



# LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

## LETTERA DEL PRESIDE

Al Medico, e ad ogni altro Professionista della sanità, è richiesto un sentimento che si chiama empatia; empatia significa partecipazione al problema altrui, comunicazione sino all'identificazione, mettersi nei panni dell'altro.

L'empatia non è un'abilità che si apprende con una serie di esercitazioni, ma è un movimento affettivo, frutto di una ricchezza interiore, di cui è parte integrante la cultura che si possiede.

Nella consapevolezza di ciò, tutti i Corsi di Laurea hanno introdotto l'insegnamento delle Scienze Umane, accanto a quello delle Scienze naturali, cui Medicina appartiene.

La nostra Facoltà è stata coerente con questi principi e Settimana Introduttiva, Forum Multiprofessionali di Scienze Umane, Incontri "a Medicina, di sera", Master di Bioetica, sono stati sempre presenti nel calendario didattico, hanno costituito parte dei contenuti di questo Bollettino e dato origine ad una Collana di volumi sulle Scienze Umane.

Rientra in questo programma il Convegno che puntualmente, da nove anni, la Facoltà organizza, nelle ultime settimane di didattica, dedicandolo agli aspetti più rilevanti della storia della Medicina marchigiana ed a studi e ricerche condotti allo scopo di valorizzare il patrimonio storico ed artistico della Regione in cui si opera.

Nel Convegno dell'8 giugno prossimo si parlerà di Uomini e luoghi della cultura nelle Marche. Tra gli uomini, Andrea Bacci di Sant'Elpidio, medico, filosofo, naturalista, autore di molte opere di Idrologia, di Medicina termale e di una Storia dei Vini che descrive le bevande alcoliche in uso nelle Marche del '500; Angelo Celli, medico igienista tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, noto per i suoi studi sulla malaria, uomo politico impegnato nel sociale, attento alle condizioni di vita dei contadini nel latifondo, al lavoro minorile, all'emancipazione femminile; Giulia Bonarelli Modena, appartenente ad un'antica famiglia anconitana di uomini d'arme, letterati, scienziati, politici, tra le prime donne laureate in Medicina in Italia.

Tra i luoghi, verranno illustrati l'antico Studio di Medicina di Urbino, oggi soppresso, e la Biblioteca comunale L. Benincasa di Ancona, ricca di importanti fondi storici di medicina. Saranno quindi presentati i risultati di una ricerca che ha riguardato i beni artistici che gli ospedali, nell'occasione l'Umberto I di Ancona e il Sant'Angelo Magno di Ascoli Piceno, grazie a donazioni o lungimiranti acquisti, hanno raccolto e conservato.

E' significativo infine segnalare che le ricerche sugli antichi studi medici, sulle biblioteche marchigiane di tradizione, sulle confraternite quali prima forma di assistenza pubblica e sui beni degli ospedali, sono state condotte in felice e proficua collaborazione con Le Cento Città, un'associazione che si distingue nel patrimonio culturale regionale per l'incisività e la continuità dei propri programmi; questa collaborazione costituisce in realtà un esempio di integrazione tra la Facoltà e le espressioni più vive della cultura nel territorio.

Raccomando vivamente la partecipazione degli Studenti, perché il Convegno è costruito per loro.

Tullio Manzoni  
Preside della Facoltà

<b>EDITORIALE</b>	<b>2</b>
Il trapianto di fegato di <i>Andrea Risaliti</i>	
<b>VITA DELLA FACOLTÀ</b>	<b>6</b>
Appunti dal Consiglio di Facoltà - Corsi Monografici - Seminari - Convegno annuale della Facoltà - Master in Bioetica generale e clinica a cura di <i>Giovanni Danieli</i>	
<b>STORIA DELLA MEDICINA</b>	<b>11</b>
La Croce Rossa Italiana di <i>Fiorella Valentini</i>	
<b>CORSO MONOGRAFICO</b>	<b>16</b>
Rianimazione cardiopolmonare (RCP), aspetti innovativi di <i>Erica Adrario</i>	
<b>RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE</b>	<b>21</b>
Appunti di viaggio - 2. L'incontro (parte prima) di <i>Marco Grilli</i>	
<b>ALBUM</b>	<b>23</b>
Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) nella Biblioteca Comunale L. Benincasa di Ancona di <i>Stefania Fortuna ed Alessandro Aiardi</i>	
<b>DIGNITÀ DI STAMPA</b>	<b>27</b>
Attuali strategie terapeutiche nel trattamento chirurgico delle metastasi vertebrali di <i>Elisa Moriconi, Massimo Scerrati</i>	
<b>FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE</b>	<b>36</b>
Le organizzazioni di significato personale di <i>Bernardo Nardi, Iaria Capecci</i>	
<b>BIOETICA</b>	<b>43</b>
I trapianti, una scelta ancora difficile di <i>Alberto Maria Comazzi</i>	
<b>OSSERVATORIO</b>	<b>45</b>
Diventare medico - 4 di <i>Francesco Orlandi</i>	
<b>GIUGNO IN FACOLTÀ</b>	<b>46</b>
<b>LA POESIA DI PINA VIOLET</b>	<b>47</b>
<b>AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO</b>	<b>48</b>

ANDREA RISALITI

Chirurgia Generale  
Università Politecnica delle Marche

## Il trapianto di fegato

Il trapianto ortotopico di fegato (OLT) rappresenta un'efficace opzione terapeutica per il trattamento delle malattie epatiche acute e croniche in fase terminale. Allo stato attuale le indicazioni, le controindicazioni al trapianto e la gestione medico-chirurgica pre- e post-operatoria del paziente sono ampiamente codificate.

In assenza di trapianto, per un paziente affetto da cirrosi scompensata, la speranza di vita ad 1 anno si attesta al 50%, mentre in caso di una epatopatia fulminante le possibilità di guarigione spontanea variano a seconda delle casistiche fra il 10 ed il 20%. Con il trapianto questi dati vengono radicalmente modificati con una sopravvivenza a 1 e 3 anni rispettivamente dell' 85 % e del 70%. Gli indiscussi successi clinici del trapianto epatico vanno attribuiti a diversi fattori, fra cui i progressi nella tecnica chirurgica di prelievo, conservazione e trapianto, migliori tecniche di anestesia e rianimazione ed una più efficace profilassi-terapia di rigetto acuto e cronico. Non va per contro dimenticato il contributo positivo determinato anche dal perfezionamento dei protocolli di *screening* dei riceventi, mediante i quali è attualmente possibile identificare, all'interno di un vasto *pool* di pazienti epatopatici, i casi con maggiori probabilità di ricevere un beneficio stabile dal trapianto.

In linea generale, l'indicazione alla sostituzione epatica viene posta quando ogni altra alternativa medico-chirurgica ha esaurito la capacità di garantire al paziente una qualità di vita accettabile nel lungo termine. In patologie quali le malattie colestatiche, l'epatite fulminante e le malattie congenite, l'OLT può essere considerato come un trattamento definitivo mentre in altri casi, quali le neoplasie e le malattie virali, la ricorrenza della patologia sul nuovo organo è un evento talvolta osservabile e che può richiedere il retra-

pianto. È in questi ultimi casi che è particolarmente importante la selezione del candidato. Dal punto di vista squisitamente etiologico, nell'adulto le indicazioni al trapianto comprendono più frequentemente, la cirrosi postnecrotica (da virus HBV e HCV), alcolica e biliare primitiva, mentre nel bambino le malattie metaboliche e l'atresia delle vie biliari rappresentano le epatopatie di più frequente riscontro (Figg. n. 1 e 2). La valutazione preoperatoria deve includere sia la ricerca di ogni possibile controindicazione che potrebbe rendere rischioso o vano l'intervento, sia l'identificazione di potenziali comorbilità secondarie alla epatopatia di base che potrebbero complicare il decorso postoperatorio e l'*outcome* a lungo termine. Nella storia clinica di un epatopatico, gli elementi clinici che solitamente conducono il paziente all'immissione in lista di attesa per OLT sono l'encefalopatia epatica, l'ascite, lo scadimento dello *status* generale, il sanguinamento da varici esofago-gastriche refrattarie al trattamento medico, l'osteodistrofia epatica progressiva, le sepsi biliari ricorrenti nella cirrosi colestatiche, il prurito intrattabile e l'epatocarcinoma.

Le controindicazioni assolute all'OLT si sono fortemente ridotte di numero nel corso dell'ultimo decennio, anche in virtù della migliore comprensione della storia naturale di molte epatopatie prima e dopo trapianto. Oggi il trapianto epatico non trova indicazione nei casi di sepsi gravi a genesi extraepatica, di neoplasie epatiche primitive non comprese nell'ambito dei cosiddetti cri-

teri di Milano (1 lesione unica di diametro non superiore a 5 cm o al massimo 3 lesioni ciascuna di diametro non superiore ai 3 cm) e soprattutto se con evidenza di malattia metastatica extraepatica, di cardiopneumopatie severe e di scarsa *compliance* del paziente alle prescrizioni mediche.

Tra le controindicazioni relative si annoverano comunemente le nefropatie croniche gravi, le neoplasie extraepatiche

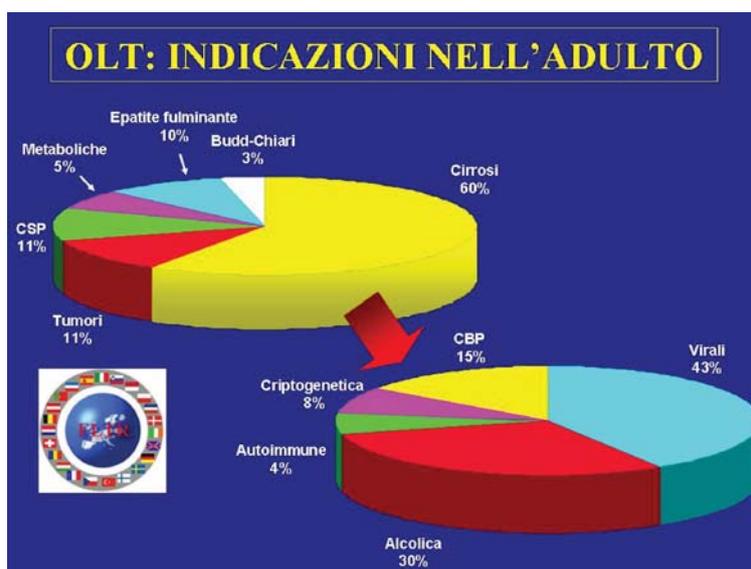


Fig. 1 - Indicazioni ad OLT nel paziente adulto riportata dall'European Liver Transplant Registry (ELTR).

(se non sia trascorso un adeguato periodo di *follow-up* dopo trattamento chirurgico), la trombosi della vena porta, il colangiocarcinoma (in particolari casi), la presenza di pregressa chirurgia addominale maggiore, un'età superiore ai 65 anni (sebbene in alcuni casi sia l'età biologica ad assumere una reale valenza in termini di funzionalità cardio-respiratoria che, in pazienti ultra sessantenni non sempre è compromessa al punto di mettere a rischio l'esito del trapianto).

Il Centro Trapianti di Ancona esercita l'attività trapiantologica nell'ambito delle direttive del *Nord Italia Transplant program (NITp)*, a sua volta coordinato dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) del Ministero della Salute. In questo modo viene garantita l'applicazione di protocolli operativi estremamente rigorosi, finalizzati a ridurre al massimo l'incidenza dei rischi biologici che inevitabilmente caratterizzano ogni fase di questa branca della chirurgia.

Il prelievo del fegato viene portato a termine secondo la tecnica descritta da Thomas Starzl negli anni '60 e da allora i maggiori progressi osservati sono rappresentati dal miglioramento delle tecniche rianimatorie, deputate al mantenimento del donatore cadavere ed all'utilizzo di innovative soluzioni perfusionali impiegate nella conservazione ipotermica degli organi. Con queste tecniche è possibile mantenere "in ghiaccio" un fegato per un periodo massimo di 9-10 ore fino alla riperfusione normotermica nel ricevente.

L'intervento di trapianto viene effettuato con tecniche da tempo standardizzate che possono prevedere la preservazione della vena cava retroepatica nativa o la sua sostituzione in blocco con il fegato patologico. La fase demolitiva rappresenta il tempo più complesso ed emorragico dell'intervento per la presenza degli effetti dell'ipertensione portale (quasi sempre marcata), cui si associa la diatesi

emorragica propria della epatopatia di base. Successivamente, con il neofegato in addome viene ripristinato il deflusso venoso sovraepatico ed il confezionamento della anastomosi portale che permettono la riperfusione del *graft*. L'intervento procede poi con l'esecuzione dell'anastomosi arteriosa per concludersi con la derivazione della secrezione biliare nel coledocoducativo o in un'ansa ileale defunzionizzata sec.Roux.

A trapianto avvenuto, viene avviato l'appropriato schema farmacologico immunosoppressivo costituito da combinazioni diverse di classi di farmaci a seconda della epatopatia di base. In ogni caso, l'obiettivo dei protocolli immunosoppressivi è la prevenzione del rigetto, grazie alla depressione del sistema immunitario dell'ospite. La mancanza di questo requisito si associa ad un'alta incidenza di rigetto e ad un incremento della morbilità e mortalità nella popolazione trapiantata.

In ambito trapiantologico, la comparsa di nuovi farmaci immunosoppressivi ha reso possibile un costante miglioramento nelle curve di sopravvivenza dei pazienti e dei *graft* unitamente ad una sensibile riduzione degli effetti tossici sistemici. Attualmente l'armamentario farmacologico disponibile consta di numerosi agenti immunosoppressivi, alcuni dei quali di più consolidato utilizzo quali i corticosteroidi, gli inibitori delle calcineurine (ciclosporina e tacrolimus), gli antimetaboliti (azatioprina, mofetil micofenolato), gli anticorpi policlonali e monoclonali (timoglobuline, OKT3, daclizumab, basiliximab), ed altri di più recente comparsa sulla scena clinica come gli inibitori mTOR (sirolimus, everolimus).

L'inevitabile effetto collaterale della terapia immunosoppressiva è rappresentato da un incremento della incidenza di eventi infettivi. In letteratura circa il 60-80% dei pazienti trapiantati presenta almeno un episodio infettivo posttrapianto, che nel 60-70% è

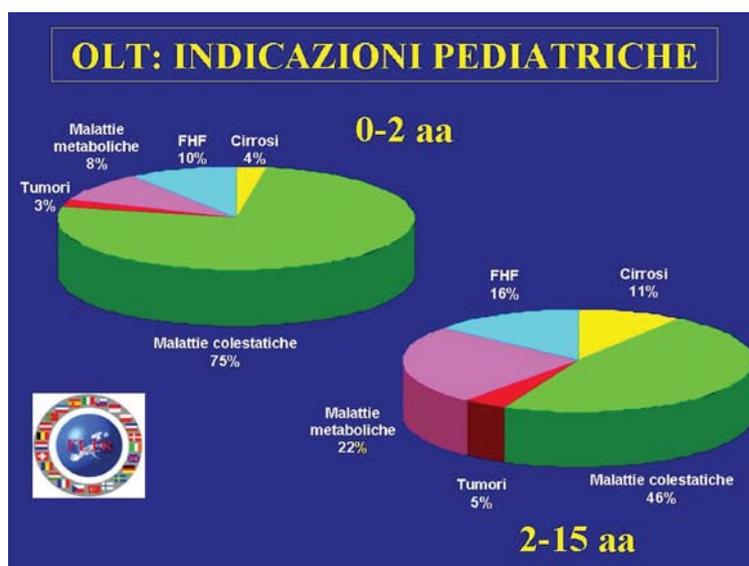


Fig. 2 - Indicazioni ad OLT nel paziente pediatrico riportata dall'European Liver Transplant Registry (ELTR).

di origine batterica, nel 20-40% virale, nel 5-15% fungina e in meno del 10% dei casi sostenuta da altri agenti opportunisti.

I fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze infettive sono l'intensità della depressione immunitaria, la gravità dell'epatopatia pre-trapianto, la malnutrizione ed una pregressa antibiotico-terapia *long term*.

La ricorrenza della malattia di base dopo OLT rappresenta una evenienza osservabile soprattutto nei pazienti trapiantati per cirrosi HBV e HCV-correlata.

Attualmente l'incidenza della recidiva HBV è estremamente bassa grazie alla immunoprofilassi passiva *long term* con immunoglobuline specifiche iperimmuni e lamivudina. Viceversa, la recidiva HCV è universale dopo OLT e può condurre, in una percentuale compresa tra il 10 e il 20% dei casi, alla ricomparsa di cirrosi nell'arco di 1 o 2 anni. Oltre alla recidiva dell'epatopatia HCV, un altro importante problema in ambito trapiantologico è rappresentato dalla scarsità cronica degli organi da trapiantare, sia per riceventi adulti che per quelli pediatrici, dove è obbligatorio l'utilizzo di graft di piccole dimensioni. Per aggirare questo ostacolo, nel corso degli ultimi decenni, sono state sviluppate alcune tecniche alternative di trapianto come il fegato ridotto, la tecnica *split-liver*, il trapianto domino ed il trapianto di fegato da donatore vivente.

L'OLT con fegato ridotto trova indicazione in riceventi adulti di piccola taglia e in pazienti pediatrici in cui le opzioni tecniche prevedono l'utilizzo dell'emifegato destro, dell'emifegato sinistro o solamento del segmento laterale sinistro. Dopo il prelievo dell'organo intero con metodica standard, il *graft* viene ridotto al banco mediante kellyclasia o con dissectore armonico, avendo cura di preservare e suturare tutte le branche vascolari incontrate sulla trancia di sezione. La naturale evoluzione del fegato ridotto è rappresentata dalla tecnica nota come *split-liver*, che rende possibile l'utilizzo simultaneo in due riceventi diversi di due emifegati provenienti da un unico donatore.

La separazione dei due *graft* può essere effettuata

*in situ*, cioè al momento del prelievo sul donatore cadavere, oppure *ex situ*, ossia al momento della chirurgia di banco. I primi casi di *split ex situ* furono effettuati nel 1988 in Europa e Stati Uniti con adeguato *outcome* a distanza dei riceventi. Attualmente la sopravvivenza totale a 12 mesi dei pazienti negli *split ex situ* varia fra il 65% e l'84%. La tecnica *in situ*, proposta dal gruppo di Amburgo e successivamente dall'UCLA, consente sopravvivenze annuali comprese fra il 75% e l'84%, a seconda della gravità del ricevente. La tecnica di *splitting*, inizialmente nata per soddisfare le necessità di riceventi pediatrici o di piccola taglia, si è perfezionata tanto da poter essere utilizzate per il trapianto di due riceventi adulti di piccola corporatura.

La mortalità crescente in lista d'attesa per trapianto di fegato è il risultato della elevata disparità tra organi disponibili e pazienti in lista di attesa. In questo scenario, accanto alle tecniche di *splitting* da cadavere, il trapianto di fegato da donatore vivente permette di ottenere un *graft* epatico di ottima qualità e contribuisce positivamente a ridurre la carenza degli organi. Il trapianto di fegato da donatore vivente è stato eseguito per la prima volta da Raia in Brasile nel 1988 e quindi in Giappone da Nagasue nel 1989. I primi *trials* clinici sono stati avviati nel 1989 a Shimane da Nagasue e a Chicago da Broelsch; quest'ultimo è stato il primo autore ad avviare un programma di trapianto con un severo protocollo etico di regolamentazione. Dopo le iniziali ed incoraggianti esperienze preliminari, il trapianto da donatore vivente si è largamente diffuso soprattutto nei

paesi dell'Est Asiatico ed in particolare in Giappone, per la presenza di particolari credenze religiose e per l'assenza di una legislazione che regolamentasse il prelievo di organi da donatore cadavere.

In Italia è vigente una Legge specifica (483/99) che regola l'esecuzione del trapianto di fegato tra viventi consanguinei e non, consentendo la donazione di una parte del proprio fegato esclusivamente a titolo gratuito, sotto la spinta di sentimenti di solidarietà, altruismo ed in assenza di coerci-

Tipologia dei trapianti eseguiti presso il Centro Trapianti di Ancona

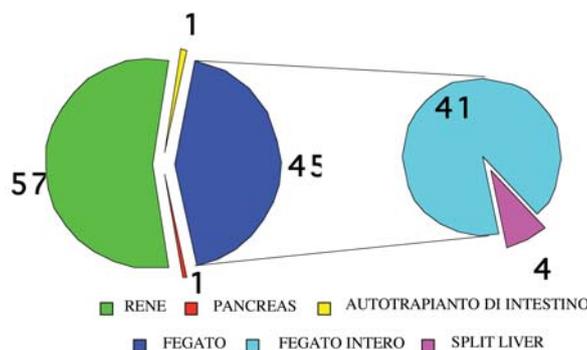


Fig. 3 - A sinistra sono evidenziate le tipologie di trapianto di organo solido. A destra la suddivisione dei tipi di graft epatico utilizzato.



Organi prelevati presso il Centro Trapianti di Ancona

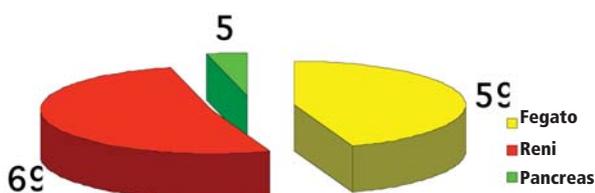


Fig. 4 - Attività di prelievo di organi effettuata dall'equipe del Centro Trapianti di Ancona stratificata per tipologia di organi. Il totale dei graft prelevati ammonta a 133.

zioni esterne. Questa tecnica presenta alcuni innegabili vantaggi: 1) aumenta il *pool* di organi disponibili senza gravare sul numero delle donazioni da cadavere, 2) è eseguibile in elezione con tempi di ischemia ridotti, 3) l'organo è qualitativamente ideale, provenendo da un donatore accuratamente selezionato, 4) esiste un vantaggio dal punto di vista immunologico, in considerazione del maggior grado di immunoistocompatibilità esistente tra consanguinei. Per contro non va assolutamente dimenticato il rischio cui si espone un donatore sano, che si sottopone ad un intervento di chirurgia epatica maggiore solamente a beneficio di un altro individuo. Le indicazioni e le controindicazioni al trapianto di fegato da donatore vivente sono sovrapponibili a quelle già elencate per il trapianto da donatore cadavere. Il potenziale donatore deve essere sottoposto ad un particolare protocollo di valutazione preoperatoria, volta a identificare la configurazione anatomico-vascolare del fegato unitamente alla stima volumetrica parenchimale. È infatti indispensabile eseguire l'intervento con la certezza che il *graft* prelevato presenti dimensioni tali da risultare adeguato a sostenere la vita del ricevente, con la certezza di lasciare al donatore una massa parenchimale residua idonea al sostegno delle funzioni biochimiche.

Presso il nostro Centro è attivo un programma di trapianto che oltre al fegato si rivolge al trapianto di rene e di pancreas. Dal 2 agosto 2005 al marzo 2007 sono stati eseguiti 45 trapianti di fegato da donatore cadavere di cui 4 con tecnica *split*. A tale attività deve essere

Sopravvivenza a 12 mesi dei pazienti sottoposti a trapianto di fegato

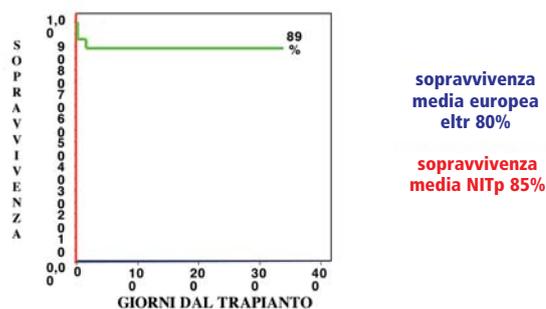


Fig. 5 - Sopravvivenza attuariale a 12 mesi nel trapianto di fegato presso il Centro Trapianti di Ancona confrontata con i dati numerici di sopravvivenza dell'European Liver Transplant Registry (ELTR) e del Nord Italia Transplant program (NITp).

aggiunta quella relativa al trapianto di rene (57 casi) di pancreas (1 caso) e di autotrapianto di intestino (1 caso), come riportato nella fig. 3. Le procedure di prelievo multiorgano sono state effettuate dall'equipe locale per un reperimento totale di 133 *graft* (Fig. 4). I pazienti sottoposti ad OLT sono per il 91.1% dei casi di provenienza regionale mentre l'etiologia della epatopatia di base è stata principalmente la cirrosi esotossica e virale. I risultati di sopravvivenza dei pazienti ad 1 anno sono in linea con la maggiori esperienze nazionali ed internazionali (Fig. 5).

