Anno IX N. 6-7 • Giugno/Luglio 2006

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

LETTERA DEL PRESIDE

Nell'alto Medioevo, nel contesto di poche ricchezze e di grandi povertà, nell'assenza totale di ogni iniziativa sociale in favore dei bisognosi, la chiesa fu promotrice di forme di carità finalizzate alla realizzazione di opere di misericordia quali l'assistenza ai poveri, ai carcerati, ai moribondi, agli orfani.

Si formarono allo scopo aggregazioni di laici, *scholae*, compagnie, congregazioni, ma soprattutto confraternite, sodalizi di *frates*, di comprovata moralità e di indubbia fede cattolica, che si costituivano in gruppi autonomi, solo canonicamente dipendenti dalla chiesta. La loro sede erano gli oratori, strutture private, di proprietà dei confratelli, luoghi di meditazione religiosa, di preghiera, di incontro.

Le confraternite più ricche abbellivano i propri oratori con opere d'arte commissionate ai grandi artisti dell'epoca, le meno abbienti si accontentavano del possesso di un altare nella chiesa parrocchiale.

I primi ospedali sorsero all'ombra degli oratori, inizialmente quali strutture di pochi letti dedicate a fornire un rifugio sicuro ai pellegrini, che compivano lunghi trasferimenti, che talvolta richiedevano più anni, per raggiungere i più celebrati luoghi della cristianità del tempo, o i viandanti privi di un rifugio sicuro; alcune di queste strutture si differenziarono per accogliere gli infermi e per svolgere quindi una vera opera di assistenza. Nacquero così i primi ospedali, sin dall'inizio distinti in ospedali per soli pazienti acuti, per pazienti cronici (una lungodegenza ante litteram) e per pazienti contagiosi, i primi lazzaretti.

Tutto ciò per più secoli, sino alle spoliazioni storiche, la prima del 1810 ad opera delle truppe napoleoniche, la seconda del 1860 da parte del nascente stato italiano che si preoccupava di incamerare i beni ecclesiastici.

Alla storia affascinante delle confraternite è riservata l'ottava edizione del Convegno annuale di Facoltà, che si svolgerà il prossimo 23 giugno, com'è tradizione al termine dell'attività didattica.

Sono state, in passato, "visitate" le Biblioteche marchigiane di tradizione e lo scorso anno gli Antichi Studi medici delle Marche; questa volta "visitiamo" gli Oratori, coerenti con un programma che vuol far conoscere e valorizzare i beni culturali di questa regione, nell'obiettivo di contribuire ad una sua identità visibile.

Colleghi Docenti e Discenti sono caldamente invitati a non perdere questo importante appuntamento.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

SOMMARIO

EDITORIALE 2
Come lavoreranno gli operatori sanitari di domani? Un'ipotesi che deriva dall'analisi dei bisogni del soggetto colpito da *ictus*
di Leandro Provinciali

VITA DELLA FACOLTÀ 8
Verbali del Consiglio di Facoltà - Corsi Monografici Seminari - Convegno annuale di Facoltà - A Medicina, di sera - La Biblioteca
a cura di Giovanni Danieli

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 14
a cura di Ugo Salvolini

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 15
a cura di Maurizio Battino

FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE 16
Alcol, droghe, farmaci. Alterazioni comportamentali di rilevanza sociale
di Raffaele Giorgetti e Adriano Tagliabracci

ALBUM 23
Jan Jonston (1603-1675)
di Annamaria Raia

CORSI MONOGRAFICI 27
Il possibile contributo della Psicoanalisi alla prassi medica
di Gabriele Borsetti

DIGNITÀ DI STAMPA 34
Score prognostico nel carcinoma del retto localmente avanzato, trattato con chemioradioterapia
di Nicola Valeri e Stefano Cascinu

UOMINI E LUOGHI DELLA CULTURA NELLE MARCHE 44
Antonio Flajani
di Walter Grassi

LIBRI - GIUGNO IN FACOLTÀ 47

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 48

LEANDRO PROVINCIALI
Clinica Neurologica
Università Politecnica delle Marche

Come lavoreranno gli operatori sanitari di domani? Un'ipotesi che deriva dall'analisi dei bisogni del soggetto colpito da *ictus*

Premessa

Cosa fare, in termini di organizzazione sanitaria e di competenze professionali, per affrontare una malattia che rappresenta la terza causa di morte in occidente (la seconda in Asia) e la condizione più frequente di disabilità dell'età adulta?

Il quesito era alla base di un recente convegno organizzato dalla fondazione Italia-Cina nel quale si ponevano a confronto le possibili risposte sanitarie fornite da due paesi molto diversi: il nostro con un sistema assistenziale fornito gratuitamente a tutta la popolazione, la Cina senza una previdenza strutturata come nei paesi occidentali, se non quella garantita dalle assicurazioni volontarie; oltre a ciò, la disponibilità di strutture e professionisti appariva fortemente diversificata: in Italia una moltitudine di Ospedali di rete ed un medico di Medicina Generale ogni 1000 abitanti circa, in Cina pochi Ospedali pubblici con collegamenti scientifici internazionali ed un medico di Medicina Generale con un impegno assistenziale che può raggiungere un milione di abitanti. La qualificazione del più importante Ospedale di Pechino, comunque è apparsa elevata: il Peking Union Medical College Hospital ha come motto quello che vorremmo per le nostre strutture sanitarie nazionali: "rigore, miglioramento costante, dedizione e diligenza"; esso inoltre è orientato fortemente alla ricerca, sul modello della John Hopkins University e dedica significative risorse alla formazione. A fronte di caratteristiche scientifiche tanto rilevanti si osservano, però, reparti di degenza dal *comfort* scadente.

Il confronto fra la programmazione assistenziale in caso di ictus in Cina e quello del nostro paese è significativo: da noi si sta proponendo di creare *team* multi-professionali e pluri-specialistici per seguire la persona malata dalla fase di acuzie alla continuità assistenziale nel territorio; in Cina non sono diffuse né strutture riabilitative ospedaliere né strutture assistenziali a livello territoriale. Oltre a ciò, un elemento organizzativo appare di grande rilievo: in Cina ogni struttura opera in maniera autonoma; ad esempio quando un paziente viene dimesso dall'Ospedale, di lui si perde ogni traccia. In Italia, al contrario, si cerca di organizzare una sequenza assistenziale che assegna un ruolo specifico ad ogni operatore attivo in Ospedale o sul territorio.

Una simile situazione differenzia anche la *mission* delle strutture sanitarie dei due paesi: in Cina si coltiva l'aspirazione di attribuire agli ospedali generali caratteristiche di eccellenza simili a quelle di certe strutture nordamericane; in Italia l'eccellenza è perseguita prevalentemente in singoli ambiti specialistici e la struttura ospedaliera è ritenuta ottimale quando soddisfa i bisogni dei soggetti malati, con prestazioni di buona qualità ed integrate con l'assistenza sanitaria territoriale. Il giudizio relativo al valore delle prestazioni cambia sensibilmente, sulla base di questi presupposti: da una parte la singola attività di ricerca od assistenziale, dall'altra il valore scientifico delle attività svolte, integrato nell'ambito di una risposta sanitaria globale.

In realtà le due situazioni rispecchiano due diverse filosofie sanitarie: in un caso il protagonismo di singoli operatori e nell'altro il valore del *team* dedicato a specifici obiettivi, in cui il *leader* è impegnato nella crescita di tutta la squadra. Il confronto è comunque stimolante, perché fra alcuni anni potrà essere apprezzato il mutamento organizzativo di un paese in tumultuoso sviluppo, confrontato con quello di una nazione con risorse sanitarie che risentono della modesta crescita nazionale.

Gli obiettivi della formazione universitaria nelle professioni sanitarie: un passo verso una collaborazione condivisa fra operatori

Le linee guida delle principali Società Scientifiche in tema di assistenza ai soggetti colpiti da *ictus* indicano una serie di comportamenti assistenziali che rispondono, in maniera più o meno dettagliata, alle indicazioni provenienti da una Conferenza di Consenso multinazionale che indicava obiettivi e sca-

denze dell'assistenza alle malattie cerebrovascolari.

In tutte le linee guida pubblicate sono indicati i compiti assistenziali affidati a medici, fisioterapisti, infermieri, logopedisti, nutrizionisti, oltre ad attività organizzative, rivolte ai direttori delle strutture sanitarie, ed educative, rivolte ai familiari dei pazienti[1,2]. Anche quelle italiane, si rivolgono a molteplici interlocutori ed hanno notevole impatto assistenziale in quanto concordate fra 34 Società Scientifiche mediche e di altre professioni sanitarie (fisioterapisti, infermieri, logopedisti) oltre a due associazioni "laiche" cioè di familiari di pazienti colpiti da *ictus*. Ad ogni indicazione corrisponde una "raccomandazione" la cui "forza" è determinata dal numero e dalla validità delle prove di efficacia disponibili. Quando non sussistono elementi derivanti da studi clinici, l'indicazione è basata sul consenso di specifici operatori che testimoniano la validità del proprio comportamento secondo il principio della "buona pratica clinica".

Dall'accettazione delle linee guida nasce il riferimento della comunità assistenziale, che utilizza tali indicazioni come parametri di valutazione per la qualità di professionisti e dei reparti; ad esempio, la validità di una struttura dedicata all'assistenza dei soggetti con *ictus* è definita sulla base di specifici "indicatori", i quali testimoniano la concordanza del comportamento adottato con quanto indicato dalle linee-guida già accreditate (Fig. 1).

L'esempio relativo all'organizzazione dell'assistenza all'*ictus* esalta alcuni degli obiettivi della formazione universitaria degli operatori sanitari, che si affianca a quella dei medici.

Le caratteristiche del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia sono profondamente cambiate nel corso degli ultimi anni, parallelamente alla modifica degli ordinamenti didattici. Uno degli aspetti significativi è rappresentato dall'integrazione delle competenze disciplinari, affinché il medico sia in grado di risolvere problemi medici che possano richiedere informazioni derivanti da molteplici insegnamenti. Oltre a ciò, gli viene richiesto di valutare con competenza le fonti di informazione, ormai reperibili con facilità, e le fonti di efficacia, cioè le decisioni cliniche basate sull'evidenza fornita da studi con-

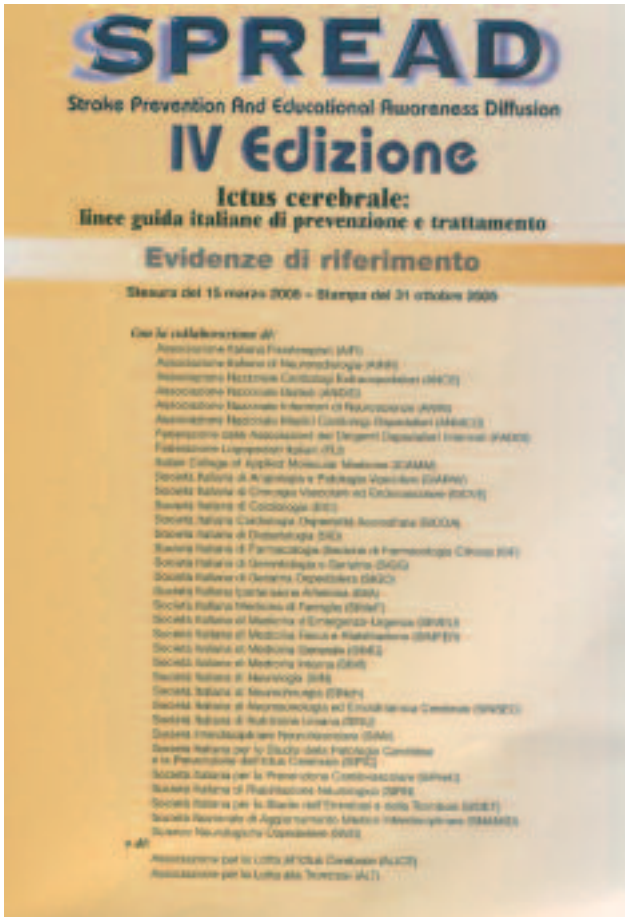


Fig. 1 - Linee Guida SPREAD.

trollati. Sulla base di tali elementi può essere testimoniato il processo decisionale, cioè la serie di elementi presi in considerazione per giustificare le scelte che la clinica impone. In molti casi le decisioni cliniche coinvolgono altri operatori e configurano un vero "progetto assistenziale" cioè una serie di interventi, definiti per modalità e tempi di esecuzione, che diversi operatori portano a termine nell'ambito di specifici "programmi" assistenziali, realizzati autonomamente dai singoli professionisti.

Anche la formazione degli altri operatori sanitari segue una logica che è mutata sensibilmente nel tempo: un tempo esecutori di attività decise da coordinatori o medici, i diversi professionisti della sanità sono ora chiamati a realizzare autonomamente programmi di assistenza, la cui appropriatezza ed effica-

cia è testimoniata dagli indicatori predisposti per valutare l'intero processo assistenziale. Non è solo richiesto, quindi, di essere bravi nelle prestazioni inerenti le specifiche professionalità, ma di raggiungere autonomamente gli obiettivi riguardanti le diverse competenze professionali e di integrare il proprio operato, sia nei tempi che nelle modalità, con quello degli altri professionisti coinvolti nel processo assistenziale, secondo le indicazioni fornite dal progetto concordato fra tutti gli operatori ed attuato sotto la diretta responsabilità del dirigente di riferimento.

Da tale attività professionale non si escludono le fasi di aggiornamento o quelle di ricerca clinica, poiché ogni professionista di valore, anche al di fuori dell'area sanitaria, rivede il proprio comportamento sulla base di nuove disposizioni o di nuove scoperte e partecipa alla ricerca di nuove modalità di intervento, contribuendo al progresso della cultura del proprio settore.

Probabilmente i tre anni di formazione primaria delle professioni sanitarie non sono sufficienti a fornire le conoscenze e le abilità necessarie a raggiungere tutti gli obiettivi sopra accennati, sulla base degli ordinamenti didattici attuali, considerando anche la tendenza nazionale a mantenere un'ampia cultura di base a scapito dell'approfondimento specialistico. Inoltre, a differenza di quanto avviene in alcuni paesi anglosassoni, sono poco diffusi i Congressi Scientifici in cui si confrontano laureati diversi su argomenti di interesse comune. Ad esempio, nei Congressi internazionali (ma anche nel congresso nazionale) di Riabilitazione Neurologica confluiscono, nella stessa sessione, relazioni o comunicazioni che riguardano argomenti trattati sia da medici che da fisioterapisti, anche se da diversa angolatura per le competenze specifiche. Con lo sviluppo delle lauree specialistiche delle diverse aree professionali sanitarie si avrà probabilmente un impulso all'aggiornamento ed alla ricerca che coinvolgerà inevitabilmente i laureati di I° livello.

Per evitare che la possibilità di integrazione funzionale fra i diversi operatori sia considerata una possibilità solo teorica, non traducibile nella pratica clinica routinaria, basta tornare all'esempio dell'assistenza al soggetto colpito da *ictus* e valutare i requisiti di appropriatezza del ricovero in alcune strutture dedicate alla cura dell'*ictus* (*Stroke Units* per acuti o riabilitative o combinate). In tali linee guida sono indicati, ad esempio, i programmi e le singole prestazioni che debbono essere garantite dal personale infermieristico o della riabilitazione, opportunamente preparato o motivato[3]. Accanto alle decisioni di ordine medico, riguardanti la diagnosi sindromica e le scelte terapeutiche, sono specificate le esigenze di *nursing* e di contenimento della disabilità, facendo intendere in maniera neanche tanto velata, che la qualità dell'*Unità Ictus* è fortemente condizionata dalla qualità tecnica e gestionale, cioè da preparazione, motivazione ed organizzazione degli infermieri. In un recente lavoro comparso su una rivista italiana si è documentato come l'*ictus*, oltre a rappresentare la malattia vascolare più frequente costituisce una condizione che comporta un impegno di nursing superiore a quello dell'infarto del miocardio[4].

La formazione dedicata all'assistenza in ospedale o nel territorio: esigenze e realizzazioni di competenze integrate

La citazione anedottica dell'organizzazione sanitaria cinese orientata pressoché esclusivamente sulle strutture ospedaliere con assoluta carenza di operatori dedicati alle cure primarie (rari medici sul territorio), non ha riferimenti in Occidente e tanto meno in Italia. Storicamente, anche nei piccoli paesi, la figura del medico condotto e dell'ostetrica offriva una garanzia di assistenza che testimonia la sensibilità per la medicina di comunità, contrapposta alla medicina ospedaliera.

La proliferazione di piccoli ospedali in piccoli paesi, secondo una logica campanilistica, fu verosimilmente stimolata dall'esigenza di avere adeguate garanzie territoriali, anche se frequentemente le strutture ospedaliere di modeste dimensioni assolvevano esclusivamente alle esigenze di cure primarie, così come recentemente è stato proposto per i *country hospital* basati sull'intervento dei medici di medicina generale.

Con la inevitabile selezione delle strutture ospedaliere, in gran parte derivata dall'incremento delle esigenze necessarie al funzionamento a fronte di una limitazione delle risorse, si è venuta a creare una differenziazione più netta fra gli operatori sanitari attivi in ospedale e quelli operanti nel territorio.

Un po' come avviene ora in Cina, il paziente dimesso dall'Ospedale non veniva affidato al Medico di Medicina Generale, ma chiamato a controllo presso i Centri ambulatoriali ospedalieri; dall'altra parte (viceversa) i pazienti si rivolgevano (e si rivolgono ancora) elettivamente all'Ospedale per ogni problematica urgente, anche se di scarso rilievo, e trascurano il parere del proprio medico per problematiche di ordine specialistico. Un simile andamento crea, di fatto, due mondi separati, in cui vengono sprecate risorse e competenze che potrebbero essere destinate a settori più proficui sia per gli operatori sanitari che per l'utenza.

L'organizzazione assistenziale che viene proposta negli ultimi anni favorisce una crescente integrazione fra le strutture sanitarie e quelle territoriali.

Tornando all'esempio dell'*ictus*, le linee guida italiane, affidano ai medici di medicina generale: i) la prevenzione primaria, cioè la correzione dei fattori di rischio vascolari prima che si manifesti un evento ictale; ii) il mantenimento della prevenzione secondaria, cioè il trattamento farmacologico ritenuto più idoneo per evitare il ripetersi di episodi ictali; iii) la continuità assistenziale, cioè il monitoraggio clinico del paziente dimesso dall'ospedale dopo un *ictus*, al fine di identificare i nuovi bisogni e le eventuali esigenze di assistenza ospedaliera per problematiche emergenti[5].

In alcuni paesi, inoltre, è stata documentata l'efficacia di una dimissione precoce dall'ospedale del paziente colpito da *ictus*, organizzando a domicilio la riabilitazione intensiva e l'assistenza infermieristica con le stesse modalità sviluppate nei reparti di riabilitazione. Una simile organizzazione non ha consentito un risparmio economico, ma ha ottenuto benefici più significativi nell'autonomia della vita quotidiana[6].

Nella realtà regionale si è definito con chiarezza il percorso sul quale muoversi anche se i modelli di integrazione ospedale-territorio sviluppati in alcuni paesi nordeuropei non sono ancora attuati! Ad esempio, i profili di assistenza all'*ictus* promossi dall'Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche, sono stati realizzati con la partecipazione, allo stesso tavolo organizzativo, di professionalità operanti sia in ospedale che nel territorio.

I cambiamenti della formazione sanitaria dedicati ad una maggiore integrazione fra cure primarie e cure specialistiche sono stati avviati e potrebbero essere particolarmente significativi in un prossimo futuro. Da alcuni anni è stata promossa una didattica integrativa dedicata alla medicina di comunità con contenuti di sanità pubblica, di medicina interna, di riabilitazione, trasversali rispetto alle diverse classi di laurea. In alcune Facoltà mediche Italiane si è identificato un contributo formativo dedicato alle cure primarie, affidato per contratto ad un medico di medicina generale, nell'ambito del corso integrato di Medicina Interna dell'ultimo anno di corso. Sono stati inoltre attivati corsi di laurea dedicati alla prevenzione con operatori specifici, che saranno attivi esclusivamente a livello territoriale e molti corsi di laurea triennale contengono insegnamenti rivolti selettivamente all'assistenza sanitaria di base.

D'altro canto, alcune cose importanti sono ancora da sviluppare e richiedono un impegno specifico sulla base delle seguenti considerazioni.

La preparazione professionale in medicina generale, che si sviluppa dopo la laurea, viene realizzata autonomamente senza il contributo significativo della Facoltà Medica. Se tale formazione, che interessa circa un terzo dei laureati in medicina, deve essere considerata, come in altri paesi, alla stregua della preparazione specialistica, non dovrebbe fare a meno dei contenuti e contatti che la formazione specialistica in medicina può offrire.

