto tuttavia l'autore (che

per la sua capacità di autoironia potrebbe essere lo stesso Monaldo) si accorge di essersi spinto forse troppo avanti sul piano della critica negativa ed ammette che "allorché dal guazzabuglio progressivo esce fuori qualche reale utilità noi l'accettiamo volentieri come si accetta la luce dei lampi in mezzo alla tempesta, e soprattutto accettiamo volentieri le ampollette e i solfanelli fosforici".

Medicina e Religione

La Voce della Ragione, fin dai primi numeri, concentra il proprio interesse sulla medicina vista non tanto come una scienza, ma presa in considerazione sotto il profilo ideologico. In un articolo anonimo intitolato I progressi delle scienze nel secolo dei lumi. La medicina (n.31, 15 agosto 1833, pp.26-30), ma che è possibile attribuire allo stesso Monaldo Leopardi, viene condotta un'accesa polemica contro la cultura illuminista e, in particolare, si prende in esame l'attuale scienza medica considerata molto diversa da quella che si sforzava di "custodire la vita e la salute degli uomini...e poteva considerarsi come una specie di sacerdozio, e come la più utile e la più rispettabile di tutte le scienze, tolto quelle che trattano direttamente della divinità".

Le "micidiali" dottrine illuministiche, che contestano l'immortalità dell'anima e l'esistenza di Dio, abbassano l'uomo ad un livello animale, conferendo ad esso lo stesso valore di una qualsiasi bestia: "I lumi del secolo hanno scoperto la inesistenza, ovvero la non curanza di Dio, e la materialità ovvero la mortalità

dell'anima umana; l'uomo staccato dalla divinità del suo principio e dalla eternità del suo fine, è rimasto un essere isolato e penzoloni nella ragione passeggera del tempo, e la vita dell'uomo bestia è diventata la più inutile e la più dispregevole di tutte le vite". In questo modo diminuisce l'istintivo valore per la vita, aumentano i suicidi, gli omicidi, i duelli e la stessa medicina diventa un'arte "aperta all'ignoranza, professata



Fig. 2 - Recanati, Casa Leopardi.



dalla temerità" e destinata a subire una inevitabile decadenza: "Degradata la natura umana e così tolta alla medicina la nobiltà del suo soggetto; resa inutile la vita dell'uomo e così soprattutto alla medicina l'importanza del suo studio; abolito il dogma religioso e così levata alla medicina la santità del suo scopo; resta un'arte puramente meccanica come quella di accordare un organo...di accomodare un orologio...ovvero come quella di condire un salame che fra poco si deve guastare; o al più come quella di allontanare di qualche ora la morte di un sorcio o di una nottola che fra poco devono crepare".

La stessa funzione del medico, secondo l'autore, è equiparata a quella di uno "spedizionario di vescicanti, di pillole e di cristeri", per cui si finisce con il perdere la fiducia del malato che vede crescere i timori per la propria vita. Quando viene a mancare il supporto della fede, soltanto gli incapaci finiscono per dedicarsi all'arte medica: "Tutti gli sfaccendati e tutti gli scempiatelli si crederanno capaci di esercitare la medicina senza bisogno di consumare il cervello, il tempo e il denaro nello studio e nella pratica dell'arte, e con ciò il mondo si empirà, se non si è già riempito, d'ignoranti e temerari medicastronzoli, i quali crederanno che il mestiere del medico sia come quello del falegname, e tratteranno la salute e la vita degli uomini come si trattano dagli artieri i ferri, le tavole e i materiali della loro bottega".

Nel numero precedente della rivista, pubblicato nel maggio-luglio 1833, era stato pubblicato un articolo intitolato Dei rapporti della medicina con la religione, tratto dalla rivista parigina *Annales de Philosophie Chretienne*. In esso si affronta il problema dei rapporti tra arte medica e fede religiosa e si sostiene che la medicina è "una scienza ch'è in qualche modo la riunione e l'applicazione di tutte le altre", ma che ora sta attraversando una crisi molto grave, perché i nuovi medici, a differenza dei grandi medici dell'antichità famosi per la loro pietà religiosa, sono formati a un'arte che "è quasi sempre una scuola d'incredulità". Molti professionisti, seguendo questa moda, fanno pubblica professione di materialismo e non credono all'immortalità dell'anima, per cui l'uomo è da essi valutato non come "il santuario di un'anima immortale", ma come una "semplice macchina".