Parallelamente a questa iniziale e soddisfacente attività clinica, sono stati pianificati numerosi progetti finalizzati per incrementare il numero e la tipologia dei trapianti. Nell'anno in corso, il nostro obiettivo prioritario è quello di mantenere un livello operativo stabile; potenziare il programma di *splitting* epatico in collaborazione con gli altri centri aderenti al NITp; avviare il programma di trapianto epatico in pazienti HIV positivi e quello di trapianto combinato fegato/rene. Non di meno, dopo il recente inizio dell'attività di trapianto di pancreas isolato, è in fase di avanzata realizzazione il programma di trapianto combinato di pancreas e rene e di trapianto di rene da donatore vivente in collaborazione con l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi.

## Appunti dal Consiglio di Facoltà del 23 maggio 2007 a cura di Loreta Gambini e Daniela Santilli

Il Preside, ringraziando il Prof. Giovanni Valentino Coppa per la preziosa attività didattica e scientifica e assistenziale svolta per la Facoltà di Medicina e Chirurgia, ha comunicato che il pre-detto docente cesserà dalla qualifica di professore ordinario a decorrere dal 1.10.2007.

Il Preside ha informato che il Centro Ipertensione della Clinica di Medicina Interna ha ottenuto il riconoscimento da parte della *European Society of Hypertension* quale *Hypertension Excellence Centre*, "istituzione che fornisca il più elevato livello di trattamento dell'ipertensione sia per pazienti esterni che ricoverati, compresi gli interventi chirurgici e vascolari, nonché l'accertamento del rischio cardiovascolare globale".

Il Premio ISICO 2007 (Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale) è stato attribuito al progetto di ricerca "Prevalenza ed impatto sulla disabilità e qualità della vita del dolore cronico muscolo-scheletrico" finanziato dall'Azienda Pfizer presso la Clinica Reumatologica (referenti Proff. Grassi e Salaffi).

Il Preside ha annunciato che il Premio Ricercatori Universitari 2007 è stato assegnato al Dott. Marco Marzoni, già nominato *Rising star* della ricerca europea dalla Federazione europea delle società scientifiche gastroenterologiche.

Per il secondo anno consecutivo una studentessa del Corso di Laurea in Odontoiatria, Daniela Illuminati, ha vinto la competizione italiana per il Premio europeo *Dentsply International*. La studentessa parteciperà inoltre alla competizione internazionale che si terrà a breve a Londra.

Il Preside ha sollecitato quanti non abbiano ancora provveduto ad inviare il Syllabus al competente ufficio.

E' stato comunicato che i membri delle Commissioni degli esami di laurea dei Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie saranno ridotti a sette.

Il Preside ha fatto presente che la Segreteria Studenti ha segnalato ritardi nella restituzione dei verbali degli esami di profitto e ha invitato i docenti a inviare la copia degli statini alla conclusione di ciascuna sessione.

Il Preside ha ricordato che anche per l'anno 2007 è possibile devolvere il 5 per mille delle imposte sul reddito all'Università Politecnica delle Marche, un contributo fondamentale grazie al quale sarà possibile potenziare la ricerca scientifica sostenendo la formazione di giovani laureati.

Sono stati definiti gli affidamenti per l'A.A. 2007/2008:

- è stata ratificata la Determina con la quale sono stati banditi gli insegnamenti dei Corsi di Laurea Triennali e Specialistici delle Professioni Sanitarie da affidare al personale di ruolo sanitario appartenente al SSN;
- è stata approvata la proposta di affidamento dei compiti didattici ai Docenti (CLS in Medicina e Chirurgia, CLS in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Corsi di Laurea triennali e specialistici delle professioni sanitarie), alla luce della quale saranno poi attribuite le supplenze al personale docente della Facoltà e banditi gli incarichi vacanti.

Sono stati approvati:

- il Regolamento di Facoltà relativo alla Scuola di Dottorato di Ricerca;
- il progetto per l'implementazione del sistema qualità ISO 9001 nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia;
- le procedure necessarie ad ottenere l'accreditamento delle Scuole di Specializzazione;
- alcuni storni e variazioni di bilancio.

Al fine di aderire al piano web di Ateneo, progetto già approvato dal Consiglio di Facoltà in una precedente seduta, è stata definita l'organizzazione didattica per l'A.A. 2007/2008 per ciò che concerne la quantità di impegno didattico richiesto per ogni credito formativo (12 ore CC.dd.LL. Infermieristica e Ostetricia; 10 ore tutti gli altri corsi), per i corsi monografici e per l'internato.

E' stata approvata la proposta di conferimento della laurea honoris causa, presentata dai Proff. Risaliti, Cellerino e Cascinu, al Prof. William C. Wood, Direttore del Dipartimento di Chirurgia della *Emory University* di Atlanta. Il Prof. Wood si occupa della messa a punto di strategie innovative di cura dei tumori, in particolare di quelli a carico della mammella, in stretta collaborazione con quanti, al di fuori dell'ambiente esclusivamente chirurgico, sono impegnati nella ricerca e nelle attività assistenziali in campo oncologico.

Sono state autorizzate le attivazioni del Master interdisciplinare in *Wound Care* in collaborazione con le Università di Modena e di Pisa presentato dal Prof. Bertani e dal Dott. Scalise, e del Corso di Perfezionamento in *Mieloma multiplo e gammopatie monoclonali* proposto dal Prof. Pietro Leoni.

E' stato approvato il Regolamento del Master Universitario di I livello di *Tecniche manageriali per Coordinatori delle professioni sanitarie* e si è proceduto alla nomina del Coordinatore, nella persona del Prof. Ugo Salvolini.

Sono stati concessi alcuni patrocini per iniziative di rilevante interesse culturale e scientifico.

Sono state definite le Commissioni per i concorsi di ammissione ai Corsi di Laurea e Laurea specialistica per l'A.A. 2007/2008 e per le sessioni di giugno e luglio degli esami di laurea dei Corsi di Laurea specialistica delle professioni sanitarie.

E' stata approvata la retribuzione delle supplenze per l'A.A. 2006/2007 sui Corsi di Laurea triennali e specialistici delle professioni sanitarie aventi sede ad Ancona.

Sono state discusse alcune pratiche studenti, in particolare relative a riconoscimenti di carriera e Programma Erasmus.

Sono state approvate le procedure per l'affidamento o il rinnovo di collaborazioni coordinate e continuative nell'ambito del Master di I e II livello in Nutrizione e Dietetica Applicata on-line e per le esigenze del Master in Teledidattica applicata alla medicina.

E' stato approvato il Regolamento per l'attività di tirocinio del Corso di Laurea triennale in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro ed è stato nominato il Coordinatore della predetta attività.



## Attività Didattica Elettiva

### Corsi Monografici

#### CLM in Medicina e Chirurgia

##### 1° Anno

5001/17 - Istologia  
*Istologia umana normale con riferimenti pratici alle tecniche di laboratorio di supporto alla diagnostica Citopatologica*, Dott.ssa A. Pignaloni  
 6-13 Giugno 2007, ore 14.30, Aula A

##### 2° Anno

5001/13 - Fisiologia  
*Regolazione del metabolismo corporeo*, Dott.ssa M. Fabri  
 6-13 Giugno 2007, ore 16.30, Aula A

##### 5° Anno

5001/2 - Anatomia Patologica  
*Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie*, Prof. I. Bearzi  
 6-13 Giugno 2007, ore 14.30, Aula B

5001/18 - Malattie Cutanee e Veneree  
*Lupus Eritematoso Cutaneo*, Prof.ssa A.M. Offidani  
 6-13 Giugno 2007, ore 16.30, Aula B

##### 6° Anno

5001/22 - Medicina del Lavoro  
*Il rumore industriale: effetto sulla salute e prevenzione*, Prof. M. Valentino  
 6-13 Giugno 2007, ore 14.30-17.30, Aula F

#### 5002 - CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

##### 1° Anno

5002/17 - CM - Istologia  
*Istologia Umana normale con riferimenti pratici alle tecniche di laboratorio di supporto alla diagnostica citopatologica*, Dott.ssa A. Pignaloni  
 6-13 Giugno 2007, ore 14.30, Aula A

##### 2° Anno

5002/13 - CM - Fisiologia  
*Regolazione del metabolismo corporeo*, Dott.ssa M. Fabri  
 6-13 Giugno 2007, ore 16.30, Aula A

##### 3° Anno

5001/18 - CM - Malattie Cutanee e Veneree  
*Lupus Eritematoso Cutaneo*, Prof.ssa A.M. Offidani  
 6-13 Giugno 2007, ore 16.30, Aula B

#### 3208 - Corso di Laurea per Educatore Professionale

##### 1° Anno

3208/3 - Diritto Pubblico  
*La deontologia professionale e la legislazione di privacy*  
 Dott.ssa D. Saltari  
 6-13-20 Giugno 2007, ore 14.00-16.00, Aula T5

##### 2° Anno

3208/7 - Metodologie dell'Educazione Professionale I  
*Le terapie espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale*, Dott.ssa D. Saltari  
 6-13-20 Giugno 2007, ore 16.00-18.00, Aula T5

#### 3202 - Corso di Laurea in Infermieristica

POLO DIDATTICO DI ANCONA

##### 1° Anno

3202/19 scienze Sociopsicologiche  
*L'uomo, la salute, la malattia nella dimensione interculturale*, Dott.ssa L. Volante  
 13-20 Giugno 2007 ore 14.30-17.30 Aula T

3202/8 - Infermieristica Clinica  
*Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicole, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica*, Dott.ssa C. Borgognoni, Dott.ssa A. Cucchi  
 6 Giugno 2007, ore 14.00-17.00 - Aula T

POLO DIDATTICO DI PESARO

##### 1° Anno

3202/15 - Patologia  
*Diagnostica di Laboratorio di pertinenza infermieristica*  
 Prof. A. Procopio  
 6 Giugno 2007, ore 14.30-17.30

POLO DIDATTICO DI MACERATA

##### 1° Anno

3202/8- Infermieristica Clinica  
*Il paziente chirurgico: assistenza pre e post-chirurgica*, Sig.ra I. Baglioni  
 6-13 giugno 2007, ore 14.30-17.30

POLO DIDATTICO DI ASCOLI PICENO

##### 1° Anno

3202/9 bis - Infermieristica Generale  
*Il Counseling infermieristico nella relazione d'aiuto* -





Dott.ssa L. Passaretti  
6 Giugno 2007, ore 14.00-17.00, Aula 2 Centro  
Formazione ZT 13-AP

### 3205 - Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico

#### 2° Anno

3205/11 - Scienze Interdisciplinari Cliniche  
*Oncologia molecolare nella diagnosi clinica; I fattori prognostici predittivi in oncologia; Dal profilo genetico ai nuovi farmaci*, Dott.ssa R. Berardi  
7 Giugno 2007, ore 9,00-11,00 - Aula Morgagni Anatomia Patologica

### 3207 - Corso di Laurea in Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

320718- Tecniche di Radioterapia II  
*Radioterapia Conformazionale della prostata: immobilizzazione del paziente e riposizionamento: definizione dei Bersagli e simulazione virtuale, irradiazione in conformazione*, Dott.M.Cardinali, Dott.ssa G. Mantello  
6-13 Giugno 2007, ore 14.30-17.30 Aula H

### 5008 - Corso di Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche

5008/8- Scienze giuridiche ed economiche  
*L'evoluzione della normativa del sistema sanitario marchigiano*, Dott.ssa M.De Angelis  
6 giugno 2007 - ore 14.30-17.00 - Aula I

## Seminari

#### 2° Anno

13 - Fisiologia  
*Glutammato e malattie neuropsichiatriche*, Prof. F. Conti  
6 giugno 2007, ore 14.30, Aula C

16 - Immunologia  
*Il repertorio dei linfociti T nella immunosorveglianza verso i tumori*  
*Virus-indotti*, Prof. G. Biasi  
13 Giugno 2007, ore 14.30 Aula C

#### 3° anno

26 - Metodologia Clinica  
*Laparoscopia diagnostica*, Prof. M. Guerrieri  
6 Giugno 2007, ore 16.30 Aula C

32 - Patologia Sistemica I  
*Le sindromi linfoproliferative*, Prof. P. Leoni, Prof.ssa M. Montroni  
13 Giugno 2007, ore 16.30 Aula C

#### 6° anno

22 - *Medicina del Lavoro*  
*L'asma professionale*, Prof. M. Valentino  
6-13 Giugno 2007, ore 17.30, Aula F





Università Politecnica delle Marche  
Facoltà di Medicina e Chirurgia



Convegno Annuale della Facoltà

## Uomini e Luoghi della Cultura nelle Marche

Presidente Tullio Manzoni

Ancona 8 giugno 2007 ore 16,00

Auditorium Montessori - Polo Murri  
Facoltà di Medicina - Torrette di Ancona

Ancona, Palazzo Mengoni Ferretti, sede della Biblioteca Comunale L. Benincasa

in collaborazione con  
Le Cento Città  
Associazione per le Marche



### PROGRAMMA

*Presentazione*, TULLIO MANZONI, TULLIO TONNINI

*Modera* ALBERTO BERARDI

L'opera di Angelo Celli tra medicina e politica, *Marco Belogi*

Andrea Bacci, la medicina delle acque, *Evio Hermas Ercoli*

Giulia Bonarelli Modena, medicina ed arte nell'Ancona del primo '900, *Stefania Fortuna*

*Modera* ALBERTO PELLEGRINO

L'antico Studio medico di Urbino, *Paola Bonifazi, Mario Luni*

I fondi storici di medicina della Biblioteca comunale L. Benincasa di Ancona, *Alessandro Aiardi*

*Modera* ENRICO PACIARONI

Il patrimonio storico artistico dell'Ospedale Umberto I di Ancona, *Giancarlo Aiudi*

I beni artistici dell'antico Ospedale S. Angelo Magno custoditi nella Pinacoteca Comunale di Ascoli Piceno, *Stefano Papetti*

*Caritas e Sanità*, volume settimo della Collana Scienze Umane, Presentazione di *Giovanni Danieli*

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Loreta Gambini, Daniela Pianosi, Antonella Ciarmatori  
Facoltà di Medicina e Chirurgia Tel. 0712206045 e-mail: presimed@univpm.it



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



## **Master in Bioetica Generale e Clinica**

*Coordinatore Adriano Tagliabracci*

Nell'ambito dell'attività didattica dei Master in Bioetica Generale e Clinica, la Facoltà di Medicina e Chirurgia organizza sei cicli di Conferenze/Seminari, nel periodo Ottobre 2006-Settembre 2007, su tematiche di Bioetica aperte a Docenti, Studenti ed a quanti interessati al cogente dibattito inerente gli aspetti di bioetica ed etica medica connessi al progresso scientifico e tecnologico delle scienze mediche.

### **5° Ciclo**

#### **Lineamenti di bioetica ambientale e animale**

**Luisa Battaglia** Membro CNB, Università di Genova

**Lunedì 4 giugno 2007 ore 14.30 - 18.30**

#### **Luci ed ombre dell'etica psichiatrica**

**Michele Schiavone** Membro CNB, Università di Genova

**Giovedì 7 Giugno 2007 ore 14.30 - 16.30**

#### **Lo stress lavorativo, il *mobbing* e la nuova sanità**

**Ferdinando Pellegrino** Unità Operativa di salute mentale, ASL Salerno 1

**Venerdì 8 giugno 2007 ore 11.00-13.00**

*Segreteria scientifica:* Dott.sse Laura Mazzarini e Luisa Borgia  
Sezione di Medicina legale - Dipartimento di Neuroscienze  
Polo Didattico Scientifico - Torrette di Ancona  
071 5964727 e-mail [medleg@univpm.it](mailto:medleg@univpm.it)

**IORELLA VALENTINI**

Ispettrice Infermiere Volontarie CRI  
Ispettorato di Ancona

## La Croce Rossa Italiana

Nell'immaginario collettivo il termine *Croce Rossa* ci riporta al suono lacerante di una sirena di ambulanza lanciata al soccorso di feriti in incidenti stradali, oppure al "velo" e al sorriso materno di una "crocerossina" che soccorre un ferito in battaglia. Questa immagine classica è ormai superata da una realtà assai più complessa, da svariati compiti che, in ben 176 paesi del mondo, sono quotidianamente assolti dalla Croce Rossa.

Le iniziative umanitarie e le attività della Croce Rossa si sviluppano in molteplici settori sociali attraverso un apparato istituzionale molto articolato, il *Movimento Internazionale di Croce Rossa*. Cerchiamo di analizzarlo a grandi tratti per meglio capire la struttura nel suo complesso.

Il Movimento è costituito da tre organismi:

Il *Comitato Internazionale di Croce Rossa*: è il garante dell'applicazione delle Convenzioni di Ginevra, è intermediario neutrale in caso di conflitto armato e di disordini, mette in opera tutti i mezzi giuridici, tecnici e finanziari di cui dispone per assicurare protezione e assistenza alle vittime dei paesi colpiti da guerre e disordini.

La *Federazione Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa*, composta dall'insieme delle

Società Nazionali, assicura l'assistenza alle popolazioni vittime di discriminazioni e di catastrofi, coordina le azioni di soccorso di urgenza, realizza progetti di aiuto e cooperazione nei paesi in via di sviluppo.

Le *Società Nazionali di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa*, sono l'insieme delle Associazioni nazionali presenti nei vari Stati tra cui, per esempio, in Italia la Croce Rossa Italiana.

Parlare di tutto questo sarebbe estremamente complesso; soffermiamoci quindi sull'identità e sull'azione della Croce Rossa Italiana.



Jean-Henry Dunant

Per comprendere la storia della Croce Rossa Italiana occorre tornare indietro di molti anni e cercare di ripercorrere le tappe salienti di questo lungo percorso.

Era la mattina del 25 giugno 1859 quando un cittadino svizzero Jean-Henry Dunant, un uomo d'affari ginevrino, per la prima volta mise piede a Castiglione dello Stiviere mentre infuriava una delle più terribili battaglie delle guerre risorgimentali italiane, passata poi alla storia come "la Battaglia di Solferino".

L'incontro inatteso, brutale con gli orrori della guerra, la vista di circa novemila soldati feriti che, senza soccorso, erano destinati a morire sul campo di battaglia, lo inorridirono.

Decise così di portare i primi soccorsi ai feriti, francesi o austriaci senza distin-

zione, facendosi aiutare dalle donne del paese, vincendo la loro esitazione, convincendole che la sofferenza è uguale per tutti, quindi chi soffre non ha nazionalità.

Tornato a Ginevra, dopo la fine della guerra, la sua mente ritorna all'immane dolore di cui fu testimone; si fa strada in lui il proposito di indurre i governi ad organizzare delle Società di soccorso ai feriti, composte di volontari da istruire per la loro missione, attrezzate di mezzi di trasporto e di materiali di pronto intervento.

Iniziò a scrivere un bellissimo libro, nelle cui pagine si rivivevano le scene di dolore di cui era stato testimone. Tale libro, dal titolo *Un ricordo da Solferino* divenne in pochi mesi molto famoso sia per il modo crudo con cui erano state raccontate le vicende sia perché, per la prima volta, venivano rese note le problematiche umanitarie connesse alla guerra.

Tradotto in diverse lingue, il libro è considerato il pilastro per merito del quale si fondarono le Società di soccorso, si riunì la Conferenza Internazionale, si giunse alla prima Convenzione di Ginevra; fu l'origine di tutta la successiva attività della Croce Rossa.

Ma Dunant non fu il primo a scontrarsi con una tale realtà.

Era il 1848 quando, durante i Moti di Messina, il chirurgo napoletano, medico dell'esercito borbonico, Ferdinando Palasciano si distinse per il suo operato che lo portò ad essere riconosciuto unanimemente e giustamente come il vero

precursore della Croce Rossa.

Infatti Palasciano sentì la necessità di portare soccorso ai militari feriti, non solo del proprio esercito ma, per la prima volta, anche di quello avversario senza fare alcuna distinzione. Il suo credo è racchiuso tutto in queste sue parole: *bisogna soccorrere i feriti di guerra e considerarli neutrali*.

Durante la battaglia del 7 settembre, combattuta tra le truppe borboniche e messinesi, il generale Filangeri gli ordinò di smettere di curare i feriti siciliani, ma Palasciano continuò il suo operato, e questo gli valse la minaccia di essere passato per le armi ma, per intercessione di Re Ferdinando, suo amico e sostenitore, la condanna venne tramutata in un anno di carcere da scontare a Reggio Calabria.

Dopo la scarcerazione s'interessò ancora dei problemi connessi alla sanità militare, lottando con energia affinché fosse riconosciuta la neutralità dei feriti in guerra.

Caduta la monarchia borbonica, Palasciano poté esporre liberamente le proprie idee e, in occasione del Congresso Internazionale dell'Accademia Pontaniana, svoltosi a Napoli nell'aprile del 1861, affermò:

*Bisognerebbe che tutte le Potenze belligeranti, nella Dichiarazione di guerra, riconoscessero reciprocamente il principio di neutralità dei combattenti feriti per tutto il tempo della loro cura e che adottassero rispettivamente quello dell'aumento illimitato del personale sanitario durante tutto il tempo della guerra.*

Con il proclamare



Ferdinando Palasciano.

tali principi umanitari, che ebbero una vasta eco in tutta Europa e che, tre anni più tardi, la Convenzione di Ginevra fece pienamente suoi, Palasciano determinò, per la prima volta e prima di Dunant in ordine di tempo, uno e forse il più importante dei principi fondamentali della Croce Rossa.

L'atto di nascita della Croce Rossa Italiana può datarsi al 15 Giugno 1864, ben due mesi prima della firma della Convenzione di Ginevra, allorché si costituì a Milano, per opera del Comitato Medico Milanese dell'Associazione Medica Italiana, il primo *Comitato dell'Associazione Italiana per il soccorso ai feriti ed ai malati in guerra*.

Due mesi dopo la costituzione di tale Comitato, il Presidente, Cesare Castiglioni, insieme ad altri delegati italiani fu chiamato a Ginevra per esporre l'esperienza di Milano e a discutere sulle future iniziative in favore dei feriti e dei malati in guerra.



Il 22 Agosto 1864 i delegati di undici Paesi firmarono la "Convenzione di Ginevra" per il miglioramento delle sorti dei feriti in guerra".

Si istituiva così la Croce Rossa e l'Italia

fu la quinta tra le nazioni aderenti.

L'art. 7 della Convenzione precisa che "una bandiera distintiva ed uniforme sarà adottata per gli ospedali, i posti di soccorso e le evacuazioni

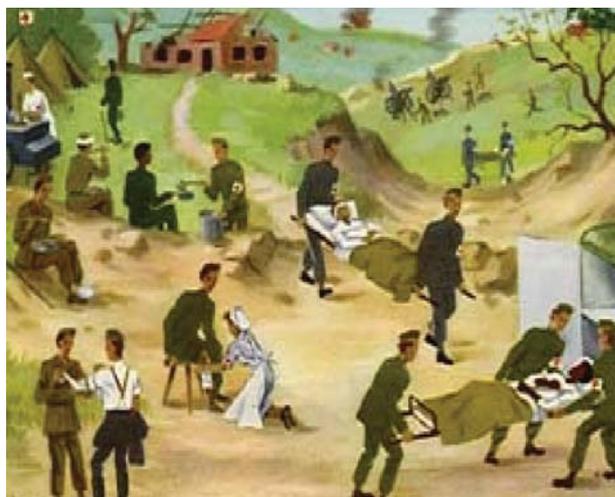
... anche un bracciale sarà ammesso per il personale neutralizzato...