L'attuazione dei profili di cura per le malattie più rilevanti sul piano sociale, come l'*ictus*, le sin-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

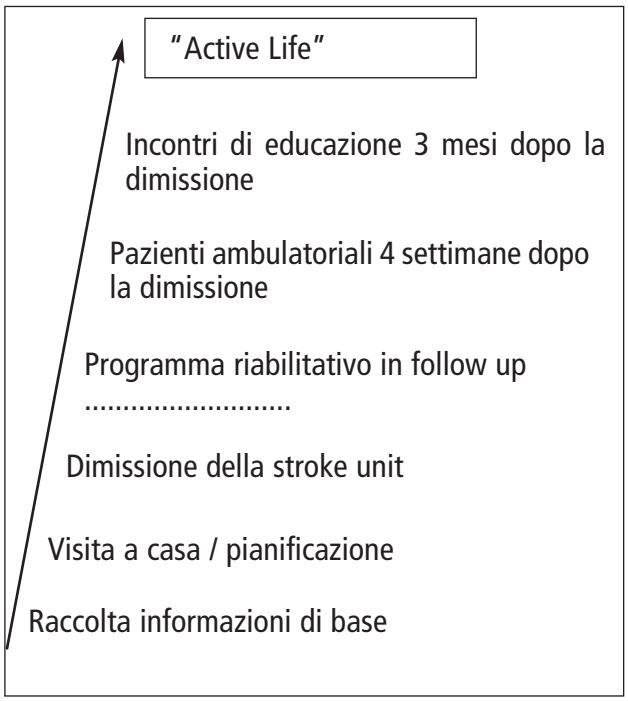


Fig. 2 - Unità Ictus estesa dall'Ospedale al territorio secondo il modello di Trondheim (Norvegia).

dromi coronariche e la protesi d'anca, ed altre condizioni particolarmente significative, richiedono una continuità assistenziale fra ospedale e territorio, con partecipazione dei medici di medicina generale alla formulazione del progetto assistenziale e degli specialisti ai controlli longitudinali. Tale integrazione si fonda su precisi canoni assistenziali e sulla raccolta costante di adeguati indicatori, verso i quali gli operatori sanitari non sono ancora specificatamente preparati (Fig. 2).

I rapporti fra operatori professionali diversi sono basati sullo sviluppo di programmi che possono lasciare ampi margini di sovrapposizione e che comportano una condivisione degli obiettivi. Ad esempio la mobilizzazione ed il posizionamento di un paziente immobile a letto, sia in ospedale che nel territorio, sono svolti sia dal fisioterapista che talora dall'infermiere opportunamente addestrato. E' importante garantire, fin dai tempi della formazione, la possibilità di integrazione per i compiti basilari affinché un paziente affidato alle cure congiunte di un fisioterapista e di un infermiere non rimanga del tutto immobile, in caso di assenza del fisioterapista. E' indubbio che un obiettivo perseguito congiuntamente da un piccolo gruppo di operatori abbia più possibilità di essere raggiunto che se sviluppato da un singolo professionista.

Lavorare in squadra non è spontaneo per gli operatori della sanità, i quali spesso tendono ad un ambizioso protagonismo; l'integrazione con i compagni di lavoro deve essere insegnata, parallelamente alla capacità di valutare l'andamento periodico della propria attività sulla base di misure inoppugnabili. Indubbiamente è più facile evitare il fallimento del progetto assistenziale se il *team* assistenziale è composto sia da operatori dell'ospedale che del territorio, i quali hanno spesso modalità di lavoro ed obiettivi differenti ma possono essere accomunati da un progetto condiviso.

Conclusioni

Lo sviluppo prevedibile dell'assistenza sanitaria nazionale fonderà il suo miglioramento sull'incremento della qualità, piuttosto che delle risorse.

Negli ultimi programmi sanitari è diminuito progressivamente il numero di posti letto per abitante con conseguente modifica delle esigenze di personale. Oltre a ciò, le difficoltà emergenti nel gestire la funzionalità di strutture sottodimensionate richiederà agli operatori di allargare le proprie competenze professionali e di ampliare la propria disponibilità nei confronti dell'organizzazione del lavoro.

L'esempio offerto dall'organizzazione assistenziale rivolta all'*ictus* nei paesi europei appare significativa nei riguardi dei principi sopra esposti: i pazienti con *ictus* debbono essere trasportati con urgenza presso i centri qualificati, restringendo l'operatività di molti ospedali generali. Nelle strutture selezionate è richiesta una particolare competenza del personale e la disponibilità ad impegnarsi per tutta l'espressione temporale della malattia, cioè dalla fase acuta alla cro-

nicità. I centri individuati dagli organi regolatori debbono avere aggiornamento costante di tutti gli operatori professionali e disponibilità alla ricerca clinica.

Le considerazioni esposte portano a ritenere che le professioni in ambito sanitario dovranno crescere nella qualità tecnica fin dall'epoca della formazione primaria, per potersi adeguare ai cambiamenti, talora improvvisi, imposti da novità tecniche ed organizzative.

L'impegno dei docenti crescerà nelle direzioni richieste dalla programmazione della formazione e dalle esigenze della comunità: tale convinzione è condivisa con tutti i referenti degli insegnamenti professionalizzanti, al fine di evitare che tale formazione debba ritenersi poco fruttuosa.

Bibliografia

1) SPREAD IV Edizione.- Ictus cerebrale: Linee Guida Italiane di Prevenzione e Trattamento. Catel Edizioni, 2005
2) Duncan P.W., Zorowitz R., Bates B., et al.- Management of adult stroke rehabilitation care: a Clinical Practice Guideline. Stroke 2005; 36:100-143
3) Busse O. Stroke Units e Stroke Service in Germany. Cerebrovasc. Dis. 2003; 159: 8-10
4) Borgognoni C., Troiani S.- Organizzazione dell'attività di nursing nell'ischemia miocardica acuta e nell'ictus: analisi dell'identificazione dei profili di cura. Ictus 2005 2; 2: 136-142
5) Provinciali L. et al.- Trattamento riabilitativo e continuità dell'assistenza. In: SPREAD, IV Edizione. Catel Edizioni, 2005 pp. 351-435
6) Fjaertoft H., Indredavik B., Lyndersen S.- Stroke unit care combined with early supported discharge. Stroke 2003; 34: 2687-2692

A CURA DI DANIELA VENTURINI
E DANIELA SANTILLI
Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Le principali decisioni del Consiglio di Facoltà

Seduta del 29 marzo 2006

Sono stati approvati alcuni storni e variazioni di bilancio e concesse alcune autorizzazioni di spesa.
E' stato approvato il conto consuntivo E.F. 2005.
E' stata definita la programmazione dei posti per i Corsi di studio ad accesso programmato a livello nazionale A.A. 2006/2007 ai sensi della L. 264 del 02/08/99.
Sono stati individuati gli insegnamenti dei Corsi di Laurea Triennali e Specialistici delle Professioni Sanitarie da mettere a bando per la copertura per l'A.A. 2006/2007 da parte del Personale di ruolo sanitario appartenente al SSN.
Sono stati attribuiti alcuni assegni di ricerca.
Sono state esaminate diverse pratiche studenti.
Sono stati concessi alcuni patrocini.
E' stata approvata una convenzione con l'Università di Urbino per uno *stage* presso il laboratorio di Clinica Medica.
E' stata ratificata la presa di servizio dei ricercatori Dott.ssa A. Giuliani e Dott. L. Bragina.
E' stato approvato l'affidamento al CINECA della predisposizione dei quiz per gli esami di ammissione ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie e delle lauree specialistiche non a ciclo unico per l'A.A. 2006/2007.
E' stato deliberato l'allargamento della rete formativa della Scuola di Specializzazione in Pediatria con l'inclusione dell'Università degli Studi di Genova.
Sono stati attribuiti i compiti didattici ai professori che hanno preso servizio in data 1° marzo.
Sono state approvate alcune sostituzioni di docenti nei Corsi di Laurea e le Scuole di Specializzazione.
E' stato fissato il contingente numerico di studenti stranieri per l'A.A. 2006/2007 presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (dieci, di cui tre cinesi).
E' stata approvata la richiesta di insonorizzazione dell'aula D del Polo A, da effettuarsi nel più breve tempo possibile.
Sono state approvate le modifiche ai tutori del Corso di Laurea in Fisioterapia.
E' stata approvata la nomina docenti per il primo anno della Scuola di Specializzazione in Patologia Clinica.
E' stato chiamato l'idoneo nelle procedure di valutazione comparativa per professore di I fascia relative al SSD MED/17 "Malattie Infettive" (Prof. Andrea Giacometti).

Seduta del 18 maggio 2006

Sono stati approvati alcuni storni e variazioni di bilancio e conferite autorizzazioni di spesa.
Sono stati attribuiti ai docenti i compiti didattici per l'A.A. 2006/2007 per i Corsi di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria e per i Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie.
E' stata deliberata la copertura per l'A.A. 2006/2007 tramite bando dell'insegnamento vacante di Lingua Inglese SSD L-LIN/12 per: Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Corsi di Laurea Specialistici delle professioni sanitarie (Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e Scienze delle professioni tecniche e diagnostiche), Corso di Laurea triennale per Educatore Professionale (sede di Jesi), Corso di Laurea triennale in Infermieristica (sede di Ancona): Canale A e Canale B (+ Ostetricia), Corsi di Laurea triennali in: Fisioterapia, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica, per immagini e radioterapia.
E' stata deliberata la copertura per l'A.A. 2006/2007 degli insegnamenti vacanti del Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi dentaria I, II, III e IV anno N.O. - V anno V.O.: Fisica, Anatomia Umana, Biologia Medica, Informatica, Chirurgia orale, Protesi, Ortognatodonzia, Pedodonzia, Patologia Speciale Odontostomatologica, Otorinolaringoiatria, Farmacologia, Dermatologia, Bioingegneria.
Sono state approvate le retribuzioni delle supplenze nei Corsi di Laurea triennali e specialistici delle professioni sanitarie per l'A.A. 2005/2006.
Si è preso atto della cessazione dalla qualifica a decorrere dal 1°.11.2006 dei Proff. Mario Governa,

Luigi De Florio, Laura Possati.
Si è preso atto del collocamento in aspettativa senza assegni, per mandato di Senatrice della Repubblica Italiana, della Dott.ssa Silvana Amati.
Il Prof. Attilio Olivieri è stato collocato in aspettativa senza assegni ai sensi dell'art. 5 comma 16 D.Leg.vo n. 517/99.
E' stato approvato il rinnovo di tre assegni di ricerca cofinanziati.
Sono state proposte le Commissioni Giudicatrici degli esami di ammissione ai Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia (5 settembre 2006) e in Odontoiatria e Protesi Dentaria (6 settembre 2006) e ai Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie (8 settembre 2006).
E' stata nominata una Commissione di esperti per la intitolazione delle Aule didattiche composta dai Proff. F. Conti, I. D'Angelo, G. Danieli, W. Grassi, L. Provinciali, U. Salvolini.
Il Dott. Gianluca Fulgenzi è stato autorizzato ad assentarsi dalla sede per motivi di studio e ricerca.
E' stato modificato il Manifesto degli Studi per l'A.A. 2005/2006 del Corso di Laurea Specialistica in Scienze delle professioni sanitarie tecniche e diagnostiche.
E' stato rivisto il numero di crediti di due insegnamenti del Corso di Laurea triennale in Fisioterapia.
E' stata approvata l'inversione di semestre di due insegnamenti del primo anno del Corso di Laurea triennale in Tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro.
Sono state approvate numerose richieste di patrocinio.
E' stato approvato un progetto per l'attività clinica professionalizzante degli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria.
E' stato deliberato l'ampliamento della rete formativa della Scuola di Specializzazione in Cardiologia con l'inserimento della Zona Territoriale n. 4 di Senigallia.
Sono stati presi provvedimenti per la destinazione ai settori scientifico-disciplinari di n. 5 posti di ricercatore universitario assegnati dal Senato Accademico, e di n. 6 posti di ricercatore autofinanziati e sono state approvate le relative richieste di copertura.

Scienza & Filosofia

a cura di Franco Angeleri e Fiorenzo Conti

Il desiderio di potenziare le facoltà mentali con mezzi diversi, in particolare con l'assunzione di certe sostanze, risale a tempi antichissimi della storia dell'uomo. Varie popolazioni, tra cui gli indiani dell'Amazzonia, ritenevano che alcune sostanze vegetali, scoperte cercando il cibo, fossero un mezzo per ottenere poteri divinatori e come tali usate dagli sciamani. Proprio per i loro effetti psicotropi, sostanze di quel tipo hanno avuto successivamente una larga diffusione in molte popolazioni ed oggi nella nostra società rappresentano un problema di notevole portata in considerazione del loro effetto tossico e della dipendenza che inducono. Il notevole progresso che le Neuroscienze hanno vissuto in questi ultimi anni sembra aver reso possibile l'utilizzazione di nuove tecniche (per esempio genetiche) e aver consentito la disponibilità di nuovi mezzi (per esempio farmacologici), in apparenza privi di effetti secondari, capaci di potenziare specifiche attività mentali (memoria, attenzione, concentrazione, tono affettivo etc...). Né va dimenticato che vari farmaci, usati in ambito neuropsichiatrico, vengono spesso assunti in assenza di indicazioni cliniche per potenziare determinate funzioni mentali. Questi progressi stanno ora arrivando all'attenzione dei *media* e quindi del grande pubblico e riteniamo pertanto che sia fondamentale che i non addetti ai lavori sappiano qual'è lo stato dell'arte: se cioè queste possibilità esistono veramente e se sì quali siano i termini della questione, per esempio per quanto attiene alla sicurezza nel breve e nel lungo termine. Non meno importanti, infine, appaiono le valutazioni etiche, considerando per esempio il possibile vantaggio che l'uso di mezzi di potenziamento cerebrale può determinare in chi li usa nei confronti di chi non li usa.

Il ciclo di conferenze proposto questo anno da *Scienza & Filosofia* mira a chiarire la effettiva portata delle nuove tecniche e delle nuove sostanze psicotrope (o degli utilizzi nuovi di vecchie sostanze) e affronta l'etica connessa al loro impiego. L'alto profilo scientifico dei relatori assicura un notevole approfondimento della materia.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ

con la collaborazione di
Le Cento Città – Associazione per le Marche

Caritas e Sanità

Dalle antiche opere pie, confraternite, congregazioni di carità all'istituzione assistenziale nelle Marche

Presiede Tullio Manzoni

ANCONA, 23 GIUGNO 2006, ORE 15,30

POLO DIDATTICO SCIENTIFICO - TORRETTE DI ANCONA, AULA D

Pietro Alamanno, Madonna della Misericordia con folla di devoti ai piedi, con quattro angeli, nella Chiesa di Santa Maria di Sarnano (Macerata)

LETTURA INTRODUTTIVA: Sul fenomeno confraternale in Italia - *Antonio Brancati*

1ª SESSIONE - Modera *Evio Hermas Ercoli*
Epidemie, iconografia e assistenza nei secoli XVI e XVII
Marisa Calisti

Aspetti giuridici dell'organizzazione confraternale
Tullio Tonnini

2ª SESSIONE - Modera *Maria Luisa Polichetti Canti*
Iconografia e committenze nelle confraternite delle Marche tra '500 e '600 - *Costanza Costanzi*
La confraternita Santa Annunziata a Pesaro
Grazia Calegari
La confraternita e l'Ospedale S. Croce a Fano
Marco Belogi

3ª SESSIONE- Modera *Giovanni Danieli*
Presentazione del progetto *Arti Sanitarie nelle Marche* - *Enrico Paciaroni,* Presidente de *Le Cento Città*

Segreteria Organizzativa: Daniela Venturini e Daniela Pianosi
Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Didattico Scientifico - 60020 Torrette di Ancona Tel. 071/2206046 – e-mail: presimed@univpm.it

Attività didattiche elettive

Corsi Monografici

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
22 - Medicina del Lavoro
Il rumore industriale: effetto sulla salute e prevenzione, Prof. M. Valentino
31 Maggio, 7 Giugno 2006, ore 15,00-18,00, Aula F

Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Malattie Infettive
21. Malaria: aspetti particolari, Prof. A. Giacometti
24-31 Maggio, 7 Giugno 2006, ore 8,30 Aula C

Corso di Laurea in Educatore Professionale
3 - Riabilitazione in traumatologia sportiva, Dr. G. Lagalla
7 Giugno 2006, ore 14,30-16,30
Aula Dipartimentale Scienze Neurologiche, 5° piano

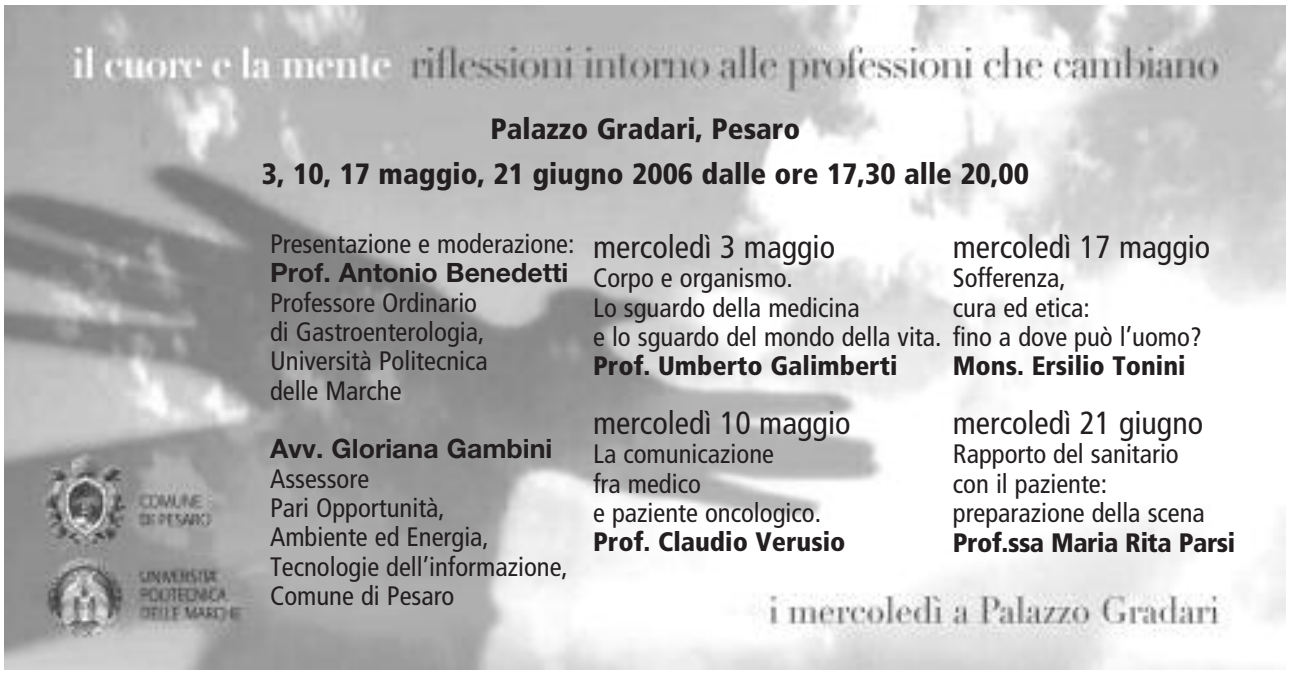
Corso di Laurea in Infermieristica
Polo didattico di Ancona
3° Anno
2) La chirurgia dell'anziano, Prof. V. Suraci, 24-31 Maggio 7 Giugno 2006 ore 10,30 Aula D

Seminari

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

28 - *Odonto-otorinolaringoiatria*
Il dolore facciale, Dott. M. Re e Dott. M. Piemontese
5 Giugno 2006, ore 13,00-15,00 Aula C
36 - Psichiatria
Elementi di psicoterapia, Prof. G. Borsetti
7 Giugno 2006, ore 10,30 Aula E
22 - *Medicina del Lavoro*
L'asma professionale, Prof. M. Valentino
7 Giugno 2006, ore 10,30-12,30 Aula F

Conferenze



A CURA DI GIOVANNA ROSSOLINI

La Biblioteca

Come già anticipato nel numero di "Lettere dalla Facoltà" di Maggio '06 descriviamo altri testi, di recente arrivo già a disposizione dell'utenza.