L'estensore dell'articolo insinua nel lettore la convinzione che un medico non credente potrebbe essere capace di compiere qualsiasi azione malvagia o disonesta: "Colui che è capace di burlarsi di un cadavere, sta per burlarsi ancora della miseria dei suoi simili. E come pretendere che il medico sia sensibile ai nostri mali, che rispetti le nostre debolezze, che senta l'importanza dei suoi doveri; come pretendere che egli tema di azzardare operazioni pericolose, e che abbia cura dei suoi malati, con quella delicatezza di coscienza che riconosce la responsabilità terribile di cui è caricato, s'egli riguarda l'uomo come un bruto sopra del quale può fare le sue esperienze, come si prova su di un animale l'effetto di un veleno?".

Filosofi e medici mettono tutto il loro impegno per dimostrare che l'uomo è solo un animale e che tutte le sue azioni

dipendono dagli istinti più bassi, perché "fanno essi dipendere i concepimenti più sublimi del genio, i sacrifici più eroici dell'umanità, o la più vile insensibilità dell'egoismo dallo stato dello stomaco o del basso ventre". Al contrario, scienziati e medici dovrebbero mettere il loro sapere al servizio di Dio e dell'umanità, vigilando sulla natura e la qualità dei loro studi per evitare il "contagio" di idee corruttrici: "Se il medico studiando le nostre infermità, si applicasse a mostrare che Dio è il medico supremo, che solo da lui dipendono la vita e la morte, che la sua provvidenza permette senza dubbio che l'uomo possa trovare i rimedi nella natura e nei soccorsi dell'arte, ma che nonostante egli è l'arbitro supremo dei nostri destini; se la religione finalmente li dirigesse sempre, tanto nelle dotte loro ricerche, quanto nelle lezioni che danno, si vedrebbero allora forse i disordini che abbiamo decritti? E la medicina, invece di essere quasi una scienza di corruzione e di ateismo, sarebbe al contrario una scuola di umanità e di sottomissione alle leggi divine, un mezzo potente per conoscere ed apprezzare la sapienza, la grandezza e la bontà di Dio".

Qualcuno potrebbe sostenere che non ha alcuna rilevanza se un medico sia ateo o credente, ma che sia di fondamentale importanza la qualità delle sue conoscenze scientifiche, poiché egli non ha il compito di convertire gli uomini, ma di guarire il loro corpo. Di fronte a questa osservazione, l'autore risponde che "la professione del medico è una specie di sacerdozio, nel di cui esercizio non è meno essenziale di avere il cuore, gli sguardi e le mani pure, di essere umano, sensibile e discreto", una professione che pone coloro che la praticano alla pari con chi esercita il ministero ecclesiastico. Soltanto il medico animato da una profonda fede religiosa sarà pertanto in grado di "rispettare sempre la decenza", di non abusare "della confidenza che gli si accorda", di saper custodire i segreti e di essere libero da ogni "avidità mercantile"; soltanto "s'egli è religioso, sarà buono, casto, disinteressato e la società approfitterà delle sue virtù e dei suoi talenti".

I principi da seguire nella scelta del medico

Un non meglio identificato "professore italiano", autore di un articolo intitolato Sulla scelta del medico (*La Voce della Ragione*, Tomo Quinto, maggio-luglio 1833, pp.271-187), riprende l'argomento sull'importanza dell'appartenenza religiosa nella scelta del proprio medico, che va per prima cosa individuato sulla base della fede religiosa professata, perché chi è ateo non solo è poco idoneo ad esercitare la professione medica, ma rappresenta un pericolo per l'umanità: "Avendosi l'occhio nella scelta del medico, più alla di lui religione che ad altre sue doti, siamo più certi di dar nel segno e di non ingannarci, poiché un medico mancante di religione si ha tutto il fondamento di doverlo riguardare non solo come ordinariamente il meno atto a riparare alla sconcertata salute, ma come un soggetto, a preferenza di ogni altro artista, estremamente pericoloso e spesso funesto all'umana società".