La bandiera e il bracciale reheranno una Croce Rossa in campo bianco"

L'aspetto più interessante del documento rimane tuttavia il nuovo significato da attribuirsi all'emblema della Croce Rossa.

Fino a poco tempo prima il simbolo serviva a riconoscere il personale volontario delle varie Società preposte al soccorso ai feriti; ora conferiva, a chi lo portava, uno *status* particolare, proteggendolo in virtù di un impegno assunto con la Convenzione.

Venne adottata una Croce Rossa in campo bianco invertendo i colori della bandiera Svizzera, in omaggio



allo Stato che più aveva mostrato sensibilità al problema e che si era impegnato con maggiore dedizione.

L'11 dicembre del 1864 si tenne a Milano un congresso in cui si approvava il regolamento del Comitato di Milano preposto al coordinamento delle attività dei costituendi nuovi comitati sparsi su tutto il territorio nazionale. Stava nascendo la Croce Rossa Italiana che in Palasciano aveva avuto il suo precursore.

L'Italia, oltre ad essere stata una delle prime Nazioni (come già detto, la quinta) ad aver aderito alla Convenzione di Ginevra, vanta anche l'istituzione di una delle più antiche associazioni di Croce Rossa nazionale.

L'8 giugno 1872 il Comitato di Milano si trasferì a Roma, divenuta capitale d'Italia, costituendosi come Comitato Centrale con lo scopo di disciplinare e organizzare tutti i comitati nazionali.

Nel 1965 vennero adottati i sette Principi di Croce Rossa, che costituiscono la base su cui si reggono, ancora oggi, tutte le attività della Croce Rossa e dai quali nessun Paese aderente può prescindere

#### *Umanità*

"La Croce Rossa si adopera a prevenire e lenire le sofferenze degli uomini, a fare rispettare la persona e a proteggere la vita e la salute, a favorire la comprensione, l'amicizia, la cooperazione e la pace durevole tra i popoli"

#### *Imparzialità*

"La Croce Rossa non compie distinzioni di nazionalità, razza, condizione sociale e politica"

**Neutralità**

"La Croce Rossa si astiene dal prendere parte alle controversie ed alle ostilità politiche, razziali e religiose"

**Indipendenza**

"La Croce Rossa è sottoposta alle leggi dei rispettivi paesi, ma conserva un'autonomia che le permette di agire in armonia con i suoi principi."

**Volontariato**

"La Croce Rossa è un'istituzione di soccorso volontaria e disinteressata."

**Unità**

"In ogni Paese, sull'intero territorio, ci può essere una sola società di Croce Rossa."

**Universalità**

"All'interno della Croce Rossa universale le Società Nazionali hanno gli stessi diritti e il dovere di aiutarsi reciprocamente."

La Croce Rossa Italiana, oltre ad avere una storia che la porta ad essere considerata una delle prime Società Nazionali, si distingue dalle altre Società per la presenza di uno Statuto e per la sua struttura interna divisa in sei componenti.

Lo Statuto è un atto giuridico che serve a gestire internamente l'associazione e ad ufficializzare quelli che da sempre sono i compiti istituzionali della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana (C.R.I.) è un ente di diritto pubblico con prerogative di carattere internazionale, avente scopi di assistenza sanitaria e sociale in pace e in guerra.

L'Associazione Italiana della Croce Rossa è posta sotto l'alto patrocinio del Presidente della Repubblica e svolge le sue attività sotto la vigilanza del Ministero della Sanità.

La C.R.I. è una organizzazione di soccorso volontaria e senza scopo di lucro. In tempo di pace reca assistenza alla popolazione civile, soprattutto quella più vulnerabile; in tempo di conflitto contribuisce con mezzi e personale propri alla cura dei feriti, alla ricerca dei dispersi, all'assistenza ai profughi allestendo ospedali militari da campo e posti di pronto soccorso. La C.R.I. sviluppa le sue attività grazie a gruppi di volontari suddivisi in componenti ognuna delle quali ha caratteristiche che le rendono diverse

sia come criteri di appartenenza e sia come attività operativa.

- 1) Il Corpo Militare
- 2) Il Corpo delle Infermiere Volontarie
- 3) I Volontari del Soccorso
- 4) Il Comitato Nazionale Femminile
- 5) I Pionieri
- 6) I Donatori di Sangue

**CORPO MILITARE:** ausiliario delle Forze Armate, in tempo di pace è impiegato per le attività dell'associazione, con mansioni sanitarie, tecniche ed organizzative; è costituito da personale inquadrato militarmente, in ruolo permanente o di riserva, che, quando in servizio, è militare a tutti gli effetti.



**INFERMIERE VOLONTARIE:** ausiliarie delle Forze Armate, è la componente "storica" della C.R.I. Sono impegnate in attività di emergenza in Italia e all'estero, nel campo socio-assistenziale e operano in ospedali e ambulatori civili e militari. Per conseguire il diploma di Infermiera Volontaria si richiede un corso teorico-pratico della durata di due anni e il superamento dell'esame finale.



**VOLONTARI DEL SOCCORSO:** sono reclutati tra persone con un'età superiore ai 18 anni.

Per entrarne a far parte occorre svolgere un corso suddiviso in tre step con un esame al termine di ciascuno.

Le loro attività sono prevalentemente di natura sanitaria come: trasporto infermi, protezione civile, attività speciali, educazione sanitaria



**COMITATO NAZIONALE FEMMINILE:** si dedica al settore assi-

stenziale, dando contributi per l'acquisto di materiale sanitario, apparecchiature per disabili, assistenza agli anziani ed ai minori.

**PIONIERI:** è la componente anagraficamente più giovane, sono reclutati tra i ragazzi tra i 14 e i 25 anni dopo un corso teorico-pratico della durata di circa due mesi con il superamento di un esame.

Le loro attività sono rivolte prevalentemente verso i più giovani.

**DONATORI DI SANGUE:** è la più recente delle componenti, nata durante la seconda guerra mondiale dalla necessità di reperire sangue.

Per entrarne a far parte non è necessario alcun



corso ma, è indispensabile l'idoneità fisica.

Nonostante le componenti abbiano una loro specificità, il raggiungimento degli obiettivi dell'associazione sono possibili solamente grazie alla collaborazione e al sostegno che unifica tutti i volontari sotto un unico ideale: aiutare chi soffre senza alcuna discriminazione.



**Bibliografia**

- 1) Comitato centrale dell'associazione italiana della Croce Rossa, *La Croce Rossa Italiana. memoria popolare*, Roma, tip. delle Mandelle, 1893.
- 2) De Luca C. e Palasciano G., *Ferdinando Palasciano, il precursore della Croce Rossa*, Fasano (BR) Schena editore, 1922.
- 3) Dunant, J.-H., *Souvenir de Solferino*, Genève, 1862.
- 4) Frezza A., *Storia della Croce Rossa Italiana*, Roma, 1956.
- 5) Mariani M., *La croce rossa - L'epopea di una grande istituzione*, Milano, Arnoldo Mondadori Editore, 2006.
- 6) Staderini C., *La Croce Rossa Italiana fra dimensione associativa e riconoscimento istituzionale*, Firenze, Nocchioli Editore, 1995.



ERICA ADRARIO

Emergenze Medico-Chirurgiche  
Università Politecnica delle Marche

## Rianimazione cardiopolmonare (RCP), aspetti innovativi

Nel 2000 la simultanea pubblicazione delle linee guida per la rianimazione cardiopolmonare e il trattamento delle emergenze cardiovascolari sia su Resuscitation che su Circulation posero le basi per le prime linee guida internazionali sulla rianimazione, rappresentando una pietra miliare nella collaborazione internazionale per migliorare la pratica e l'insegnamento delle tecniche rianimatorie. I rappresentanti delle maggiori organizzazioni mondiali di rianimazione raggiunsero questo consenso solo dopo una revisione completa della letteratura disponibile ed un intenso dibattito durato vari incontri. Le linee guida scaturite da questo processo furono adottate internazionalmente con piccole modifiche richieste da abitudini locali, pratica, o disponibilità di farmaci.

Tale processo di revisione è stato ripetuto durante il 2004 e 2005 da un gruppo di lavoro costituito dall'ILCOR (*International Liaison Committee on Resuscitation*) ossia il comitato internazionale che riunisce le principali Società di rianimazione cardiorespiratoria ed è culminato con la *Consensus Conference sul trattamento delle emergenze cardiovascolari (ECC) e la rianimazione cardiopolmonare (RCP) con raccomandazioni per il trattamento*, ospitata da *American Heart Association (AHA)*. Il sommario delle conclusioni scientifiche e delle raccomandazioni per il trattamento scaturite da questa conferenza sono stati pubblicati su: *2005 International Consensus on Cardipulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (CoSTR)*. Questo documento ha costituito la base scientifica per le linee guida di *European Resuscitation Council (ERC)* per la rianimazione 2005. Le linee guida 2005 del *Resuscitation Council (UK)* contenute nel documento sono una versione abbreviata delle linee guida ERC che differiscono dalle altre organizzazioni internazionali solo in minima parte.

Queste ultime linee guida contengono alcune raccomandazioni su trattamento e cambiamenti della pratica basate su nuove evidenze scientifiche dimostrate dal 2000 ad oggi. La continuità nella pratica nei vari paesi fornisce le basi per ampi studi, necessaria per stabilire

*Corso Monografico tenuto in Facoltà nei giorni 15, 22 e 29 Novembre 2006 per gli Studenti del primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia*

quale sia la migliore; allo stesso modo, ampie raccolte di dati che permettono il confronto fra vari sistemi migliorano la pratica assicurando che le vittime di arresto cardiaco improvviso ricevano il miglior trattamento rianimatorio. Le linee guida attuali riflettono i miglioramenti pratici risultanti da ricerca e audit e incoraggiati dalla cooperazione che esiste fra le comunità internazionali.

Molte delle raccomandazioni contenute nelle presenti linee guida rappresentano cambiamenti significativi nelle modalità di esecuzione della rianimazione.

Ci sono due temi principali sottolineati nella sezione del CoSTR dedicata al BLS (sostegno di base delle funzioni vitali senza utilizzo di mezzi aggiuntivi al di là di dispositivi protettivi) il bisogno di aumentare il numero di compressioni del torace date a una vittima di arresto cardiaco e l'importanza di semplificare le linee guida per facilitare l'acquisizione e la memorizzazione di abilità nel BLS in modo particolare per i laici.

I cambiamenti nelle linee guida del BLS riflettono l'importanza attribuita alla compressione del torace, e il tentativo di riduzione del numero e della durata delle pause:

1. Fare diagnosi di arresto cardiaco se una vittima non risponde e non respira normalmente.
2. Insegnare ai soccorritori a collocare le loro mani nel centro del torace, piuttosto che spendere tempo usando il metodo del margine costale per il reperi



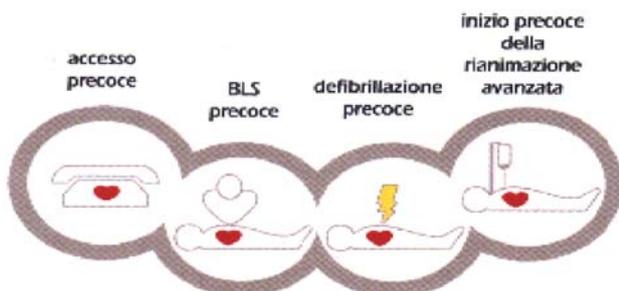
3. Utilizzare una ratio 30:2 come rapporto di compressioni/ventilazioni per tutti gli adulti vittime di arresto cardiaco.
4. Dare ciascuna ventilazione di soccorso in 1 sec piuttosto che in 2 secondi

Per aiutare l'insegnamento e l'apprendimento la sequenza di azioni è stato semplificata. In alcuni casi la semplificazione è basata su dati recentemente pubblicati; in altri non c'è prova che le precedenti più complesse

sequenze avessero effetti vantaggiosi sulla sopravvivenza.

Le linee guida del 2000 avevano introdotto il concetto di controllare i segni di circolo, ma basarsi sulla sola rilevazione del polso carotideo per diagnosticare l'arresto cardiaco non è affidabile e time-consuming quando valutato da personale non sanitario; anche la valutazione del respiro può essere suscettibile di errore in particolare il gasping è spesso ritenuto respiro normale. Nelle Linee guida del 2005 l'assenza di respiro in una vittima incosciente viene considerata il segno principale di arresto cardiaco.

Il sostegno di base delle funzioni vitali nell'adulto consiste nella seguente sequenza di *valutazioni ed azioni*; la metafora della catena della sopravvivenza sintetizza il miglior approccio al trattamento delle persone soggette ad arresto cardiocircolatorio e sottolinea l'importanza della precocità e della sequenzialità degli interventi.



### Sequenza del BLS nell'adulto

**1 METTERE IN SICUREZZA LA VITTIMA, I TESTIMONI E SE STESSI**  
Prioritaria, in qualsiasi contesto ci si trovi ad operare, è la valutazione della sicurezza ambientale.

La presenza di un rischio evolutivo ambientale (traffico automobilistico, pericolo di folgorazione, presenza di gas o fiamme, oggetti pericolanti) è l'unica evenienza che autorizza l'operatore a spostare la vittima dal luogo dell'evento.

**2 VERIFICARE CHE LA VITTIMA RISPONDA**  
Scuotere delicatamente le spalle della vittima e chiedere ad alta voce 'Tutto bene?'

**3 a SE RISPONDE:**  
Lasciare la vittima nella posizione in cui si trova e verificare che non sia presente nessun ulteriore pericolo. Tentare di scoprire ciò che non va e chiedere l'aiuto necessario.  
Rivalutare di frequente come sta la vittima.

**3 b SE NON RISPONDE:**  
Gridare per l'aiuto.

Girare la vittima in posizione supina ed assicurare la pervietà delle vie aeree usando la manovra del sollevamento del mento ed iperestensione del capo (*head tilt chin lift*)

**4 GUARDA, ASCOLTA E SENTI L'ATTIVITÀ RESPIRATORIA (GAS) MENTRE MANTIENI LA PERVIETÀ DELLE VIE AEREE**  
guarda se si solleva il torace  
ascolta sulla bocca della vittima rumori respiratori  
senti attività respiratoria

E CONTEMPORANEAMENTE VALUTARE I SEGNI DI CIRCOLO  
polso carotideo  
movimenti  
colpi di tosse.



Nei primi minuti di un arresto cardiaco, la vittima può respirare appena, o può presentare *gaspings*. Non confondere questo con la respirazione normale. Fare il GAS per non più di 10 sec per determinare se la vittima respira normalmente, nel dubbio considerare la respirazione come non normale.

**5 a SE RESPIRA NORMALMENTE**  
Posizione laterale di sicurezza (vedi sotto).  
Chiamare aiuto.  
Rivalutare di frequente la comparsa di eventuali modificazioni del respiro.

**5 b SE NON RESPIRA NORMALMENTE**  
Chiamare un'ambulanza (può essere necessario dover abbandonare la vittima)

*Cominciare le compressioni del torace* come segue:  
1. Inginocchiarsi a lato della vittima.  
2. Collocare il palmo della mano nel centro del torace della vittima.  
3. Collocare l'altra mano sull'altra.  
4. Intrecciare le dita delle mani ed assicurarsi di non esercitare pressione sulle costole della vittima o sull'addome superiore o sull'apofisi xifoide.  
5. Collocarsi verticalmente al di sopra del torace della vittima e, con le braccia tese comprimere lo sterno di circa 4 - 5 cm.  
6. Dopo ogni compressione, rilasciare tutta la pressione senza staccare le mani dal torace. Eseguire le compressioni con una frequenza di circa 100 compressioni al



minuto (poco meno di 2 compressioni al secondo).

7. Compressione e rilasciamento dovrebbero avere ugual durata.

*Alternare le compressioni del torace con ventilazioni di soccorso*

1. Dopo avere eseguito 30 CTE (Compressioni Toraciche Esterne) garantire la pervietà delle vie aeree con la manovra head tilt chin lift

2. Pinzare la narici del naso della vittima usando il pollice e l'indice della mano appoggiata sulla fronte

3. Aprire la sua bocca mantenendo l'iperestensione del capo

4. Prendere un respiro normale e posizionare la labbra sopra la bocca della vittima assicurandosi di garantire una buona adesione

5. Soffiare aria nella bocca della vittima mentre verificando con lo sguardo il sollevamento del torace impiegare circa un secondo per far sì che il torace si sollevi; questa è considerata una ventilazione efficace

6. Mantenendo l'iperestensione del capo distaccare la bocca da quella della vittima e verificare che il suo torace si abbassi quando esce l'aria

7. Prendere un altro respiro e soffiare attraverso la bocca della vittima in modo da dare un totale di due ventilazioni di soccorso. Riposizionare le mani sullo sterno e effettuare altre 30 compressioni

8. Proseguire con una ratio 30 compressioni 2 ventilazioni

9. Interrompere per effettuare rivalutazioni solo se la vittima mostra di riprendere a respirare in modo normale; in nessun altro caso interrompere l'intervento di rianimazione cardiopolmonare

*Se le ventilazioni di soccorso sembrano non efficaci:*

- Controllare il cavo orale della vittima e rimuovere eventuali corpi estranei visibili

- Verificare che sia garantita una adeguata pervietà delle vie aeree con l'iperestensione del capo

- Non tentare più di due ventilazioni per volta e continuare subito le compressioni toraciche

Se è presente più di un soccorritore è bene alternarsi al massaggio cardiaco ogni due minuti per prevenire l'affaticamento che potrebbe causare delle compressioni toraciche meno efficaci; impiegare il minor tempo possibile ad effettuare il cambio.

6 COMPRESSIONI TORACICHE ISOLATE

- Se non si è in grado o si è riluttanti ad iniziare le ventilazioni eseguire solo le compressioni toraciche

- Massaggiare in continuo con una frequenza di circa

100 CTE al minuto

- Interrompere il massaggio cardiaco esterno per effettuare rivalutazioni solo se la vittima mostra di riprendere a respirare in modo normale; in nessun altro caso interrompere l'intervento di rianimazione cardiopolmonare

7 CONTINUARE LA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE FINO A CHE arriva personale esperto o

la vittima riprende a respirare in modo normale o il soccorritore mostra segni di affaticamento.

### **Rischio per i soccorritori**

La sicurezza di entrambi, del soccorritore e della vittima, è considerata come di prioritaria importanza.

Ci sono stati pochi episodi riportati di complicanze per il soccorritore che avesse intrapreso la rianimazione cardiopolmonare; tra questi isolati casi riportati la trasmissione di infezioni quali TBC e SARS.

La trasmissione del virus HIV durante la rianimazione cardiopolmonare non è mai stata riportata. Non ci sono stati studi sull'uomo che abbiano documentato l'efficacia dei dispositivi di barriera durante RCP; comunque, gli studi di laboratorio hanno mostrato che l'utilizzo di filtri o di altri dispositivi-barriera con valvole unidirezionali può prevenire la trasmissione di batteri orali durante la ventilazione bocca-bocca.

I soccorritori dovrebbero portare le precauzioni di sicurezza appropriate, dove fattibile, soprattutto se la vittima è nota per essere portatrice di infezioni serie come Tbc.

### **Ventilazioni di soccorso**

Durante i primi minuti di un arresto cardiaco non asfittico il contenuto di ossigeno nel sangue rimane alto.

La ventilazione pertanto, in questo momento, è meno importante delle compressioni toraciche.

E' ben documentato che la comprensione ed acquisizione delle abilità pratiche sono facilitate dalla semplificazione della sequenza di azioni del BLS. E' inoltre risaputo che i soccorritori, talvolta, sono refrattari ad iniziare la ventilazione bocca-bocca per varie ragioni tra le quali il timore di contrarre una infezione e ripugnanza per il tipo di azione. Per queste motivazioni e per porre maggiore enfasi al ruolo delle CTE si raccomanda che la rianimazione cardiopolmonare debba essere iniziata con le compressioni toraciche esterne senza precederle da ventilazioni di soccorso.

### **Lussazione della mandibola**

La tecnica della sublussazione della mandibola non è

raccomandata per i soccorritori laici perché è difficile da imparare ed eseguire. Quindi, il soccorritore laico dovrebbe garantire la pervietà delle vie aeree utilizzando la manovra di sollevamento del mento ed iperestensione del capo.

E' utile ricordare che l'iperestensione del capo va comunque evitata qualora si sospetti una lesione della colonna cervicale.

### **Gasping**

Il *gasping* è presente in circa il 40% delle vittime di arresto cardiaco. pertanto i soccorritori laici dovrebbero pensare di iniziare la rianimazione cardiopolmonare davanti ad una vittima priva di coscienza (che non risponde) e che non respira in modo normale. Durante l'addestramento dovrebbe essere posta enfasi sul concetto di *gasping* come di un tipo di respiro comune nei primi minuti di un arresto cardiaco ma non efficace. Pertanto davanti ad un respiro ritenuto non normale (*gasping*) ci sono indicazioni per iniziare subito la rianimazione cardiopolmonare.

### **Ventilazione bocca-naso**

La ventilazione bocca-naso è un'alternativa efficace alla ventilazione bocca-bocca. Può essere considerata se la bocca della vittima è seriamente ferita o se non può essere aperta, o se il soccorritore assiste una vittima nell'acqua, o se risulta difficile mantenere una buona adesione bocca soccorritore-bocca vittima.

### **Ventilazione bocca-tracheostomia**

La ventilazione bocca-tracheostomia può essere utilizzata per un vittima che necessita di ventilazioni di soccorso e che sia portatrice di un tubo tracheostomico o di stoma tracheale.

### **Ventilazione pallone-maschera**

Per ventilare con il sistema pallone-maschera è richiesto particolare addestramento ed abilità.

Il soccorritore solo dovrebbe garantire la pervietà delle vie aeree sollevando la mandibola mentre nel contempo fa aderire la maschera al volto della vittima.

### **Compressioni toraciche**

In molti casi è possibile identificare il corretto punto sul torace dove collocare le mani senza rimuovere i vestiti della vittima. se vi sono dubbi sul dove posizionare le mani svestire la vittima.

Nelle linee guida del 2000 come metodo per la corretta identificazione del repere per iniziare il massaggio

cardiaco era raccomandato quello di posizionare un dito sulla estremità dello sterno e far scivolare a fianco il palmo dell'altra mano. È stato dimostrato che la stessa posizione delle mani può essere trovata più velocemente se i soccorritori pensano di posizionare il palmo di una mano al centro del torace e l'altra mano sopra la prima; l'addestramento dovrebbe prevedere di far provare a posizionare le mani nel mezzo della metà più bassa dello sterno.

### **Come eseguire le compressioni toraciche:**

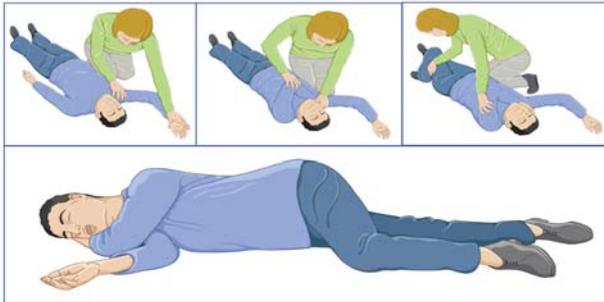
1. Imperativo è guadagnare tempo nell'iniziare le compressioni, i soccorritori dovrebbero appoggiare le loro mani al centro del torace senza ritardo.
2. Eseguire le compressioni toraciche esterne con una frequenza di circa 100 al minuto,
3. Fare in modo che con le compressioni il torace si abbassi di circa 4-5 cm (nell'adulto)
4. Lasciare che il torace si riespanda completamente dopo ogni compressione
5. Compressione e rilasciamento dovrebbero durare lo stesso tempo
6. Ridurre al minimo le interruzioni durante le compressioni toraciche
7. NON ricercare la presenza di un polso come segno di ripresa di circolo, qualsiasi esso sia, carotideo o femorale
8. La frequenza delle compressioni si riferisce alla velocità alla quale le compressioni vengono erogate, non al numero totale delle stesse in un minuto. Il numero complessivo delle compressioni è determinato non solo dalla frequenza sostenuta ma anche dal numero di interruzioni occorse per aprire le vie aeree, erogare le ventilazioni di soccorso e l'analisi del DAE (Defibrillatore semi Automatico Esterno).