Allergologia WD1.
Lieberman, Phil – Anderson, John A.:
Malattie allergiche
Diagnosi e terapia
Milano, Masson, 2001 3

Anestesia e rianimazione WO1.
Giudice, Giuseppe: Interferenze farmacologiche in anestesia, rianimazione e terapia antalgica
Milano, Masson, 2002 48

Apparato cardiovascolare WG.
Guazzi, Marco - Pontone, Gianluca:
Insufficienza cardiaca
Milano, Masson, 2002 92
Crepaldi, Gaetano - Baritussio, Aldo:
Malattie del cuore e dei grossi vasi
Estratto da: Trattato di medicina interna
Padova, Piccin, 2002 93
Atlante basilare delle malattie del cuore/
Braunwald, Eugene - Dalla Volta, Sergio
Padova, Piccin Nuova Libraria, 2002 94
Prandoni, Paolo: La trombosi venosa profonda e le sue complicanze
Padova, Piccin Editore, 1997 95
Bracchetti, Daniele - Guaragna, Rocco Fernando - Palmieri, Massimo:
Le aritmie cardiache
Clinica, terapia medica e invasiva Vol. I° - II°
Padova, Piccin, 1999 96-97
Alpert, Joseph S. : Cardiologia
Per il trattamento primario
Padova, Piccin, 2000 98
Piccolo, Eligio: L'elettrocardiogramma nelle sindromi ischemiche acute
Padova, Piccin, 2001 99
Calabrò Raffaele: Ecocardiografia transesofagea e transtoracica delle cardiopatie congenite
Testo-Atlante
Padova, Piccin, 1998 100

Apparato cardiovascolare WG.
Mohrman, David E. - Heller, Lois Jane:
Fisiologia cardiovascolare
Milano, McGraw-Hill, 2003 101
Braunwald, Eugene: Harrison.
Aggiornamenti in cardiologia
Milano, McGraw-Hill, 2003 102

Apparato gastrointestinale WI.
Familiari, Luigi - Sahel, Josè:
Gastroenterologia pratica
Vol. I°-II°-III°-IV°
Milano, Masson, 2000 53-54-55-56
Zaniboni, Alberto - Gennari, Leandro - Olmi, Patrizia: I tumori del tratto gastroenterico
Milnao, Masson, 2003 57

Apparato muscoloscheletrico WE.
Thompson, Jon C.: Atlante di anatomia ortopedica di Netter
Milano, Masson, 2003 212-213
Lanzetta, Albino: Manuale di traumatologia dell'apparato locomotore
Milano, Masson, 1992 214
Le Corre, Francois - Rageot, Emmanuel : Atlante di mobilitazioni e Manipolazioni vertebrali
Milano, Masson, 1994 215
Pauls, Julie A. – REED, Kathlyn L. : Guida rapida alla fisioterapia
Milnao, Masson, 1999 216
Petty, Nicola J. – MOORE, Ann P. : Esame clinico e valutazione neuromuscolo-scheletrica In terapia manuale
Milano, Masson, 2000 217
Lewit, Karel: Terapia manipolativa nella riabilitazione dell'apparato locomotore
Milano, Masson, 2000 218
Greslamer, Ronald P. – McConnel, Jenny: La rotula Approccio d'equipe
Milano, Masson, 2001 219
Maitland, Geoff: Manipolazioni vertebrali di Maitland
Milano, Masson, 2003 220

Apparato muscoloscheletrico WE.
Firestein, Gary S. – Panayi, Gabriel S. – Wollheim, Frank A.:
Artrite reumatoide
Milano, Masson, 2002 221
Ferrari, Silvano – Pillastrini, Paolo – Vanti, Carla:
Riabilitazione integrata delle lombalgie
Milano, Masson, 2002 222
Tixa, Serge – Ebenegger, Bernard : Atlante di tecniche articolari osteopatiche degli arti
Milano, Masson, 2003 223
Lanzetta, Albino: Malattie ortopediche dell'apparato locomotore
Milnao, Masson, 1996 224
Casonato, Oscar – Poser, Antonio : Riabilitazione integrata delle patologie Della caviglia e del piede
Milano, Masson, 2000 225
Schomacher, Jochen: Terapia manuale
Imparare a muovere e percepire
Milano, Masson, 2001 226
Gatto, Salvatore: Le fratture vertebrali da osteoporosi
Napoli, Cuzzolin Editore, 2000 227

Apparato respiratorio WF.
Casali, Lucio: Manuale di malattie dell'apparato respiratorio
Milano, Masson, 2001 33
Moretti, Corrado: Disturbi respiratori del neonato
Dalla patogenesi alla terapia
Milano, Masson, 2003 34
Bariffi, Francesco – Cecere, Ciriaco – Ponticiello, Antonio: Malattie dell'apparato respiratorio e del mediastino
Napoli, Cuzzolin Editore, 2003 35

Apparato urogenitale WJ.
Arrigoni, Giacomo - Meazza, Attilio:
Malattie urologiche
Diagnostica per immagini – Terapia
Milano, Masson, 2000

A cura di Ugo Salvolini

Le delibere del Consiglio di Amministrazione Seduta del 21/4/2006

È stato adottato il seguente provvedimento:

1) Assegnazione contributi per la Ricerca Scientifica d'Ateneo.

Sono state approvate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa:

1) Gettone e rimborso spese di viaggio agli studenti e ai dipendenti universitari nominati componenti dei seggi elettorali per le elezioni delle rappresentanze studentesche in seno agli Organi collegiali nei giorni 16 e 17 maggio.

2) CINECA - Prove per l'accesso ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e ai Corsi di Laurea Specialistica non a ciclo unico attivati dalla Facoltà, a.a. 2006-2007.

Sono stati autorizzati i seguenti contratti e convenzioni:

1) Convenzione tra la Facoltà di Scienze e la Scuola Superiore di Oncologia e Scienze Biotecnologiche di Genova.

2) Convenzione con l'Ordine dei Medici delle Province Marchigiane e le Aziende Sanitarie: Ospedali Riuniti, San Salvatore di Pesaro, ASUR, INRCA per tirocinio pratico-valutativo.

Sono state autorizzate alcune proroghe per progetti miglioramento servizi.

È stata approvata la relazione del Direttore Amministrativo per l'anno 2005.

Sono stati espressi pareri per i seguenti provvedimenti:

1) Costituzione del Centro Interdipartimentale di Servizi di Microscopia delle Nanostrutture (C.I.S.Mi.N.).

2) Modifica Statuto del Centro di Servizi Multimediali ed Informatici.

È stato autorizzato il conferimento di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.

Sono stati ripartiti euro 75.000,00 tra le associazioni/gruppi studenteschi per i programmi di attività culturali anno 2005.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

1) Designazione rappresentante in seno al Consiglio Direttivo del Consorzio Interuniversitario Nazionale per la Bioncologia (CINBO).

2) Ist.to di Microbiologia e Scienze Biomediche - Istituzione di due borse di studio.

3) Determinazione contributo per l'accesso e la frequenza ai corsi di dottorato.

4) Contributo di euro 13.996,00 dall'Università degli Studi di Camerino all'Ist.to di Biologia e Genetica.

5) Lavori Ist.to di Microbiologia e Dip.to di Patologia Molecolare presso nuove sedi.

A CURA DI MAURIZIO BATTINO

Appunti dal Senato Accademico Seduta del 23/5/2006

Comunicazioni del Presidente

- Si sono svolte le elezioni del Consiglio Studentesco: i voti validi sono stati circa 3800 quindi poco meno del 30% degli aventi diritto, in aumento rispetto alle ultime elezioni.

- Il nuovo Ministero si chiama MUR essendo stato scorporato il settore Istruzione.

Dottorato di Ricerca VIII ciclo (XXII)

Lo scorso anno, con un'azione innovativa, l'Ateneo oltre alle consuete borse di dottorato ha cofinanziato altre borse per un valore superiore al milione di Euro in collaborazione con Enti pubblici e privati locali, nazionali ed esteri.

E' intenzione ripetere, con adeguamenti e modifiche, l'esperienza anche quest'anno, per cui vengono approvati tutti i dottorati proposti affinchè possano trovare adeguati finanziamenti per la copertura delle borse di studio. Una volta chiusi i termini di questa operazione (tra un mese), e in dipendenza dei risultati ottenuti, verranno ripartite le borse a completo carico istituzionale.

Iscrizioni studenti A.A. 2006/2007

- Tasse e contributi: l'adeguamento ISTAT sulla voce tasse ammonterebbe a circa 3 Euro ma, come è abitudine, ormai da alcuni anni viene suggerita una contemporanea contrazione per lo stesso ammontare della voce contributi in modo che per il quarto anno consecutivo la pressione economica sugli studenti rimanga invariata.

- Modalità:
  - immatricolazione *on-line* senza necessità di firma digitale, solo indicando gli estremi del pagamento ed inviando copia del titolo di scuola media superiore per via postale alle segreterie;
  - eliminazione del timbro di attestazione dell'iscrizione e pagamento tasse sul libretto.

Contratti e convenzioni

Vengono istituite due borse di studio con Alenia aeronautica e Lega del Filo D'Oro.

RAFFAELE GIORGETTI, ADRIANO TABLIABRACCI
Medicina Legale
Università Politecnica delle Marche

Alcol, droghe, farmaci: alterazioni comportamentali di rilevanza sociale

La trattazione del tema *sostanze psicoattive e alterazioni comportamentali di rilevanza sociale* implica preliminari riferimenti alla interrelazione alcol-droga e criminalità.

Si tratta di una interrelazione complessa la cui analisi è rivolta innanzitutto alla stima di entità e di modalità con le quali: l'uso di sostanze psicoattive determina il comportamento criminale; il comportamento criminale induce l'uso di tali sostanze; fattori comuni comportano sia l'uso di droghe - alcol - psicofarmaci che il comportamento criminale.

L'interpretazione e la comprensione delle varie interrelazioni che scaturiscono dai fenomeni sopra delineati possono derivare solo da una teoria dinamica, che muova da una equilibrata considerazione delle numerose variabili biologiche, psicologiche e sociali implicate. Le conoscenze scientifiche polidisciplinari intervenute negli ultimi decenni dimostrano che il quadro eziologico di riferimento dipende dalla interazione fra requisiti psicofisici, propri della personalità di base, e cultura dominante nella società, dalla cui valenza di repressività o tolleranza deriva l'entità, più o meno intensa, del valore di devianza del comportamento individuale.

Di per sé, il comportamento influenzato da sostanze psicoattive appartiene alla categoria dei crimini senza vittima ed assume una forma di devianza ove, mancando l'essenziale requisito della intenzionalità, la vittima si identifica spesso con l'aggressore.

Si pone, in tale ambito, la questione dell'efficacia della proibizione dell'uso di sostanze psicoattive, che mette in discussione l'impatto educativo della norma per finalità di prevenzione del comportamento criminale.

Se da un lato esistono evidenti limiti nel sistema di "controllo totale", vigente in alcuni paesi, non di meno è accettabile un sistema di "non controllo". E' dunque opportuno perseguire l'obiettivo di un assetto normativo che preservi la sicurezza sociale, mediante la prevenzione e la repressione della criminalità "diretta e indiretta" e mediante provvidenze socio-sanitarie, in favore dei dipendenti e degli abusatori di sostanze psicoattive. Un equilibrio di norme e di strumenti operativi, finalizzati ad impedire la commissione di reati sotto l'influenza di sostanze psicoattive (criminalità diretta per intossicazione acuta o cronica) o in stato di bisogno da esse indotto (criminalità indiretta in contingente stato di pseudonormalità).

La letteratura scientifica internazionale in ogni caso delinea uno stretto legame tra sostanze psicoattive e criminalità, ne pone in evidenza l'interazione reciproca a rinforzo positivo e la crescente frequenza di commissione di reati, di truffa, furto, rapina semplice e a mano armata, incidenti stradali e sul lavoro, lesioni dolose, prostituzione, violenza carnale, vandalismo, omicidi, associazioni criminali.

Di particolare rilievo ed onere per la società risultano gli effetti comportamentali delle droghe, dei farmaci e dell'alcol etilico causativi degli infortuni,

Fig. 1 - Giuseppe Balsamo, Alessandro Conte di Cagliostro. 1743-1795.

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane tenuti dal Prof. Adriano Tagliabracci nei giorni 29 marzo, 5 e 26 aprile 2006.

domestici, sportivi, sul lavoro e sulla strada.

Gli infortuni sulla strada e sul lavoro sono fra le prevalenti cause di morbilità e di problemi sociali nel mondo. Stime della Organizzazione Mondiale della Sanità fissano a circa 300 mila e a circa 10 milioni l'entità mondiale di morti e di invalidi che conseguono ogni anno agli incidenti stradali. In Italia i decessi per sinistri stradali sono circa 6000 ogni anno mentre gli infortuni sul lavoro ammontano a circa 1 milione l'anno, 1000 dei quali ad esito mortale.

L'applicazione delle metodologie scientifiche di studio di questi fenomeni ha consentito di identificare, nella genesi degli infortuni, un'origine multifattoriale con un comune denominatore causale costituito dalla interrelazione Uomo-Ambiente.

Il progressivo estendersi del consumo di sostanze voluttuarie ad azione psicoattiva e dell'esposizione massiva a xenobiotici di rilevanza tossicologica ha accentuato la complessità delle interrelazioni, attualmente inquadrabile nel complesso rapporto Sostanza-Uomo-Ambiente, ove la sostanza assume una notevole rilevanza causale.

Tra quelli conosciuti ed identificati, il comportamento dell'utente della strada (non solo conducente di veicoli ma anche pedone e passeggero) e del lavoratore costituisce il prevalente fattore di rischio. Il comportamento risente di variabili quali l'età, il sesso, lo stato civile, l'esperienza e lo stile di vita, lo stato emotivo, l'affaticamento, l'efficienza visiva ed i tempi di reazione, peraltro strettamente correlati alle condizioni del traffico e del lavoro. A tali variabili psicofisiologiche, che determinano in sostanza un assetto comportamentale di base individuale predeterminato, possono sovrapporsi talune condizioni morbose, acute e croniche, come l'epilessia, il diabete, le cardiovasculopatie, etc., capaci di indurre improvvisa perdita di coscienza, deficit di concentrazione e della coordinazione oculomotoria, allungamento dei tempi di reazione.

L'introduzione di un ulteriore fattore esogeno, come l'assunzione di xenobiotici (alcol etilico, farmaci o droghe d'abuso), determina un ulteriore e più complesso sistema di interrelazioni, con, generalmente, un peggioramento delle funzioni cognitive e comportamentali.

Le attuali conoscenze epidemiologiche e psicofarmacologiche sul ruolo degli xenobiotici nel determinismo degli incidenti stradali e degli infortuni sul lavoro trovano parziale riscontro nelle norme legislative. Accanto a misure disomogenee ma diffuse per il controllo della guida sotto l'influenza dell'alcol etilico, si deve rilevare infatti una disomogeneità di atteggiamenti nei confronti delle altre sostanze psicoattive.

Fig. 2 - Robert Fludd, medico, chimico e astronomo inglese. 1574-1637.

I risultati delle indagini scientifiche derivanti dagli studi epidemiologici e di psicofarmacologia sperimentale (questi ultimi condotti con test di guida reale, su simulatori o con test di laboratorio) hanno sostanzialmente determinato quanto di seguito riportato.

Alcol

Gli studi psicotecnici ed epidemiologici, promossi sin dal 1930 in Europa e in Nord America, consentono di concludere che il rischio di incidente

Fig. 3 - Il laboratorio dell'alchimista.

stradale indotto dall'uso di alcol risulta una funzione della sua concentrazione ematica (BAC, *Blood Alcohol Concentration*) e delle caratteristiche del conducente. Malgrado recenti studi abbiano dimostrato che anche livelli di BAC attorno a 10 mg%mL (pari a 0,1 g/L) costituiscano un rischio, esiste accordo in letteratura nel considerare un accettabile limite di rischio per la popolazione media adulta livelli di BAC inferiori a 50 mg%mL. Negli anziani e negli adolescenti (e ancor più nei neopatentati) anche concentrazioni ematiche inferiori a 50 mg%mL sono causa di disabilità e di aumento del rischio. E' comunque universalmente accettato che il rischio di incidente stradale mortale si eleva esponenzialmente al crescere della BAC moltiplicandosi di 3, 10 e 40 volte, allorché le concentrazioni superino gli 80, 100 e 150 mg%mL, rispettivamente. Le prove fornite dai più recenti studi e l'estensione del fenomeno dell'abuso di bevande alcoliche hanno già indotto i legislatori di diversi paesi ad abbassare il limite dei 50 mg%mL, introdotto anche in Italia con la Legge 168 del 2002.

Gli studi polispecialistici di questi decenni hanno consentito di individuare categorie di utenti della strada, consumatori di bevande alcoliche, a rischio elevato di incidente:

- età minore di 40 anni;
- basso livello socio-economico e culturale;
- frequente consumo di birra o di notevoli quantità di superalcolici in una singola sessione;
- tendenza a bere durante le ore notturne e i fine settimana;
- precedenti condanne per guida in stato di ebbrezza e per altri reati;
- tendenza ad uscire di strada e collidere contro ostacoli fissi.

La difficoltà ad inserire all'interno delle relazioni politico-sindacali tra imprenditori e organizzazioni dei lavoratori studi epidemiologici sulla prevalenza

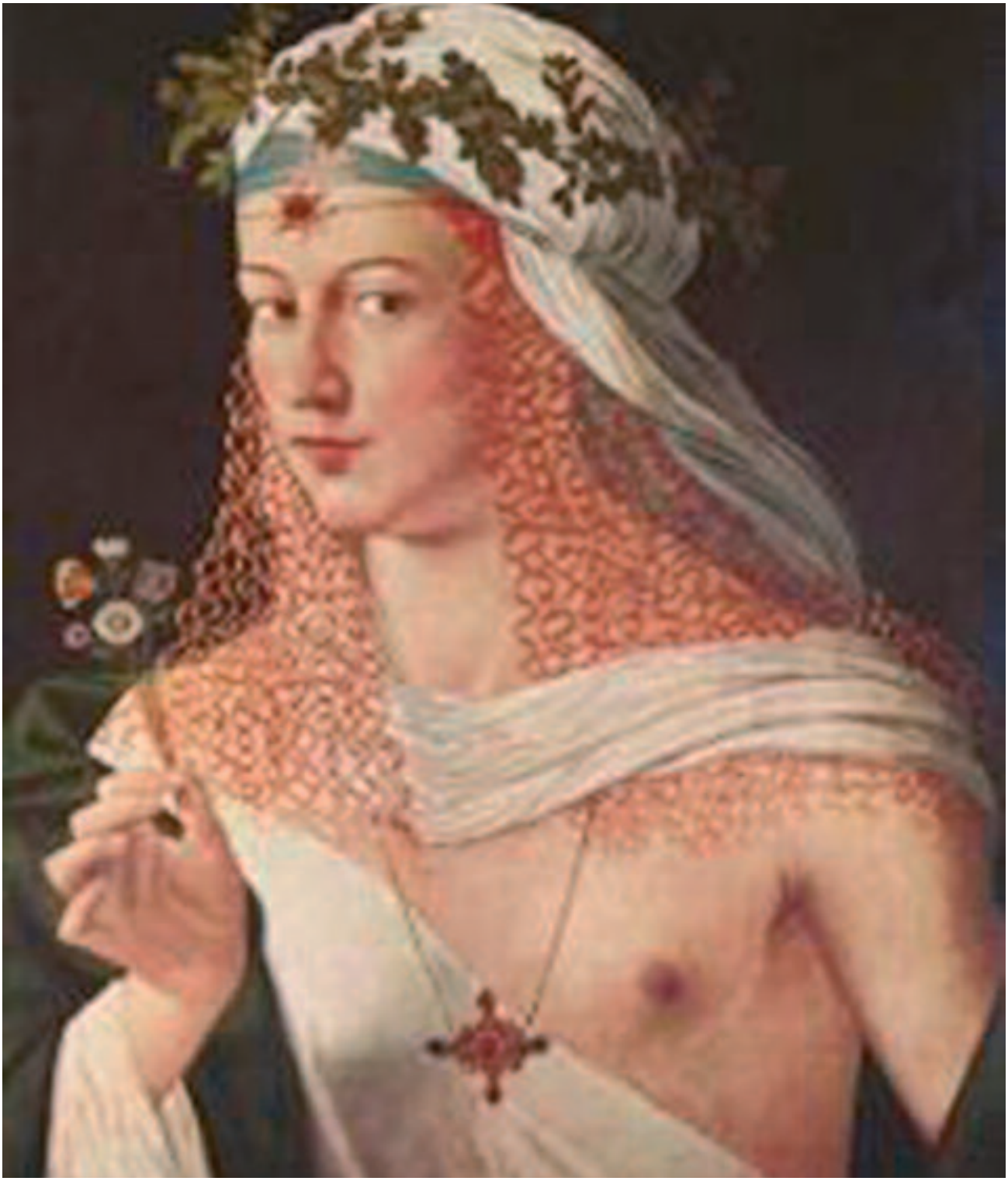


Fig. 4 - Bartolomeo Veneziano. Ritratto di Lucrezia Borgia (1480-1519).

Fig. 5 - Philippus Aureolus Theopharastus Bombastus von Hohenheim detto Paracelso. 1493-1541.

dell'alcolismo in *ambiente di lavoro* e sulla relazione alcol-infortuni sul lavoro rende ragione della scarsità di dati. Esiste una analoga scarsità di dati derivanti da studi sperimentali sul rapporto alcol/disabilità lavorativa e sulle specifiche attività che richiedono differenziati livelli di integrità delle funzioni cognitive. Non è neppure ben delineato il ruolo dell'uso, abuso e dipendenza da alcol sull'assenteismo e sulla frequenza, natura, tipologia e gravità degli infortuni sul lavoro.

Le valutazioni sulla rilevanza causale infortunistica dell'alcol sono dunque di natura deduttiva e si fondano sulla evidente analogia con i fattori causali degli incidenti stradali e sulla peculiari richieste psicofisiche dalle specifiche attività e mansioni lavorative. Malgrado la loro frammentarietà ed incompletezza, i dati di letteratura consentono comunque di stimare un ruolo causale o concausale dell'alcol etilico nel 10-15% degli infortuni sul lavoro. Stime elaborate dal *National Council of Alcoholism* (USA) indicano che l'alcolismo e l'uso di alcol in ambiente di lavoro, sarebbero causa, oltre che di infortuni con lesioni e morte, di: errori nella conduzione di macchine industriali o agricole; danni alla produttività di gruppo; lentezza ed errori di produzione; perdita di materiale e di accessori; assenteismo con necessità di sostituzione del personale.