In un'epoca come la nostra, caratterizzata dal fenomeno della secolarizzazione e segnata dalle innovazioni teologiche introdotte dal Concilio Vaticano II, può apparire addirittura aberrante applicare questo tipo di logica da parte di chi si proclama un fedele seguace dell'ortodossia cattolica, una logica secondo la quale, nella scelta del proprio medico, è necessario anteporre alle capacità professionali la sua adesione a una fede religiosa, sostenendo che i medici più validi sono quelli che uniscono alla perizia nell'arte medica la pratica di una religione che dovrebbe preferibilmente essere quella cristiana. Non ci si deve tuttavia scandalizzare troppo, se si pensa che ancora oggi associazioni cattoliche di tipo integralista tendono a privilegiare nella scelta del medico una aperta e totale adesione alla concezione dell'ortodossia cattolica per quanto riguarda l'aborto, la contraccezione, lo studio dell'embriologia, il testamento biologico.

Secondo l'autore dell'articolo, che segue una ferrea logica di stampo clericale, si deve ritenere la medicina un'arte basata sul "raziocinio induttivo", per cui ogni buon medico deve essere anche un buon filosofo, come hanno sostenuto Ippocrate e Galeno. E' impossibile per dei filosofi, che facciano un uso corretto della ragione, non arrivare alla conoscenza di Dio e non accettare i fondamenti della "Religione rivelata", come sono riusciti a fare pensatori pagani come Socrate, Platone, Aristotele, Zenone, Seneca, Cicerone che hanno ammesso l'esistenza di un "Dio unico, eterno, indipendente". Molto meglio di loro possono fare quei medici che sono in grado di riconoscere nel corpo umano l'opera del Creatore. Sulla base di questo ragionamento si afferma a sostenere che un medico credente è sempre valido, mentre un medico miscredente può risultare pericoloso per gli stessi malati, dato che gli mancano i "fondamenti di quella sana morale, senza cui il medico clinico diventa il morbo più formidabile per l'umana progenie".

Si cerca in questo modo di insinuare nella mente del lettore l'idea che un medico ateo non possiede i requisiti necessari per esercitare con serietà la sua professione, tenendo conto che non esiste alcun tribunale che possa punire un medico per il suo operato, poiché egli arbitro assoluto della vita e della morte dei suoi malati. Sulla base di queste considerazioni si sostiene che "l'ottimo medico, il quale per essere tale deve esser vero filosofo e contemplatore ragionato, non potrà non esser pio, e che per conseguenza io medico empio e irreligioso porgendo nella sua miscredenza un evidente argomento della falsa o imperfetta sua filosofia, lungi dal potersi giammai fregiar del titolo di ottimo, sebbene ricco fosse e ancor di talento e di fisiche cognizioni, dovrà invece essere posto invece nel rango dei clinici meschini, pericolosi, e non guarì dissimili all'aspettativa, se non sempre nelle operazioni, dalla vil turba dei cerretani... Se i cerretani fanno talvolta delle buone cure, lo fanno per azzardo e per caso; così può dirsi in certo modo che le facciano i medici miscredenti, non solo perché nella loro miscredenza ci porgono un argomento della loro imperfetta o stravolta maniera di ragionare, ma perché accingendosi essi

alla cura dei mali dietro fini puramente umani, è sempre un caso che sussiste il fomite a detti fini; ond'è che potrà dirsi che faranno cure per accidente".

L'autore in questione s'impegna a sottolineare che un medico si assume gravi responsabilità che pesano sulla sua coscienza, perché egli ha libertà d'ingresso nelle case, ha la possibilità di visitare ed esplorare il corpo umano, di prescrivere medicine, di entrare a conoscenza di segreti che si tengono nascosti persino all'amico più fidato. Come potrà un medico miscredente sopportare queste responsabilità e come potrà evitare di macchiarsi di gravi colpe, se non saprà frenare le proprie passioni?

Viene allora tracciato un profilo del medico miscredente che lo rende abbastanza simile a un criminale:

- 1) egli non saprà applicarsi nello studio;
- 2) sarà negligente nell'assistere i malati;
- 3) disprezzerà la sapienza dei colleghi;
- 4) sarà incapace di mantenere il segreto professionale anche nella divulgazione delle malattie più scandalose;
- 5) sarà segnato da una sfrenata sensualità, per cui "divorato dal fuoco di una sozza libidine" non avrà ritegno nello sfogare le sue voglie su qualche innocente affidato alle sue cure;
- 6) sarà assillato dalla smania di diventare celebre, per cui sperimenterà nuovi metodi di cura e nuovi farmaci sui poveri ammalati senza nessun rispetto per la vita umana;
- 7) sarà talmente preso dall'avidità per il denaro che per "saziare la sua avarizia, fermerassi a soddisfare presso quei facoltosi le ingorde sue brame col protrarre i loro mali, col renderli di lievi perigliosi e col farli perfino destramente e con occulta malizia diventar mortali onde ritrarre dagli eredi impazziti il pattuito guiderdone".