### **Compressioni del torace da sole**

Alcuni studi hanno dimostrato che, nei primi minuti di un arresto cardiaco non asfittico, le compressioni del torace da sole possono risultare efficaci come l'alternare compressioni a ventilazioni; i laici andrebbero perciò incoraggiati ad iniziare la rianimazione anche solo con le compressioni toraciche esterne se non abili o riluttanti ad eseguire le ventilazioni; tuttavia l'alternare compressioni toraciche esterne a ventilazioni risulta il metodo rianimatorio migliore.

### **Posizione laterale di sicurezza**

Ci sono vari modi per mettere una vittima in una posizione di sicurezza, ciascuna di esse ha i suoi vantaggi.



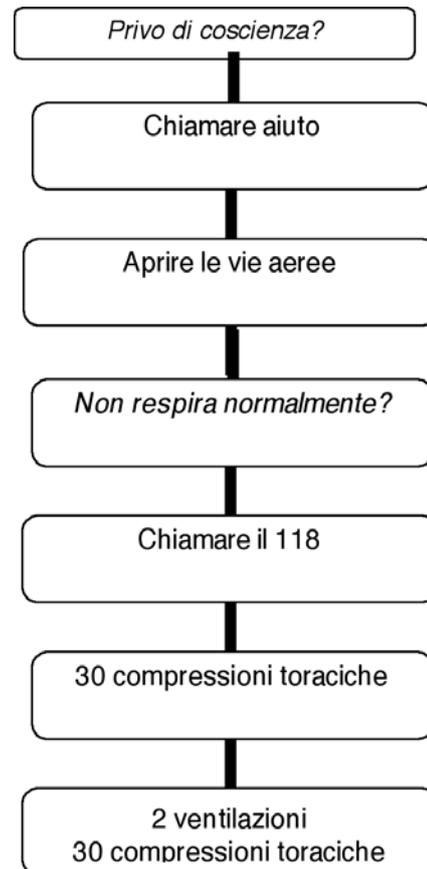
Non esiste una posizione ideale per tutte le vittime. La posizione dovrebbe essere stabile, simile alla vera posizione laterale con la testa garantita per l'apertura delle vie aeree e senza nessuna pressione sul torace che possa alterare la dinamica respiratoria.

*Resuscitation Council* (UK) raccomanda questa sequenza di azioni per collocare una vittima nella posizione di sicurezza:

- Togliere la vittima dalla presenza degli spettatori
- Inginocchiarsi accanto alla vittima ed assicurarsi che entrambe le gambe siano diritte
- Collocare il braccio della vittima vicino al soccorritore di lato con il palmo della mano rivolto all' insù.
- Portare il braccio controlaterale attraverso il torace fino a posizionarlo in modo che il palmo della mano sia rivolto contro la guancia della vittima
- Con l'altra mano, afferrare la gamba lontana proprio sopra il ginocchio e tirarla su
- Tenendo la mano della vittima premuta contro la sua guancia e, la sua gamba sollevata fare rotolare la vittima verso il soccorritore di lato
- Aggiustare la gamba superiore in modo che entrambi il fianco ed il ginocchio siano piegati con gli angoli giusti
- Inclinare la testa per assicurare la pervietà delle vie aeree
- Aggiustare la mano sotto la guancia, se necessario, per tenere la testa inclinata
- Verificare di frequente l'attività respiratoria.

Se la vittima deve essere mantenuta nella posizione di sicurezza per più di 30 minuti girarla sul lato opposto per alleviare la pressione sul braccio.

Riassumendo, nel paziente adulto:



#### Bibliografia

- 1) International Liaison Committee on Resuscitation. Part 3. Defibrillation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2005;67:203-11.
- 2) International Liaison Committee on Resuscitation. Part 4. Advanced Life Support. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2005;67:213-47.
- 3) Nolan JP, Deakin CD, Soar J, Bottiger BW, Smith G. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 4: Adult advanced life support. *Resuscitation* 2005;67 Suppl 1:S39-86.
- 4) Deakin CD, Nolan JP. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 3: Electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. *Resuscitation* 2005; 67 Suppl 1:S25-37.
- 5) Advanced Life Support Manual - 5th Edition

MARCO GRILLI

Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi  
Università Politecnica delle Marche

## Appunti di viaggio

### 2. L'incontro (parte prima)

Ci sono incontri, sempre. Spezziamo fili e li ricongiungiamo, come neuroni, continuamente in cerca di contatti. A volte simili ad un volo, assolutamente slegati, eppure reti invisibili trattengono le nostre ali, o sostengono, nel vuoto, cuori sospesi.

Su questo ponte di vetro ci incontriamo come maschere veneziane, difficilmente nella "nudità del volto", comunque soli.

Così dal principio, concepiti in un desiderio, o nella noia, appena presenti dentro qualche memoria. Finalmente assenti.

L'incontro è ineludibile, così come "non si può non comunicare", "ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione" (Watzlawick, pp. 40-46). Ma le parole sono strumenti poco affidabili, attraversano protesi di ogni genere, filtri (umani e ambientali) e circuiti elettronici, arrivano a destinazione come nel gioco del telefono senza fili. "Le parole s'ingorgano, s'incastrano, si nascondono, si mascherano. Passano da chi parla a chi ascolta attraverso complicati canali che possono alterarne il senso o rovesciarlo. Talvolta si arrestano sulla soglia del senso o precipitano al di là. E spesso i fatti e i com-

portamenti a esse legati non aiutano a renderle più chiare" (Valdrè, 1995, p.5).

A volte le protesi sono talmente pesanti da far perdere ogni tratto umano, diluito nei canali che veicolano soltanto semplici informazioni, un sì o un no, "vero o falso", l'orario dei treni o i numeri della combinazione vincente.

Manichini impersonali che comunicano il nulla, eppure sottintendono un sussulto leggero. Parole vuote di senso, e dietro, la vita. Brividi di luce che si incontrano, una scintilla filtra attraverso qualche fessura, una lacrima, o una goccia di sangue, di tanto in tanto, ne rivelano la presenza.

Nella giostra degli incontri tutto è possibile, davanti alle *sliding doors* (porte scorrevoli), prima che si richiudano, infiniti percorsi virtuali, da far perdere la testa. A partire da un punto, si aprono ventagli circolari di infinite rette divergenti, ciascuna con infiniti punti, e per ognuno di essi ancora un ventaglio di direzioni, e così via. Fa sorridere il gioco dei "se" e dei congiuntivi trapassati.

"Quante vite avrei voluto, quante vite avrei vissuto. Quante alternative per chi vive in una vita sola, quante prospettive per potersi innamorare ancora di altre vite, con altre vite; perchè c'è sempre un'altra vita possibi-



Fig. 1 - Francesco Hayez, Il bacio (1859) Milano, Pinacoteca di Brera.

le nella vita" (E. Ruggeri). E a volte "sarebbe bastata una carezza" (L. Dalla). Ma ciascuna biografia è infine un unico percorso lineare, un susseguirsi di stati di coscienza, come stanze chiuse, da cui uscire solo per finire dentro altre pareti, anch'esse senza finestre. La fiera delle possibilità, a posteriori, solo un esercizio di pensiero ipotetico-deduttivo.

Ci sono incontri, e luoghi diversi, e tempi e modi imprevedibili, dietro la porta, uscendo di casa, oppure giorno per giorno, goccia dopo goccia, fino ad innamorarsi, per sempre. Incontri alla stazione, sui treni o nei giardini di marzo, consumati di baci e di carezze, reazioni circolari che non si stancano di ripetere se stesse, tautologie infinite. Incontri nelle voci dell'agorà, pieni di visi, o nel silenzio di una stanza. L'incontro con il Cristo, sulla strada di Damasco, come un fulmine, o nelle routine più usuali, oppure mai. Incontri mancati, per errore, o per questione di un attimo, Cesare (Pavese) "perduto nella pioggia" che aspetta per ore la sua ballerina (F. De Gregori).

Puoi incontrare il Gatto e la Volpe, oppure un buon amico a cui affidare la moglie, le chiavi dell'appartamento o il numero di bancomat.

Dietro la porta, uscendo di casa, ad aspettare c'è il mio assassino, o un amore, per sempre.

L'amore dura tre anni (Beigbeder), a volte anche molto meno, oppure tutta la vita, è solo un fatto di definizioni linguistiche e di progetti esistenziali. L'amore "liquido" (Bauman), invece, solo il tempo necessario a coltivare l'illusione di non essere soli, comunque non

oltre lo spazio (e il tempo) psicologico di libero movimento che oggi ciascuno rivendica alla propria autoattualizzazione. Basta un *click* per interrompere i circuiti elettronici di un computer o di un cellulare, un *click* per porre fine a una relazione. Fa sorridere, nelle *chat lines* o nelle messengerie, il gioco simbolico del "come se" e dei congiuntivi passati.

Fuori della finestra, sul balcone, un'immagine di panni stesi ad asciugare, attorcigliati in maniera inestricabile, volano così, l'uno dentro l'altro, attaccati allo stesso filo, condannati, dal vento, a quell'abbraccio.

#### Alcuni possibili incontri con...

- 1) A. Ponzio, *Responsabilità e alterità in Emmanuel Lévinas*, Jaca Book, Milano 1995.
- 2) P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
- 3) F. Ferrarotti, *La televisione. I cinquant'anni che hanno cambiato gli usi e costumi degli italiani*, Newton Compton, Roma 2005 (in part. cap.14, Cosa vuol dire comunicare).
- 4) J. Habermas, *Teoria dell'agire comunicativo* (2 voll.), il Mulino, Bologna 1997
- 5) L. Valdrè, *Il linguaggio dell'eros. La parola come segnale erotico*, Rusconi, Milano 1991
- 6) L. Valdrè, *Medicina muta. La malattia tra oggettività e sentimento*, Rusconi, Milano 1995
- 7) F. Alberoni, *L'amicizia*, Garzanti, Milano 1985
- 8) F. Alberoni, *Innamoramento e amore*, Garzanti, Milano 1979
- 9) F. Beigbeder, *L'amore dura tre anni*, Feltrinelli, Milano 2003
- 10) Z. Bauman, *Amore liquido*, Laterza, Roma-Bari 2004

STEFANIA FORTUNA,

Università Politecnica delle Marche

ALESSANDRO AIARDI

Biblioteca Comunale Benincasa, Ancona

## Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) nella Biblioteca Comunale L. Benincasa di Ancona

Antoni van Leeuwenhoek è uno scienziato olandese del Seicento, famoso per aver costruito microscopi che gli permisero di osservare e di descrivere per la prima volta diversi microrganismi, batteri e protoplasmici, come pure gli spermatozoi di numerosi animali.

Leeuwenhoek (angolo del leone) nacque il 24 ottobre 1632 da una famiglia di media borghesia (Philips Thoniszoon e Magriet Jacobsdochter), che abitava in una casa ad angolo del Leeuwenpoort (porta del leone) di Delft, da cui prese il soprannome.

Frequentò le scuole primarie a Warmond, un piccolo centro non lontano da Delft, ma non continuò gli studi. Si diede piuttosto al lavoro molto presto: nel 1648 era già apprendista presso un mercante di stoffe ad Amsterdam; tornò quindi a Delft, dove fece il negoziante; a partire dal 1660 lavorò alle dipendenze del Municipio di Delft, come usciere prima, come guardia poi e infine come ispettore dei pesi e delle misure. Per i suoi meriti scientifici, in vecchiaia, il Municipio di Delft gli accordò una pensione.

Leeuwenhoek si

sposò una prima volta nel 1654, e dopo la morte della moglie si risposò nel 1671 con la figlia di un pastore calvinista. Dal primo matrimonio nacquero cinque figli, e di questi soltanto una sopravvisse al padre; dal secondo matrimonio nacque un figlio che pure morì prematuramente.



Frontespizio degli *Arcana naturae* di Antoni van Leeuwenhoek, che presenta una complessa allegoria: la Filosofia con lo scettro mostra la Natura, ormai senza veli; davanti ci sono diverse prodotti della Natura che la Ricerca, in un vestito ricoperto d'occhi, osserva attentamente con lenti d'ingrandimento; sullo sfondo la Diligenza che trascina contro voglia l'Errore con gli occhi bendati e con le orecchie da asino; a destra i tre filosofi, l'ebreo, il cristiano e l'aristotelico, tutti lontani dalla Verità, che, in primo piano, schiaccia con il piede l'Invidia; in alto splende la Luce Divina.

L'attività scientifica di Leeuwenhoek iniziò nel 1671, quando costruì il primo modello di microscopio, a partire dalle lenti che utilizzavano i mercanti di stoffe per valutare la qualità della merce. Levigando manualmente una sfera di vetro ottenne una lente che, serrata tra due lamine metalliche, era capace di ingrandire quanto le veniva avvicinato su di un specifico supporto.

Nel tempo Leeuwenhoek costruì in gran segreto ben 550 lenti ottenendo risultati che furono superati soltanto nell'Ottocento. La migliore lente conservata nel Museo dell'Università di Utrecht ha una capacità d'ingrandimento di 270 volte, con una risoluzione di 1.4, ma Leeuwenhoek doveva disporre di lenti superiori, capaci di ingrandire fino a



*Ritratto di Antoni van Leeuwenhoek.*

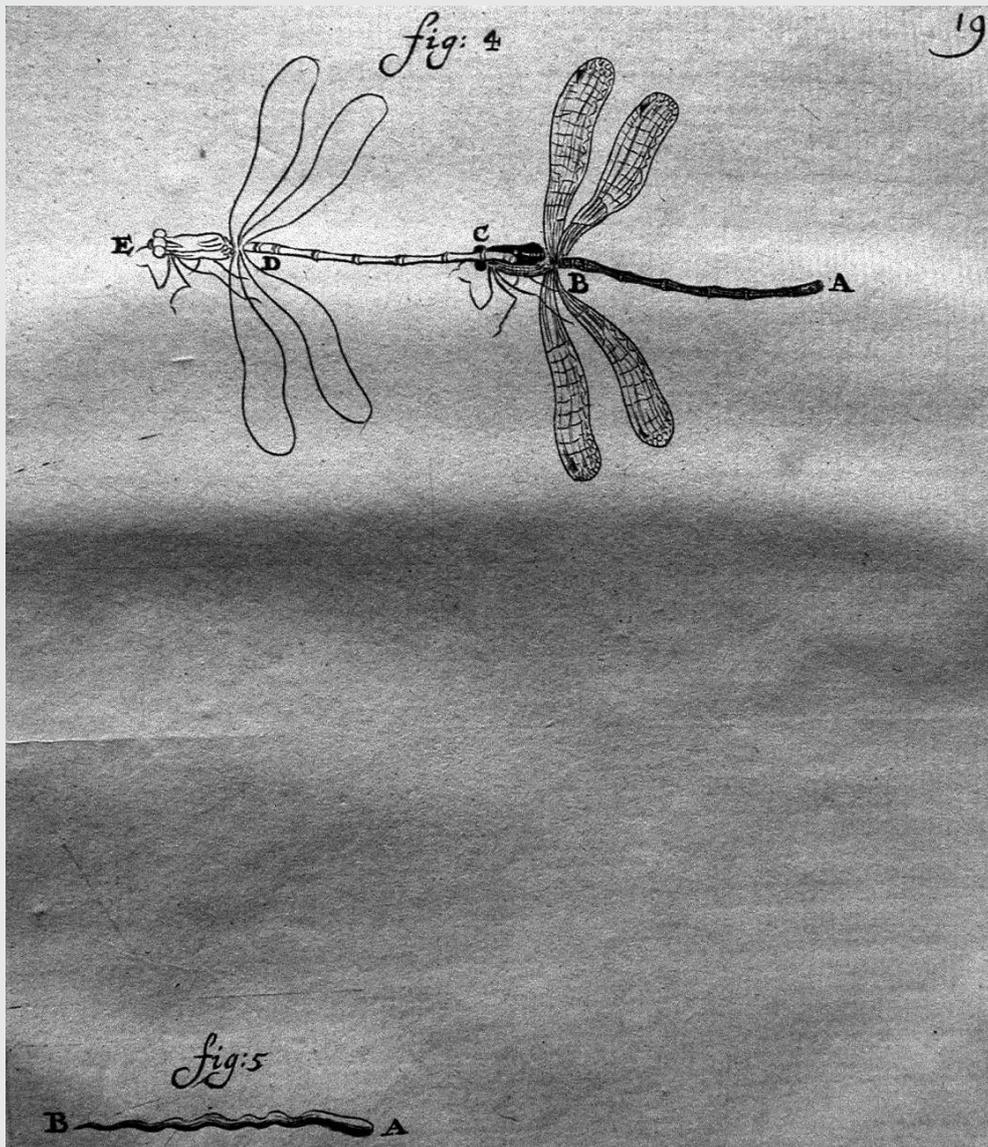
500 volte, stando almeno alle sue descrizioni.

Dal 1671 e nei successivi cinquant'anni Leeuwenhoek fece numerosissime osservazioni, indagando con tenacia, precisione e acutezza. Seppure avesse amici e conoscenti che lo aiutarono ad avere relazioni con il mondo scientifico contemporaneo, Leeuwenhoek rimase complessivamente isolato, perché privo d'istruzione accademica e ignorante del latino e delle altre lingue diverse dall'olandese. Fu quindi lontano da speculazioni e generalizzazioni eccessive e invece saldamente ancorato ad una

dimensione empirica.

I suoi più importanti contributi riguardano la biologia generale. Nella convinzione che le sostanze organiche e quelle inorganiche sono simili, come pure simili sono tutti gli esseri viventi per forma e funzioni, fece osservazioni sui più diversi animali e piante, descrivendo e rilevando sempre analogie.

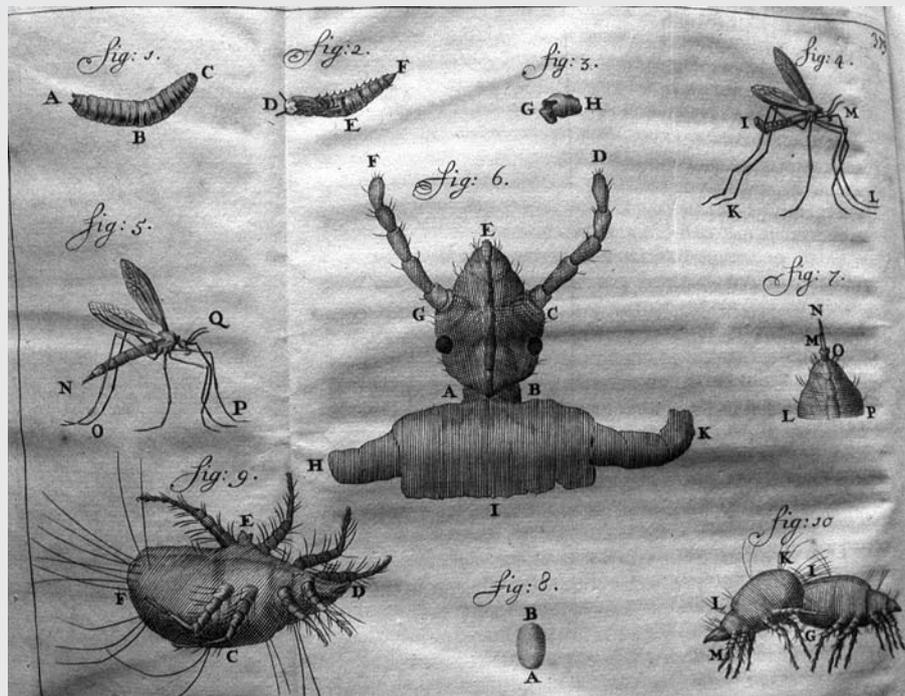
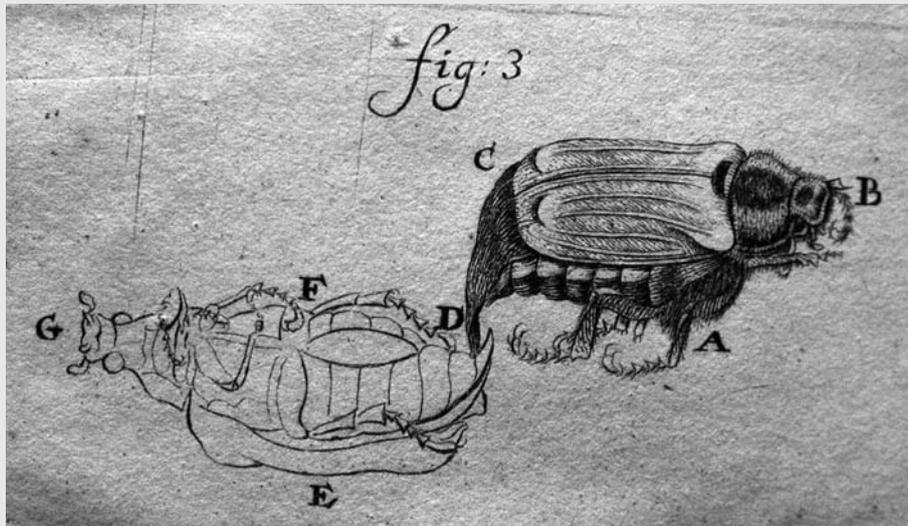
Nel 1674 Leeuwenhoek riconobbe la vera natura dei microrganismi, concludendo che quelli che osservava in movimento in gocce d'acqua o in altre sostanze, al micro-



scopio, erano piccoli animali. Nel 1676 comunicò la scoperta alla Royal Society di Londra. Le sue parole non furono tuttavia subito convincenti, ma dovettero trovare conferme in lettere scritte da medici, avvocati, politici e notabili, dopo pubbliche dimostrazioni. Leeuwenhoek scrisse poi una trentina di lettere alla Royal Society, in cui descrisse batteri, protozoi e rotiferi. Utilizzò il microscopio anche per studiare la riproduzione sessuale e la nutrizione. Nel 1677 iniziò a studiare gli spermatozoi, quelli dell'uomo

prima, che interpretò come origine della nuova vita, e in quarant'anni descrisse gli spermatozoi di artropodi, molluschi, pesci, anfibi, uccelli e mammiferi.

A partire dalle sue osservazioni sulla riproduzione sessuale, Leeuwenhoek si oppose alla generazione spontanea, secondo cui animali semplici, come insetti e vermi, si generano spontaneamente per putrefazione della materia. Questa teoria, che era stata formulata da Aristotele, continuò ad essere in voga nel Settecento e fu confutata definitivamente soltanto nell'Ottocento da



Louis Pasteur.

Leeuwenhoek morì a Delft il 26 agosto 1723. Lasciò numerose lettere, 190 alla Royal Society di Londra e 300 circa a scienziati e naturalisti. Molte di queste lettere furono pubblicate nei *Philosophical Transactions* della

Royal Society, nella rivista francese *Recueil d'expérience et observations sur le combat qui procède du mélange des corps* e in numerose edizioni, in lingue diverse. Nel 1718 Leeuwenhoek pubblicò un'edizione completa in olandese e nel 1722 un'altra in latino.

Le immagini che qui si presentano sono tutte tratte dall'edizione conservata presso la Biblioteca Comunale Benincasa di Ancona degli *Arcana naturae* di Antoni van Leeuwenhoek, pubblicata da Heinrich Krooneveld, a Delft, nel 1695.