Sostanze stupefacenti e psicofarmaci

Il numero rilevante di sostanze psicoattive offerte sul mercato (lecito ed illecito), la variabilità dei dosaggi impiegati, le differenze interindividuali (del metabolismo e della farmaco-tossicodipendenza) la mancata identificazione di riconosciuti rapporti dose-concentrazione-effetto, i frequentissimi fenomeni di sinergismo da poliassunzione, sono solo alcuni dei motivi che rendono ragione della complessità dell'argomento e della non concordanza di molte conclusioni.

Malgrado tali carenze, la somma delle conoscenze acquisite mediante gli studi sin qui svolti consente di riepilogare alcune conclusioni di seguito riportate.

I *sedativi/ipnotici* raddoppiano il rischio di incidente stradale.

Risultati non ancora conclusivi esistono sui *tranquillanti*, non essendo ancora chiaro il ruolo svolto dallo stato emozionale e/o psicopatologico originario (che motiva l'assunzione di tali sostanze) sulla sinistrosità.

Un aumento del rischio è prodotto dagli *anestetici locali* nelle 24 ore successive alla loro somministrazione, soprattutto in paziente sottoposti a terapia odontoiatrica ambulatoriale.

Un notevole incremento di rischio è stato evidenziato per gran parte degli *antidepressivi triciclici* e per gli *antistaminici*; sussistono risultati diametralmente opposti sui risultati epidemiologici e di psicofarmacologia sperimentale in ordine a disabilità indotte da posologie terapeutiche di *stimolanti*. Questi determinano un sicuro miglioramento della *performance* psicomotoria ma sono riscontrati con frequenza molto elevata nei soggetti vittima di sinistri stradali. Il ruolo causale di queste sostanze, nel determinismo degli incidenti, è con ogni evidenza da attribuire alle manifestazioni comportamentali anomale di aggressività, eccessiva autostima e disponibilità ad assumere

Fig. 6 - Socrate si avvelena con la cicuta.

rischi incongrui.

L'assenza di esaurienti studi epidemiologici non consente conclusioni inoppugnabili sugli *allucinogeni*, la cui incidenza negativa, sull'abilità del conducente o del lavoratore, è comunque confermata dagli studi di interazione uomo-macchina.

Gli assuntori cronici di *oppiacei* non costituiscono un gruppo a rischio ma la incompletezza degli studi impone cautela e necessità di valutare il singolo caso alla luce delle complesse condizioni cliniche nelle quali trovasi un assuntore, soprattutto se in terapia sostitutiva o antagonista. In contrasto con quanto per lo più si ritiene, sussiste certezza scientifica in merito all'elevato indice di rischio che coinvolge gli assuntori occasionali o abituali di derivati della *Cannabis indica*. Le prove sperimentali di interazione uomo-macchina e gli studi epidemiologici fugano residui dubbi sulla pericolosità di tale sostanza psicoattiva.

Trascurabile incidenza generale sull'entità del fenomeno è dovuta a *ormoni*, *farmaci cardiovascolari*, *antibiotici*, *solventi* e *monossido di carbonio.*

Aumento di rischio ed elavata probabilità di incidente sussistono in caso di poliassunzione, per fenomeni di sinergismo e interazione farmaco-tossicodinamica e/o cinetica.

La rilevanza sociale dei fenomeni citati e la onerosità delle conseguenze per la collettività non trovano adeguate e proporzionate misure di controllo e contrasto nel nostro paese.

In alcuni paesi occidentali, ad elevato sviluppo industriale e ad elevata incidenza di abuso di sostanze psicoattive, significativi risultati di prevenzione sono stati ottenuti mediante la realizzazione di specifici programmi, tendenti a:

- informare la collettività sui rischi della guida e del lavoro sotto l'influenza dell'alcol e sulle relative sanzioni penali e civili;
- educare il personale sanitario sulla indispensabilità di una rigorosa metodologia di valutazione clinica della idoneità alla guida e al lavoro;
- effettuare periodici controlli su conducenti e lavoratori non coinvolti in infortuni, al fine di mantenere desta l'attenzione sulla possibilità di sanzioni, di controllare l'andamento del fenomeno e l'efficacia dei provvedimenti adottati per prevenirlo.

I significativi successi ottenuti in alcuni paesi, prevalentemente scandinavi, dimostrano che l'acquisizione di un ampio bagaglio culturale sul fenomeno è indispensabile per affrontare e risolvere i problemi medico-sociali. Nel nostro paese si è sin qui omesso di conoscere la reale entità del fenomeno e non si sono realizzati coordinati programmi di prevenzione e controllo. L'estendersi della cultura medico-tossicologica, non influenzata da fuorvianti ideologismi, deve indurre, anche in Italia, la futura impostazione di programmi articolati di intervento, la cui non più procrastinabile necessità scaturisce dalla diffusione epidemica della dipendenza ed abuso di sostanze psicoattive. Il presupposto di questi interventi è rappresentato dalla negazione della impossibilità del controllo del fenomeno "droga, alcol e sostanze psicoattive", mentre le condizioni da realizzare, ai fini del controllo, sono:

- la conoscenza e il monitoraggio del fenomeno in tutti i suoi aspetti;
- la programmazione e il coordinamento degli interventi istituzionali, socio-sanitari e giudiziari;
- la professionalità degli operatori.

Si tratta, in definitiva, di affrontare con criteri e metodologia scientifica un argomento che è stato lungamente (ed in misura minore anche oggi) oggetto e terreno di confronto di opinioni e valutazioni che muovevano da presupposti etici, sociali, ideologici o politici non infrequentemente predeterminati e fuorvianti.

Fig. 7 - Jacques-Louis David. La morte di Marat. *1793.*

Bibliografia

1) Barnas, C., Miller, C.H., Sperner, G., Sperner Unterweger, B., Beck, E., Hinterhuber, H. and Fleishaker, W.W. (1992) The effects of alcohol and benzodiazepines on the severity of ski accidents. Acta Psych Scand 86, 296-300.

2) Block, R.I., Erwin, W.J., Farinpour, R. and Braverman, K. (1998) Sedative, stimulant and other subjective effect of marijuana: relationships to smoking techniques. Pharmacology Biochemistry and Behavior 59, 405-412.

3) Borkenstein, R. F., Crowther, R. F., Shumate, R.P., Ziel, W. B. and Zylman, R.(1964) The Role of the Drinking Driver in Traffic Accidents. Department of Police Administration, Indiana University.

4) Bradford, J.M., Greenberg, D.M. and Motayne, G.G. (1992) Substance Abuse and Criminal Behavior. Psychiatric Clinics of North America 15, 605-622.

5) Burns, M. (1993) Cocaine effects on performance. In Alcohol, Drugs and Traffic Safety -T92, Utzelmann, H.D., Berghaus, G. and Kroj, G. eds, pp. 612-619. Verlag TÜV Rheinland, Köln.

6) Deptula, D. and Pomara, N. (1990) Effects of antidepressants on human performance: a review. Journal of Clinical Psychopharmacology 10, 105-111.

7) Fant, R.V., Heishman, S.J., Bunker, E.B. and Pickworth W.B. (1998) Acute and residual effects of marijuana in humans. Pharmacology Biochemistry and Behavior 60, 777-784.

8) Ferrara, S.D. and Giorgetti, R. eds, (1992) Methodology in man-machine interaction and epidemiology on drugs and traffic safety. ARFI Research, Monograph 6, Turato, Padova.

9) Ferrara, S.D., Zancaner, S. and Giorgetti, R. (1994) Low blood alcohol concentrations and driving impairment. International Journal of Legal Medicine 106, 169-177.

10) Gutiérrez Fisac, J.L., Regidor, E. and Ronda E. (1992) Occupational accidents and alcohol consumption in Spain. International Journal of Epidemiology 21, 1114-1120.

11) Kerr, B., Hill, H., Coda, B., Calogero, M., Chapman, C.R., Hunt, E., Buffington, V. and Mackie, A. (1991a) Concentration-related effects of morphine on cognition and motor control in human subjects. Neuropsychopharmacology 5, 157-166.

12) Kurzthaler, I., Hummer, M., Miller, C., Sperner Unterweger, B., Gunther, V., Wechdorn, H., Battista, H. J. and Fleischhacker W.W. (1999) Effect of cannabis use on cognitive functions and driving ability. The Journal of Clinical Psychiatry 60, 395-399. Pickworth, W.B., Rohrer, M.S. and Fant, R.V. (1997)

13) Effects of abused drugs on psychomotor performance. Experimental and Clinical Psychopharmacology 5, 235-241.

14) Shannon, H.S., Hope, L., Griffith, L. and Stieb, D. (1993) Fatal occupational accidents in Ontario, 1986-1989. *American Journal of Industrial Medicine* 23, 253-264.

15) Smiley, A. (1987) Effects of minor tranquillizers and antidepressants on psychomotor performance. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 22-28.

ANNAMARIA RAIA
Università di Urbino

Jan Jonston (1603-1675)

Jan Jonston nacque il 3 settembre 1603 a Sambter, in Polonia, da una famiglia di origini scozzesi. Nel 1622 si recò in Scozia per studiare la lingua ebraica e la filosofia, e diventò precettore di giovani di nobili famiglie. Dopo il 1628 si recò a Francoforte, a Lipsia, poi a Leyden, dove studiò medicina, si laureò nel 1634, quindi intraprese la professione del medico.

Continuò in seguito i suoi studi in questo campo a Londra, dove rimase per lungo tempo.

Grazie alle sue opere egli conquistò una grande fama, tanto da ricevere diversi incarichi, soprattutto come precettore, che gli permisero di viaggiare molto in Germania, Scozia, Inghilterra e Olanda. Dopo aver frequentato anche le università di Francia e Italia, egli ritornò nel 1636 in patria e si stabilì a Leszno.

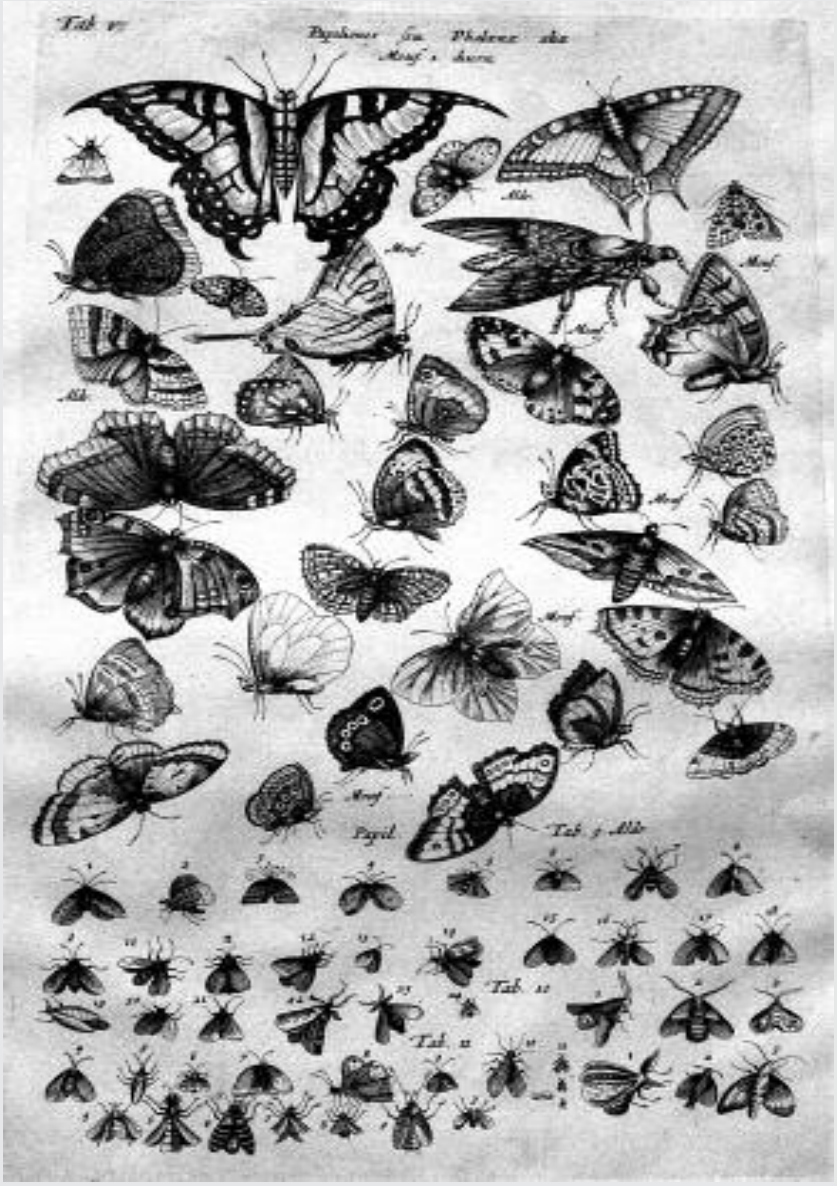
Rifiutò la cattedra di medicina a Leyden nel 1640, ma nel 1642 accettò l'incarico di docente di medicina a Francoforte, che mantenne per un breve periodo.

Durante la guerra che vide la Polonia schierata contro la Svezia, Jonston si trasferì in Slesia, per avere una vita tranquilla, e visse nei pressi di Liegnitz, dove morì l'8 giugno 1675.

La sua grande erudizione si concretizzò in opere che coprivano diversi campi: storia, filosofia, medicina e scienze naturali.

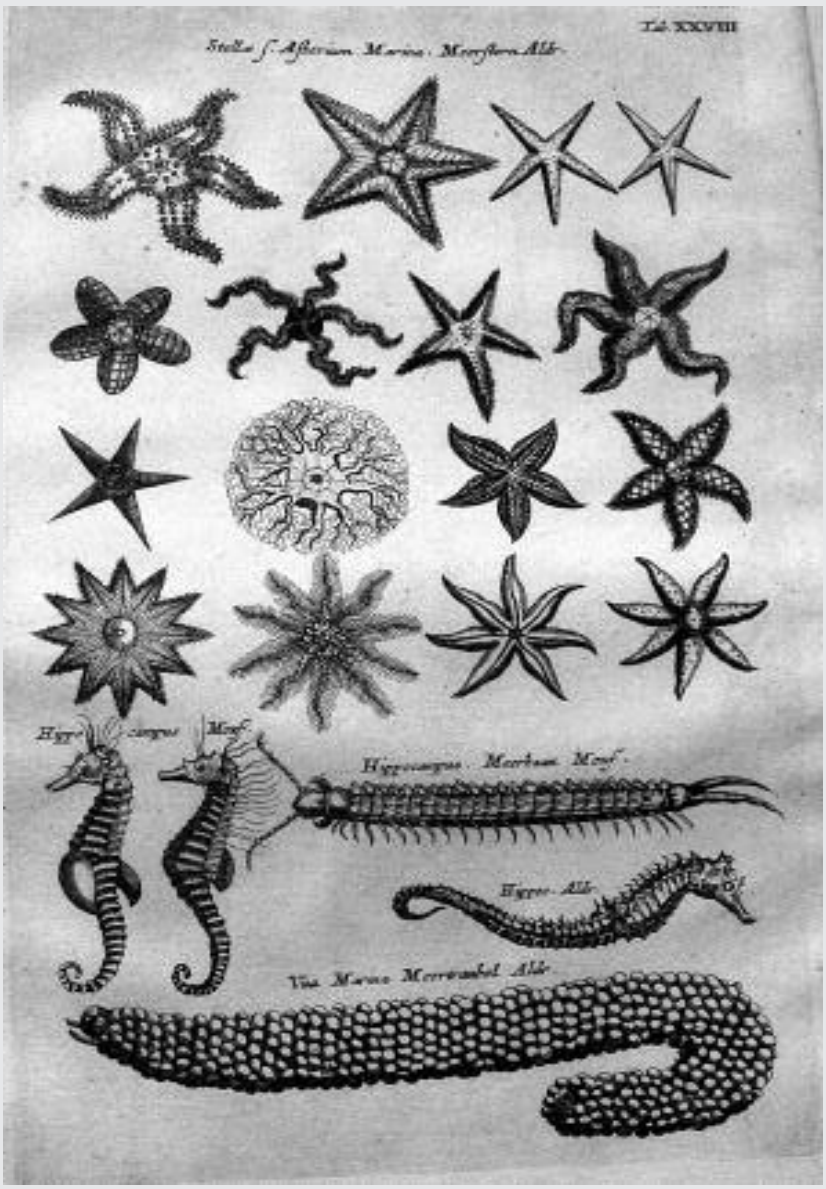
Alcuni commentatori cercarono di mettere in ombra il loro valore, definendole mere compilazioni che mostravano un certo nozionismo, senza nessun contenuto originale. Questo giudizio può avere un fondamento di verità, specialmente per quanto riguarda le numerose opere di storia naturale, in cui spesso Jonston fa riferimento agli scritti di altri, tra i quali Ulisse Aldrovandi. D'altra parte, anche se esse non raggiunsero sempre lo standard richiesto da alcuni contemporanei, non si può negare il contributo significativo che

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE



diedero al crescente interesse per la storia naturale, durante la prima metà del XVII secolo. Ad esempio, le opere di Jonston sui pesci, sugli uccelli, sui quadrupedi e sugli insetti, pubblicate fra il 1650 e il 1653, furono ampiamente lette e tradotte, e ne furono pubblicate nuove edizioni fino alla seconda metà del XVIII secolo.

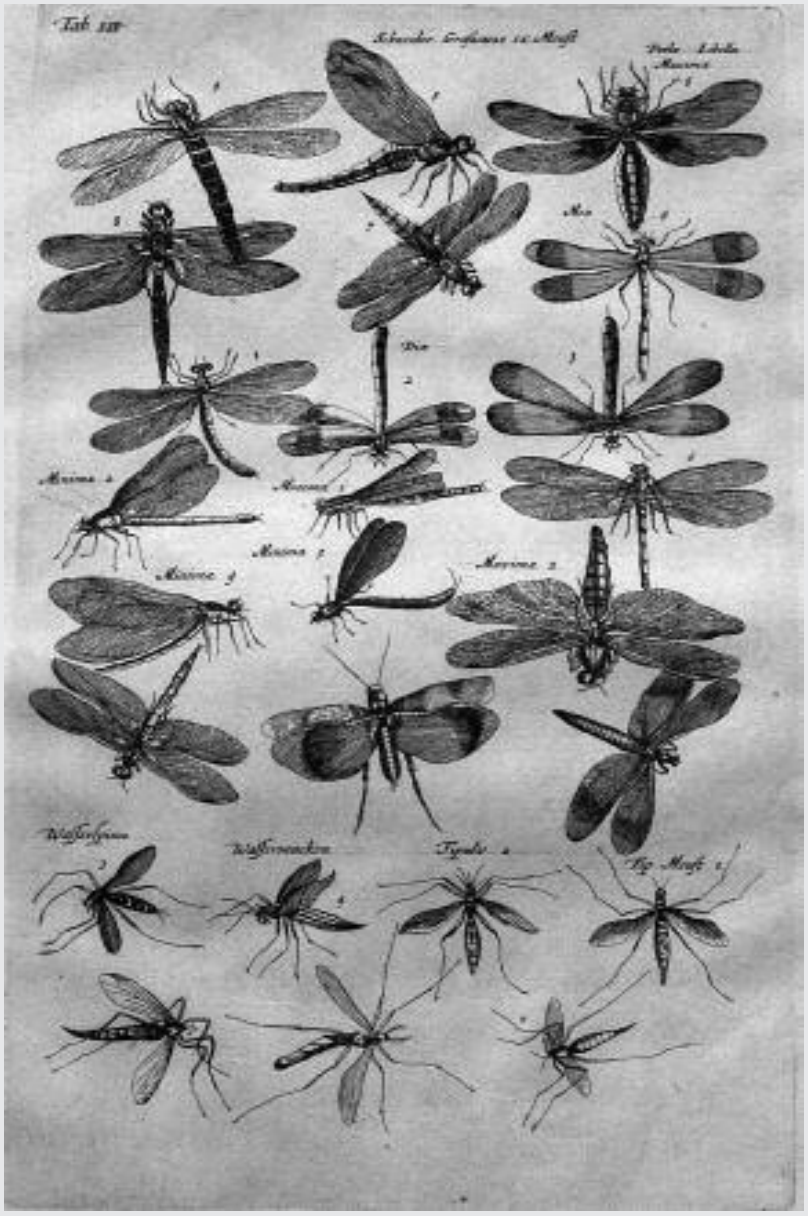
Fra le opere mediche di Jonston, la più conosciuta è *Idea Universae Medicinae Practicae*, pubblicata per la prima volta ad Amsterdam nel 1644, poi a Venezia nel 1647, di nuovo ad Amsterdam nel 1648 e nel 1652, e nel 1655 a Lione. L'opera fu poi commentata da J. Michaelis e da T. Bonnet, e fu tradotta in inglese da Nicholas Culpeper nel 1652. La cura impiegata dall'autore nella preparazione del testo ha reso l'opera particolarmente interessante per gli studenti. Il contenuto riguarda non solo le condizioni cliniche, ma fornisce anche sommari di materia medica, e trat-



ta dell'influenza sulla la salute di elementi come aria, cibo, bevande, movimento, riposo, sonno e veglia. Jonston diede molta importanza ai segni e ai sintomi, e contribuì a far crescere l'osservazione clinica in medicina.