Per non essere "uno dei mostri più perniciosi" per l'umanità, il medico deve essere religioso, ma non è sufficiente una superficiale adesione alla fede, perché un medico "che sia vero seguace della cattolica religione esser dovendo per massima, e per principi ripieno dell'amore più puro e sincero verso i suoi fratelli, sarà perciò quel solo che a preferenza d'oggi altri potrà riguardarsi come il migliore e potrà meritare l'intera nostra fiducia". Per essere un buon medico non è nemmeno sufficiente aderire ad una religione qualsiasi, ma soltanto alla religione cattolica, perché è l'unica fondata sulla carità e l'unica che permette di accordare a un medico la propria fiducia: "Era religioso anche Ippocrate, pure l'ammettere che ei faceva come lecita la sollecitazione dell'aborto; il ricusare di prestarsi alla cura dei nemici suoi e della sua patria, e il vantarsi di questa ricusa; il non voler accingersi alla cura degli infermi senza prima avere con essi pattuito della mercede delle sue visite; il non sentire orrore d'abbandonare inumanamente al solo prognostico tutti quegli infermi che non sperava che potessero guarire, e il fare anzi di questo abbandono un precetto ai suoi scolari erano tratti, che sebbene permessi dalla sua religione, non erano certamente coerenti al vero e perfetto bene degli umani individui".

Il medico cattolico, oltre a dare alla vita umana il giusto valore, deve praticare le seguenti virtù:

Deve possedere schiettezza nel mostrare in modo aperto e leale le sue capacità professionali, senza ricorrere ad artifici, cavilli e chiacchiere, evitare l'uso di espressioni difficili da comprendere, ma manifestare il proprio valore attraverso la semplicità dei modi, del vestire, dell'acconciatura dei capelli, rifuggendo dalle vesti eccessivamente eleganti e profumate: "Il procedere con un'imponente foggia di vesti e di crine, il presentarsi all'ammalato con passo greve e lento, con volto tra malinconico e severo, l'affettar con lui un parlar sostenuto e laconico misto d'espressioni ricercate e di termini barbari e tolti da lingue straniere; ovviamente il proceder di quei seguaci d'un eccesso opposto, affettando una smodata sollecitudine e scrupolosità nel tener dietro alla volubile moda; che spandono per ogni intorno una non a tutti grata atmosfera d'odorosi profumi; che ostentano una soverchia sensibilità; che fan pompa d'un tratto languido e cascante simile a quello dei più effeminati damerini, lungi dall'ingenerare nell'infermo una fiducia amichevole, non può non destare in lui degli effetti onninamente opposti". La fiducia dei malati si guadagna anche con la pazienza nel sopportare la loro irritabilità e con la naturale modestia del medico che deve assolutamente rinnegare "il costume di quei medicanti che amano porre in mostra e di far pomposamente risaltare la propria abilità con una millanteria delle già eseguite cure mirabili, insieme con una franca magistral censura o affettata e maliziosa compassione delle irregolarità o del tristo esito delle altrui mediche operazioni".

E' necessario che il medico sappia mostrare compassione per il dolore altrui, senza irritabilità o indifferenza per le grida e i lamenti degli ammalati; nello stesso tempo provare pietà non vuol dire abbandonarsi al timore, allo smarrimento, alla perplessità di fronte ai casi più gravi e difficili, oppure dinanzi a un improvviso pericolo, perché accanto alla carità cristiana bisogna saper mostrare un "operoso coraggio".

Tra le virtù del medico deve esserci anche la sofferenza, che consiste nella capacità di sopportare "le difficoltà e gli incomodi" della professione medica: i cattivi odori e la sporcizia

dei malati di bassa condizione sociale; i maltrattamenti da parte di ammalati resi scorbutici dalla malattia stessa; la diffidenza dei malati e dei loro familiari, quando una cura non raggiunge gli effetti sperati; le facili critiche di quanti si ritengono autorizzati a interferire nell'arte medica. A questo bisogna aggiungere la stanchezza, l'interruzione del sonno e dei pasti, il caldo durante l'estate e il freddo nel corso dell'inverno, la pioggia e il vento, il dover percorrere strade difficili e sconnesse.