ELISA MORICONI, MASSIMO SCERRATI

Neurochirurgia

Università Politecnica delle Marche

## Attuali strategie terapeutiche nel trattamento chirurgico delle metastasi vertebrali

### Introduzione

In circa il 50-70% dei pazienti con cancro c'è evidenza di malattia metastatica al momento del decesso.<sup>1,2,3</sup>

Il sistema scheletrico è al terzo posto, per frequenza, come sito raggiunto da metastasi e la colonna vertebrale è, a sua volta, la più frequente sede di metastasi scheletriche. Le metastasi spinali costituiscono il 70% di tutti i tumori maligni della colonna vertebrale.<sup>4,5</sup>

Le metastasi provengono più frequentemente dal carcinoma della mammella, prostata e polmone (45-61% di tutte le metastasi spinali). Nel 12,5% dei casi la lesione primitiva è sconosciuta.<sup>1,2,3-8</sup> La complicanza più temuta è la compressione midollare che si verifica nel 20% dei casi. Essa, se non trattata in tempo, progredisce inesorabilmente verso una para-tetraplegia associata a incontinenza sfinterica, a meno che la lesione non sia trattata in tempo.<sup>2,4,5-8</sup>

Il trattamento è essenzialmente palliativo e multidisciplinare mirante, innanzitutto, a migliorare la qualità di vita di questi pazienti.<sup>4,9-12</sup> Esso consiste in analgesia, corticosteroidi, bifosfanati, chemioterapia, radioterapia, ormonoterapia e chirurgia. Ampie controversie esistono, tuttavia, in relazione all'efficacia di ciascun trattamento da solo o in combinazione. Oggi il neurochirurgo sempre più spesso si trova di fronte alla difficile decisione, in mancanza di linee guida, di chi e di come trattare tra i pazienti con metastasi vertebrali in quanto il miglioramento delle tecniche di diagnosi (principalmente la diffusione della R.M.) e delle terapie oncologiche hanno aumentato la sopravvivenza di questi pazienti e, conseguentemente, incrementato l'incidenza della diagnosi delle metastasi vertebrali.<sup>3,8</sup>

Storicamente la strategia chirurgica consisteva in una semplice laminectomia decompressiva. Essa, tuttavia, non forniva migliori risultati sulle funzioni neurologiche rispetto alla sola radioterapia. La radioterapia, perciò, è stata e spesso è il trattamento di prima scelta per i pazienti con metastasi vertebrali.<sup>9,11,12</sup> Nelle ultime due decadi numerosi innovamenti hanno permesso di

aumentare le possibilità di una chirurgia più aggressiva. La diffusione, infatti, di nuove tecniche di *neuroimaging* e lo sviluppo di nuove tecnologie per la chirurgia spinale garantiscono una più sicura ed efficace ricostruzione e stabilizzazione della colonna vertebrale dopo la resezione del tumore.<sup>13</sup> Pertanto, un numero crescente di pazienti, considerati in passato inoperabili, possono essere candidati al trattamento chirurgico.<sup>7,14</sup> Più recentemente, inoltre, è stata valutata la possibilità di prendere in considerazione, in casi selezionati di metastasi vertebrali solitarie o "oligometastatiche", una strategia chirurgica di tipo oncologico mirante ad ottenere un controllo locale della malattia a lungo termine con scopo potenzialmente curativo e non solo palliativo, come da tempo essa viene applicata alla lesioni secondarie del fegato, cervello e polmone.<sup>13,15,16</sup>

Sebbene la stima dell'aspettativa di vita dei pazienti con metastasi vertebrali sia uno dei più importanti fattori da valutare per l'indicazione al trattamento chirurgico, la prognosi di questi pazienti è tuttora materia di dibattito.<sup>4,7,8-11</sup>

Con questo studio retrospettivo abbiamo analizzato le indicazioni chirurgiche, la scelta dell'approccio e della tecnica chirurgica e le successive complicanze insorte. Sono stati considerati, poi, i possibili fattori prognostici in grado di influenzare la sopravvivenza dei pazienti neoplastici con metastasi vertebrali.

### Materiali e metodi

È stata presa in esame una serie consecutiva di pazienti operati per metastasi vertebrali presso la Clinica Neurochirurgica di Ancona dal Gennaio 2003 al Giugno 2006. Il lavoro è iniziato raccogliendo, dall'archivio del nostro reparto, i dati relativi ai pazienti trattati nell'intervallo sopraindicato; per la valutazione del *follow-up* i pazienti viventi sono stati sottoposti a visita di controllo e valutazione neuroradiologica, mentre per i deceduti si sono effettuate interviste telefoniche con i parenti più prossimi.

La casistica è costituita da cinquantadue pazienti, trentatré (63,4%) maschi e diciannove femmine (36,6%) di età compresa fra 27 e 87 anni (età media 68,4 anni); sono stati esclusi dal nostro studio, in accordo con la letteratura,<sup>2,6,10,18-21</sup> tutti i pazienti giunti all'osservazione e non operati perché con aspettativa di vita minore di tre mesi confermata dalla valutazione oncologica.

Le indagini neuroradiologiche prevedevano in tutti i

casi (quando non controindicata) la R.M. pre-operatoria (che è attualmente considerato l'esame diagnostico di prima scelta)<sup>2,4,6,7</sup> e per alcuni di essi anche la T.C. e l'esame radiografico standard. Tutti i pazienti con neoplasia nota hanno ricevuto una valutazione oncologica al fine di stadiare la malattia.

L'approccio chirurgico è stato effettuato per via anteriore, posteriore o combinato, a seconda della localizzazione ed estensione del tumore a livello della colonna vertebrale, delle condizioni internistiche del paziente, della diffusione sistemica della malattia e non ultimo in base alle possibilità di ricostruzione e stabilizzazione.

Su 52 malati, 38 (73%) sono stati operati d'urgenza, entro poche ore dall'osservazione, per deficit neurologico ingravescente. Soprattutto in questi casi si è preferito un approccio posteriore perché di più rapida attuazione e associato a minor rischio operatorio.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti alla profilassi antibiotica preoperatoria e a terapia cortisonica (desametasone da 4 a 8 mg/die, dall'ingresso in reparto fino ad almeno 15 giorni dopo l'intervento).

I controlli clinici neuroradiologici venivano effettuati prima della dimissione, ad un mese dall'intervento chirurgico e all'ultimo controllo.

Dopo il trattamento chirurgico a tutti i pazienti veniva indicato l'utilizzo di collari cervicali o busto rigido per trenta giorni e l'inizio di terapia fisioterapica.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il programma MedCalc Statistical Software. Il metodo di Kaplan-Meier è stata impiegato per l'analisi della sopravvivenza. L'impatto sulla sopravvivenza esercitato dall'istotipo, dall'estensione del tumore primitivo, dal valore del *performance status* secondo Karnofsky e dallo stato deambulatorio pre- postoperatorio è stato analizzato utilizzando il *log-rank test*. Il livello di significatività è stato stabilito a un valore di  $P < 0,05$ .

## Risultati

### Stato preoperatorio

Nei 52 pazienti valutati nel nostro studio clinico, il tumore primitivo era così localizzato: mammella in 10 (19,2%) casi, prostata in 5 (9,6%) casi, polmone in 6 (11,6%) casi, colon-retto in 4 (7,7%) casi, rene in 3 (5,8%) casi, vie escrettrici in 2 (3,8%) casi, mieloma in 6 (11,6%) casi, linfoma di Hodgkin in 1 (1,9%) caso, linfoma non Hodgkin in 3 (5,8%) casi, paraganglioma in 2 (3,8%) casi, corioncarinoma, melanoma, carcinoma del pancreas, carcinoma retrofaringeo in 1 (1,9%) caso cia-

scuno e tumori sconosciuti di natura istologica incerta in 6 (11,6%) casi.

L'estensione del tumore primitivo al momento dell'ingresso nel nostro reparto comprendeva, in 32 (61,5) casi su 52, un interessamento vertebrale multiplo, in 5 (9,6%) casi c'era evidenza di interessamento scheletrico in sede extravertebrale e in 7 (13,5%) pazienti c'era stato un riscontro precedente di metastasi viscerali, due dei quali con metastasi epatiche già trattate chirurgicamente.

A livello della colonna vertebrale la lesione era singola in 20 (38,5%) pazienti su 52, su due livelli contigui in 14 (27%) pazienti, su tre livelli contigui in 6 (11%) pazienti, su quattro livelli contigui in 3 (6%) pazienti. In 9 (17,5%) casi una lesione singola sintomatica si associava ad altre sostituzioni vertebrali non contigue che non compromettevano la stabilità vertebrale e non richiedevano un trattamento chirurgico.

La regione cervicale risultava interessata in 7 (13,5%) casi, quella dorsale in 36 (69,2%) casi e quella lombare in 9 (17,3%) casi.

Il livello in assoluto più frequente di localizzazione delle metastasi è stato la sesta vertebra dorsale, in 12 (23%) casi, da sola o associata a coinvolgimento di altri livelli, seguita dalla settima e nona vertebra dorsale (in 8 casi ciascuna, ovvero il 15,4%).

La presentazione clinica, all'ingresso, era rappresentata da solo dolore in 3 (5,8%) casi, dolore associato a deficit motori e/o sensitivi in 33 (63,5%) pazienti, solo deficit neurologici in 16 (30,8%).

Il dolore era vertebrale in 25 (69,4%) pazienti su 36 con sintomatologia algica all'esordio, radicolare in 6 (16,7%) casi e di entrambi i tipi (vertebrale e radicolare) in 5 (13,8%) casi.

All'esame obiettivo, eseguito all'ingresso del paziente, lo stato neurologico, valutato in base alla scala Frankel, risultava essere di classe E (no deficit neurologici) in 3 (5,8%) pazienti, di classe D (presenza di deficit ma paziente ancora deambulante) in 15 (28,8%) pazienti, di classe C (non possibile la deambulazione ma conservate alcune attività motorie) in 21 (40,4%) pazienti, di classe B (assente qualunque attività motoria, conservazione almeno parziale della sensibilità) in 10 (19,2%) pazienti e di classe A (assenza di qualunque funzione motoria e sensitiva) in 3 (5,8%) pazienti.

Il *performance status* dei pazienti secondo la scala Karnofsky, all'atto dell'ammissione nel nostro reparto, aveva un valore medio del 42% (range tra 20-90%).

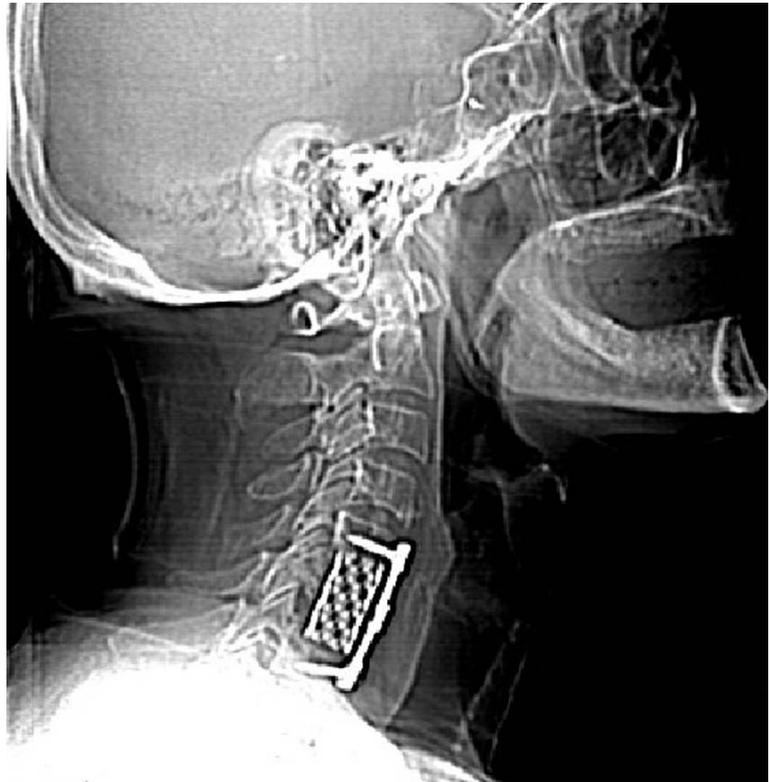
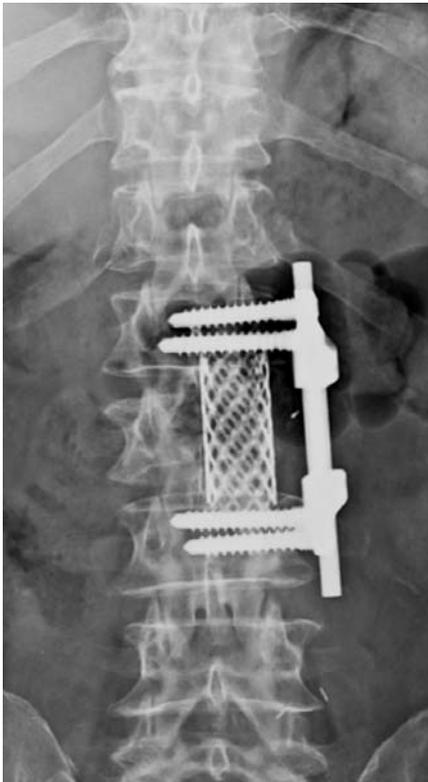


Fig.1-2 - La Fig. 1 mostra l'immagine radiografica post-operatoria di un paziente sottoposto a somatectomia di L2 e posizionamento di mesh e di viti intersomatiche su L1-L3 e barre laterali. La Fig. 2 mostra controllo radiografico post-operatorio di paziente sottoposto a corpectomia di C6, posizionamento di mesh in titanio e stabilizzazione anteriore con placche e viti in C5-C7.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Il trattamento chirurgico per le metastasi spinali è stato effettuato ad una mediana di 10 giorni (media di 21 giorni, con range da 1 a 90 giorni) dopo l'insorgenza di ipostenia e una mediana di 90 giorni (media di 86,4 giorni, con range tra 1 e 364 giorni) dopo l'insorgenza del dolore.

Il trattamento chirurgico comprende 53 procedure su 52 pazienti perché uno di essi è stato sottoposto a due interventi a distanza di 20 mesi.

Le indicazioni al trattamento chirurgico ricorse nei nostri pazienti sono mostrate in Tabella 1.

L'approccio anteriore è stato scelto in 6 (11,30%) su 53 procedure. Attraverso questa via è stata effettuata una corpectomia in 5 (il 9,5% delle procedure) pazienti: a livello cervicale in 3 casi, a livello toracico in 1 paziente (tramite una toracotomia laterale) e a livello lombare in 1 altro caso (tramite un approccio retroperitoneale). Dopo la rimozione del corpo vertebrale in tutti e cinque i pazienti è stata eseguita la ricostruzione: con mesh in

Indicazioni al trattamento chirurgico	n°
Dolore (vertebrale e/o radicolare) farmaco e radioresistente	34
Instabilità vertebrale	47
Deficit neurologici stabili o ingravescenti	42
Diagnosi di tessuto	7
Debulking tumorale per decomprimere gli elementi neurali in previsione di terapia complementare	24
Fallimento terapeutico con dose massima di irradiazione	5

N.B. In tutti i casi c'erano almeno 2 indicazioni separate, cosicché il numero totale supera di gran lunga quello delle 53 procedure eseguite

Tab. 1 - Indicazioni per cui i pazienti con metastasi vertebrali del nostro studio sono stati sottoposti al trattamento chirurgico spinale.

titanio in 4 casi e con resina acrilica nel caso rimanente. La ricostruzione è stata rafforzata con stabilizzazione anteriore mediante placche e viti posizionate sul corpo vertebrale in 3 procedure e con viti e barre in altre 2. La stabilizzazione anteriore comprendeva tre livelli in 3 pazienti, due livelli in 1 caso e 4 livelli in un altro (vedi

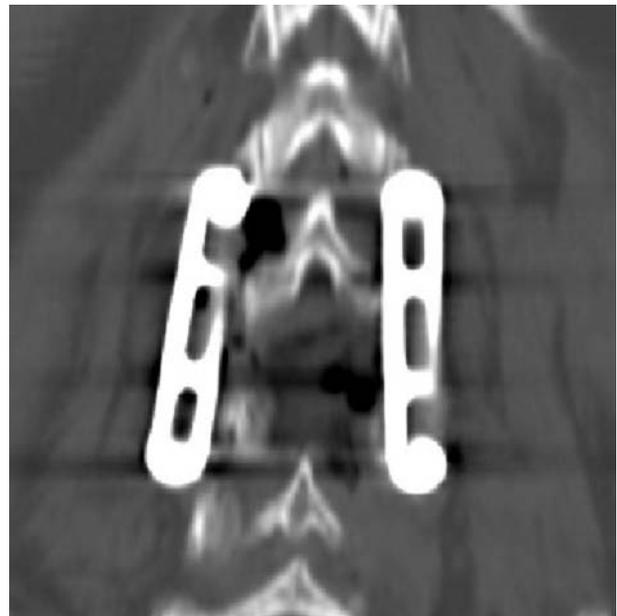


Fig. 3-4 - Controllo T.C. post-operatorio di un paziente sottoposto a laminectomia di L3, foraminotomia bilaterale e stabilizzazione posteriore con barre e viti transpeduncolari su L2-L4.

Fig.1-2) In un altro paziente l'approccio anteriore è stato utilizzato, mediante una toracotomia laterale, solo per l'asportazione di una neoplasia intramidollare a livello D6-D7 senza successiva ricostruzione e stabilizzazione.

L'approccio posteriore per l'asportazione del tumore è stato utilizzato in 45 (84,9%) su 53 procedure e consisteva in una laminectomia e/o emilaminectomia in 19 (35,8%) interventi, in una laminectomia associata a stabilizzazione posteriore in altri 23 (43,4%).

In totale sono state eseguite 42 laminectomie da uno a quattro livelli contigui: 2 livelli con la frequenza maggiore (in 16 casi, 38% delle laminectomie), 4 livelli con la frequenza minore (in 4 casi, 9,5% delle laminectomie). La laminectomia in 4 (7,5% dei casi) è stata associata alla foraminotomia, soprattutto in presenza di dolore radicolare.

Due su 45 approcci posteriori (3,7%) consistevano in una sola stabilizzazione associata a biopsia della massa tumorale. In un altro caso, attraverso la via posteriore, è stata eseguita una cifoplastica su D9, D12, L1 e L2, decompressione posteriore mediante laminectomia e stabilizzazione.

Per ottenere una stabilizzazione posteriore, con o senza laminectomia, sono stati utilizzati: 1) rettango-

lo di Hartshill più fili sublaminari in 14 (53,8%) casi su un totale di 26 stabilizzazioni posteriori; 2) viti transpeduncolari e barre in 6 (23%) casi (vedi fig. 3-4); 3) uncini e barre in 4 (15,4%) casi; 4) loop di Ransford con fili in titanio o placca e viti per stabilizzazione occipito-cervicale in 2 (7,7%) casi. (vedi fig.5)

L'approccio combinato anteriore-posteriore simultaneo, infine, è stato scelto in 1 (1,9%) caso.

Non è stata registrata mortalità intra- e perioperatoria. Le complicanze si sono presentate in quattro (7,5%) procedure: un caso di ematoma in sede di focolaio chirurgico, una fistola liquorale, un caso d'infezione di ferita chirurgica, una deiscenza della ferita chirurgica dopo il trattamento radiante postoperatorio. Tre di queste sono state complicanze precoci maggiori, secondo la classificazione di McDonnell<sup>22</sup>, in quanto per essere risolte hanno richiesto un nuovo trattamento chirurgico, prolungando i tempi di degenza, ma, alla fine, sono state risolte senza esiti permanenti.

La durata media della degenza dei pazienti operati nel nostro reparto è stata di 11,1 giorni con un range compreso tra 3 e 41 giorni. La mediana della degenza è stata di 9,5 giorni.



Fig.5 - Controllo T.C. post-operatorio di paziente con lesione metastatica di C1 sottoposto ad artrodesi occipito-cervicale posteriore con barre e viti post. su C4-C5-C6-C7 e placca ad arco sull'occipite.

**Follow-up**

Il successivo follow-up varia da un minimo di tre mesi ad un massimo di 43 mesi ed è relativo a 45 (86,5%) pazienti su 52.

Nel corso del follow-up il dolore è migliorato in modo parziale o completo in 21 (61,7%) pazienti su 34 seguiti nel follow-up che all'esordio presentavano dolore, è rimasto invariato in 12 (35,3%) ed è peggiorato in 1 (2,9%) caso. Altri due pazienti che all'esordio avevano dolore sono stati persi nel follow-up. Nei pazienti in cui il dolore si riduceva o scompariva, la durata di tale miglioramento ha avuto una mediana di 5 mesi e una media di 9,2 mesi, con un range compreso tra un solo mese e un massimo di 26 mesi.

Il deficit neurologico è migliorato, di almeno una classe Frankel, in 20 (46,5%) pazienti su 43 che all'ingresso erano stati classificati in una classe Frankel diversa dalla classe E, è rimasto invariato in altri 20 (46,5%) pazienti su 43 ed è peggiorato in 3 (7%) pazienti. I 2 (4,4%) pazienti arrivati senza deficit (Frankel E) sono rimasti invariati. (vedi Tab. 2).

La funzione sfinterica, in seguito all'intervento, era stata recuperata in 8 (15,4%) pazienti al momento della dimissione. Dei 45 pazienti seguiti nel corso del follow-

		POSToperatorio					
		E	D	C	B	A	TOT.
P R E o p e r a t o r i o	E	2 4,4%					2 4,4%
	D	6 13,3%	8 17,7%	1 2,2%			15 33,3%
	C		8 17,8%	7 15,6%	2 4,4%		17 37,8%
	B			2 4,4%	4 8,9%		9 20%
	A			1 2,2%		1 2,2%	2 4,4%
	TOT.	8 17,7%	19 42,2%	11 24,4%	6 13,3%	1 2,2%	45 100%

Tab. 2 - La differenza dello stato neurologico, tra il periodo preoperatorio e il follow-up.

up, la continenza era peggiorata in solo 2 pazienti tra coloro che alla dimissione presentavano buon controllo sfinterico, mentre il quadro era rimasto invariato negli altri (vedi Tab. 3).

Funzione vescicale			
	Pre-oper.	Dimissione	Follow-up
Disfunzione	19 (36,5%)	11 (21,1%)	14 (31,1%)
Normale	33 (63,5%)	41 (78,9%)	31 (68,9%)
Totale	52 (100%)	52 (100%)	45 (100%)

Tab. 3 - Modificazione della funzione vescicale, valutata all'ingresso, alla dimissione e nel corso del follow-up.

Il valore medio dell'indice Karnofsky, nel corso del follow-up, è stato del 53,5%, con 3 (6,6%) pazienti che hanno raggiunto il punteggio del 100%. Le variazioni del performance status secondo Karnofsky sono mostrate nella Tabella 4.

Nel follow-up ben 11 (39,2%) dei 28 pazienti non in grado di deambulare nel pre-operatorio hanno recuperato tale funzione. Un paziente, invece, dei 17 che erano deambulanti nel pre-operatorio, è peggiorato perdendo tale capacità per successiva localizzazione di metastasi

		POSToperatorio					
		E	D	C	B	A	TOT.
PREoperatorio	E	2 4,4%					2 4,4%
	D	6 13,3%	8 17,7%	1 2,2%			15 33,3%
	C		8 17,8%	7 15,6%	2 4,4%		17 37,8%
	B			2 4,4%	4 8,9%		9 20%
	A			1 2,2%		1 2,2%	2 4,4%
	TOT.	8 17,7%	19 42,2%	11 24,4%	6 13,3%	1 2,2%	45 100%

Tab. 4 - Miglioramento del performance status, valutato in base all'indice Karnofsky.

ossee anche a livello degli arti inferiori.

In 28 (62,2%) pazienti nel periodo postoperatorio il trattamento della malattia è stato completato con radioterapia e/o chemioterapia e ormonoterapia. La sola radioterapia è stata eseguita in 8 (17,8%) casi, la combinazione radioterapia più chemioterapia in 9 (20%) pazienti, la sola chemioterapia in 9 (20%) dei pazienti e, infine, l'ormonoterapia in 2 (4,4%) casi di tumore alla prostata. Bisogna inoltre tener presente che in 7 (15,5%) casi la radioterapia programmata nel postoperatorio non è stata effettuata per un precipitoso peggioramento della malattia neoplastica primitiva e in 5 (11,1%) pazienti perché avevano già fatto una radioterapia massimale locale prima dell'intervento.