Scrisse anche opere scientifiche come *De Naturae Constantiae* (Amsterdam 1652, tradotta in inglese nel 1657), in cui sosteneva che sia i fenomeni naturali sia la natura umana non erano cambiati nel corso del tempo: queste affermazioni riflettono il conservatorismo presente nel suo approccio scientifico, anche se, riguardo alla teoria degli elementi, Jonston era convinto che fossero tre e non quattro, come nella tradizione: sosteneva che il fuoco è la parte suprema dell'aria, e "dal momento che nella Scrittura non si parla di fuoco, perché noi dovremmo considerarlo?" Jonston accettava le teorie di Paracelso, secondo le quali il sale, lo zolfo e il mercurio sarebbero i costi-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE



tuenti fondamentali della materia, anche per la presenza, in questa teoria, del numero tre (numero della Trinità, dei tre spiriti dell'uomo – animale, vitale e naturale – e dei tre tipi di vasi – nervi, arterie e vene).

Egli parlò di tre umori nel corpo umano, e abbandonò la tradizionale teoria dei quattro umori che aveva sostenuto nella sua opera *Idea Universae Medicinae Practica*.

Le opere di Jonston diedero un prezioso contributo al pensiero scientifico del XVII secolo, sebbene non siano state particolarmente innovative.

Le figure riprodotte sono tratte dal volume *Historiae naturalis de insectis*, custodito nella Biblioteca di Urbino.

Gabriele Borsetti
Clinica Psichiatrica
Università Politecnica delle Marche

Il possibile contributo della psicoanalisi alla prassi medica

Parte prima

Lo scopo di queste notazioni introduttive è quello di restituire alla relazione tra il medico ed il suo paziente, prima di ogni connotazione specialistica, la dimensione di rapporto interpersonale fortemente caratterizzata dalla dimensione di aiuto e di cura.

Questa relazione è in primo luogo di interesse psicologico e si sviluppa in quella parte della medicina conosciuta ed attraversata dal vertice della Psicologia Medica e della Psicoterapia.

La relazione medico-paziente è un dialogo tra due soggettività, costituita non solo dalle comunicazioni verbali, ma soprattutto da quelle non verbali e condizionata da preconcetti complessi, individuali e collettivi, che ogni individuo porta con sé, riassumibili nelle diverse visioni del mondo e dalle diverse modalità di percezione dello stesso rapporto di cura che vanno stabilendo, il medico per curare e se possibile guarire, il paziente per essere aiutato nel travaglio della malattia.

Da sempre il sapere e la figura del medico sono stati considerati il primo farmaco e la fiducia nelle cure è sempre stata la prima condizione necessaria all'efficacia della prescrizione, cosa che noi moderni mettiamo in relazione a quella che chiamiamo *compliance*.

La relazione con il paziente (o clinica) è da sempre stata considerata una componente essenziale del processo di guarigione in funzione di ciò che veicola e che, a seconda dei luoghi e delle culture, viene chiamato effetto *placebo*, suggestione, magnetismo, carisma, autorità, influenzamento, condizionamento ed altro.

I contributi provenienti dalla clinica psicoanalitica ci permettono di focalizzare e nominare questo "veicolo" per poterlo utilizzare proficuamente e realisticamente in favore della cura, senza ledere la dignità ed il rispetto dovuto alla persona del malato e situando la medicina come conoscenza scientifica sempre meno affidata alla magia del carisma ed alla mera pratica.

Questo veicolo, che può essere assimilato ad un micro-intervento psicoterapeutico, verrà spiegato nelle proprie dinamiche secondo un'ermeneutica psicoanalitica, e scomposto in fattori definiti psicoterapeutici aspecifici.

Questi fattori vengono chiamati psicoterapeutici perché hanno una valenza terapeutica che si attua attraverso processi psicologici all'interno della relazione medico-paziente, concordemente alla definizione di psicoterapia, termine che identifica un metodo specifico di trattamento effettuato tramite l'attivazione di processi mentali.

Vengono definiti aspecifici perché pressoché ubiquitari nelle relazioni di aiuto e non riferiti specificamente a tecniche psicoterapeutiche anche se ne costituiscono un efficace substrato basilare e portante.

Fattore transferale

Il paziente attribuisce al medico un potere di accudimento ed un saper guarire (che equivale ad un far tacere la sofferenza) che in passato aveva attribuito e sperimentato con i genitori, in un modello di relazione sul quale si modella e struttura ogni ulteriore relazione di aiuto, compresa ovviamente quella con il medico.

Di conseguenza se un paziente non ha avuto esperienza di una buona relazione di cura ed accudimento sarà molto diffidente nei confronti del medico. Questo fattore è alla base del ruolo di possibile pacificatore e riorganizzatore che è proprio del medico in virtù di queste riedizioni e riattualizzazioni relazionali che consentono di sollevare il malato dalla sua tensione, facilitandone il processo di ricomposizione attraverso la regressione e l'affidamento.

Di contro, sempre per il potere descritto, il medico può, con la sua potenzialmente algida competenza e nella impersonale indifferenza, lasciare che il paziente cada in preda all'angoscia e si disorganizzi ulteriormente perché privato di una comunicazione portatrice di senso e ricca di risonanza affettiva.

Di conseguenza la qualità della relazione che si stabilirà è determinante nel processo di cura, in fun-

Corso Monografico tenuto dal Prof. Gabriele Borsetti, che si concluderà il prossimo 7 Giugno.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Fig. 1 - Il medico, *frammento di pittura di anonimo del XIX secolo.*

zione proprio delle parole utilizzate e del clima affettivo emozionale creato dal medico.

Fare diagnosi, dare un nome alla sofferenza, alla malattia comporta introdurre un significato capace di attenuare l'angoscia e di favorire la riorganizzazione psichica.

Nel reintrodurre un senso nominando la malattia il medico limita l'angoscia legata alla realizzazione di una minaccia antica, sconosciuta e imponderabile, relata a timori infantili sempre presenti nell'inconscio del paziente.

Per realizzare efficacemente queste premesse il medico dovrà adattare il proprio linguaggio a quello del paziente e, non essendo un caso che in questa circostanza sia il corpo a parlare richiedendo cura e attenzione, sarà di conseguenza necessario che il dialogo ed ogni intervento avvenga sul piano delle cure corporee.

Infatti, nonostante la comprensione della condizione psicologica del paziente, il medico deve tenere presente che questa via non è per lo più praticabile dal soggetto che focalizza quasi esclusivamente la propria sofferenza somatica e che quindi criticherà qualsiasi interpretazione selvaggia.

In questo caso potrà avere più valore terapeutico l'utilizzare la malattia per condurre il paziente ad accettare una certa fisiologica regressione e dipendenza, cogliendo anche l'occasione per consentirgli di ridare un nuovo ordine ai suoi legami intrapsichici ed interpersonali.

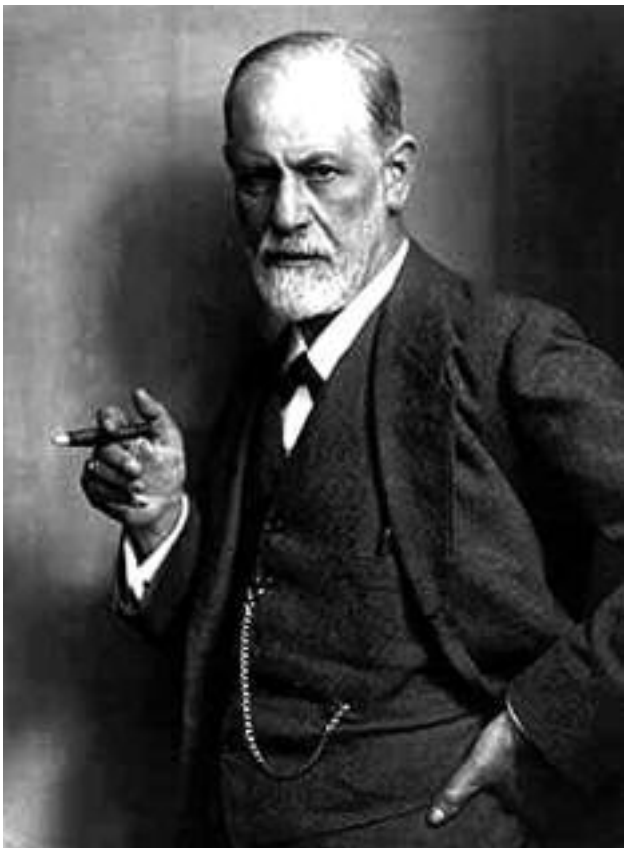


Fig. 2 - Sigmund Freud (1856-1939).

Fattore empatico

Regressione e *maternage* sono indotti anche dallo stesso esame clinico del malato, dalla manovre di ispezione, percussione, palpazione e auscultazione, innescanti un tipo di relazione la cui somiglianza con l'accudimento materno è stretta.

Le manovre semeiologiche ed il dialogo ad esso associato, corredato da ascolto attento ed interessato, durante la rilevazione dei segni svolgono un potente effetto psicoterapico legato alla somiglianza di queste manovre con le cure che ogni mamma presta al proprio bambino e che forniscono, secondo Winnicott, un sostegno (*holding*) che si estende dal corpo all'Io dell'infante permettendone lo sviluppo e la fortificazione.

Secondo Kohut queste funzioni fondamentali vengono descritte come riconoscimento empatico e rispecchiamento che forniscono al bambino la consapevolezza di essere riconosciuto, accettato e incoraggiato nei suoi vissuti interiori.

Importanza fondamentale in questo contesto, riveste lo sguardo del genitore, come di estrema importanza è che lo sguardo clinico sia meno inquisitorio e più partecipativo nei riguardi della sofferenza, specie negli anziani.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby insiste invece sulle componenti innate, istintuali ed etologiche, caratterizzate dal desiderio di benessere, continuità di cure, stabilità e sicurezza ricercate dal bambino nelle persone che lo accudiscono.

Queste funzioni vengono fondamentalmente rievocate nella relazione del medico con la persona malata e pertanto regredita in un atteggiamento di dipendenza infantile.

Questa regressione facilita appunto l'accudimento e la cura, ma evoca anche bisogni e sentimenti di protezione e nutrimento per lo più difficilmente accettati da un adulto, benché sofferente, e crea a volte difficoltà ad affidarsi, interferendo così con la *compliance*.

Con queste osservazioni non si vuole affermare che sia impossibile un rapporto di pariteticità adulta tra il medico ed il suo paziente, ma che tale relazione evoca un corredo emozionale particolare che influisce nella vita di relazione estesa del paziente.

Fattore narrativo e conoscitivo

La procedura clinico diagnostica ha una ineludibile valenza psicoterapeutica nell'aspetto ermeneutico messo in atto tramite la raccolta dei dati anamnestici. In essa il paziente si racconta (racconta la sua visione del mondo e delle cose), vengono rilevati i segni semeioticamente, implicitamente raccolti come pegno di una sofferenza accolta e comprensibile, per arrivare alla formulazione di una diagnosi.

Il paziente raccontandosi, ritrova una storia, la sua storia di eventi e di vissuti che lo identificano nel soggetto che è "qui ed ora". Ritrovando la sua presenza e la sua identità, il malato inscrive la sua sofferenza in un contesto storico, sociale e familiare, soggettivo e collettivo, che lo situa e dà signifi-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

cazione agli eventi anche sgradevoli come la malattia, ma che lo caratterizzano ancora di più invece che decurtarne le possibilità.

Questo percorso è assimilabile a quello psicoterapeutico, dove la rievocazione del passato, rivissuto nel presente della relazione di aiuto, media una donazione di senso, prima perduta, non conosciuta o non esistente.

La malattia infatti rappresenta una frattura nella continuità di senso esistenziale, una ferita narcisistica che limita il senso di potenza insito in ogni umana proiezione nel futuro.

La malattia, impedendo i progetti, rendendoli inattuabili, obbliga ad una riflessione e ad una riorganizzazione definitoria della esistenza (molti malati sono grati, in modo apparentemente paradossale, alla loro malattia quando dicono "grazie ad essa, ho capito che....").

Fattore ricostruttivo con donazione di senso

Il processo introversivo avviene solo nel caso in cui è possibile un lavoro di elaborazione dei microlutti associati alla malattia, operazione permessa dall'anamnesi e facilitata dal medico che tenga conto di questi aspetti.

Continuando ad utilizzare gli apporti psicoanalitici più recenti corredati dall'osservazione diretta dell'interazione madre-bambino, potremmo sostenere che il rapporto medico-paziente è, riconosciute le debite e realistiche differenze, comparabile nei piani inconsci a quello della madre con il figlio durante i primi mesi di vita.

In questo periodo si assiste ad un fenomeno descritto da W. Bion come contenimento materno (*reverie*) che consisterebbe nella metabolizzazione delle paure del bambino che vengono restituite depotenziate, nella relazione empatica, dell'aspetto eccessivamente doloroso ed arricchite di significato.

Questo propone Bion nella sua teoria sulla relazione contenitore/contenuto e della trasformazione del dolore e della sofferenza mentale ad opera di questo a partire da elementi *beta* (contenuti emozionali incoordinati e angosciosi) in elementi *alfa* (pensieri tollerabili nella loro carica emozionale).

Similmente il paziente, regredito nelle modalità relazionali per la condizione di malattia che richiede dipendenza accuditiva, porterà al medico l'angoscia relativa alla frattura esistenziale determinata dalla sofferenza senza nome, perché vissuta come insensata, nel tentativo di una donazione di senso che è richiesta al medico sotto forma di diagnosi.

Anche nella concezione psichiatrico-fenomenologica la comunicazione diagnostica, all'interno di una relazione significativamente comprensiva, permette di dare un nome alla sofferenza senza significato, il dolore subito si trasforma in dolore vissuto, il corpo oggettivato dalla anatomia e dalla patologia (Korper) per la presenza di una disfunzione, estranea al soggetto perché non voluta, si soggettivizza per mezzo della relazione comprensiva.

La malattia viene così inscritta nel corpo vissuto (*Lieb*), luogo di significazione imprescindibile della soggettività, della presenza e della condizione di gettitudine.

La crisi del senso di continuità dell'essere (*Sinngesetzlichkeit*) diviene svolta, progetto per una nuova significatività esistenziale.

In questa dimensione la diagnosi si propone come un dato che può restituire significatività e senso all'accidente, e rappresentare un tassello prima mancante al *collage* esistenziale.

La malattia può quindi proporsi come invito a nuove attenzioni esistenziali, a rivisitazione della propria visione del mondo, purtroppo oggi spesso inficiata da stereotipi megalomanici e maniacali di iperproduttività e individualismo esasperato.

La comunicazione diagnostico-terapeutica nonché quella prognostica, possono, in questa prospettiva, divenire strumento psicoterapico prima che presidio clinico terapeutico.

Il farmaco come oggetto transizionale

La prescrizione farmacologica è l'atto conclusivo della consultazione e nello stesso tempo l'occasione per l'inizio di un processo relazionale che, tra le ineludibili oscillazioni farmacofiliche e farmacofobiche, si protrarrà auspicabilmente nel tempo per

monitorare l'adeguamento alle prescrizioni e l'andamento della malattia.

Questa relazione farmaco-mediata, il più delle volte, non si svilupperà secondo la previsione prognostica e dell'efficacia farmacologica, ma in stretta dipendenza del clima interattivo tra medico e paziente.

La prescrizione, quindi, non è mai disgiungibile né da chi la effettua o la recepisce, dal contesto, dal perché e dal come si effettua, né dalla natura stessa della sostanza.

Nel prescrivere una terapia farmacologica è altrettanto importante la capacità di questa nel risolvere od incidere sui sintomi maggiori, la rapidità o meno dell'azione benefica, l'insieme degli effetti collaterali, tanto quanto il significato di imposizione, di controllo o di disponibilità affettiva, di soluzione magica dei problemi, di riconoscimento di sofferenza offerto dal medico al paziente.

Nella consultazione medica quando il problema presentato è relativo presumibilmente alla somatizzazione di una sofferenza psichica, la precoce somministrazione di farmaci può rappresentare per entrambi gli interlocutori, un modo di affrontare con un agito prescrittivo, prima di una valutazione diagnostica, una situazione di tensione che necessita invece di essere colta nei significati e nelle espressioni comunicative relative ai conflitti sottesi nei sintomi.

Ciò significa dichiarare che determinati aspetti del comportamento e dell'esperienza non possono essere riconosciuti e gestiti all'interno di un rapporto, e che questi sono sottratti alla possibilità di controllo e trasformazione da parte del medico e del paziente e quindi devono essere affidati ad un'istanza più "potente".

Al tempo stesso il medico, assumendo il controllo di un oggetto onnipotente, magico e scientifico allo stesso tempo, si attribuisce le stesse qualità del farmaco agli occhi del paziente e a volte, inconsapevolmente, ai propri.

Il paziente, nel suo approccio con il medico, cerca nella prescrizione farmacologica un riconoscimento del suo dolore e della sua sofferenza che non può

Fig. 3 - Carl Gustav Jung (1875-1961).

essere negato con un ascolto distratto: in questo il farmaco da un lato conferisce consistenza al dolore, ma dall'altro rischia di cristallizzare un rituale terapeutico che annulla la necessità di un lavoro di attribuzione di senso.

Ciò permette al soggetto di ottenere, di fronte alle persone che lo circondano, il riconoscimento di quel ruolo di malato debole ed indifeso che necessita di aiuto e comprensione, ma talvolta conferma una posizione infantile nascondendo il senso del sintomo.

Molto spesso l'elaborazione del problema di base viene inibito, in un collasso collusivo, proprio da una terapia instaurata anzitempo, senza che vi sia stato quel periodo di valutazione diagnostica e di comunicazione senza agiti prescrittivi durante il quale l'incontro può porsi e crescere perché da entrambe le parti vi è un'adesione, una comprensione, un accordo che impegna entrambi nel percorso terapeutico come obiettivo comune.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

In ogni caso, anche nella più corretta modalità di approccio, le fantasie dei pazienti arricchiscono o depauperano di significato i farmaci che si accingono ad assumere. Riportiamo qui di seguito alcune possibilità esemplificative.

1) A volte il paziente attua dinamiche narcisistiche che comportano un uso perverso del farmaco, il quale lontano dal servire come tramite nella relazione, viene assunto al fine di garantire che il rapporto con il medico non raggiunga coinvolgimenti indesiderati perché più profondi.

In realtà questo assetto psicologico utilizza dinamiche infantili che magicamente collocano (per identificazione proiettiva) la sua parte malata nel farmaco assunto, dato che questa parte mortifera non può essere tollerata e tenuta dentro di sé. Di conseguenza il farmaco nel tempo si connoterà di valenze pericolose da allontanare tramite la sospensione non concordata, visto che il medico è stato depotenziato nella sua dimensione emozionale e non avrà quindi peso nella decisione di interrompere la terapia.

2) Situazione opposta è quella che vede il farmaco vissuto come medicamento magico-onnipotente con tendenza alla dipendenza, cioè come unico garante della propria salute e sfociando in un rituale necessario, di importanza vitale, in alcuni casi come quello del bambino con il seno della madre, fino ad assumere i caratteri di una bulimia farmacologica.

Si può in tal modo strutturare un *transfert chemioterapico,* collaterale o sostitutivo di quello psicologico nei confronti del medico, che si oppone alla consapevolezza del significato esteso di malattia e spesso si accompagna alla manipolazione delle terapie ed alla autosomministrazione.

Il paziente si sente così sano perché guarito dal potere del farmaco, e di conseguenza il medico diviene necessario come la madre per il bambino, ma solo per la necessità del latte-farmaco, come nelle relazioni con i tossicodipendenti, dove si assiste al paradosso della convinzione di essere normali e liberi da ogni condizionamento, dove la parte malata/corpo è affidata alle cure del farmaco/seno/medico e la parte sana, spesso residuale, rimane libera perché lontana dalla malattia e dalla morte cosi sapientemente quanto infantilmente allontanate.

In tutto questo il medico viene manipolato e tenuto lontano da qualsiasi modificazione e cambiamento emozionale che avvicini ai contenuti di questa dipendenza tossica.

Questa dipendenza è definibile come tale sia sul piano biologico, perché la negazione della necessità di simbiosi affettiva comporta l'assunzione di quantità tossiche di farmaci, sia sul piano psicologico, perché la dipendenza inconscia rimane così intensa (fusionale) ed inelaborata da non permettere la sopravvivenza con un'autonomia affettivo-esistenziale.

Da queste descrizioni emerge una dimensione simbolica del farmaco che prende orma tanto dalla cornice personologica del paziente quanto da quella del campo interattivo instaurato con il medico.

Questa definizione ci evoca la similitudine del farmaco con l'oggetto transizionale descritto da Winnicott secondo il quale un oggetto particolare viene caricato dal bambino di significati che mediano la presenza della madre e di sé insieme, per permettere nel gioco di controllare la inevitabile possibilità di separazione, dato che, se il bambino se ne distacca, le parti del sé e della madre rimangono fuse, permettendo l'illusione temporanea che il bambino e la sua mamma saranno sempre insieme, almeno in questo oggetto.

Nel caso del farmaco le parti così coniugate indissolubilmente vengono introdotte dentro l'organismo attraverso la somministrazione e permettono l'illusione di una costante presenza interiore di una istanza curante e creativa.