Il medico cattolico deve infine saper mostrare sempre il proprio disinteresse, antepoendo il bene del malato alla "gloria mondana e al denaro". Per questo egli ha l'obbligo di essere sempre a disposizione per intervenire anche quando le malattie contagiose possono mettere a rischio la sua vita stessa. È evidente che tra un medico disinteressato e un medico attaccato ai propri interessi passa la stessa differenza che esiste tra una madre e una nutrice: la prima opera sotto la spinta dell'amore; la seconda compie lo stretto necessario per ricevere il suo compenso.

Secondo l'anonimo autore sono queste le doti umane necessarie per esercitare l'arte medica, doti che possono essere esaltate solo dalla carità cristiana: "Il miglior clinico sarà certamente quello che alla necessaria perizia unirà la perfetta sequela della cattolica Religione la quale nella carità è fondata; e che all'opposto un medico libertino e irreligioso dovrà riguardarsi come l'individuo il più incommo, il più pericoloso e spesso anche il più funesto per la languente umanità".

Medicina e Politica

Uno degli aspetti più originali de La Voce della Ragione è l'impiego di un linguaggio medico per trattare argomenti di carattere politico, pubblicando dei veri e propri pamphlet

di natura antiliberale. Nell'articolo citato in precedenza e intitolato Il progresso (1833) viene tracciato un parallelo tra il progresso e la malattia del colera, in quanto ambedue questi fenomeni sono considerati "due flagelli dell'epoca nostra" e s'innalza una protesta perché non sono state approntate delle specifiche difese contro il progresso che "non è un semplice nome, ma quella febbre inquieta, quella sete ardente, quel



Fig. 3 - Recanati, biblioteca casa Leopardi.

continuo trasporto che tormenta tutta l'intera società, che non gli lascia tregua, riposo, felicità. Qual rimedio a questo male? Non lo so. I medici non vanno d'accordo e perciò sempre più tormenterà i poveri pazienti. alcuni dicono che questo è lo stato normale, altri lo chiamano stato morbos, altri lo dicono endemico, altri epidemico, altri contagioso. In questa indecisione, il colera, ho sbagliato, il progresso segue il suo corso".

Nell'anno precedente era stata pubblicata sulla rivista un'ode intitolata *Sul cholera morbus* con in calce la sigla A. C. T. (La Voce della Ragione, tomo quinto, maggio-agosto 1832, p. 403). In essa il liberalismo è paragonato al morbo del colera, perché sta provocando terribili sciagure in tutta l'Europa. Sul nostro continente si prospetta lo stesso terribile destino subito da Gerusalemme che è stata distrutta dai Romani a causa dei suoi innumerevoli peccati. I popoli della Polonia, della Germania e dell'Austria sono agitati dal demone dell'indipendenza e gli stessi troni sono in pericolo, facendo tremare di paura i vari sovrani. Il "morbo liberale" ha fatto smarrire la pace sociale ai Belgi, agli Italiani e ai Polacchi, tanto che la Giustizia divina minaccia di far precipitare sul nostro continente terribili flagelli: "Lungo ululato, orrido suon di morte/ Il Ciel d'Europa assorda:/ Ah! ci sovrasta lacrimevole sorte!/ Furia di prede ingorda/ Con venenato soffio ovunque passa/ Seminato di stragi il campo lassa.../ I regni il Nume in suo furor percuote".

Sempre nel 1832 compare sulle pagine della rivista un articolo senza firma, che può anch'esso essere attribuito a Monaldo Leopardi per la scioltezza dello stile, l'arguzia e la pregnante ironia che lo caratterizzano, doti queste che lo distaccano nettamente dagli altri scritti dedicati al rapporto tra medicina e religione. Questa Dissertazione medico-filosofica sul liberalismo (La Voce della Ragione, tomo primo, maggio-agosto 1832, pp. 107-111) contiene un'analisi del liberalismo che viene definito "una vera e reale malattia capace di condurre gli uomini "alla pazzia e al furore".