Al follow-up erano deceduti 30 pazienti su 45. La sopravvivenza media complessiva era di 9,9 mesi con range tra 0,8 mese e 43,5 mesi. La mediana è stata di 8,3 mesi. (vedi Fig. 6)

Abbiamo, quindi, valutato i possibili fattori prognostici in grado di influenzare la sopravvivenza di questi pazienti. Il tipo di tumore primitivo, valutato in base ai gruppi di istotipi ricorsi con maggiore frequenza nel nostro studio, è correlato in modo statisticamente significativo con la sopravvivenza ( $P = 0,004$ , vedi Fig. 7). La mediana per ciascun tipo istologico è stata: tumore della mammella 4,5 mesi, rene 7,4 mesi, prostata 14 mesi, polmone 3 mesi, colon 11,5 mesi, mieloma 10

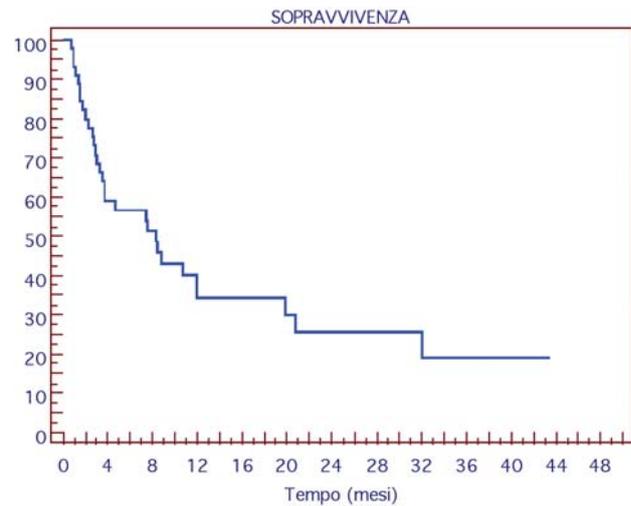


Fig. 6 - Curva di Kaplan-Meier di 45 pazienti con metastasi spinali. La mediana era di 8,3 mesi.

mesi, linfoma non Hodgkin 21,6 mesi, tumori delle vie escrettrici 1,5 mesi e tumori di origine sconosciuta 2,3 mesi.

Un altro fattore prognostico risultato significativo è l'estensione della malattia neoplastica al momento

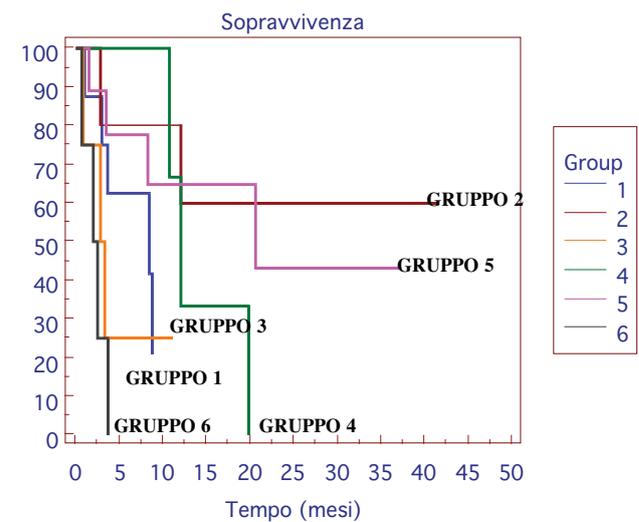


Fig. 7 - Sopravvivenza postoperatoria in base al tipo di tumore primitivo. Gruppo 1: tumori della mammella. Gruppo 2: tumori della prostata. Gruppo 3: tumori del polmone. Gruppo 4: tumori del colon. Gruppo 5: tumori ematologici (mieloma, linfomi). Gruppo 6: tumori di origine sconosciuta. ( $P = 0,004$ )

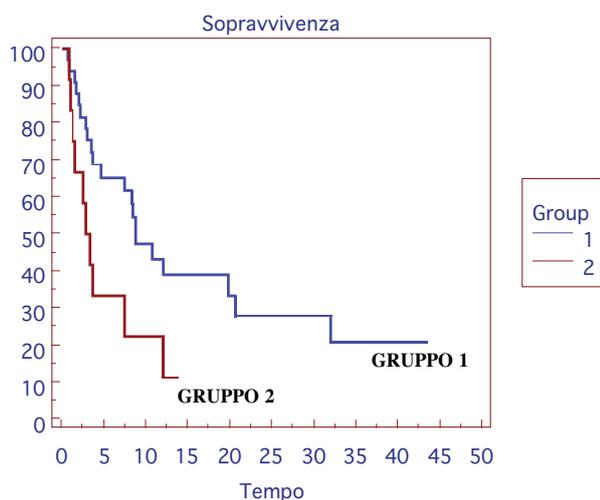


Fig. 8 - Sopravvivenza postoperatoria in base all'estensione della malattia neoplastica al momento della diagnosi di metastasi vertebrali ( $P=0,02$ ). Gruppo 1: localizzazione vertebrale esclusiva. Gruppo 2: localizzazioni extravertebrali associate.

della diagnosi di metastasi vertebrali. Se l'interessamento metastatico era limitato alla colonna vertebrale la sopravvivenza mediana è stata di 8,8 mesi. Se invece il tumore primitivo presentava localizzazioni extraverte-

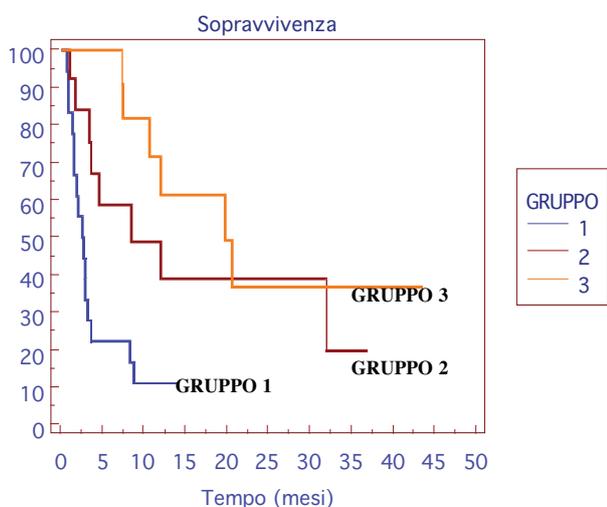


Fig. 9 - Curve di sopravvivenza in base al performance status secondo Karnofsky postoperatorio ( $P=0,0002$ ). Gruppo 1: stato generale scarso (indice Karnofsky = 20-40%). Gruppo 2: stato generale moderato (indice Karnofsky = 50-70%). Gruppo 3: stato generale buono (indice Karnofsky = 80-100%).

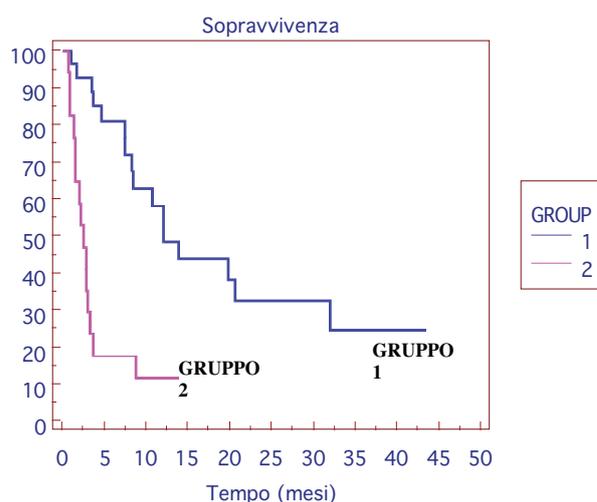


Fig. 10 - Curve di sopravvivenza dei pazienti con metastasi spinali che erano deambulanti (gruppo 1, curva blu) o non deambulanti (gruppo 2, curva rosa) dopo la chirurgia. ( $P < 0,0001$ )

brali associate, la sopravvivenza mediana è stata di 3 mesi, con una  $P = 0,02$  (vedi Fig. 8).

Il terzo fattore prognostico rilevato è il performance status secondo Karnofsky ( $P = 0,0002$ ). I pazienti che nel corso del follow-up avevano riportato valori dell'indice Karnofsky compresi tra il 20-40% hanno avuto una mediana di sopravvivenza di 2,7 mesi, in quelli con un indice tra 50-70% la mediana è stata di 8,2 mesi e in coloro con Karnofsky postoperatorio compreso tra 80-90% la mediana è stata di 20 mesi (vedi Fig. 9).

L'ultimo fattore prognostico che è risultato essere statisticamente significativo è stato lo funzione deambulatoria postoperatoria ( $P < 0,0001$ ). Per chi era in grado di camminare autonomamente o con bisogno d'appoggio la sopravvivenza mediana è stata di 12 mesi. Per chi invece non era deambulante nel periodo postoperatorio la sopravvivenza mediana è stata di 2,6 mesi (vedi Fig. 10).

### Discussione

Il trattamento delle metastasi vertebrali rimane controverso.

L'approccio chirurgico anteriore è attualmente considerato di prima scelta perché le lesioni metastatiche si localizzano nel corpo vertebrale 20 volte più frequentemente che negli elementi posteriori della vertebra.<sup>6,7,8,13-</sup>

<sup>16</sup> L'approccio anteriore è indicato per lesioni limitate ad un singolo livello che coinvolgono il corpo vertebrale.<sup>4,8,11,13</sup> Nel nostro studio è stato usato per tutte le metastasi cervicali (3 casi), dove questa via è di più facile esecuzione e correlata con un basso tasso di complicanze,<sup>5</sup> ma solo in due casi di metastasi toraciche e lombari, dove questo approccio è più invasivo e si può associare ad una potenziale maggiore morbilità.

L'approccio di gran lunga più usato presso la nostra Clinica è stato quello posteriore. Questa scelta è correlabile al fatto che un'ampia porzione dei nostri pazienti si presentava, al momento della diagnosi di metastasi vertebrali, con scarse condizioni generali e con localizzazione neoplastica spinale a più livelli. La stessa consuetudine neurochirurgica veniva frequentemente richiesta in ritardo rispetto al manifestarsi del deficit neurologico, quando il danno da compressione midollare stava progredendo assumendo caratteri di irreversibilità. In questi casi un approccio posteriore è stato preferito, a soli fini palliativi, perché meno invasivo e associato a minore morbilità.

In base a queste riflessioni riteniamo che i risultati potranno essere sicuramente migliorati nei seguenti modi: 1) maggiore accuratezza nella selezione dei pazienti; 2) utilizzo dei nuovi approcci chirurgici e degli innovativi mezzi di stabilizzazione vertebrale; 3) attuazione di una chirurgia che sia più precoce possibile, prima cioè che il danno da compressione midollare diventi irreversibile.

Vogliamo sottolineare, inoltre, che il tasso di complicanze riportato (7,6%) nella nostra casistica è inferiore rispetto a quello di solito riportato in letteratura (oscillante tra il 19-32%),<sup>22,23,24</sup> sebbene spesso si trattasse di pazienti con condizioni generali scadenti e quindi a maggior rischio operatorio. Ciò è dovuto, soprattutto, alle misure preventive adottate come la profilassi antibiotica pre-operatoria, una precoce ripresa della deambulazione nel post-operatorio, quando possibile, l'uso sistematico di eparina a basso peso molecolare per la profilassi tromboembolica e l'adozione di un adeguato intervallo di tempo tra la chirurgia e la radioterapia sia pre- che post-operatoria.

Infine, dobbiamo evidenziare la disponibilità di nuove tecniche, disponibili da poco tempo, come la vertebroplastica e la cifoplastica. Esse sono indicate nel trattamento del dolore correlato a collasso patologico della vertebra, in assenza di compressione epidurale degli elementi neurali. Essendo tecniche mininvasive, possono

essere particolarmente utili per i pazienti con scadute condizioni generali, con un tumore di natura multifocale e con breve aspettativa di vita in cui la chirurgia è controindicata.<sup>25,26</sup> Nel nostro studio queste procedure sono state utilizzate in un solo caso, sebbene sia stata acquisita una più ampia esperienza nell'attuazione di queste tecniche nell'ambito delle fratture osteoporotiche. Si prospetta che il loro utilizzo, da poco introdotto, possa aumentare anche nel trattamento delle metastasi vertebrali.

La sopravvivenza mediana rilevata nel nostro studio (8,3 mesi) rispecchia quella riportata in letteratura.<sup>10,14</sup> Nel nostro studio abbiamo rilevato che, in accordo alla maggior parte della letteratura,<sup>6,10,15,18-20</sup> l'istotipo e l'estensione della malattia al momento della diagnosi di metastasi vertebrale sono importanti fattori prognostici capaci di influenzare la sopravvivenza di questi pazienti. La valutazione pre-operatoria dell'oncologo per stadare il tumore è, quindi, molto importante per predire la prognosi di questi pazienti e guidare l'orientamento della terapia.

Il *performance status* secondo Karnofsky e lo stato deambulatorio pre-operatorio potrebbero costituire degli utili parametri per aiutare la selezione dei pazienti, ma nel nostro studio essi non sono stati correlati in modo statisticamente significativo con la sopravvivenza, in accordo ad alcuni studi clinici<sup>10</sup> ma in opposizione ad altri.<sup>6,19,21</sup>

Abbiamo invece rilevato che influenzano significativamente la sopravvivenza il Karnofsky postoperatorio (con  $P = 0,0002$ ), come riportato in altri studi<sup>4</sup>, e lo stato deambulatorio post-operatorio (con  $P < 0,0001$ ). In tutti i casi, quindi, in cui la chirurgia riesce, come evidenziato nel nostro studio, a migliorare il *performance status* e lo stato neurologico di questi pazienti (con il possibile recupero anche della funzione deambulatoria) l'atto chirurgico costituisce davvero un importante mezzo per elevare la qualità di vita dei pazienti con metastasi vertebrali e forse, indirettamente, per aumentare il tempo di sopravvivenza.

#### Bibliografia

- 1) Klimek P.Jr., Kestle J.R.W., Schmidt M.H.: Treatment of Metastatic Spinal Epidural Disease: A Review of the Literature. *Neurosurg Focus*. 2003; 15 (5): E1.
- 2) Mut M., Schiff D., Shaffrey ME: Metastasis to nervous system: spinal epidural and intramedullary metastases. *J Neurooncol*. 2005; 75 (1): 43-56.
- 3) Ryken TC, Eichholz KM, Gerszten PC, et al.: Evidence-Based Review of the Surgical Management of Vertebral Column Metastatic

Disease. *Neurosurg Focus*. 2003; 15; 15(5): E11.

4) Asdourian PL: Metastatic Disease of the Spine. In: Briowell KH, Dewald RL (eds) *The Textbook of Spinal Surgery*, Second Edition. Lippincott, Philadelphia. 1997; cap.107, pp 2007-2050. Vol. 2.

5) Heidecke V, Rainov NG, Burkert W: Results and outcome of neurosurgical treatment for extradural metastases in the cervical spine. *Acta Neurochir*. 2003; 145: 873-881.

6) Jacobs WB, Perrin RG: Evaluation and Treatment of Spinal Metastases: an Overview. *Neurosurg Focus*. 2001; 15;11(6): E10.

7) Bilsky M.H., Vitaz T.W.: Metastatic Spine Tumors. In: E.C. Benzel *Spine Surgery: Techniques, Complication Avoidance, and Management*. Second edition. Elsevier. 2005; cap.76, pp 1025-1061. Vol.1

8) Heary RF, Bono CM: Metastatic Spinal Tumors. *Neurosurg Focus*. 2001; 15; 11(6):E.

9) Steinmetz MP, Mekhail A, Benzel EC: Management of Metastatic Tumors of the Spine: Strategies and Operative Indications. *Neurosurg Focus*. 2001; 15; 11(6): e2.

10) Hirabayashi H, Ebara S, Kinoshita T: Clinical Outcome and Survival after Palliative Surgery for Spinal Metastases. *Cancer*. 2003; 97(2): 476-484.

11) Simmons ED, Zheng Y: Vertebral tumors: surgical versus nonsurgical treatment. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 443: 233-247.

12) Wai EK, Finkelstein JA, Tangente RP, et al.: Quality of Life in Surgical Treatment of Metastatic Spine Disease. *Spine*. 2003; 28 (5): 508-512.

13) Fourney DR, Gokaslan ZL: Use of MAPS for determining the optimal surgical approach to metastatic disease of the thoracolumbar spine: anterior, posterior, or combined. Invited submission from the Joint Section Meeting on Disorders of the Spine and Peripheral Nerves, March 2004. *J Neurosurg Spine*. 2005; 2: 40-49.

14) Villavicencio AT, Oskouian RJ, Roberson C, et al.: Thoracolumbar Vertebral Reconstruction After Surgery for Metastatic Spinal Tumors: Long-Term Outcomes. *Neurosurg Focus*. 2005; 19 (3): E8.

15) Sundaresan N, Rothman A, Manhart K, Kelliher K: Surgery for Solitary Metastases of Spine: Rationale and Results of Treatment. *Spine*. 2002; 27 (16): 1802-1806.

16) Yao KC, Boriani S, Gokaslan ZL, et al: En Bloc Spondylectomy for Spinal Metastases: A Review of Techniques. *Neurosurg Focus*. 2003; 15 (5).

17) Simmons ED: Anterior Reconstruction for Metastatic Thoracic and Lumbar Spine Disease. In: Bridwell KH, DeWald RL (eds) *The Textbook of Spinal Surgery*, Second Edition. Lippincott, Philadelphia. 1997; cap.109, pp 2057-2070. Vol. 2.

18) North RB, LaRocca VR, Schwartz J, et al.: Surgical management of spinal metastases: analysis of prognostic factors during a 10-year experience. *J Neurosurg Spine*. 2005; 2: 564-573.

19) Hosono N, Ueda T, Tamura D: Prognostic Relevance of Clinical Symptoms in Patients with Spinal Metastases. *Clin Orthop Relat Res*. 2005; 436:196-201.

20) Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Oda H, et al.: A Revised Scoring System for Preoperative Evaluation of Metastatic Spine Tumor Prognosis. *Spine*. 2005; 30 (19): 2186-2191.

21) Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T, et al: Surgical Strategy for Spinal Metastases. *Spine*. 2001; 26(3): 298-306.

22) McDonnell MF, Glassmann SD, Dimar JR, et al.: Perioperative Complication of Anterior Procedures on the Spine. *J Bone Joint Surg*. 1996; 78-A (6): 839-847.

23) Holman PJH, Suki D, McCutcheon I, et al.: Surgical management of metastatic disease of lumbar spine: experience with 139 patients. *J Neurosurg: Spine*. 2005; 550-563.

24) Pascal-Moussellard H, Broc G, Pointillart V, et al.: Complications of vertebral metastasis surgery. *Eur Spine J*. 1998; 7:438-444.

25) Fourney DR, Schomer DF, Nader R., et al.: Percutaneous vertebroplasty and kyphoplasty for painful vertebral body fractures in cancer patients. *J Neurosurg Spine*. 1. 2003; 98:21-30.

26) Mathis JM, Ortiz AO, Zoarski GH: Vertebroplasty versus kyphoplasty: a comparison and contrast. *AJNR*. 2004; 25: 840-845.



## Le organizzazioni di significato personale

### Introduzione

Negli umani, così come (in parte) nei primati antropomorfi, le strutture neurali percettive e motorie geneticamente determinate – in particolare i sistemi noti come “neuroni specchio” – consentono di discriminare e riconoscere le azioni compiute da altri, di comprenderne il significato, di rispondere ad esse nella maniera più adeguata sul piano adattivo, di imitarle attraverso l’apprendimento. Questa capacità implicita, di tipo pragmatico, si attiva prima ancora che il soggetto ne abbia una consapevolezza esplicita. I neuroni specchio si attivano sia quando il soggetto compie direttamente un’azione, sia quando egli osserva un altro che la compie; in quest’ultimo caso viene costruita una rappresentazione interna dell’azione osservata sotto forma di “atto motorio potenziale”. Alcuni neuroni iniziano ad attivarsi appena viene percepito un movimento, altri durante la fase di preparazione del movimento attivante, altri infine alla sua conclusione. La possibilità di codificare in una sequenza spazio-temporale catene di azioni tra loro correlate consente sia di eseguire fluidamente i propri movimenti, sia di anticipare l’esito di quelli osservati compiuti da altri. Ma, come si è accennato, solo nei *sapiens* i cambiamenti evolutivi dei sistemi neuronali specchio hanno consentito l’emergere di competenze imitative e comunicative intenzionali, codificate in termini simbolici complessi, con la conseguente comparsa della capacità di ritualizzare determinati comportamenti, di utilizzarli in modo duttile e mirato per creare legami e alleanze sociali, di esprimere forme sofisticate di comunicazione, specifiche ed univoche a livello logico-analitico, ma anche attente ai contenuti emozionali soggettivi (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006).

### Significato adattivo delle Organizzazioni di Significato Personale

Alla base dei processi che sostengono la personalità individuale è possibile individuare chiaramente una valenza adattiva, che si esprime nelle modalità di mantenimento, nel corso della vita, della coerenza interna e della identità, in modo da assicurare un senso di unicità soggettiva e di costanza nel tempo. Proprio a questa

valenza adattiva si deve, grazie alla plasticità del cervello umano, la capacità di selezionare e di strutturare quelle modalità di funzionamento psico-comportamentale che consentono di ricercare e di ottenere, dall’ambiente in cui si matura, le risposte ai principali bisogni che si avvertono. Sotto questo profilo esiste dunque una reciprocità, nel salto evolutivo dello sviluppo encefalico, tra comparsa dell’*homo sapiens* e comparsa della personalità, dato che quest’ultima si configura, più che per una serie strutturale di abilità legate alle varie funzioni psichiche, per la capacità processuale di organizzarsi in maniera autoreferenziale, costruendo gradualmente la propria complessità interna, attivandosi emotivamente, riordinando l’esperienza percepita in maniera soggettiva e definendo, quindi, un senso di sé e del mondo. In ogni caso, qualsiasi cambiamento nella percezione di sé e del mondo, che determina una ulteriore articolazione dei modi di riferire a sé l’esperienza, è possibile solo all’interno delle modalità processuali, in gran parte implicite (“tacite”) e inconsapevoli, consentite dai processi basilari di chiusura organizzativa propri di ogni soggetto (Nardi; Nardi e Capecci, 2003, 2005, 2006, 2007).

Questa costruzione di senso si dispiega, nel corso di lunghe fasi della vita, in maniera coerente e sostanzialmente unitaria, in modo da fornire le basi al senso di identità (Guidano, 1987, 1991; Nardi, 2003). In altre fasi, viceversa, i cambiamenti sono più bruschi e rapidi, critici e comportano riassetto più complessi dell’esperienza. Pertanto, i coloriti soggettivi, legati alle attivazioni emozionali, possono oscillare o rimanendo nell’ambito di valori comunque fisiologici che non destabilizzano il sistema individuale (come accade nelle lunghe fasi di sviluppo sostanzialmente continuo), oppure danno luogo a cambiamenti critici (come avviene nelle fasi esistenziali di maggiori trasformazioni) che, se evolvono in maniera fisiologica, portano alla comparsa di competenze e di attitudini mentali e comportamentali superiori, sul piano dell’integrazione, dell’astrazione e delle capacità gestionali. Solo quando l’integrazione non riesce, a causa di perturbazioni che superano le risorse individuali disponibili al momento, il soggetto scivola verso uno scompenso patologico, in cui le risorse adattive appaiono più rigide e limitate e il cui livello di gravità può essere più o meno marcato e reversibile.