In questo modo il farmaco potrebbe ricevere un significato transizionale per cui, se somministrato in una relazione "sufficientemente buona", potrebbe rappresentare la relazione medico-paziente ingerita e collocata dentro di sé per essere assimilata, rappresentando la incorporazione di un oggetto rassicurante quanto una madre accudente e protettiva nei confronti di un bambino malato.

Se la relazione non sarà abbastanza buona il farmaco si colorirà di una valenza pre-simbolica, legata al significato parziale di cosa legata alla malattia e non di oggetto che rappresenta la relazione di cura, da scindere dalle cose/oggetti/ figure interne buone minacciate dalla malattia.

In questa posizione il farmaco potrà negativamente acquisire un valore di feticcio, veleno, materiale fecale e di rifiuto, e potrà essere vissuto come sadico, persecutorio, autistico, confuso, etc., divenendo messaggio che il paziente assume come significato in relazione alla distorta interazione con il medico.

Con ciò non si vuole mettere in secondo piano lo specifico valore biologico del farmaco, ma bisogna riconoscere che tutto ciò che entra a far parte del mondo interno ed esterno del paziente diventa pregnante e connotativo della persona che usa olisticamente ed olograficamente tutti i mezzi per esprimersi, compresa la risposta biologica alla sostanza.

Fondendo i linguaggi della Farmacodinamica e della Psicologia si può parlare di un metabolismo psichico, cioè di un particolare modo di assorbire o rifiutare, trasformare, coniugare, utilizzare un farmaco in funzione del suo contenuto relazionale e dei suoi investimenti in quanto oggetto transizionale, inteso cioè come mediatore incorporato di una buona relazione di cura.

Una cura che non tenga conto di queste indicazioni e che si appiattisca alla mera prescrizione farmacologica, seppur fiosiopatologicamente e diagnosticamente corretta, sarebbe vittima dell'illusione che la passività del paziente nel mantenimento di una buona *compliance,* sia la via da intraprendere e sostenere.

Così dimenticando che la maggior parte dei pazienti ha difficoltà a seguire con regolarità le prescrizioni proprio per i significati psicologici attribuiti ai farmaci ed alla relazione di cura.

Nella migliore delle ipotesi il trattamento farmacologico apporterà miglioramenti sintomatologici, ma aumenterà la dipendenza da figure a cui attribuire capacità e potere genitoriale, affievolendo le risorse psicologiche mature e fissando l'individuo malato in modalità di relazione infantili.

Queste lo renderanno incapace di cercare soluzioni più adattive ed adulte, che lo responsabilizzino nei confronti della cura per affrontare, gestire e, se è non possibile, accettare la malattia.

Per le problematiche riguardo gli stili e le tecniche della comunicazione nella relazione medico-paziente rimandiamo al capitolo del colloquio.

Continuerà nel prossimo numero

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

NICOLA VALERI, STEFANO CASCINU
Clinica Oncologica
Università Politecnica delle Marche

Score prognostico nel carcinoma del retto localmente avanzato, trattato con chemio-radioterapia

L'approccio terapeutico del carcinoma del retto si è profondamente modificato nel corso degli ultimi anni, grazie al crescente impiego di metodiche combinate che prevedono la stretta collaborazione tra oncologo, radioterapista, chirurgo e patologo. Gli obiettivi di un trattamento preoperatorio che preveda la sola radioterapia o l'impiego concomitante di radio e chemioterapia sono molteplici: la riduzione del tasso di recidive locali, la sterilizzazione di eventuali foci micrometastatici già presenti alla diagnosi, e l'induzione di *downstaging* e *downsizing* della lesione. L'impiego del trattamento neoadiuvante consente infatti nelle forme localmente avanzate la conversione del tumore alla resecabilità, permettendo inoltre una chirurgia conservativa con preservazione degli sfinteri nelle forme che alla diagnosi richiederebbero resezione addomino-perineale.

Va anche sottolineato come la valutazione della risposta patologica su pezzo operatorio possa rappresentare, da un lato, un valido indicatore della risposta *in vivo* alla chemioterapia aiutando la selezione dei pazienti candidati ad una terapia adiuvante e, dall'altro, un fattore prognostico correlato con la sopravvivenza globale e libera da malattia.

Esistono al momento due diversi tipi di approccio terapeutico preoperatorio. Il primo si fonda sull'impiego di sola radioterapia con schema di frazionamento *short-course*, che prevede la somministrazione di una dose di 15-25 Gy con frazioni singole di 5 Gy ripetute per 3-5 giorni consecutivi e trattamento chirurgico immediato. A questo proposito due diverse sperimentazioni cliniche nord europee hanno dimostrato un significativo impatto in termini di sopravvivenza [1] e di controllo locale di malattia rispetto al solo trattamento chirurgico.[1,2]

Tesi presentata e discussa in Facoltà il 17/3/2005 dal Dott. Nicola Valeri, relatore il Prof. Stefano Cascinu.

Tuttavia questo tipo di metodica è anche risultata gravata da una maggiore morbilità e mortalità chirurgica,[3,4] nonché da un effetto negativo in termini di continenza sfinteriale.[5] Un'ulteriore limite offerto dal frazionamento *short course*, è chiaramente rappresentato dalla impossibilità di sfruttare la regressione del tumore per consentire un intervento di tipo conservativo.

Tale inconveniente è ovviato dal secondo tipo di modalità terapeutica, che sfrutta la combinazione di radioterapia con dosi e frazionamento convenzionali (45-50,4 Gy/25-28 frazioni) associata a chemioterapia concomitante con 5-Fluorouracile, in bolo o in infusione continua, ed acido folinico, seguiti dopo quattro-otto settimane, dall'intervento chirurgico e da eventuale chemioterapia adiuvante. In merito a questo tipo di approccio terapeutico, impiegato esclusivamente in lesioni localmente avanzate alla valutazione clinica e all'imaging transrettale, numerosi studi non randomizzati hanno evidenziato, a fronte di un aumento della tossicità acuta, una netta riduzione delle dimensioni tumorali e dell'infiltrazione parietale, con *downstaging* nel 70% dei casi. Nel 15-25% dei casi l'esame anatomopatologico del pezzo operatorio, ha inoltre dimostrato la completa scomparsa della lesione, elemento prognostico importantissimo ai fini del controllo definitivo della malattia, in oltre il 90% dei pazienti.[6-9]

Uno studio randomizzato multicentrico dell'EORTC, i cui risultati non sono ancora disponibili, sta confrontando la modalità preoperatoria combinata (RT+CT) con la sola radioterapia in termini di efficacia e tossicità. Dati preliminari sembrano indicare una maggiore efficacia ed un lieve aumento della tossicità per la prima delle due opzioni.[10]

Un altro trial randomizzato multicentrico sta invece rapportando la radio-chemioterpia neoadiuvante con quella adiuvante. Gli obbiettivi di questo studio consistono nel valutare le differenze in termini di: sopravvivenza a cinque anni, tasso di recidive locali e a distanza, numero di resezioni R0 (ovvero radicali), preservazione dello sfintere, tossicità, complicanze chirurgiche e qualità di vita. I dati

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

preliminari hanno evidenziato: tasso di complicanze postoperatorie e tossicità sovrapponibili nelle due diverse metodiche, e, per quanto riguarda la terapia neoadiuvante, un miglior controllo delle recidive locali ma nessun effetto in termini di sopravvivenza complessiva.[11,12,13]

Numerosi sono poi, gli studi sperimentali di fase I - II volti a valutare l'impiego di nuovi farmaci in alternativa o in associazione al Fluorouracile, nei trattamenti neoadiuvanti di tipo combinato.

I farmaci più promettenti, in virtù di un loro effetto sinergico con la terapia radiante e/o di una migliore *compliance* da parte del paziente, sono rappresentati dal Raltitraxed, [14] dalla Capecitabina, [15] dall'Oxaliplatino [16] e dall'Irinotecan.[17] In modelli animali sono stati inoltre dimostrati effetti di tipo sinergico tra gli inibitori dell'EGFR, 5 Fluorouracile e Radioterapia, effetti che sono al vaglio di studi clinici di fase I.[18]

Obiettivi del nostro studio

Il nostro studio si inscrive nell'ambito della valutazione dei fattori prognostici nei pazienti affetti da cancro rettale localmente avanzato.

L'obbiettivo consiste nel valutare il significato prognostico di uno "score clinico-patologico" calcolato in una casistica di 317 pazienti affetti da carcinoma del retto localmente avanzato sottoposto a radio-chemioterapia neoadiuvante

In funzione del grado di *downstaging* osservato dopo trattamento radio-chemioterapico, è stato attribuito ad ognuno un punteggio positivo o negativo. Il nuovo *Score Prognostico* così calcolato, potrebbe essere impiegato con due distinte finalità: fornire informazioni predittive circa l'outcome clinico, selezionare pazienti da indirizzare verso una terapia adiuvante post chirurgica.

Pazienti e metodi

Caratteristiche dei pazienti

Per il presente studio sono stati analizzati 317 pazienti affetti da *cancro rettale localmente avanzato*, trattati con radio o radio-chemioterapia neoadiuvante dal Giugno 1996 al Dicembre 2003 presso i seguenti centri italiani: Dipartimento di Oncologia e Radioterapia Ospedali Riuniti di Ancona, Unità Operativa di Oncologia di Modena, Unità Operativa di Radioterapia di Parma.

I *criteri di inclusione* nello studio prevedevano:
- Età maggiore di 18 anni
- *Karnofsky performance status* maggiore o uguale a 70
- Diagnosi istologica positiva per adenocarcinoma o carcinoma mucinoso
- Stadio di malattia superiore a cT3 o cT2 con interessamento della regione bassa del retto
- Metastasi linfonodali limitate ai linfonodi locoregionali
- Consenso informato scritto del paziente

I *criteri di esclusione* erano rappresentati da:
- Presenza di metastasi a distanza
- Presenza di altri tumori maligni
- Gravidanza o allattamento
- Malattie preesistenti che controindichino la chemioterapia
- Malattie infiammatorie croniche (Chron-RCU) o diverticolite diffusa del sigma
- Aspettativa di vita inferiore ad un anno.

Di ogni paziente sono stati raccolti:
- Età
- Sesso
- Istotipo della lesione
- Tipo di intervento chirurgico eseguito
- Stadiazione clinica pre-trattamento (parametri T ed N)
- Stadiazione patologica su pezzo operatorio.

La stadiazione clinica pre-trattamento è stata eseguita mediante esplorazione rettale seguita da TC toraco-addomino-pelvica o MRI; in alcuni casi la valutazione del paziente è stata completata con ecografia endoscopica trans-rettale.

Prima dell'inizio del trattamento, sono stati inoltre eseguiti i seguenti esami di laboratorio: emocromo completo con formula, esami ematochimici di funzionalità epatica (bilirubina, transaminasi, fosfatasi alcalina, lattico-deidrogenasi, gamma-GT) e renale (creatininemia, azotemia), esame delle urine e marcatori tumorali (CEA, Ca 19-9).

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

TRATTAMENTI TERAPEUTICI

Terapia radiante: sia nei pazienti sottoposti a sola radioterapia, sia in quelli trattati con radio+chemioterapia il dosaggio impiegato è stato:

5040 cGy (180 cGy/die) in 28 frazioni.

Il volume bersaglio, le modalità di erogazione ed altri parametri sono stati definiti di volta in volta dai radioterapisti.

Chemioterapia: nei pazienti sottoposti a terapia neoadiuvante sono stati adottati i seguenti schemi terapeutici:

Fluorouracile in monoterapia

Regimi a base di Fluorouracile in combinazione con altri farmaci (Cisplatino, Oxaliplatino, Mitomicina)

L'intervento chirurgico è stato effettuato 4-6 settimane dopo la conclusione del trattamento radiochemioterapico.

DOWNSTAGING E SCORE PROGNOSTICO

Lo stadio TNM valutato mediante gli esami strumentali prima del trattamento neoadiuvante è stato confrontato con lo stadio TNM post-intervento chirurgico.

Sono stati considerati soggetti a *downstaging* tutti i pazienti in cui è stata rilevata una regressione del pT inferiore a pT1.

Lo score prognostico è stato calcolato valutando, per i parametri T ed N, la differenza tra il valore pre- e post-trattamento neoadiuvante; ad ogni grado di regressione o progressione della lesione è stato attribuito un punteggio rispettivamente positivo (+1) o negativo (-1), in caso di stazionarietà è stato attribuito un punteggio pari a zero.

La somma dei punteggi ottenuti sia per il parametro T sia per quello N ha costituito lo Score finale. I valori cosí ottenuti sono stati raggruppati in due classi: a) score 1, da –3 a +3, b) score 2, da 4 a 7.

ANALISI STATISTICA

L'obiettivo primario del presente studio è stata la valutazione del ruolo prognostico di alcuni fattori, tra cui: score clinico-patologico, istotipo, sesso ed età del paziente, tipo di intervento chirurgico eseguito.

La sopravvivenza è stata definita come l'intervallo tra l'inizio della terapia e la morte o l'ultimo *follow-up* del paziente.

È stata analizzata anche la sopravvivenza globale nei sottogruppi dei pazienti suddivisi in base allo *score* prognostico attribuito.

L'associazione tra le variabili categoriche è stata stimata mediante il test del chi-quadro.

È stata condotta un'analisi multivariata mediante la regressione multipla di Cox per valutare il ruolo prognostico delle variabili: *score* clinico-patologico, età, sesso, istotipo, tipo di intervento chirurgico.

La distribuzione della sopravvivenza è stata stimata mediante le curve di Kaplan-Meier.

Le differenze di sopravvivenza sono state valutate mediante il *log-rank test* ed è stato scelto il livello di significatività di 0,05.

L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il software SAS versione 8.2 per Windows (SAS Institute Inc, Cary, NC).

Risultati

Tra il 1996 ed il 2003, 317 pazienti affetti da cancro rettale sono stati sottoposti a radio o radio+chemioterapia neoadiuvante presso i seguenti centri italiani: Dipartimento di Oncologia e Radioterapia Ospedali Riuniti di Ancona, Unità Operativa di Oncologia di Modena, Unità Operativa di Radioterapia di Parma. Le caratteristiche dei pazienti sono riportate nella tab. 1.

L'età mediana alla diagnosi era di 64 anni, con un range di 26-88.

I maschi erano 184, le femmine 133.

Tutti i pazienti presentavano diagnosi istologica di adenocarcinoma del retto, 32 di essi (10,1%) manifestavano l'istotipo mucinoso.

La stadiazione clinica T pre-trattamento (cT), definita mediante analisi strumentali, evidenziava**:** in 8 pazienti (2.5%) stadio cT1, in 53 pazienti stadio cT2 (16.7%), in 192 pazienti stadio cT3 (60.8%) ed in 64 dei pazienti stadio cT4 (20%).

L'interessamento linfonodale pre-trattamento (cN) era: cN0 in 123 pazienti (38.8%), cN1 in 131 pazienti (41.3%) e cN2 in 63 pazienti (19.9%).

Settantaquattro dei 317 pazienti (23,3%) hanno ricevuto la sola radioterapia, mentre i restanti 242 pazienti (76,7%) sono stati sottoposti a radiotera-

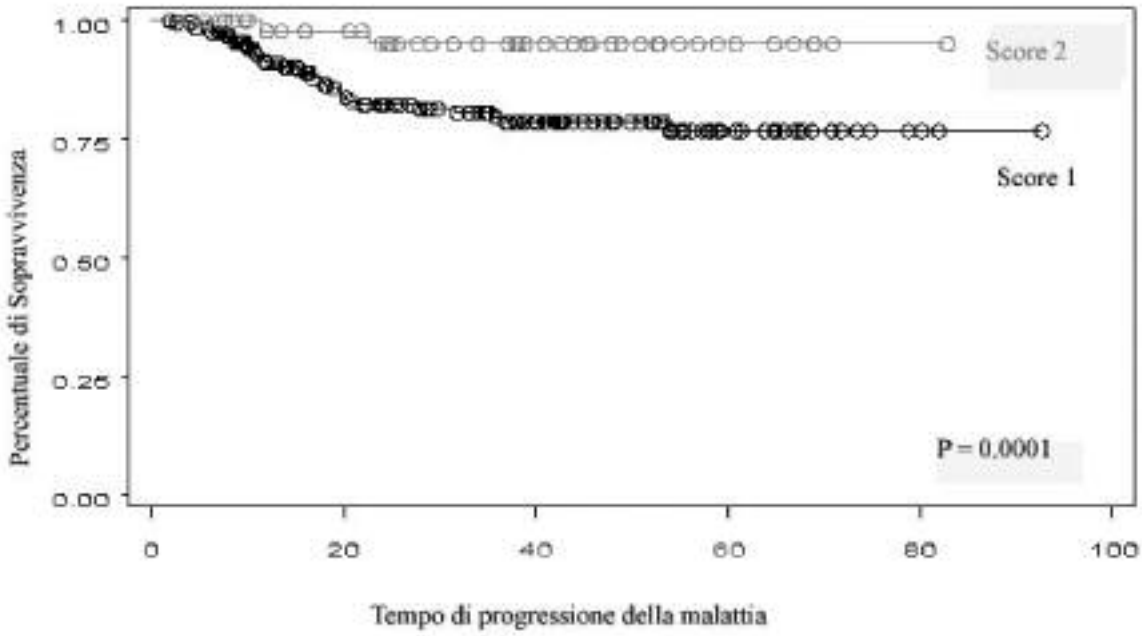


Fig 1: Analisi univariata; differenza, in termini di tempo di progressione di malattia, tra pazienti appartenenti al gruppo Score 1 (-3/+3) e quelli appartenenti al gruppo Score 2 (+4/+7).

pia più chemioterapia (tab. 2).

Il protocollo chemioterapico prevedeva, a discrezione del centro, 5-Fluorouracile, in infusione continua o in bolo, associato o meno ad altri farmaci (Mitomicina-C, Oxaliplatino, Cisplatino) (tab. 3).

Caratteristiche della casistica		Valore Assoluto	Valore Percentuale
N° Pazienti		317	100
Sesso	Maschi	184	58.1
	Femmine	133	41.9
Istotipo	Adenocarcinoma	285	90
	Carcinoma Mucinoso	32	10
Età mediana 64	Range 26-88		

Tab. 1 - Caratteristiche della casistica studiata.

L'intervento chirurgico è stato eseguito 4-6 settimane dopo la conclusione del programma chemoradioterapico.

La maggior parte dei pazienti (56.4%) ha subito una resezione anteriore del retto. La Miles si è resa necessaria in 81 pazienti (25.5%) e la proctocolectomia in 22 pazienti (7%). 23 pazienti (7.2%) sono stati sottoposti ad una resezione endoscopica transrettale (tab. 4)

La stadiazione TN prima del trattamento neoadiuvante e dopo l'intervento chirurgico è riportata nelle tabb. 5 e 6.

Di 18 pazienti non è disponibile il pT, poiché essi non hanno completato il programma radio-chemioterapico, non sono ancora stati sottoposti all'intervento chirurgico o perché, non ancora è disponibile l'esame istologico. Abbiamo indicato con pNx i casi

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Tipo di trattamento neoadiuvante eseguito	Valore Assoluto	Valore Percentuale
Solo Radioterapia	74	23.3
Radio+Chemioterapia	242	76.7

Tab. 2 - Caratteristiche del trattamento neoadiuvante.

ancora in attesa di intervento chirurgico o in cui sono stati asportati meno di 12 linfonodi.

Abbiamo osservato *downstaging* del tumore in 181 pazienti (57,1%).

All'analisi univariata solo lo *score* (tabb. 7-8) è risultato un fattore prognostico: nei pazienti con uno *score* minore di 3 il tempo a progressione è risultato, infatti, inferiore (p=0.0001) (grafico 1).

E' stata inoltre condotta un'analisi multivariata relativa al tempo a progressione e comprendente i seguenti fattori: età, sesso, istotipo (mucinoso versus non mucinoso), tipo di intervento chirurgico (TEM vs interventi di resezione laparotomica), *score*.

Lo score si è confermato un fattore prognostico indipendente statisticamente significativo (vedi tab. 9).

Sono state, inoltre, condotte analisi univariate e multivariate per valutare il valore prognostico, in termini di sopravvivenza globale, sulle suddette variabili clinico-patologiche. Nessuna di esse è risultata essere un fattore in grado di influenzare la sopravvivenza.

Schema di trattamento chemioterapico		Valore assoluto	Valore percentuale
5-Fluorouracile in monoterapia		149	47
5-fluorouracile in associazione con	Oxaliplatino	20	6.4
	Cisplatino	59	18.7
	Mitomicina	14	4.5

Tab. 3 - Schema chemioterapico impiegato.

Discussione

Nel presente studio l'innovativo *score* calcolato sulla base della variazione dello stadio TN prima del trattamento neoadiuvante e dopo l'intervento chirurgico, è risultato il solo fattore prognostico nei confronti del tempo a progressione, sia all'analisi univariata che all'analisi multivariata. La nostra esperienza rappresenta il primo tentativo di identificazione di uno *score* correlabile alla prognosi nei pazienti affetti da neoplasie del retto localmente avanzate.