Si tratta in sostanza di una "pazzia endemica" che presenta i "caratteri della idrofobia" e che si può pertanto facilmente trasmettere, anche se finora sono state ritenute contagiose soltanto le malattie "accompagnate da sintomi febbrili". Nel caso del liberalismo i sintomi cominciano a manifestarsi in alcuni soggetti con una innaturale allegria, per cui gli ammalati ridono e godono di cose che di solito suscitano orrore negli uomini normali; in altre situazioni la malattia si manifesta invece sotto forma di uno spavento e di un avvilito totale. Con l'aggravarsi del male subentra l'idrofobia e, al pari di un cane che fugge lontano dalle persone amate e dall'acqua, il liberale si allontana dagli amici e mostra ripugnanza per tutto ciò che è razionale, azzannando furiosamente amici e nemici, compresi gli stessi liberali. Per fortuna questa "rabbia liberale" produce un contro veleno che rende immuni i sani e fa rinsavire gli infetti, ma per mettere a punto una terapia efficace è necessario individuare le cause che sono all'origine del male e che possono essere le seguenti deviazioni: empietà,

irreligione, ambizione, smania di indipendenza, amore per il libertinaggio, sciocchezza, interesse per i beni materiali, fanatismo e timore. E' quindi necessario applicare a ciascuna di questi sintomi una specifica ricetta capace di curare in modo radicale la malattia del liberalismo:

1) A un liberale afflitto da "empietà" è necessario applicare "l'unico specifico" che è capace di eliminare in pochi minuti la malattia ormai giunta all'ultimo stadio e che consiste in "una forza ex altioribus".

2) Contro un liberale per "ambizione" si consiglia di usare la berlina, poiché il "pubblico disprezzo in dose copiosa" e la "degradazione d'ogni pubblico impiego e la privazione d'ogni confidenza de' suoi concittadini" dovrebbero rappresentare una cura molto efficace.

3) A un liberale per "interesse" vanno applicati "fortissimi emetici e purganti di ogni genere" da somministrare fino a quando il malato non si sarà liberato lo stomaco e gli intestini.

4) Nei confronti di un liberale per "libertinaggio" si rende opportuno l'uso del bastone e la reclusione per alcuni mesi in una camera che contenga soltanto un letto fatto di dura paglia con la somministrazione di una dieta rigorosissima.

5) Contro un liberale per "fanatismo" si deve procedere allo stesso modo con il quale sono curati tutti i malati di mente, cioè l'uso del nerbo che, come "sempre conviene in tutte simili cure, deve essere più frequente, essendovi in questa pazzia una dose assai maggiore di malizia e di perfidia". Se questa cura dovesse fallire, sarebbe allora opportuno, per evitare il contagio, costruire degli ospedali in Siberia o in qualche isola sperduta.

6) Ai liberali per "sciocchezza" vanno applicare cure molto leggere, perché essi "sono come le pecore che vanno dove vanno le altre"; bisogna tuttavia controllarli, affinché non possano infettare altri sciocchi.

7) Per i liberali "di timore e di viltà" la cura è ancora più semplice, perché il loro liberalismo è molto più apparente che reale. E' sufficiente farli assistere all'applicazione su gli altri liberali della prima ricetta (la forza) per persuaderli ad abbandonare la loro fede politica.

Monaldo conclude dicendo che non tutti i medici sono concordi su questo tipo di cure, ma che tutti sono d'accordo nel riconoscere che "i rimedi blandi e dolcificanti lungi di giovare alla malattia, la inaspriscono terribilmente". Contro coloro che vogliono sovvertire una società praticamente perfetta, l'autore propone come rimedi più efficaci la forza, la berlina e la repressione violenta.

E' con ogni probabilità ancora Monaldo a scrivere un altro articolo molto arguto e sarcastico intitolato *Una visita all'ospedale di Aversa* (La Voce della Ragione, tomo secondo, agosto-novembre 1832, pp. 245-250), dove s'immagina che un viaggiatore, di ritorno da Napoli, sia preso dalla curiosità di visitare il "Celebre ospedale de' Matti" di Aversa, in compagnia di altri viaggiatori che mostrano delle tendenze liberali.