Pertanto, in ogni soggetto, lungo le direttrici primarie che emergono all’interno delle relazioni di attaccamento e che mostrano caratteristiche processuali invariati,

si delinea in modo stabile già nella preadolescenza una specifica organizzazione di significato personale, con peculiari modalità di assimilare e riferire a sé l'esperienza percepita. D'altra parte, in ciascun individuo, esistono innumerevoli modalità evolutive di apertura strutturale, individuate da ulteriori direttrici di sviluppo, aventi quindi modalità di articolare, entro dei *range* di variabilità, la costruzione del significato personale determinata dalle direttrici processuali. Attraverso gli assi processuali (alla base della chiusura organizzativa della personalità) e attraverso gli assi secondari (che assumono un ruolo "descrittore" dell'espressione delle caratteristiche individuali) ogni soggetto esprime nell'arco di vita le proprie competenze; queste possono risultare più o meno adattive, a seconda delle risorse di cui egli dispone al momento, per fronteggiare e integrare nel senso di sé le esperienze che percepisce come perturbanti rispetto alla sua coerenza interna. In particolare, gli assi descrittivi concorrono ad individuare, nei soggetti caratterizzati da una medesima organizzazione di significato personale, quei percorsi, unici e peculiari per ciascun individuo, per cui, sebbene le modalità di funzionamento basico siano le stesse per ciascun tipo di organizzazione, nessun individuo risulta uguale ad un altro, anche nei casi in cui ne condivide sostanzialmente il patrimonio genetico (come avviene tra gemelli omozigoti) o (apparentemente) lo stesso ambiente e le stesse esperienze. Da un lato, esiste una unita-

rietà legata alla coerenza dei processi di sviluppo che portano ad una specifica chiusura organizzativa di base; dall'altro lato, si osserva una molteplicità di dinamiche evolutive che sottendono le capacità adattive di apertura strutturale durante il ciclo di vita e che possono essere più o meno flessibili, astratte ed auto-integrate (Nardi e Capecci, 2003, 2006).

Sviluppando modelli esplicativi, relativi al funzionamento mentale normale o patologico, si possono cogliere degli aspetti invariati, che rimandano alla sostanziale stabilità e costanza nel tempo delle modalità basiche di mantenimento della coerenza interna. Queste modalità consentono a ciascun individuo, nonostante le trasformazioni e i cambiamenti cui va incontro nel suo ciclo di vita, di mantenere il senso di unicità personale e di continuità storica che ne definiscono l'identità. Ad esse, Vittorio Guidano (1987) ha dato il nome di "organizzazioni di significato personale" o OSP ("Personal Meaning Organizations", PMO).

Ogni organizzazione, proprio in quanto rappresenta una modalità di sviluppo in relazione alle pressioni percepite dall'ambiente, ha valenze adattive, consente di fronteggiare e di risolvere molteplici problemi e fornisce indubbie potenzialità. D'altro lato, per le stesse ragioni, può presentare fragilità e può prestare il fianco a scompensi quando gli stimoli ambientali risultano perturbanti in maniera tale da non poter essere integrati con conti-



Fig. 1 - Salvador Dalí, 1931, *Allucinazione diurna-ombra di un pianoforte che si avvicina*.

nuità nel senso di sé in corso.

Pertanto, una percezione più o meno positiva o negativa di sé e del mondo, con conseguente lettura del proprio passato e del futuro, non dipende dal tipo di chiusura organizzativa – e, quindi, dal tipo di organizzazione – quanto piuttosto dalle fragilità costituzionali e dai percorsi che, all'interno di una data cornice organizzativa, il soggetto intraprende, assimilando l'esperienza ed i messaggi esterni e trasformandoli attivamente in senso di sé.

Tenendo presenti i percorsi che portano lungo gli assi di sviluppo alle diverse chiusure organizzative, riportiamo a seguire le principali caratteristiche adattive di ciascuna organizzazione.

### Organizzazioni Controllanti (FOB-prone)

Le *organizzazioni controllanti* maturano attraverso una messa a fuoco prevalentemente "inward", all'interno di un contesto di attaccamento ad *alta reciprocità*, percepita in termini essenzialmente *fisici* (distanza, disponibilità, protezione). La chiusura organizzativa è quindi centrata sul controllo della pericolosità dell'esperienza e dell'affidabilità dei riferimenti esterni individuati.

La strategia adattiva è quella di costruire l'identità ed il significato personale attraverso la regolazione della distanza rispetto alle figure ed ai contesti di riferimento, affinando appartenenze e divergenze rispetto

agli altri e tra gruppo e gruppo, per controllare e gestire al meglio le avversità e i pericoli e per definire di conseguenza gli ambiti di sicurezza e di benessere personali, relazionali ed operativi.

Pertanto, gli individui ad organizzazione controllante presentano, all'interno del proprio assetto emozionale, attivazioni e coloriti soggettivi quali tranquillità e coraggio (in contesti percepiti dall'interno come sicuri), che si trasformano in angoscia e paura (fino al panico) in caso di pericolo e non controllo (con crisi momentanee che possono a volte rientrare, ma che altre volte arrivano a produrre scompensi psicopatologici). In questi soggetti è evidente una mentalità concreta, con maggiore attitudine per l'applicazione pratica di tecniche e metodiche piuttosto che per speculazioni teoriche pure.

La lettura dell'esperienza che ne consegue è centrata – nella sua immediatezza di senso-percezioni, immagini e coloriti soggettivi – su una decodifica in termini di sicurezza o di pericolo, in base alla quale viene ricavato il controllo della situazione e, conseguentemente, quanto ci si può fidare del contesto ambientale in cui ci si trova. La sicurezza e la fiducia derivanti dal calore emozionale ricevuto dalle figure di riferimento permette di ampliare gradualmente il proprio raggio di azione, esplorando ambienti sconosciuti, acquisendo nuove competenze e sicurezze, divenendo in prima persona una base di riferimento affidabile per gli altri.

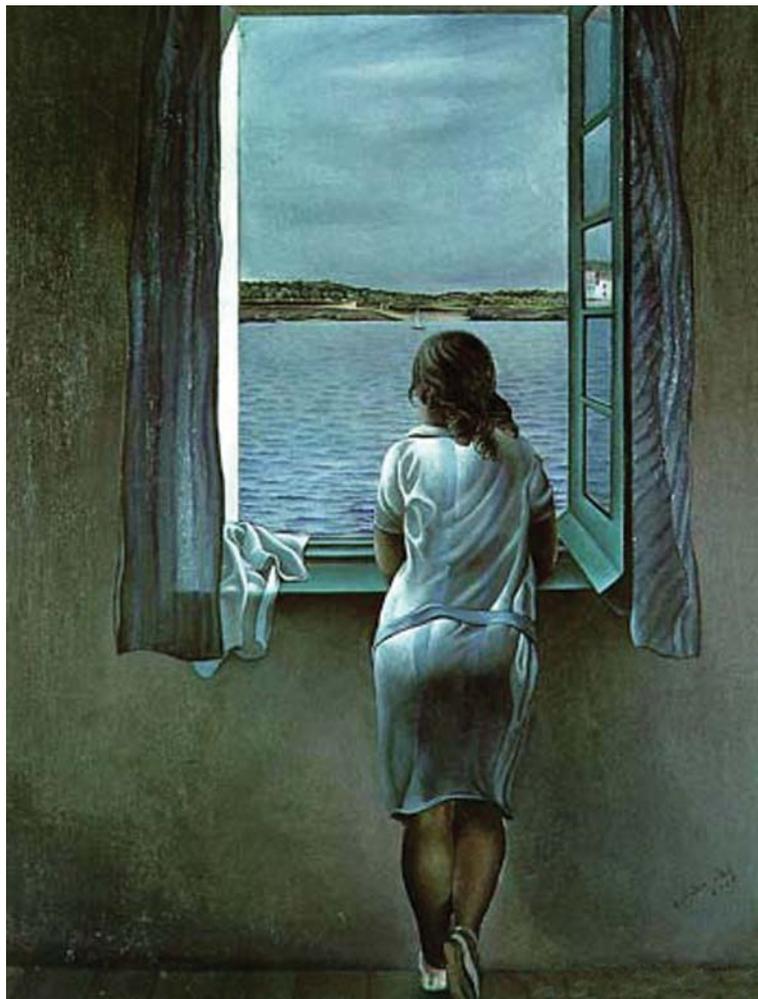


Fig. 2 - Salvador Dalí, 1925, *Figura alla finestra*.

### Organizzazioni Distaccate (DEP-prone)

Anche le *organizzazioni distaccate* maturano attraverso una messa a fuoco prevalentemente "inward", ma all'interno di un contesto di attaccamento caratterizzato da una bassa *reciprocità fisica* (distacco). La chiusura organizzativa si basa quindi sul controllo della solitudine, dei limiti e della finitezza dell'esperienza.

La strategia adattiva è quella di costruire l'identità ed il significato personale muovendo da una esperienza di separazione e solitudine, non percependola come una condizione necessariamente negativa (conseguente ad una perdita, reale o simbolica, o ad un costante senso di essere rifiutato e discriminato), ma cogliendola come una opportunità per affermarsi e fare scelte propositive, imparando, quando serve, anche a prendersi cura degli altri e ad affinare le proprie competenze per fronteggiare le difficoltà e le avversità dell'esistenza.

Questi soggetti si abituano a confrontarsi precocemente con situazioni di isolamento, di inaiutabilità e di solitudine, in conseguenza a situazioni di separazione, perdita, freddezza o inaffidabilità delle basi di riferimento, eventi che determinano una altrettanto precoce e adattiva spinta verso l'autogestione e l'autodeterminazione. Ne consegue che l'assetto emozionale prevalente è costituito da serenità o

tristezza, ma anche da rabbia in caso di situazioni mal tollerate. Anche i processi cognitivi si pongono all'opposto di quelli dei soggetti controllanti, essendo questi individui operativi ma astratti.

### Organizzazioni Contestualizzate (DAP-prone)

Le *organizzazioni contestualizzate* maturano attraverso una messa a fuoco prevalentemente *outward*, all'interno di un contesto di attaccamento ad *alta reciprocità*, percepita in termini essenzialmente *semantici* (conferme/disconferme). La chiusura organizzativa è costituita dal controllo delle conferme o delle disconferme ricavate dall'esperienza (con una notevole enfasi sui risultati ottenuti o che possono essere conseguiti).

La strategia adattiva è quella di sviluppare la competenza di utilizzare l'approvazione presente nei giudizi esterni (se e quando è possibile, anche prevedendola ed anticipandola) per costruire percorsi di successo e per aggiornarli quando essi mutano con il cambiare delle mode e delle tendenze.

L'assetto emozionale prevalente all'interno di questo stile di personalità è caratterizzato da fierezza ed orgoglio (nell'ambito di contesti confermantici e sintonici), ma anche da vergogna, senso di inadeguatezza o di colpa in contesti disconfermantici e discrepanti. L'assetto cognitivo è astratto, attento al "qui ed ora", centrato sui giudizi provenienti

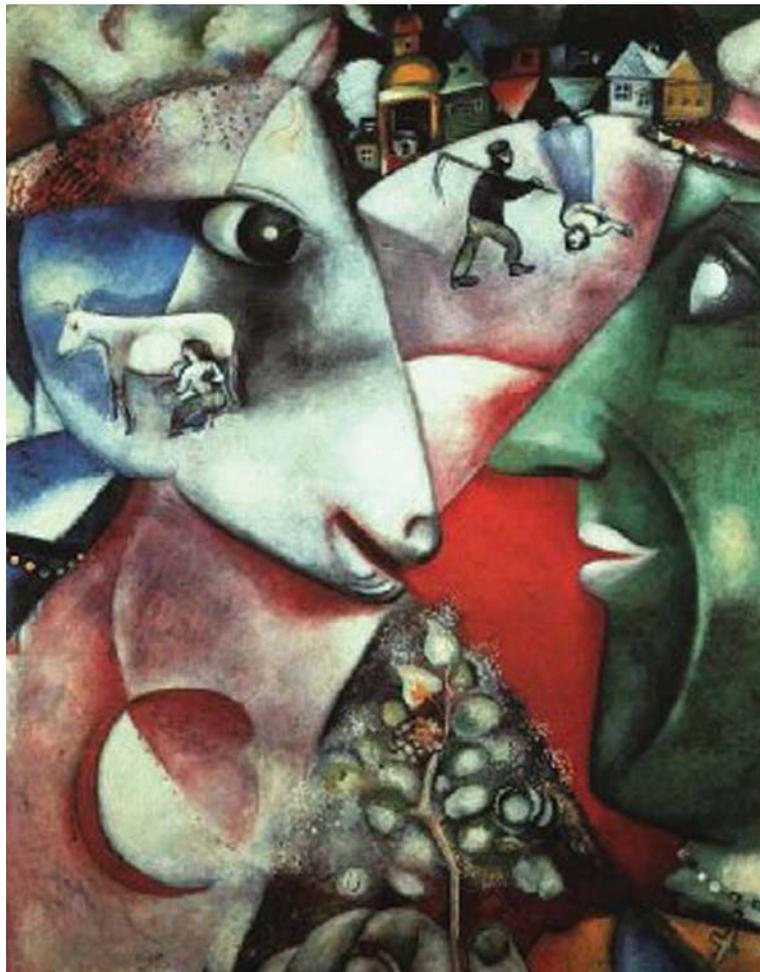


Fig. 3 - Marc Chagall, 1911, *Io e il mio paese*.

dall'esterno e, quindi, costantemente aggiornato in base all'evolversi delle situazioni.

### Organizzazioni Normative (OSS-prone)

Le *organizzazioni normative* maturano anch'esse attraverso una messa a fuoco prevalentemente "outward", ma all'interno di un contesto di attaccamento a *bassa reciprocità*, percepita in termini essenzialmente *semantici* (regole, certezze). La chiusura organizzativa si costruisce sul senso del dovere e sull'impegno (più che sui risultati, come avviene nei contestualizzati).

La strategia adattiva è quella di muovere dai principi – fatti propri per poter accedere all'approvazione genitoriale nel corso dei processi di attaccamento – per ricercare teorie e modelli che spieghino in maniera soddisfacente, chiara e certa l'esperienza, riordinandola in modo da superare gli aspetti contraddittori, antitetici e contrastanti che essa presenta.

L'assetto emozionale prevalente è caratterizzato dalla gestione cognitiva delle emozioni, che vengono spiegate e giustificate in modo che non appaiano espressione di debolezza e non risultino, quindi, destabilizzanti. In conseguenza di ciò, i processi cognitivi sono spiccatamente logico-analitici, attenti ai dettagli, alle polarità antitetiche della vita (ad es., se si è o no amabili, giusti, bravi, validi) e, quindi, a come ela-

borare una visione integrata della realtà che risulti soddisfacente ed esaustiva. Le capacità di tipo logico-analitico (consentite dall'integrazione di sistemi neurali operativo-funzionali più o meno dispersi) permettono infatti di sfruttare in ambito meta-cognitivo sia la tendenza del cervello di ricercare la completezza, integrando le lacune nel campo percettivo, sia quella di operare generalizzazioni (Edelmann, 2004). Emerge in questo modo l'abilità nel costruire modelli via via più complessi ed esaustivi della realtà, tali da spiegare gli aspetti contrastanti che in essa vengono individuati.

### Organizzazioni Miste

A chiusura di questo capitolo, infine, in accordo con le riflessioni riportate in precedenza (Nardi, 2005), resta da chiarire l'evidenza clinica dei soggetti che mostrano aspetti che fanno pensare alla presenza di "organizzazioni miste". In realtà queste organizzazioni (che sono quantitativamente rilevanti, essendo le organizzazioni marcatamente "pure" numericamente poco consistenti) possono essere comprese tenendo conto di due aspetti. Anzitutto, lungo ciascun asse primario di sviluppo, la chiusura organizzativa può avvenire più verso un estremo o più verso il centro.

Ovviamente, tanto più la chiusura si verificherà verso un estremo,

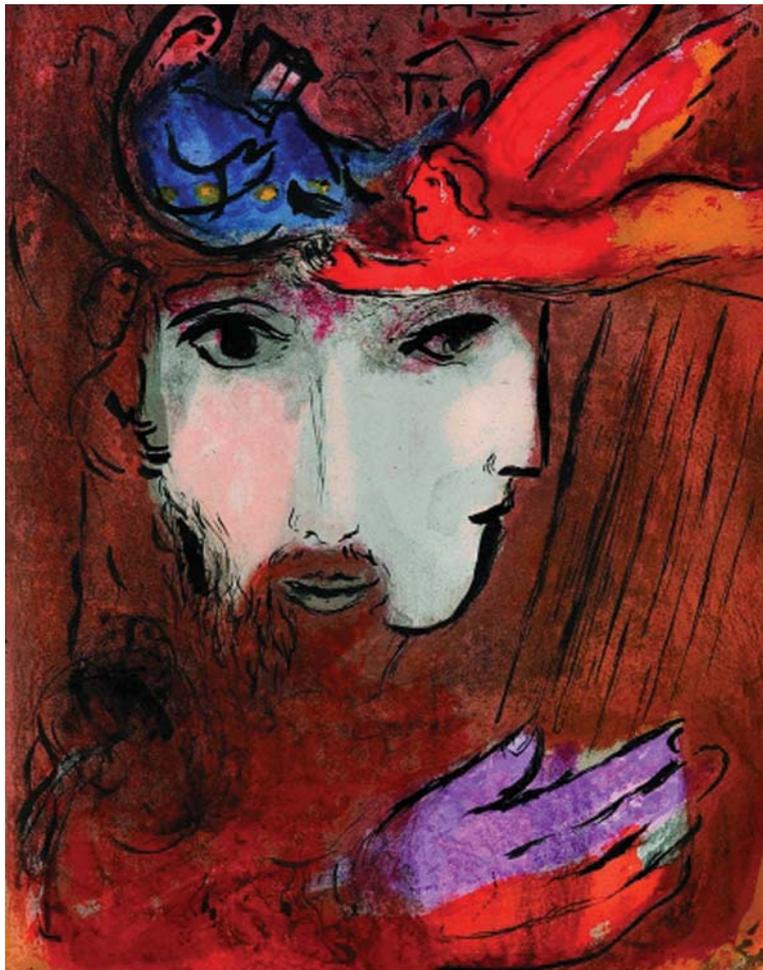


Fig. 4 - Marc Chagall, 1914, *David di Profilo*.



tanto più l'organizzazione risulterà "pura" ed evidente; tanto più avverrà verso il centro, tanto più potranno essere riscontrati alcuni aspetti anche del verso "opposto", accanto alle caratteristiche prevalenti del verso in cui si determina la chiusura lungo quel determinato asse: questo vale sia per l'asse della prevedibilità (con messa a fuoco inward-outward), sia per quelli relativi alla comunicazione fisica o semantica (alta o bassa).

In ogni caso, va tenuto presente che, in ogni soggetto, la chiusura organizzativa avviene all'interno di una organizzazione di significato personale principale e prevalente, riguardo sia alle modalità peculiari di attivazione emozionale che a quelle di riordinamento dell'esperienza.

### Conclusioni

Le diverse organizzazioni costituiscono il prodotto più elevato del funzionamento della mente umana; sulla base di attivazioni costituzionali e dei vantaggi adattivi che forniscono all'interno delle relazioni di attaccamento, si definiscono in ciascun individuo, a qualsiasi contesto storico o geografico appartenga, lungo gli assi processuali concernenti la messa a fuoco dall'interno o dall'esterno e la costruzione della reciprocità comunicativa in termini fisici o semantici (con gradi variabili e con possibili componenti anche di altre modalità); esse esprimono quindi come il soggetto possa percepire, riordinare e riferire a sé l'esperienza sulla base di alcuni processi fondamentali invariati (che si dimostrano poi costanti all'interno dello stesso individuo lungo l'arco di vita), selezionati per ricercare attivamente il migliore adattamento possibile nell'ambiente in cui si sviluppa.

Questo valore fisiologico e adattivo, intrinseco a ciascuna organizzazione, consente di leggere in maniera diversa anche la psicopatologia. Persino i sintomi, infatti, rappresentano una modalità, sia pure rigida, poco finalistica, stereotipata e, in qualche modo, caricaturale e paradossale, attraverso la quale il soggetto cerca di mantenere una propria coerenza interna ed una costanza di significato. Se da un lato i disturbi mentali forniscono una fondamentale chiave di lettura del funzionamento psichico normale, come aveva intuito Guidano (1987, 1991b), d'altra parte la fisiologia e le potenzialità adattive di ciascuna organizzazione permettono di intravedere quelle potenzialità "normali" che ogni soggetto con psicopatologia

in atto conserva, sulle quali si può far leva in un percorso psicoterapeutico finalizzato a migliorare le capacità individuali di relazionarsi con sé e con l'ambiente in cui vive.

In definitiva, all'interno di una medesima organizzazione, che emerge dagli assi primari di attaccamento con modalità processuali invariati, possono esistere innumerevoli modalità evolutive di apertura strutturale, individuate da assi descrittivi, cioè da direttrici secondarie di sviluppo, per cui ogni soggetto viene ad esprimere una serie di competenze più o meno adattive, nel continuum che intercorre tra normalità e patologia. Proprio questi assi descrittivi concorrono ad individuare, nei soggetti caratterizzati da una medesima organizzazione, quei percorsi, unici e peculiari per ciascun individuo, per cui, sebbene le modalità di funzionamento basilari siano le stesse per ciascun tipo di organizzazione di significato personale, nessun individuo risulta uguale ad un altro, anche nei casi in cui ne condivide sostanzialmente il patrimonio genetico (come avviene tra gemelli omozigoti) o (apparentemente) lo stesso ambiente e le stesse esperienze.

Attraverso la costante messa a fuoco per contrasto, derivante dal confronto tra il fluire continuo dell'esperienza e gli schemi ideo-affettivi memorizzati, che fanno da trama di riferimento alla coerenza interna ed ai contorni dell'identità personale, ciascun soggetto articola in maniera specifica e irripetibile, ma anche unitaria e globale, il proprio senso di sé. Può così condividere gli aspetti basilari di funzionamento con quanti hanno la sua stessa chiusura organizzativa, ma dispone altresì di aperture strutturali proprie e peculiari, in costante divenire processuale nel ciclo di vita, che lo rendono una persona assolutamente unica e irripetibile.

### Riferimenti bibliografici

- 1) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM-IV). A.P.A. Press, Washington, 1994. (Ed. it.: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV Edizione - DSM-IV. Masson, Milano, 1995).
- 2) Arciero G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- 3) Arciero G.: *Sulle Tracce di Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.
- 4) Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999 (Ed. it.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000).



- 5) Edelman G.M.: *Wider Than the Sky. The Phenomenal Gift of Consciousness*. (Ed.it.: Più Grande del Cielo. Lo Straordinario Dono fenomenico della Coscienza. Einaudi, Torino, 2004.
- 6) Ellis A.: *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Stuart, New York, 1962.
- 7) Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): *Emotions in Psychotherapy*. Guilford, New York, 1987.
- 8) Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- 9) Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991b. (Ed. it.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- 10) Mahoney M.J.: *Cognition and Behaviour Modification*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1974.
- 11) Mahoney M.J.: Constructive metatheory. *International Journal of Person Constructivistic Psychology*, 1(1), 1-36, 1988.
- 12) Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: Autopoiesi e Cognizione. Marsilio, Venezia, 1988).
- 13) Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: L'Albero della Conoscenza. Garzanti, Milano, 1987).
- 14) Nardi B.: *Processi Psichici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- 15) Nardi B., Bandoni M., Santone G.: *Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M. Università Politecnica delle Marche in collaborazione con Accademia dei Cognitivi della Marca*. Quaderni Asur Marche, Ancona, 2003.
- 16) Nardi B., Capecci I.: Contributo per una lettura evolutiva e adattiva della organizzazione di significato negli stili di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 17 (9/2), 34-52, 2005.
- 17) Nardi B., Capecci I.: I processi di organizzazione degli stili di personalità e le basi dell'unicità personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 18 (10/1), 48-83, 2006.
- 18) Nardi B., Capecci I.: La relazione di reciprocità nello sviluppo delle diverse organizzazioni di significato personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 19, 2007a.
- 19) Rizzolatti G., Sinigaglia C.: *So quel che Fai. Il Cervello che Agisce e i Neuroni Specchio*. Raffaello Cortina, Milano, 2006.