Score prognostici fondati su parametri clinico-patologici, sono stati, infatti, valutati in differenti tipi di tumore quali quello dell'esofago[19] o della mammella,[20] trattati con terapia neoadiuvante. Il *Nottingham Prognostic Index* ne costituisce un esempio: fondato sulla valutazione delle dimensioni del tumore, sul coinvolgimento linfonodale, sul *grading* istologico e sull'età della paziente é largamente usato come indicatore prognostico nel carcinoma mammario operato;[21] il suo impiego è stato più recentemente esteso anche alla valutazione delle pazienti sottoposte a terapia neoadiuvante.[22]

Nei pazienti affetti da carcinoma rettale, sistemi di *score* analoghi, fondati sui parametri T ed N, sono stati applicati solo dopo l'intervento chirurgico, sia per identificare e stratificare pazienti ad alto/medio/basso rischio da avviare a terapia adiuvante postchirurgica,[23] sia per formulare la prognosi in pazienti con stadio II-III già sottoposti a terapia adiuvante. Un esempio è costituito dall'*UWO Prognostic Index*, costituito da numerosi parametri tra cui: età, sesso, estensione e dimensioni della lesione, interessamento linfonodale, estensione distale del tumore, stato dei margini di resezione e caratteristiche del regime radio-chemioterapico.[24]

Nell'ambito della valutazione dei fattori prognostici nei pazienti affetti da cancro rettale localmente avanza-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Tipo di Intervento chirurgico	Valore Assoluto	Valore Percentuale
Interventi di resezione laparotomia	294	92.7
TEM (Resezione endoscopica trans-anale)	23	7.3

Tab. 4 - Tipo di intervento chirurgico effettuato.

to trattati con radio o radio-chemioterapia neoadiuvante, la maggior parte degli studi, sottolinea l'importanza del ruolo predittivo svolto dal *downstaging* del parametro T e dal grado di regressione della neoplasia nella stima di: tasso di recidive locali, aumento di sopravvivenza, prolungamento dell'intervallo libero da malattia e necessità di terapia adiuvante post-chirurgica.[25-29]

Uno studio italiano pubblicato nel 2002 ha sottolineato, a tal proposito, come la regressione dello stadio patologico T sia strettamente correlata ad un miglioramento dell'*outcome* clinico e come, nei pazienti in cui la lesione neoplastica sia andata incontro a *downstaging* (stadio pT post trattamento <T2) la prognosi risulti sovrapponibile a quella dei pazienti con stadio cT1-2 al momento della diagnosi, non sottoposti a trattamento neoadiuvante.[30]

Stadio Clinico	Stadio cT Pre-trattamento		Stadio pT Post-trattamento	
	Valore Assoluto	Valore Percentuale	Valore Assoluto	Valore Percentuale
T0	---	---	53	16.8
T1	8	2.5	41	12.9
T2	53	16.7	83	26.2
T3	192	60.7	104	32.9
T4	64	20	18	5.6
Non noto	---	---	18	5.6

Tab. 5 - Stadio T pre- e post-trattamento.

In uno studio del 2003 Brown *et Al.* hanno inoltre dimostrato come esistano delle importanti differenze, in termini di risposta alla terapia preoperatoria, in funzione dello stadio di malattia pre-trattamento. Sottolineando un maggior numero di risposte patologiche complete, un maggior intervallo libero da malattia ed una minore necessita di terapia adiuvante post chirurgica, nei pazienti in stadio II rispetto a quelli in stadio III al momento della diagnosi.[31]

Una valutazione dettagliata della regressione del tumore dopo radiochemioterapia preoperatoria è stata eseguita nei pazienti con tumore del retto da Weelher *et Al.*, i quali, mediante analisi multivariata hanno dimostrato che il grado di regressione tumorale rappresenta un fattore prognostico unico ed indipendente per la stima dell'intervallo libero da malattia e per la sopravvivenza complessiva in questi soggetti.

Il Grado di Regressione Tumorale (*Tumor Regression Grade*, TRG) è stato quantizzato in 5 stadi: TRG 1 (regressione completa) caratterizzato dall'assenza di tumore residuo e dalla presenza di fibrosi che si estende attraverso i differenti strati della parete rettale; TRG 2 che comporta la presenza di rare cellule neoplastiche residue sparse nel tessuto fibroso; TRG 3 caratterizzato da un incremento del numero di cellule tumorali residue, ma con fibrosi ancora predominante; TRG 4 che mostra cellule neoplastiche residue maggiori rispetto alla fibrosi; e TRG 5 caratterizzato dalla assenza di fenomeni regressivi. Nei pazienti in cui la radiochemioterapia preoperatoria ha comportato una regressione completa (TGR1) il tasso di recidive locali osservate è risultato nullo, la sopravvivenza complessiva e l'intervallo libero da malattia maggiore rispetto a quelli con TGR 2-4 o ai *non responders* (TGR5)[32-34]

Non mancano tuttavia in letteratura pubblicazioni che negano il ruolo prognostico svolto dal *downstaging*. In uno studio italiano condotto tra il 1994

Stadio Clinico	Stadio cN Pre-trattamento		Stadio pN Post-trattamento	
	Valore Assoluto	Valore Percentuale	Valore Assoluto	Valore Percentuale
N0	104	32.8	189	59.6
N1	131	41.3	63	19.9
N2	63	19.8	20	6.3
N3	---	---	1	0.4
Nx	19	6	44	13.8

Tab. 6 - Stadio N pre- e post-trattamento.

ed il 2002 su 132 pazienti affetti da carcinoma rettale del medio e basso retto sottoposti a radio-chemioterapia neoadiuvante, l'unico fattore prognostico indipendente, in grado di influenzare la sopravvivenza libera da malattia e quella complessiva, è infatti risultato essere lo stadio T pre-trattamento.[35]

In un altro recente studio, è stata evidenziata l'assenza di correlazione statisticamente significativa tra *downstaging*, età del paziente ed istotipo per quanto riguarda la sopravvivenza complessiva ed il tasso di recidive locali, riconoscendo valore prognostico soltanto allo stadio T pre-trattamento e all'infiltrazione vascolare e perineurale.[36]

Accanto alla valutazione dei fattori prognostici visti finora, si sta più recentemente valutando il ruolo predittivo svolto dal *downstaging* del parametro N e da altri fattori clinico patologici, fino ad ora scarsamente studiati in letteratura.

In un studio condotto tra il 1992 ed il 1998 sono stati valutati 104 pazienti affetti da tumore del retto localmente avanzato; è stata valutata la correlazione tra *outcome* clinico e numerosi fattori quali: stadio T ed N, istotipo, margine di resezione radiale, TRG ed invasione vascolare. All'analisi multivariata, il *downstaging* del parametro N ed il margine di resezione radiale sono risultati essere gli unici fattori indipendenti in grado di predire la sopravvivenza complessiva e quella libera da malattia, mentre, il downstaging T è risultato l'unico fattore indipendente per la stima del rischio di recidive locali.[37]

In uno studio analogo recentemente pubblicato, è stato valutato il ruolo prognostico di numerosi fattori quali: stadio TNM post trattamento, *downstaging*, stadio cT4 pre-trattamento, positività linfonodale post-trattamento ed infiltrazione linfovascolare e perineurale. All'analisi multivariata, l'assenza di positività linfonodale post-trattamento e lo stadio pTN sono risultati i due fattori prognostici indipendenti più significativi per la stima della sopravvivenza complessiva ($p=0.003$) e libera da recidiva ($p<0.001$).[38]

Importanti critiche all'impiego del *downstaging* del parametro N come fattore prognostico nei pazienti trattati con terapia neoadiuvante, sono tuttavia arrivate da un recente studio svolto da Baxter e Tepper. I due autori non mettono in discussione il valore teorico del downstaging, ma evidenziano la difficoltà di reperire un adeguato numero di linfonodi da esaminare nei pazienti sottoposti a terapia neoadiuvante, consigliando

Score clinico-patologico assegnato	Numero pazienti	
	Valore assoluto	Valore percentuale
-3	2	0.4
-2	2	0.4
-1	15	4.7
0	56	17.7
1	63	19.9
2	39	12.4
3	31	9.9
4	24	7.9
5	17	5.4
6	7	2.3
7	2	0.4
Non assegnato	59	18.6

Tab. 7 - Attribuzione dello score prognostico.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Suddivisione dei pazienti in funzione dello score	Valore assoluto	Valore percentuale
Score 1	208	65.6
Score 2	50	16

Tab. 8 - Stratificazione dei pazienti in funzione dello score ottenuto.

particolare cautela nella valutazione del *downstaging* N. Nella loro casistica costituita da 5647 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico radicale, 1034 (19.5%) sono stati sottoposti a radioterapia pre-operatoria. È stata evidenziata una differenza significativa nel numero di linfonodi esaminati nei due gruppi: il numero medio di linfonodi esaminati è stato rispettivamente di 7 e 10 nel gruppo RT+ ed in quello RT-. Nel 16% dei pazienti trattati con RT non è stato possibile identificare linfonodi contro il 7.5% dei pazienti non trattati con RT (p</=0.0001). Secondo le raccomandazioni dell'AJCC l'esame istologico del materiale ottenuto con una linfoadenectomia regionale dovrebbe comprendere abitualmente 12 o più linfonodi. Pertanto, nei pazienti sottoposti a RT, solo il 20% è stato adeguatamente studiato sotto il profilo pN post-trattamento.[39]

Nell'ambito di un trial clinico dell'università di Leiden, volto ad identificare il significato prognostico della risposta clinico-patologica al trattamento radioterapico pre-operatorio, sono state valutate retrospettivamente le caratteristiche istologiche dei 1306 pazienti afferenti al database; è stato riscontrata una maggiore frequenza di carcinomi mucosi (13% versus 7% p<0.001) e scarsamente differenziati (35% versus 24% p <0.001) nei soggetti trattati con radioterapia rispetto ai non trattati.[40] Secondo alcuni autori queste differenze potrebbero essere giustificate da un'espansione del tumore secondaria all'effetto inducente che le radiazioni avrebbero nei confronti della componente mucinosa. Secondo altri la componente mucinosa sarebbe più frequentemente espressa nei pazienti sottoposti a radioterapia a causa di una maggiore resistenza, di questa componente meno differenziata, alle radiazioni stesse.[37,41]

Tuttavia, malgrado le differenze di carattere biologico, istologico, epidemiologico e di riposta alla terapia, né in questo, né in altri studi è stata osservata una differenza statistica significativa per quello che concerne il *downstaging*, la sopravvivenza e la prognosi, nei pazienti affetti da carcinoma mucinoso rispetto a quelli con adenocarcinoma, trattati con terapia neoadiuvante.[37]

Per quanto riguarda la correlazione tra sesso del paziente, risposta alla terapia e prognosi, nei soggetti affetti da carcinoma rettale localmente avanzato, uno studio olandese ha evidenziato un maggior tasso di recidive locali nei pazienti di sesso maschile trattati con radioterapia preoperatoria seguita da chirurgia. Questo dato è stato interpretato alla luce di differenze anatomiche: la maggiore ampiezza del bacino e la disposizione dei tre diversi compartimenti anatomici sarebbero, nella donna, responsabili di: presenza di un minor numero di lesioni infiltranti le pareti della pelvi, migliore piano di clivaggio chirurgico post radioterapia, maggiore radicalità oncologica legata alla mancanza della prostata.[31,42]

In un recente studio condotto analizzando tutti i pazienti affetti da cancro rettale inseriti nel database del SEER *(Surveillance, Epidemiology and End Results)* dal 1991 al 1999 sono state invece valutate le diffe-

Variabile	p	Hazard Ratio	Intervallo di confidenza	
			Limite inferiore	Limite superiore
Età	0.3145	0.690	0.334	1.423
Sesso	0.0838	0.232	0.044	1.216
Istologia	0.5045	1.647	0.381	7.123
Chirurgia	0.8437	0.940	0.508	1.739
Score	0.0042	0.123	0.029	0.516

Tab. 9 - Analisi multivariata delle diverse variabili, relativa al tempo a progressione.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

renze tra pazienti di età compresa tra 20-50 anni e quelli tra i 50-80.

I due gruppi sono stati confrontati in base alle caratteristiche del tumore, del trattamento neoadiuvante e di quello chirugico, della risposta alla terapia ed in termini di sopravvivenza complessiva: contrariamente a quanto affermato in altri studi, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi di pazienti.[43]

Anche nel nostro lavoro, come giá evidenziato nei suddetti studi recentemente pubblicati in letteratura, il sesso, l'etá e l'istotipo non sono risultati fattori in grado di influenzare la prognosi né in termini di sopravvivenza globale, né in termini di tempo a progressione.

In conclusione, la necessità di identificare dei fattori prognostici attendibili e in grado di suggerire i migliori atteggiamenti terapeutici nei pazienti affetti da cancro rettale trattati con radio-chemioterapia preoperatoria rimane un problema non completamente risolto, come è stato recentemente sottolineato in un editoriale del Journal of Clinical Oncology dal titolo: *An Embarrassment of Riches: Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer*.[44]

Questo articolo mette in luce l'esistenza di un paradosso nell'ambito degli studi che si occupano di terapia neoadiuvante: la letteratura scientifica risulta infatti, particolarmente ricca di pubblicazioni volte ad identificare schemi di trattamento più efficaci rispetto a quelli impiegati al momento, ma nel contempo risulta carente di studi dedicati alla formulazione di nuovi sistemi di *score* prognostico che, oltre a fornire informazioni predittive circa la sopravvivenza, il tasso di recidive e la necessità di terapie adiuvanti postoperatorie in questi pazienti, rappresentino anche un utile metro per il confronto tra i diversi protocolli in fase di studio.

Bibliografia

1) Swedish Rectal Cancer Trial: Improved survival with preop erative radiation in resectable rectal cancer. N Engl J Med, 336:980-987,1997.
2) Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Putter H, Steup WH, Wiggers T, Rutten HJ, Pahlman L, Glimelius B, van Krieken JH, Leer JW, van de Velde CJ, Dutch Colorectal Cancer Group: Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med, 345: 638-646,2001.
3) Holm T, Singnomklao T, Rutqvist LE, Cedermark B: Adjuvant preoperative radiotherapy in patients with rectal carcinoma. Adverse effects during long term follow-up of two randomised trials. Cancer, 78: 968-976, 1996.
4) Holm T, Rutqvist LE, Johansson H, Cedermark B: Postoperative mortality in rectal cancer treated with or without preoperative radiotherapy: causes and risk factors. Br J Surg, 83: 964-968, 1996.
5) Dahlberg M, Glimelius B, Graf W, Pahlman L: Preoperative irradiation affects functional results after surgery for rectal cancer: results from a randomized study. Dis Colon Rectum, 41:543-551,1998.
6) Minsky BI), Cohen AM, Kemeny N, Enker WE, Kelsen DP, Reichman B, Saltz L, Sigurdson ER, Frankel J: Combined modality therapy of rectal cancer: decreased acute toxicity with the preoperative approach. J Clin Oncol,10: 1218-1224, 1992.
7) Mohiuddin M, Hayne M, Regine WF, Hanna N, Hagihara PF, McGrath P, Marks GM: Prognostic significance of postchemoradiation stage following preoperative chemotherapy and radiation for advanced/recurrent rectal cancers. Int J Rad Oncol Biol Phys, 48: 1075-1080, 2000.
8) Hiotis SP, Weber SM, Cohen AM, Minsky BD, Paty PB, Guillem JG, Wagman R, Saltz LB, Wong WD: Assessing the predictive value of clinical complete response to neoadjuvant therapy for rectal cancer: an analysis of 488 patients. J Am Coll Surg, 194: 131-136, 2002.
9) Valentini V. Coco C. Picciocchi A. Morganti AG. Trodella L. Ciabattoni A, Cellini F, Barbaro B, Cogliandolo S, Nuzzo G, Doglietto GB, Ambesi-Impiombato F, Cosimelli M: Does downstaging predict improved outcome after preoperative chemoradiation for extraperitoneal locally advanced rectal cancer? A long-term analysis of 165 patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 53: 664-674, 2002.
10) Bosset JF, Calais G, Daban A, Pierart M, Radosevic-Jelic L, Maingon P, Bardet E, Briffaux A, for the EORTC - Radiotherapy Group: Does the addition of chemotherapy to preoperative radiation increase acute toxicity in patients with rectal cancer: report of 22921 EORTC phase III trial. Proc ASCO, 22:249 (#1179), 2003.
11) Sauer R, Fietkau R, Wittekind C, Rodel C, Martus P, Hohenberger W, Tschmelitsch J, Sabitzer H, Karstens JH, Becker H, Hess C, Raab R; German Rectal Cancer Group. Adjuvant vs. neoadjuvant radiochemotherapy for locally advanced rectal cancer: the German trial CAO/ARO/AIO-94. Colorectal Dis. 2003 Sep;5(5):406-15.
12) Jennifer J, Telford, Saltzman, Kuntz, Saphna: Impact of Preoperative Staging and Chemoradiation Versus Postoperative Chemoradiation on Outcome in Patients With Rectal Cancer: A Decision Analysis. J Natl Cancer 2004 Feb 3; 96:191-201.
13) Sauer R, Becker H, Hohenberger W, Rodel C, Wittekind C, Fietkau R, Martus P, Tschmelitsch J, Hager E, Hess CF, Karstens JH, Liersch T, Schmidberger H, Raab R; German Rectal Cancer Study Group. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. N Engl J Med. 2005 Feb 3;352(5):509-11.
14) Valentini V, Doglietto GB, Morganti AG, Turriziani A, Smaniotto D, De Santis M, Ratto C, Solo L, Cellini N: Preoperative chemoradiation with raltitrexed (Tomudex) for T2/N+ and T3/N+ rectal cancers: a phase I study. Eur J Cancer, 37: 2050-2055, 2001.
15) Dunst J, Reese T, Sutter T, ZuhIke H, Hinke A, KollingSchlebusch K, Frings S: Phase I trial evaluating the concurrent combination of radiotherapy and capecitabine in rectal cancer. J Clin Oncol, 20: 3983-3991, 2002.
16) Gerard JP, Chapet O. Nemoz C, Romestaing P, Mornex F, Coquard R, Barbet N, Atlan D, Adeleine P, Freyer G: Preoperative concurrent chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer with high-dose radiation and oxaliplatin-containing regimen: the Lyon RO-04 phase II trial. J Clin Oncol, 21: 1119-1124, 2003.
17) Mitchel EP, Anne P, Fry R, Palazzo J, Hauck W, Fishel R, Goldstein S, Isenberg G, Edmunston T, Curran W: Chemoradiation with CPT- 11, 5FU

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

in neoadjuvant treatment of locally advanced recurrent adenocarcinoma of the rectum: a phase I-II study update. Proc ASCO, 22: 262A, 2003._
18) Ciardiello F, Caputo R, Bianco R, Damiano V, Pomatico G, De Placido S, Bianco AR, Tortora G: Antitumour effect and potentiation of cytotoxic drugs activity in human cancer cells by ZD-1839 (Iressa), an epidermal growth factor receptor-selective tyrosine kinase inhibitor. Clin Cancer Res, 6: 20532063,2000.
19) Chirieac LR, Swisher SG, Ajani JA, Komaki RR, Correa AM, Morris JS, Roth JA, Rashid A, Hamilton SR, Wu TT. Posttherapy pathologic stage predicts survival in patients with esophageal carcinoma receiving preoperative chemoradiation. Cancer. 2005 Feb 17; [Epub ahead of print].
20) P. Chollet, S. Amat, B. Leduc, D. Méry-Mignard, M.-A. Mouret-Reynier, V. Feillel, J.-P. Bleuse, H. Curé, J. Dauplat, F. Penault-Llorca: Predictive and prognostic factors in patients treated by neoadjuvant chemotherapy: A retrospective study. Journal of Clinical Oncology, 2004 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). Vol 22, No 14S (July 15 Supplement), 2004: 9702
21) Kattan MW, Giri D, Panageas KS, Hummer A, Cranor M, Van Zee KJ, Hudis CA, Norton L, Borgen PI, Tan LK. A tool for predicting breast carcinoma mortality in women who do not receive adjuvant therapy. Cancer. 2004 Dec 1;101(11):2509-15.
22) Chollet P, Amat S, Belembaogo E, Cure H, de Latour M, Dauplat J, Le Bouedec G, Mouret-Reynier MA, Ferriere JP, Penault-Llorca F. Is Nottingham prognostic index useful after induction chemotherapy in operable breast cancer? Br J Cancer. 2003 Oct 6;89(7):1185-91.
23) Gunderson LL, Sargent DJ, Tepper JE, Wolmark N, O'Connell MJ, Begovic M, Allmer C, Colangelo L, Smalley SR, Haller DG, Martenson JA, Mayer RJ, Rich TA, Ajani JA, MacDonald JS, Willett CG, Goldberg RM. Impact of T and N stage and treatment on survival and relapse in adjuvant rectal cancer: a pooled analysis. J Clin Oncol. 2004 May 15;22(10):1785-96. Epub 2004 Apr 05
24) C Leighton, E. J. Brecevic, L. Stitt, F. Perera, I. Kerr, B. Dingle, B. Fisher, M. Vincent The UWO prognostic index for stage II-III rectal carcinoma patients treated with post-operative 5-FU and radiation Journal of Clinical Oncology, 2004 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). Vol 22, No 14S (July 15 Supplement), 2004: 353
25) Mohiuddin M, Hayne M, Regine WF, Hanna N, Hagihara PF, McGrath P, Marks GM. Prognostic significance of postchemoradiation stage following preoperative chemotherapy and radiation for advanced/recurrent rectal cancers. Int J Radiat Oncol BiolPhys. 2000 Nov 1;48(4):1075-80
26) Theodoropoulos G, Wise WE, Padmanabhan A, Kerner BA, Taylor CW, Aguilar PS, Khanduja KS. T-level downstaging and complete pathologic response after preoperative chemoradiation for advanced rectal cancer result in decreased recurrence and improved disease-free survival. Dis Colon Rectum 2002 Jul;45(7): 895-903
27) Reerink O, Verschueren RC, Szabo BG, Hospers GA, Mulder NH. A favourable pathological stage after neoadjuvant radiochemotherapy in patients with initially irresectable rectal cancer correlates with a favourable prognosi Eur J Cancer. 2003 Jan;39(2):192-5.
28) Kinoshita H, Watanabe T, Yanagisawa A, Nagawa H, Kato Y, Muto
29) T. Pathological changes of advanced lower-rectal cancer by preoperative radiotherapy. Hepatogastroenterology. 2004 Sep-Oct;51(59):1362-6.
30) Habr-Gama A, Perez RO, Nadalin W, Nahas SC, Ribeiro U Jr, Silva E Sousa AH Jr, Campos FG, Kiss DR, Gama-Rodrigues J. Long-term results of preoperative chemoradiation for distal rectal cancer correlation between final stage and survival. J Gastrointest Surg. 2005 Jan1;9(1):90-101.
31) Valentini V, Coco C, Picciocchi A, Morganti AG, Trodella L, Ciabattoni A, Cellini F, Barbaro B, Cogliandolo S, Nuzzo G, Doglietto GB, Ambesi-Impiombato F, Cosimelli M Does downstaging predict improved outcome after preoperative chemoradiation for extraperitoneal locally advanced rectal cancer? A long-term analysis of 165 patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002 Jul 1;53(3):664-74.
32) Brown CL, Ternent CA, Thorson AG, Christensen MA, Blatchford GJ, Shashidharan M, Haynatzki GR. Response to preoperative chemoradiation in stage II and III rectal cancer. Dis Colon Rectum. 2003 Sep;46(9):1189-93.
33) Wheeler JM, Warren BF, Mortensen NJ, Ekanyaka N, Kulacoglu H, Jones AC, George BD, Kettlewell MG. Quantification of histologic regression of rectal cancer after irradiation: a proposal for a modified staging system. Dis Colon Rectum. 2002 Aug;45(8):1051-6.
34) Wheeler JM, Dodds E, Warren BF, Cunningham C, George BD, Jones AC, Mortensen NJ. Preoperative chemoradiotherapy and total mesorectal excision surgery for locally advanced rectal cancer: correlation with rectal cancer regression grade. Dis Colon Rectum. 2004 Dec;47(12):2025-31.
35) Bouzourene H, Bosman FT, Seelentag W, Matter M, Coucke P. Importance of tumor regression assessment in predicting the outcome in patients with locally advanced rectal carcinoma who are treated with preoperative radiotherapy. Cancer. 2002 Feb 15;94(4):1121-30.
36) Pucciarelli S, Toppan P, Friso ML, Russo V, Pasetto L, Urso E, Marino F, Ambrosi A, Lise M. Complete pathologic response following preoperative chemoradiation therapy for middle to lower rectal cancer is not a prognostic factor for a better outcome. Dis Colon Rectum. 2004 Nov;47(11):1798-807.
37) J. Prausova, R. Lohynska, B. Malinova, J. Novotny; Prognostic factors in preoperative radiotherapy for locally advanced rectal cancer. Journal of Clinical Oncology, 2004 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). Vol 22, No 14S (July 15 Supplement), 2004: 3647
38) Bouzourene H, Bosman FT, Matter M, Coucke P. Predictive factors in locally advanced rectal cancer treated with preoperative hyperfractionated and accelerated radiotherapy. Hum Pathol. 2003 Jun;34(6):541-8.
39) Chan AK, Wong A, Jenken D, Heine J, Buie D, Johnson D. Posttreatment TNM staging is a prognostic indicator of survival and recurrence in tethered or fixed rectal carcinoma after preoperative chemotherapy and radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005 Mar 1;61(3):665-77.
40) Baxter NN, Morris AM, Rothenberger DA, Tepper JE. Impact of preoperative radiation for rectal cancer on subsequent lymph node evaluation: A population-based analysis. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005 Feb 1;61(2):426-31
41) Nagtegaal ID, Marijnen CA, Kranenbarg et al: Pathology Review Committee. Short-term preoperative radiotherapy interferes with the determination of pathological parameters in rectal cancer?. J Pathol 2002 may; 197(1):20-7.
42) Dworak O, Keilholz L, Hoffmann A. Pathological features of rectal cancer after preoperative radiochemotherapy. Int J Colorectal Dis. 1997; 12(1): 19-23
43) Verschueren, Mulder, Van Loon, De Ruiter, Szabo. The anatomical substrate for a difference in surgical approach to rectal cancer in male and female patients. Anticancer Res 1997; 17(1B):637-641.
44) O'Connell JB, Maggard MA, Liu JH, Etzioni DA, Ko CY. Are survival rates different for young and older patients with rectal cancer? Dis Colon Rectum. 2004 Dec;47(12):2064-9.
45) Joel E Tepper and Richard M Goldberg. An Embarrassment of Riches: Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Journal of Clinical Oncology 2005, vol 23(1).

WALTER GRASSI
Clinica Reumatologica
Università Politecnica delle Marche

Giuseppe Flajani

Giuseppe Flajani (1741-1808) è una figura di grande rilievo nella storia della medicina per la sua dimostrata capacità di coltivare con massima dedizione e riconosciuta perizia l'anatomia e la chirurgia.

Flajani, nacque nel 1741 *"nella terra di Amarano"*, vicino Ascoli, dove condusse i suoi primi studi. Anche se la "terra di Amarano" corrisponde alla cittadina di Ancarano, oggi in provincia di Teramo, l'attribuzione al Flajani di un "doppio passaporto", marchigiano ed abruzzese, appare legittima.

Nel 1755, dopo aver terminato gli studi in Ascoli, Flajani si trasferì a Roma e si iscrisse all'Archiginnasio della Sapienza fino alla laurea in medicina e filosofia conseguita nel 1761. Dopo la laurea, egli fu ammesso in qualità di "giovane studente" nell'archi-ospitale di Santo Spirito in Sassia dove dimorò fino al 1769, anno nel quale venne prescelto come "cerusico sostituto".

L'ospedale di Santo Spirito, oltre al suo prestigio come struttura assistenziale era una sede importante di insegnamento della Medicina, per la presenza della biblioteca creata dal Lancisi, di un attrezzato teatro anatomico e di una spezieria conosciuta come centro della produzione e dello smistamento della china.

Fig. 1 - Ritratto di Giuseppe Flajani (olio su tela, XVII sec.).

A Flajani venne anche attribuito l'incarico, da parte di Monsignor Guidi, di *"erigere e disporre un gabinetto anatomico per maggior comodo ed istruzione dei giovani in avvenire."* L'impegno che il giovane medico profuse in tale importante compito fu certamente notevole, se in una delle prime biografie pubblicata a distanza di non più di mezzo secolo dalla sua morte si sottolinea che *"Molte sono le preparazioni che formano la detta collezione, fra le quali ammiransi principalmente delle bellissime injezioni; un sistema intiero di tutti i nervi del corpo umano in un adulto, due altri sistemi per i vasi sanguigni; molti pezzi patologici, alcuni dei quali trovansi descritti nelle sue opere, e finalmente una preziosa raccolta di calcoli orinari umani, la quale, sì per il numero, che per la singolarità degli oggetti, può giustamente riguardarsi come una delle più ricche d'Europa".*

Nel 1772 Giuseppe Flajani viene eletto primario chirurgo, "lettore di operazioni chirurgiche", nonché direttore del museo anatomico e litotomista.

La perizia acquisita nell'arte chirurgica, gli valse autorevoli riconoscimenti per la sua costante attenzione alla ricerca di soluzioni innovative, ad es., nella chirurgia oftalmica, nelle tecniche di amputazione, nella litotomia (taglio perineale).

Il Flajani era però anche un attento osservatore e nel 1802, pubblicò la prima accurata descrizione di un paziente con gozzo ed esoftalmo. Il suo nome resta quindi indissolubilmente legato a questa condizione, talora in associazione (o in competizione) con quelli di altri illustri medici (Karl Adolph von Basedow, James Begbie, Robert James Graves, Henry Marsh, Caleb Hillier Parry).

La considerazione ed il prestigio che egli seppe guadagnarsi sono testimoniate dal fatto che venne prescelto, nel 1775, come chirurgo ordinario del Pontefice Pio VI.

Flajani fu membro di varie accademie medico-chirurgiche di prestigio, fra le quali meritano di essere ricordate quelle di Siena, Vienna e Manheim, quella dell'arte ostetrica di Gottinga, le società di emulazione di Genova, Firenze, Napoli, Bologna e Lucca.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Dopo una lunga malattia polmonare, Flajani si spense la mattina del 1 agosto 1808, all'età di 67 anni *"lasciando di sé in tutti coloro che lo conoscevano, e pel suo sapere, e per le sue morali e cristiane virtù, un'ottima opinione".*

Dei quattro figli di Flajani (una femmina e tre maschi) due seguirono le orme paterne sul piano professionale, con diversa fortuna. Il maggiore, Alessandro, dopo un periodo di formazione in vari ospedali europei ritornò a Roma e non vide i suoi meriti riconosciuti: *"la patria gli fu piuttosto matrigna che madre, in guisa che dopo non lungo tempo da continui patemi d'animo travagliato, morì in Spoleto, ove trovavasi in qualità di medico primario."*

Il figlio minore, Gaetano, riuscì invece a ripercorrere le illustri tracce del suo benemerito genitore ed ottenne la maggior parte dei suoi incarichi, compreso quello di direttore del museo anatomico del Santo Spirito, che venne di molto arricchito.

Giuseppe Flajani merita di essere ricordato come figura di spicco nella storia della medicina per quanto fu capace di realizzare nel corso della sua vita e per la sua insaziabile sete di sapere, testimoniata, fra l'altro, dalla sua personale ricchissima biblioteca.

"Una delle principali cure del Flajani fu la sua privata biblioteca di 7 in 8 mila volumi composta. Non ristringeasi questa collezione ai soli libri medici e chirurgi, ma era anche ben fornita in ogni ramo di letteratura; fra i molti manoscritti trovasene uno inedito di Bartolomeo Eustachio, intitolato: De instrumentis et officiis medici. La classe delle belle lettere era ricchissima di libri assai pregevoli, tanto per la loro rarità, che per la munificenza delle edizioni, ma la principale raccolta era quella di libri riguardanti la medica professione; principiando dalla serie degli anatomici, è questa certamente una delle più complete che siavi in questo genere; le altre classi poi, sebbene qualche poco inferiori alla precedente, non lasciano pure di contenere delle cose per ogni riguardo pregevolissime. Una raccolta che accresce pregio a questa biblioteca era quella delle miscellanea che consisteva in circa 200 volumi di opuscoli spettanti alla medico-chirurgica facoltà."

Fra le opere di Flajani vanno ricordate la versione italiana dell'opera di Pott sulle fratture e le lussazioni.

Fig. 2 - Teatro anatomico dell'Archiginnasio Romano alla Sapienza.

Nel 1786, pubblicò il suo nuovo metodo di *medicare alcune malattie spettanti alla chirurgia*, che raccolse gli elogi di due medici fra i più famosi dell'epoca: Carlo Guattani e Pietro Maria Gravina.

Seguono, quindi, quattro dissertazioni (rispettivamente sugli aneurismi delle estremità inferiori, sulla frattura della clavicola, sulla frattura della rotula e sull'uso della canfora nelle ulcere esterne) e due osservazioni anatomico-patologiche illustrate da due tavole in rame.

Nel 1791 viene pubblicato un volume dal titolo *Osservazioni pratiche sopra l'amputazione degli articoli, le invecchiate lussazioni del braccio, l'idrocefalo ed il panereccio.*

Nel 1798, Flajani iniziò a stampare i risultati della notevole esperienza acquisita con l'opera *Collezioni di osservazioni e riflessi di chirurgia* e comprendente quasi tutta la chirurgia.

La morte gli impedì di completare il suo disegno di realizzare un'opera monumentale sul mal della pietra e sulla litotomia.

"Un'altra dal nostro autore principiata, e che avrebbe certamente compito se non fosse stato prevenuto dalla morte, era quella sulla litotomia. L'intenzione del Flajani era quella di pubblicare su tal materia un lavoro che non lasciasse nulla a desiderare. Diffatti, quantunque avesse egli raccolto intorno al mal della pietra delle preziose osservazioni non aveva mai pubblicato cosa alcuna su di ciò, destinando il tutto ad un'opera particolare che proponevasi di dare alla luce."

Fig. 4 - Ospedale e chiesa di Santo Spirito in Sassia a Roma.

Fig. 5 - Papa Pio VI (Giovanni Braschi): 1775-1799.

Un'altra opera *"immaginata dal Flajani e per la quale aveva raccolto molti fatti importanti"* era quella sull'origine del morbo gallico, malattia che egli riteneva non essere venuta dall'America, ma nata in Europa.

Il Museo Storico Nazionale dell'Arte Sanitaria

Il museo, del quale Flajani fu fondatore e primo direttore, è oggi situato nell'ala seicentesca dell'Ospedale Santo Spirito in Sassia in Roma e può ritenersi unico nel suo genere per la ricca documentazione relativa all'arte chirurgica, ostetrica e farmaceutica. Di particolare interesse sono il laboratorio alchemico e la biblioteca, con oltre 10.000 pubblicazioni riguardanti la storia della medicina.

Il ruolo che Giuseppe Flajani ebbe nella creazione del museo è testimoniato dal suo ritratto collocato nella biblioteca (accanto a quello del figlio Gaetano) e dalla Sala Flajani, che contiene il fondo antico del museo: un ampio campionario di preparati anatomo-patologici a secco e in formalina ed una raccolta di deformità congenite. Pregevole è la collezione delle cere.

Al centro della sala è collocato il tempietto che conteneva uno strumento con cui si triturava la corteccia della china senza farla disperdere. La produzione della china era determinante all'epoca per la cura delle malaria, che era endemica a Roma e nelle aree circostanti. Curiosa e ricca è la collezione di calcoli estratti dai pazienti operati nell'ospedale di Santo Spirito nel XIX secolo, che costituisce una sorta di omaggio alla memoria di Flajani, che tanta attenzione dedicò allo studio del "mal della pietra" e della litotomia.

Conclusioni

Non sono molti i medici che hanno legato indissolubilmente il loro nome ad una malattia. Giuseppe Flajani è uno di questi. La prima accurata descrizione della malattia che porta il suo nome non è sicuramente legata al caso ma va considerata come una delle tante importanti e concrete espressioni di una grande figura nella storia della medicina. La vita e le opere di Flajani rappresentano una palese testimonianza di come si possano raggiungere importanti traguardi coniugando mirabilmente l'appassionato impegno per il proprio lavoro con un inesauribile desiderio di osservare, conoscere e capire.

Bibliografia

1) Dizionario Classico di Medicina Interna ed Esterna. Venezia, Giuseppe Antonelli Editore, 1835. Tomo 23, pp 272-274.

2) G. FLAJANI: *Sopra un tumor freddo nell'anterior parte del collo broncocele.* (Osservazione LXVII.). In: *Collezione d'osservazioni e reflessioni di chirurgia.* Roma, Michele A Ripa Presso Lino Contedini, 1802. Volume 3, pp 270-273.

Libri

G. Danieli, G. Pomponio **Il metodo clinico rivisitato** © 2006 - Brossura - XII, 254 pp.
Euro 39,95 ISBN 88-470-0452-7

Insegnare la Medicina Interna ai medici di oggi e di domani conduce necessariamente docenti e discenti a confrontarsi con le innovazioni metodologiche che l'*Evidence-Based Medicine* e lo sviluppo degli strumenti della *Clinical Governance* hanno introdotto nel processo decisionale clinico; consensualmente l'insegnamento della Clinica Medica può essere proficuamente svolto realizzando una sintesi tra il tradizionale *clinical problem solving* e l'innovazione proposta dall'EBM.

Questo volume, dedicato agli Studenti in Medicina che vivono l'entusiasmante momento di iniziazione alla professione medica, è strutturato in undici moduli didattici, che si sviluppano appunto secondo la sequenza tipica del *problem solving* rivisto alla luce del metodo EBM (presentazione del caso, individuazione del problema, formulazione e verifica delle ipotesi, formulazione di quesiti clinici e di *background*, confronto con la letteratura internazionale, risposta ai quesiti, applicazione al caso clinico ed eventuale formulazione delle raccomandazioni per la pratica, *case management*).

Ad essi sono collegati otto approfondimenti strutturati come compendi delle evidenze *(Evidence compendia,* sullo stile di *Clinical Evidence)*, nei quali trovano risposta una serie di quesiti di *background* relativi a patologie complesse, ad alta prevalenza e di notevole interesse per l'internista ospedaliero e del territorio.

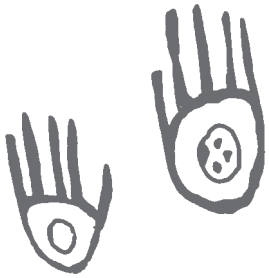
Sebbene realizzato fondamentalmente per l'apprendimento degli studenti dell'ultimo biennio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, il volume costituisce un utile strumento per tutti coloro che esercitano la pratica medica.

Giugno in Facoltà

Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
6 giugno	Corso Monografico	Problematiche di pertinenza infermieristica del paziente urologico	Prof. A. Procopio	A.O. Osp. S. Salvatore V.le Trieste 391 Pesaro h. 11.00-13.00 - h. 14.00-16.00
7 giugno	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	Aula C h. 8.30
7 giugno	Corso Monografico	Elementi di psicoterapia	Prof. G. Borsetti	Aula C h. 10.30
7 giugno	Corso Monografico	La chirurgia nell'anziano	Prof. V. Suraci	Aula D h. 10.30
7 giugno	Seminario	L'asma professionale	Prof. M. Valentino	Aula F h. 10.30-12.30
7 giugno	Corso Monografico	Il rumore industriale: effetto sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	Aula F h. 15.00-18.00
7 giugno	Corso Monografico	Riabilitazione in traumatologia sportiva	Dott. G. Lagalla	Aula Dip. Sc. Neurol. h 14.30
8 giugno	Seminario	Il dolore facciale	Dott. M. Re, Dott. M.Piemontese	Aula A h. 15.00-17.00

GIUGNO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
1-giu	8.30-10.30	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
5-giu	16.00-18.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	La fibrillazione atriale: fisiopatologia e semeiotica clinica/strumentale *aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni*	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
7-giu	14.00-16.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	Strategie terapeutiche ed aggiornamento sul trattamento *aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni*	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
7-giu	14.00-16.00	Aula Clinica Reumatologica - Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC
7-giu	15.00-16.00	Aula M Polo Didattico A	L'ureterolitotrissia endoscopica	Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Dellabella, Dott. G. Milanese	V-D-AA
8-giu	8.30-10.30	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
9-giu	12.30-14.30	Aula IV° piano Chirurgia Plastica	La riparazione dei tessuti I	Dott. A. Scalise	BB-R-E
12-giu	16.00-18.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	Fisiopatologia e semeiotica fisica e strumentale scompenso cardiaco *aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni*	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
14-giu	14.00-16.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	Terapia: aggiornamento trattamento aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
15-giu	8.30-10.30	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
19-giu	16.00-18.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	Riabilitazione scompenso cardiaco *aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni*	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
21-giu	14.00-16.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	Fisiopatologia e semeiotica funzionale TVP *aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni*	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
22-giu	8.30-10.30	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
23-giu	14.00-16.00	Biblioteca Clinica Medicina Interna	Inquadramento clinico e razionale terapia TVP *aperta a tutti coloro che vorranno partecipare nell'ambito di tutte le specializzazioni*	Dott.ssa E. Espinosa	II-C
28-giu	15.00-16.00	Aula M Polo Didattico A	La patologia prostatica nell'anziano	Prof. G. Muzzonigro, Dott. G. Milanese	V-D-AA-R
29-giu	8.30-10.30	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
30-giu		Centro Congressi Hotel Federico II, Jesi	I Corso di Formazione teorico-pratica per la diagnosi precoce e la terapia delle artriti croniche	Prof. W. Grassi	
30-giu	12.30-14.30	Aula IV° piano Chirurgia Plastica	La riparazione dei tessuti II	Dott. A. Scalise	BB-R-E
6-lug	9.00-16.00	Hotel Jolly, Ancona	Meeting Fertilità e Sessualità I due grandi temi dell'Andrologia	Presidente: Prof. G. Muzzonigro, Dott. M. Polito	V-CC-I
17-lug	15.00-16.00	Aula M Polo Didattico A	La resezione endoscopica della prostata con elettrobisturi mono e bipolare	Prof. G. Muzzonigro. Dott. A. Galosi, Dott. G. Milanese	V-D-R



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 IX - n° 6-7
Giugno-Luglio 2006
Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara

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