Il primo malato, che i visitatori incontrano, è rinchiuso



dentro una camicia di forza e grida a pieni polmoni "evviva la libertà", avendo perduto la ragione ma avendo conservato le sue smanie liberali; il secondo paziente è un povero mendicante che ripete con ostinazione "eguaglianza, eguaglianza", nonostante si sia ridotto in miseria per finanziare "con filantropica filosofia i fratelli della Propaganda"; il terzo pazzo è un "nobile spiantato" che sogna ad occhi aperti l'avvento della sovranità popolare per dare sfogo alle sue ambizioni, per porre un rimedio alle sue miserie, per poter diventare un dittatore o un imperatore.

Gli ospiti incontrano poi alcuni ricoverati che borbottano continuamente "costituzione, costituzione" e sono impegnati a scrivere codici civili e penali, piani finanziari, trattati diplomatici e opuscoli di economia politica. Un altro gruppo di persone pallide e maleodoranti è formato da "giovani scapestrati e immorali venuti da diverse parti, usciti dai collegi e dalle università, fuggitivi dalle proprie case per liberarsi dalla subordinazione paterna", che tengono dei discorsi con i quali "riformavano la teologia, correggevano il Credo, postillavano l'Evangelo, e tutti insieme stendevano un decreto col quale erano cacciati in esilio i Santi Padri, la Tradizione, i Concilij, le Bolle pontificie, le Interpretazioni della Sacra Scrittura, insomma tutto il Magistero infallibile della Chiesa". Nel frattempo, intorno a questi giovani si è "raccolta una moltitudine, cantava la Marsigliese e la Carmagnola coll'intercalare di tante bestemmie conto Dio, la Madonna e i Santi, e tante orrende, che all'intorno non se ne potrebbero sentire di simile conio: e quindi il ritornello morte ai Preti, ai Frati, ai Cardinali, al Papa; abbasso la Religione, Cristo e il Paradiso".

Una volta guadagnata l'uscita dal manicomio, il Visitatore avverte il bisogno di riaffermare la fedeltà alle proprie idee in fatto di religione: "Io sono vecchio e sono fatto all'antica; finché perciò mi rimarrà un poco di ragione in testa, e un poco di religione nel cuore, se Dio mi aiuta, non abbraccerò mai le massime della moderna filosofia, e se venisse il liberalismo dove io mi trovo, fuggirei sempre, come fugge il diavolo dalla Croce". Si sente poi in dovere di elencare i fondamentali principi del suo credo politico:

1) L'unica libertà ammessa è la "libertà di arbitrio aiutata dai lumi della grazia nella scelta del bene e del male", cioè una libertà "sottomessa alle leggi di natura, di Dio, della Chiesa", mentre quella proclamata dai liberali è la libertà delle fiere che si sbranano fra loro.

2) L'unica uguaglianza esistente è quella di fronte alla morte e non quella "in faccia alla legge" che i liberali pretendono di attuare, mentre in realtà essi cercano impieghi e pensioni; pretendono di essere trattati come eroi, ma al contrario meriterebbero soltanto la forca.

3) Per quanto riguarda la sovranità popolare, essa è una pura follia, perché si tratta di una contraddizione in termini, in quanto il popolo non può essere suddito e sovrano nello stesso tempo.

4) Ogni governo ha le proprie leggi, mentre i liberali chiedono che sia adottata la Costituzione che è sinonimo di anarchia e di ateismo, perché da un lato in essa si inneggia alla libertà di culto, ma dall'altro ci si scaglia contro il clero e la religione, senza considerare che "la società non può sussistere senza leggi e senza religione" e che la religione è "la base fondamentale di ogni governo". I liberali sono pertanto dei "mentitori", perché con le loro costituzioni non possono garantire nessuna forma di religione. "Tutto questo – si chiede l'autore – come combina con le vostre costituzioni? Coll'atterramento delle croci, colla fucilazione de' Crocifissi, cogli'insulti sacrileghi alle sacre Particole?".

Monaldo Leopardi si chiede infine da quali maestri i liberali hanno appreso la loro scienza che ha l'ambizione di cambiare il mondo e di illuminarlo con la loro luce: "I vostri maestri vi cacciano dalla scuola per mancanza d'ingegno o di volontà nello studio o di subordinazione o per scostumatezza. avrete studiato in appresso. il vostro studio però si è ristretto alle tragedie, commedie, romanzi, lettere amorose, a qualche chimico materialista e ad autori di simil fatta; avete imparato a fare i all'amore e a fare i ruffiani. E volete illuminare l'universi? Dio guardi il mondo dalla vostra luce...Noi siamo contenti delle nostre tenebre: lasciateci in pace e se non piace a voi questo buio, andate dai vostri Orientali".