ALBERTO MARIA COMAZZI

Neuropsichiatra, Psicoanalista  
Milano

## I trapianti, una scelta ancora difficile

*Il più grande dilemma nella vita di ciascun essere umano continua ad essere la morte e tutto ciò che ad essa si riconduce.*

*Morte, sacralità e inviolabilità della vita umana, rispetto del corpo, liceità dell'utilizzo di parti del corpo, trapianti, donazione e solidarietà: sono alcune delle difficili tematiche su cui è ancora aperta la riflessione bioetica, resa ancora più accesa da nuove problematiche quali il commercio di esseri umani per l'utilizzo dei loro organi, ritenuta la nuova forma di schiavitù.*

*La delicatezza di questo argomento è testimoniata dalla presenza in Italia di una legge sul trapianto degli organi, mai applicata, per la risonanza emotiva suscitata nella pubblica opinione, spesso confusa dal recente concetto di "morte cerebrale" e disorientata di fronte alla complessità di un'immagine come il "cadavere a cuore battente".*

*E' necessario pertanto promuovere una corretta informazione anche nei corsi universitari, affiancando alle nozioni tecnico-scientifiche anche le conoscenze delle dinamiche psicologiche che investono la famiglia del donatore, il ricevente e il suo gruppo familiare.*

*E' in quest'ottica che il Master in Bioetica Generale e Clinica ha voluto affrontare la prima di una serie di relazioni sui trapianti d'organo con un' impostazione di psicologia medica.*

Da qualche anno la stampa ha imparato ad usare una nuova espressione per la donazione e il trapianto degli organi: la "morte cerebrale". Prima si descrivevano i pazienti in condizioni di non ritorno con parole quali "elettroencefalogramma piatto" e "coma irreversibile". Indubbiamente l'introduzione dell'accertamento di morte mediante i criteri neurologici è avvenuta troppo in fretta perché l'opinione pubblica potesse elaborare il nuovo concetto di morte cerebrale. Ma il diffuso disorientamento di fronte alla morte risiede anche nella grande difficoltà della medicina attuale nel considerare la morte un fenomeno naturale. D'altro canto le condizioni materiali del morire sono mutate moltissimo negli ultimi quarant'anni; un cam-

biamento rapido, ma ancora troppo recente per essere chiaro completamente. Anche alla luce del dibattito in corso sul testamento biologico. La famiglia di un potenziale donatore oggi si trova in un clima di disorientamento perché è spesso portavoce del testamento biologico del proprio congiunto. Il morire e la perdita di coscienza non annullano il valore delle volontà espresse in condizioni di capacità; quindi le direttive anticipate sull'uso del proprio corpo devono essere rispettate. Ogni persona è padrona dei fondamentali diritti alla libertà personale: la decisione di donare deve essere rispettata in quanto espressione dei diritti fondamentali di libertà personale riconosciuti dalla Costituzione (art. 13 e 32). La volontà espressa in condizioni di capacità, liberamente, costituisce il criterio fondamentale che deve orientare la famiglia verso la donazione, purché questa volontà sia stata espressa in vita dal loro congiunto.

La famiglia talvolta si trova in conflitto tra il seguire le proprie convinzioni e il rispettare quelle espresse precedentemente dal proprio caro. Va considerato il principio della sacralità della vita che comporta il rispetto dell'inviolabilità della vita umana e del corpo. Tuttavia lo stesso principio permette di disporre l'uso di parti del proprio corpo per ottenere un bene maggiore (principio di totalità) o per un bene superiore (principio di solidarietà). In virtù del principio di totalità è lecito il trapianto di organi e tessuti. Nella donazione degli organi ha grande valore la pietà verso il cadavere umano, al quale si deve sempre rispetto, perché con la morte non diventi una cosa. Tuttavia il prelievo di organi non costituisce un'offesa alla dignità umana: anche se la prima reazione istintiva della famiglia vuole difendere l'integrità del cadavere opponendosi al prelievo, sentito come profanazione della salma. Oggi la forte necessità di organi da trapiantare come l'utilizzo di tessuti e cellule staminali apre il discorso a nuove riflessioni etiche e al rischio di commercio di organi. Sorge pertanto questo interrogativo: può la spiritualità fare barriera all'istinto di sopravvivenza?

Il commercio degli organi è un problema che si ripropone periodicamente all'attenzione dei mass-media e del pubblico, suscitando grande curiosità e aspettativa nelle persone che sono in lista di attesa e non hanno la certezza di riuscire ad essere trapiantate.

Personale che vivono il "complesso della spada di

Damocle" (così ho chiamato la situazione terribile in cui si trova il paziente in lista) perché se l'organo di cui hanno un bisogno assoluto non arriva in tempo, moriranno non solo per la loro malattia ma sotto questa terribile spada.

Sotto il profilo giuridico la maggior parte dei Paesi vieta il commercio degli organi. Il Parlamento Europeo nel 1993 ha stabilito il principio dell'anonimato e della gratuità della donazione. Ma già nel 1987 la conferenza dei Ministri della Sanità aveva disposto che nessun organo umano potesse essere comperato per denaro da qualche centro specializzato in trapianti. Principio confermato nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Perché viene allora invocato e talvolta proposto il commercio degli organi, soprattutto in America? Questa possibilità si appoggia sul principio di autonomia che afferma che ogni cittadino ha pienamente diritto di disporre del proprio corpo. Quindi come può disporre per la donazione, può disporre per la vendita. Se viene esercitata la propria autonomia, è anche ammessa la possibilità di commerciare i propri organi. La questione centrale è quindi che tutti i soggetti liberi devono essere anche liberi di disporre di sé stessi. D'altro canto si presuppone che col commercio degli organi si ovvierebbe alla scarsità degli organi da trapiantare.

Molte sono le critiche che vengono rivolte a questa possibilità. La prima è che una diffusa commercializzazione potrebbe far diminuire o, addirittura, cesare la donazione volontaria gratuita. Questo è infatti accaduto con la donazione del sangue negli Stati Uniti. La seconda riguarda la provenienza degli organi: la fonte più frequente è la popolazione povera dove i "venditori" vivono in condizioni igieniche e di salute non controllabili e precarie (per cui gli organi, oltre a tutto, non sono di sicura qualità e idoneità). La terza, e non ultima, critica riguarda gli aspetti etici e antidemocratici di un tale commercio: l'acquisto degli organi sarebbe possibile solo per i ceti più abbienti e si creerebbe uno sfruttamento dei ricchi verso i poveri.

Il panorama, come lo si vede ora più chiaramente, è desolante. La domanda principale da un punto di

vista morale è questa: il proprio corpo, nonostante il principio di autonomia, è davvero disponibile a tutto? E' allora moralmente accettabile il mercato degli organi? Proprio perché l'essere umano deve essere considerato e quindi rispettato come persona, credo che la sua dimensione corporea sia inscindibile da quella spirituale.

Quale influenza esercita su questo fenomeno la cultura? Purtroppo dopo la risoluzione del 14 settembre 1993 del Parlamento Europeo, non c'è stata nessuna legge decisiva a riguardo eccetto la risoluzione votata a Strasburgo nel 2003 che prevede la perseguibilità di tutti gli attori del commercio degli organi, pazienti compresi, ma che per ora non ha avuto traduzione legislativa. Il problema attuale riguarda soprattutto il Terzo Mondo dove la grande povertà sollecita il mercato degli organi. Ma la salvaguardia dei diritti umani non è uguale in tutte le Nazioni. Quindi l'indifferenza e la mancanza di una normativa internazionale creano oggi una serie di scappatoie dove l'unico punto che merita grande considerazione è la paura della morte e il desiderio di sopravvivere a qualsiasi costo. Può la nostra spiritualità e il nostro rispetto per la persona umana fare da barriera all'istinto di sopravvivenza? Il saggio di Berlinguer e Garrafa " La merce finale" sulla compravendita di parti del corpo umano, può offrirci una valida risposta. Certo, i mass-media e i giornalisti sono schierati prevalentemente a favore dei trapianti e della donazione degli organi da persone defunte. Mi auguro che questo "schierarsi a favore" diventi uno schierarsi contro il mercato degli organi che attualmente fa ancora troppo "notizia".

Alberto Maria Comazzi è psichiatra e psicoanalista, membro della Società Psicoanalitica Italiana (SIP) e dell'International Psychoanalytical Association (IPA).

Dal 1980 è consulente dell'Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori e dal 1994 è responsabile del Servizio di Psicologia Medica del Nord Italia Transplant (NITp).

FRANCESCO ORLANDI

Università Politecnica delle Marche

## Diventare medico - 4

Baruch Samuel Blumberg (BSB), premio Nobel 1976 per la medicina, ha avuto uno studentato non lineare. Cresciuto a New York ed innamorato del mare, alla fine delle scuole medie si imbarca in piroscafi commerciali e si ingaggia occasionalmente come skipper per trasferimenti di barche a vela. Dopo tre anni di vagabondaggi il padre avvocato lo fa iscrivere a Matematica, ma dopo pochi mesi BSB opta per Medicina alla Columbia University. Segue con interesse i corsi ma continua appena può la sua vita di mare finché, al quarto anno, il professore di Parassitologia lo invia in un villaggio isolato dell'America Centrale, Moengo nel Surinam, per qualche mese di duro volontariato in una struttura di assistenza primaria. E' una popolazione di minatori ed operai delle piantagioni di canna da zucchero provenienti da tre continenti, uno straordinario mosaico di razze centro- e sud-americane, asiatiche ed africane. BSB è colpito dalle differenze di risposta tra etnie alle infezioni, in particolare per la filaria che causa elefantiasi. Sorge in lui l'interesse per le variazioni di natura genetica della suscettibilità alle malattie. Questo tema di ricerca dominerà tutta la sua attività scientifica<sup>1</sup>.

Nel 1964 si imbatte in un nuovo sistema di isoprecipitine nel siero di aborigeni australiani, e lo presenta come espressione di suscettibilità genetica<sup>2</sup>. Soltanto sei anni dopo, e con l'intervento non secondario del virologo con il quale condividerà il Nobel, verrà fuori che si tratta in realtà del virus dell'epatite B al quale stavano dando la caccia decine di gruppi di ricerca. E' un classico di serendipità scientifica. BSB incassa il Nobel per la scoperta e, superato l'incidente, continua i suoi studi sistematici sulla suscettibilità genetica alle malattie. Li coltiva serenamente fino ai giorni nostri all'Università di Philadelphia.

La storia di BSB si svolge all'insegna della dedizione missionaria, e della ricerca che deriva dall'osservazione di realtà profondamente diverse. Il tema è già affiorato in queste pagine con il viaggio di nostri studenti in Zambia<sup>3</sup>, ed ha un riscontro positivo con il Dottorato di Ricerca sulla Epidemiologia e Sociologia delle Disuguaglianze di Salute<sup>4</sup>.

Nel Nord America, la "Global Health", o "Global Equity Health", è un settore di intervento consolidato da decenni di esperienza, e l'interesse è in crescita: nel 1984 ha partecipato ad attività di volontariato medico "overseas" il 6 per cento degli studenti, nel 2003 la quota ha superato il 20 per cento. Nel 2005 un largo consorzio di università del Nord- e Centro-America ha coinvolto la Banca Mondiale nel problema dell'addestramento, di una Global Health Workforce e di un Global Health Service, ed è stata introdotta l'idea di un curriculum standard<sup>5</sup>. Il macro-finanziamento di Melinda e Bill Gates per la lotta all'AIDS, che ha fatto salire il budget 2006 della Fondazione da 29 a 60 miliardi di dollari, ha poi sottolineato la particolare "sensibilità" sociale verso il tema delle grandi disuguaglianze geografiche per la salute<sup>6</sup>.

Queste iniziative accademiche sono in realtà la risposta alla spinta degli studenti. Le riunioni sulle esperienze appena fatte "overseas" sono infatti molto popolari a livello pre-laurea. Le esperienze coinvolgono, attorno a Malattie Infettive ed Igiene, altre discipline mediche e chirurgiche.

Anche nei nostri studenti il mestiere di medico inteso come aiuto e missione è sempre stato un motivo diffuso nella scelta della Facoltà di Medicina. Esso è un elemento comune a diversi Corsi di Laurea, dal medico all'infermiere. Nelle Marche, terra particolarmente generosa nel volontariato dalle trasfusioni alla solidarietà civile, l'offerta della "Global Health" dovrebbe attirare i migliori candidati.

Carlo Urbani ne è luminosa testimonianza.

- 1) Blumberg BS. Autobiography. [www.nobelprize.ca/geocities.com](http://www.nobelprize.ca/geocities.com).
- 2) Blumberg BS, Alter HJ, Riddell NM, et al. Multiple antigenic specificities of serum lipoproteins detected with sera of transfused patients. *Vox Sanguinis* 1964; 9: 128-45.
- 3) Drenaggi D. Viaggio di istruzione in Zambia. Lettere dalla Facoltà, marzo 2006: 11.
- 4) [www.univpm.it](http://www.univpm.it)
- 5) Panosian C, Coates TJ. The new medical "missionaries", grooming the next generation of Global Health workers. *New Engl J Med* 2006; 354: 1771-3.
- 6) Okie S. Global Health, the Gates-Buffett effect. *New Engl J Med* 2006; 355: 1084-8.



Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
4 giugno	Master in Bioetica Gen. e Clin	Lineamenti di bioetica ambientale e animale	Luisella Battaglia Membro CNB Università di Genova	Aula S ore 14.30-18.30
6 giugno	Corso momografico	Istologia umana normale con riferimenti pratici alle tecniche di laboratorio di supporto alla diagnostica citopatologica	Dott.ssa A. Pugnaroni	Aula A ore 14.30
	Corso momografico	Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Aula A ore 16.30
	Corso momografico	Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie	Prof. I. Bearzi	Aula B ore 14.30
	Corso momografico	Lupus eritematoso cutaneo	Prof.ssa A.M. Offidani	Aula B ore 16.30
	Corso momografico	Il rumore industriale: effetto sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	Aula F ore 14.30-17.30
	Corso momografico	La deontologia professionale e la legislazione di privacy	Dott.ssa D. Saltari	Aula T5 ore 14.00-16.00
	Corso momografico	Le terapie espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale	Dott.ssa D. Saltari	Aula T5 ore 16.00-18.00
	Corso momografico	Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica	Dott.ssa C. Borgognoni Dott.ssa A. Cucchi"	Aula T ore 14.00-17.00
	Corso momografico	Diagnostica di laboratorio di pertinenza infermieristica	Prof. A. Procopio	Polo didattico Pesaro ore 14.30-17.30
	Corso momografico	Il paziente chirurgico: assistenza pre e post-chirurgica	Sig.ra I. Baglioni	Polo didattico Macerata ore 14.30-17.30
	Corso momografico	Il Counseling infermieristico nella relazione d'aiuto	Dott.ssa L. Passaretti	Polo didattico Ascoli Piceno-Aula 2 Centro Formazione ZT 13 ore 14.00-17.00
	Corso momografico	Radioterapia conformazionale della prostata: immobilizzazione del paziente e riposizionamento: definizione dei bersagli e simulazione virtuale, irradiazione in conformazione	Dott. M. Cardinali	Aula H Dott.ssa G. Mantello ore 14.30-17.30
	Corso momografico	L'evoluzione della normativa del sistema sanitario marchigiano	Dott.ssa M. De Angelis	Aula I ore 14.30-17.00
	Seminario	Glutammato e malattie neuropsichiatriche	Prof. F. Conti	Aula C ore 14.30
	Seminario	Laparoscopia diagnostica	Prof. M. Guerrieri	Aula C ore 16,30
	Seminario	L'asma professionale	Prof. M. Valentino	Aula F ore 17.30
7 giugno	Master in Bioetica Generale e Clinica	Luci ed ombre dell'etica psichiatrica	Michele Schiavone Membro CNB Università di Genova	Aula S ore 14.30-16.30
	Corso momografico	Oncologia molecolare nella diagnosi clinica; i fattori prognostici predittivi in oncologia; dal profilo genetico ai nuovi farmaci	Dott.ssa R. Berardi	Aula Morgagni Anatomia Patologica ore 9.00-11.00
8 giugno	Master in Bioetica Generale e Clinica	Lo stress lavorativo, il mobbing e la nuova sanità	Ferdinando Pellegrino	Unità Operativa di salute mentale, ASL Salerno 1 Aula S ore 11.00-13.00
13 giugno	Corso momografico	Istologia umana normale con riferimenti pratici alle tecniche	Dott.ssa A. Pugnaroni	Aula A ore 14.30



Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
		di laboratorio di supporto alla diagnostica citopatologica		
13 giugno	Corso momografico	Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Aula A ore 16.30
	Corso momografico	Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie	Prof. I. Bearzi	Aula B ore 14.30
	Corso momografico	Lupus eritematoso cutaneo	Prof.ssa A.M. Offidani	Aula B ore 16.30
	Corso momografico	Il rumore industriale: effetto sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	Aula F ore 14.30-17.30
	Corso momografico	La deontologia professionale e la legislazione di privacy	Dott.ssa D. Saltari	Aula T5 ore 14.00-16.00
	Corso momografico	Le terapie espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale	Dott.ssa D. Saltari	Aula T5 ore 16.00-18.00
	Corso momografico	L'uomo, la salute, la malattia nella dimensione interculturale	Dott.ssa L. Volante	Aula T ore 14.30-17.30
	Corso momografico	Il paziente chirurgico: assistenza pre e post-chirurgica"	Sig.ra I. Baglioni	Polo didattico Macerata ore 14.30-17.30
	Corso momografico	Radioterapia conformazionale della prostata: immobilizzazione del paziente e riposizionamento: definizione dei bersagli e simulazione virtuale, irradiazione in conformazione	Dott. M. Cardinali Dott.ssa G. Mantello	Aula H ore 14.30-17.30
	Seminario	Il repertorio dei linfociti T nella immunosorveglianza verso i tumori virus-indotti	Prof. G. Biasi	Aula C ore 14.30
	Seminario	Le sindromi linfoproliferative	Prof. P. Leoni Prof.ssa M. Montroni	Aula C ore 16.30
	Seminario	L'asma professionale	Prof. M. Valentino	Aula F ore 17.30
20 giugno	Corso momografico	La deontologia professionale e la legislazione di privacy	Dott.ssa D. Saltari	Aula T5 ore 14.00-16.00
	Corso momografico	Le terapie espressive: linguaggi e metodologie nella riabilitazione psicosociale	Dott.ssa D. Saltari	Aula T5 ore 16.00-18.00
	Corso momografico	L'uomo, la salute, la malattia nella dimensione interculturale	Dott.ssa L. Volante	Aula T ore 14.30-17.30

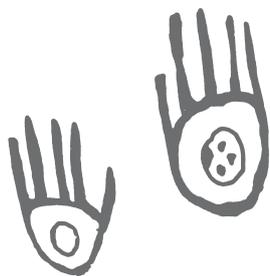
## La poesia di Pina Violet



## A voi

Addolorate madri,  
cui viene meno un figlio.  
L'evento m'ha sfiorato:  
è stato già morire.

Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
4-5-6/06/2007		Auletta	Corso teorico-pratico Seminari per Infermieri e Specialisti Progetto AESIS	Prof. W. Grassi	
6-giu	14.30-15.30	Aula E Polo Didattico A	Anatomia e Pavimento Pelvico	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi	V-D-I
7-giu	8.30-10.00	Biblioteca dell'Istituto di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
11-giu	13.30-15.30	Aula Morgagni	Le neoplasie della vescica		
		Anatomia Patologica	ECM Regione Marche Azienda Ospedaliero-Universitaria	Prof. G. Muzzonigro, Prof. R. Montironi	V-D-R
14-giu	8.30-10.00	Biblioteca dell'Istituto di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
15-giu	16.00-18.00	Aula Cattedra Igiene	La gestione dei contatti in caso di tubercolosi nosocomiale	Prof. M.M. D'Errico	D-I-L-Q
18-giu	14.00-16.00	Auletta didattica			
		Clinica Reumatologica - Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC-DD
18-giu	15.00-17.00	Aula C Polo Didattico A	La LOH-Diagnostica e Terapia	Prof. M. Polito, Dott. M. Leone	V-CC
20-giu	10.00-13.30	Auletta didattica	La diagnosi differenziale nelle Malattie Reumatiche	Prof. W. Grassi	FF-O-S-CC-DD
		Clinica Reumatologica - Jesi			
21-giu	8.30-10.00	Biblioteca dell'Istituto di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
21-giu	9.00-18.30	Aula T Polo Didattico Murri	Corso di Aggiornamento Il malato di Parkinson in fase avanzata: nuove prospettive	Prof.ssa M.G. Ceravolo	O-P-II CdL in Fisioterapia e Infermieristica
22-giu	16.00-18.00	Aula Cattedra Igiene	Le infezioni occupazionali degli operatori sanitari	Prof. M.M. D'Errico	D-I-L-Q
25-giu	15.00-16.00	Aula C Polo Didattico A	L'incontinenza urinaria nella donna e nel maschio	Prof. G. Muzzonigro, Dott. D. Minardi	V-I-D
28-giu	8.30-10.00	Biblioteca dell'Istituto di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
28-29/06/2007		Auletta didattica	Corso teorico-pratico Seminari per Infermieri e Specialisti Progetto AESIS	Prof. W. Grassi	
		Clinica Reumatologica - Jesi			
4-lug	10.00-13.30	Auletta didattica			
		Clinica Reumatologica - Jesi	La terapia farmacologica	Prof. W. Grassi	FF-O-S-CC-DD
5-lug	8.30-10.00	Bibli. dell'Istituto di Radiol.	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
5-lug	14.00-16.00	Auletta didattica	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC-DD
		Clinica Reumatologica - Jesi			
9-lug	13.30-15.30	Aula Morgagni	Cistiti ricorrenti e cistiti interstiziali	Dott. D. Minardi	
		Anatomia Patologica	ECM Regione Marche Azienda Ospedaliero-Universitaria		
9-lug	15.30-16.30	Aula C Polo Didattico A	La diagnostica con 5-ALA delle neoplasie vescicali	Prof. G. Muzzonigro, Prof. A. Galosi	V-R-D Dottorato di Ricerca in Medicina e Prev.
12-lug	8.30-10.00	Bibl. dell'Istit. di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
16-lug	15.00-16.00	Aula C Polo Didattico A	La Litotrissia percutanea nella calcolosi renale	Prof. G. Muzzonigro, Prof. M. Della Bella, Dott. G. Milanese	V-D
18-lug	10.00-13.30	Auletta didattica	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	FF-O-S-CC-DD
		Clinica Reumatologica - Jesi			
19-lug	8.30-10.00	Bibl. dell'Istituto di Radiol.	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
20-lug	16.00-18.00	Aula Cattedra Igiene	L'ambiente inanimato e il controllo delle infezioni	Prof. M.M. D'Errico	D-I-L-Q
23-lug	15.00-16.00	Aula C Polo Didattico A	La prevenzione andrologica	Prof. M. Polito	V-CC-I
26-lug	8.30-10.00	Bibl. dell'Istituto di Radiol.	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
27-lug	16.00-18.00	Aula Cattedra Igiene	I programmi di controllo delle infezioni ospedaliere: progetto nazionale INF-OSS	Prof. M.M. D'Errico	D-I-L-Q



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

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

**LETTERE DALLA FACOLTÀ**  
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche  
Anno X - n° 6-7-8  
Giugno Luglio Agosto 2007  
Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998  
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

**Progetto Grafico** Lirici Greci  
**Stampa** Errebi Grafiche Ripesi

**Direttore Editoriale**  
Tullio Manzoni  
**Comitato Editoriale**  
Francesco Alò, Maurizio Battino, Fiorenzo Conti, Giuseppe Farinelli, Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini  
**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