Monaldo si mostra rammaricato per il fatto che i liberali non spariranno e che non tutti sono rinchiusi nel Manicomio di Aversa, pertanto i vari sovrani, per difendere l'Europa, saranno costretti a segregarli nelle galere, che sono l'unico ospedale adatto per i seguaci del liberalismo. Nelle prigioni, tuttavia, per non corrompere anche quelli che vi sono già rinchiusi, sarà opportuno somministrare ai liberali venti robuste nerbate: "Se questo ceroto non vi guarisce, ripetere la dose dieci volte di più, e così progressivamente fino a dieci volte. Vi assicuro che un tale specifico, passato pel lambicco delle natiche, arriva sino al cervello, e libera perfettamente dalla malattia del liberalismo".

Dall'insieme degli scritti finora riportati e soprattutto da questo ultimo articolo esce fuori un ritratto di Monaldo Leopardi che si presenta come il più accanito e fedele "Guelfo d'Italia". Figlio per nascita e per educazione di un'epoca precedente alla stagione dell'Illuminismo e della Rivoluzione francese, intellettualmente legato al binomio "Trono e Altare", egli è sempre stato estremamente coerente con il suo modo di pensare, di vivere e persino di vestire, rigorosamente fedele alla sua ideologia politica, alla sua concezione della società, alla sua fede religiosa.





I PROSSIMI APPUNTAMENTI

Problemi clinici in Gastroenterologia e in Epatologia

Con il patrocinio della Regione Marche, dell'Università Politecnica delle Marche e degli Ordini dei Medici regionali, l'Accademia Medico Chirurgica del Piceno ha organizzato con la collaborazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e della Società Italiana di medicina generale, un corso di perfezionamento, articolato in dodici incontri che si tengono in altrettante sedi ospedaliere della Regione e che vedono come coordinatori un Docente della nostra Facoltà e il Direttore di una Unità Operativa della sede ospitante.

L'aggiornamento è fatto per problemi clinici, ipotesi diagnostiche e verifica delle stesse, decisioni terapeutiche, follow-up, tutto sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e nello spirito di integrazione Università - Ospedale - Territorio.

Una sintesi delle relazioni viene presentata in questo e lo sarà nei successivi numeri delle Lettere, prima di essere pubblicata come year-book.

Tre incontri sono stati già svolti (Ematologia - Prof. Pietro Leoni, Dott. Marco Candela; Oncologia - Prof. Riccardo Cellerino, Dott. Riccardo Centurioni; Endocrinologia e Malattie Metaboliche e del Ricambio - Prof. Marco Boscaro, Dott. Pierangelo Santori, Dott. Giacomo Vespasiani); il quarto (Direttori Prof. Antonio Benedetti e Dott. Giorgio Maniscalco) è previsto il prossimo 12 dicembre a Pesaro, Palazzo Montani Antaldi a partire dalle ore 8,30.

Verranno presentati e discussi problemi clinici relativi a pazienti con ipertransaminasemia (E. Petrelli, G. Svegliati Baroni, S. Bruni), prurito cronico (L. Mucci, M. Marzioni), dolore addominale (G. Macarri, P. Coschiera, C. Zingaretti) e diarrea cronica (D. Baroncini, A. Di Sario, G. Bedetta).

Accademia Medico Chirurgica del Piceno
Presidenti: Prof. Giovanni Danieli

Corso di Formazione Permanente in medicina

**Problemi clinici
in Gastroenterologia ed in Epatologia**
(ipertransaminasemia, prurito cronico, dolore addominale, diarrea cronica)

Direttori del Corso
Prof. A. Benedetti, Dr. G. Maniscalco

Pesaro 12 Dicembre 2009
Palazzo Montani Antaldi

Con il patrocinio di
Regione Marche
Università Politecnica delle Marche
Ordine dei Medici delle Province Marchigiane



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 XII - n° 11
Novembre 2009
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato Editoriale
Francesco Alò, Fiorenzo Conti, Giuseppe
Farinelli, Stefania Fortuna, Loreta Gambini,
Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

Redazione
Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti,
Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini
Segretaria di redazione: Daniela Pianosi
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli