Anno VIII N. 6 • Giugno 2005

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

LETTERA DEL PRESIDE

Il D.M. n. 9 del 30 aprile 2004, che ha avviato l'impianto dell'Anagrafe nazionale degli Studenti, ha disposto, all'Art. 8, che il rilascio del diploma supplement, in edizione bilingue, avvenga a partire dall'anno 2005.

Giunge così alla sua definizione un iter che è iniziato con la Convenzione di Lisbona del 1967 che fa esplicita menzione a un Diploma supplement da istituire in tutti i paesi del Consiglio d'Europa e che è stato recepito dall'ordinamento nazionale con il D.M. 3 Novembre 1999/509, che affidava alle Università il mandato di rilasciare, come supplemento al Diploma di ogni titolo di studio, un certificato costruito secondo un modello unico europeo, attestante il percorso formativo compiuto dallo studente per acquisire il titolo.

E' questo quindi un ulteriore aspetto, molto significativo, di adeguamento della nostra prassi al modello europeo e di partecipazione del nostro paese a quello "spazio europeo dell'Istruzione", voluto e definito dalla Dichiarazione della Sorbona del 1998, limitata ad Italia, Francia, Germania e Regno Unito e dalla Dichiarazione di Bologna del 1999, sottoscritta da 29 paesi europei.

Ma cos'è il diploma supplement? E' un documento che integra l'attestato finale del corso di studio compiuto (Laurea, Laurea magistrale, Laurea magistrale a ciclo unico, Diploma di specializzazione, Master, Dottorato di Ricerca), riportando in dettaglio la carriera dello studente.

La certificazione, che avviene su modello unico per la Comunità Europea ed è compilata in italiano e in inglese, ha la finalità di rendere visibile e valutabile il curriculum formativo dello studente e di facilitare conseguentemente la sua mobilità e l'inserimento professionale del laureato.

Nel documento vengono riportate non solo le attività didattiche formali e interattive ma anche i tirocini e gli eventuali stages e per ciascuno di essi viene indicato il numero di crediti acquisito secondo il sistema ECTS.

E' articolato in otto sezioni che comprendono i dati anagrafici, le informazioni sul corso di studio e sul livello del titolo di studio, gli insegnamenti seguiti con i voti conseguiti, l'ambito di utilizzazione del titolo di studio; le ultime tre sezioni sono riservate ad informazioni aggiuntive, ai documenti da cui sono stati ricavati i dati utilizzati nella certificazione e ad informazioni sul sistema di istruzione superiore nazionale.

Per quel che concerne i tempi di realizzazione, una recente circolare del nostro Rettore (Prot. N. 10153) rileva la necessità di "assicurare il rilascio del certificato in oggetto nel corrente 2005 ..... in concomitanza con la realizzazione del Manifesto degli studi (e della predisposizione delle relative Guide dello Studente) per l'A.A. 2005/2006 nonché, con riferimento al corrente anno accademico, provvedere alla raccolta di tutti gli elementi da inserire nel certificato di diploma supplement".

Parte quindi un'azione che impegnerà la Segreteria didattica di Facoltà, che gestisce gli ordinamenti e i regolamenti dei singoli corsi di laurea nonché l'offerta didattica annuale e la Segreteria Studenti che gestisce il fascicolo di ciascun Studente e che dovrà assicurare il rilascio del diploma supplement. I Docenti infine sono coinvolti in quanto definiscono e gestiscono, con la collaborazione della Segreteria di Facoltà, i testi delle proprie attività didattiche.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

SOMMARIO

ANTICHI STUDI MEDICI NELLE MARCHE 2
La Facoltà di Medicina del Collegio Nolfi nella città di Fano, 1729 - 1824
di Marco Belogi

VITA DELLA FACOLTÀ 12
Ricordo di Eduardo Landi - Ricordo di Fulvio Montillo - Corsi Monografici - Seminari - Congresso annuale della Facoltà - Forum di Didattica Multiprofessionale - A Medicina, di sera - Challenges of Tropical Medicine in the Third Millenium
a cura di Giovanni Danieli

ALBUM 15
La Biblioteca del Monastero dei Padri Cappuccini di Ancona
di Stefania Fortuna e Maria Patti

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 20
a cura di Ugo Salvolini

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 20
a cura di Maurizio Battino

RICERCA CLINICA 21
Mario Guerrieri, Massimo Offidani, Andrea L. Tranquilli

FORUM DI DIDATTICA MULTIPROFESSIONALE 25
L'approccio clinico alla persona assistita - 3ª parte
di Bernardo Nardi e Ilaria Capecci

GIUGNO IN FACOLTÀ 31

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 32

MARCO BELOGI
Medicina Interna
Cagli, Pesaro

La Facoltà di Medicina del Collegio Nolfi nella città di Fano, 1729 - 1824

Il Collegio Nolfi

L'idea di una facoltà di medicina a Fano nacque nella mente del suo fondatore, Guido Nolfi, già sul finire del Cinquecento, quando giovane avvocato lavorava a Roma in un importante dicastero della curia pontificia, la Dataria, una specie di banca segreta del papa che gestiva un immenso potere finanziario.[1] In quel tempo Fano era città del pontefice,con un governo *immediate subiectus* a Roma che aveva avuto inizio fin dal 1463, quando, con la cacciata dei Malatesta, i fanesi avevano preferito la *libertas ecclesiastica*.

Il governo della città veniva affidato per la durata di un anno ad un giovane ecclesiastico, sempre di nobile casata, che spesso iniziava la carriera proprio in questa piccola città della Marca, come governatore, fino a raggiungere, per i più fortunati, anche il soglio pontificio, come avvenne per Pio IV e Urbano VIII. Tra il prelato e il patriziato locale avevano così inizio amicizie e protezioni che spesso duravano per tutta la vita. In questo modo una schiera di eletti aveva il privilegio di accedere ad importanti incarichi nella capitale raggiungendo fama e ricchezza, alcune volte vantaggiose anche per le sorti della città di provenienza.

Guido Nolfi fu uno di loro. Inviato giovanissimo a studiare legge a Bologna, allievo del collegio Ancarano, vi rimase per "sei anni in compagnia di gentiluomini di felicissimo ingegno" conseguendo la laurea in giurisprudenza senza mai abbandonare l'amore per le arti e le lettere che coltivò per tutta la vita diventandone mecenate.

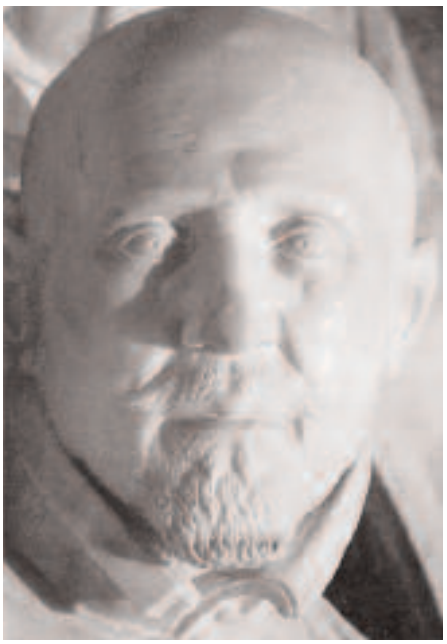


Fig. 1 - Busto di Guido Nolfi nella cappella omonima del Duomo di Fano.

Questo luogo di studio era riservato a quanti godevano di protezione e amicizia presso potenti uomini della Chiesa, privilegio che non mancava certo ai Nolfi[2] che vantavano un gran numero di dottori in legge.

Questi furono spesso nominati ambasciatori e familiari di vari pontefici, in particolare quando salirono ai vertici della curia pontificia i cardinali fanesi Rusticucci e Aldobrandini, poi papa Clemente VIII.[3]

Durante gli anni trascorsi nel collegio bolognese maturò in Guido il desiderio di realizzarne uno nella sua città natale con le stesse regole e finalità. Vivendo accanto a uomini di studio e di dottrina egli comprese quanto carente fosse l'istruzione e la cultura in generale nella sua Fano,dove i giovani vivevano prevalentemente nell'ozio e nella noia, vizi alla radice di molti mali che affliggevano la città..

Due erano le facoltà, secondo il Nolfi, in grado di risollevare le sorti della sua gente: legge, capace di formare quella generazione futura che avrebbe meglio governato la città e fornito validi elementi anche al governo centrale romano; medicina, essenziale per curare una popolazione costantemente decimata da terribili epidemie come la peste, la più nota, la più diffusa, la più narrata di tutte le malattie infettive.

A Fano era rimasta memorabile la polmonite influenzale del 1563, a cui era stato dato il nome di *castrone*, che aveva provocato la morte di oltre un quarto della popolazione.[4]

Trovare un medico da porre al servizio della comunità, non era una procedura semplice; spesso si doveva ricercarlo anche in città molto lontane, come dimostrano alcuni atti consiliari già dal lontano 1420. In quell'anno infatti, alla morte di maestro Giorgio de Rogerii da Reggio,fu nominato medico fisico per due anni il fanese maestro Nicola Maria di Pietro, dottore di arti e medicina, con un salario di cento ducati annui.

Sempre in quel periodo esisteva già un altro medico salariato dalla comunità, Nicola da Roma,medico cerusico;ma due professionisti non bastavano. Fu così che il Consiglio cittadino giunse alla risoluzione di cercarne un terzo, compito affidato a quattro consiglieri. Ad essi venne concessa facoltà di trovarlo ovunque, potendo trattare per un salario fino a trecento ducati all'anno.[5]

Tutto questo per sottolineare quanto allora fosse tenuta in considerazione l'arte medica a Fano.

Saranno questi stessi medici della comunità, che stipulato con essa un contratto che provvedeva oltre alla cura dei pazienti a domicilio anche a quella dei ricoverati nell'ospedale Santa Croce, a svolgere l'insegnamento nella facoltà di medicina, una volta aperta nel 1680.

Quindi Nolfi conosceva bene la necessità di avere valenti medici formati nella stessa città non più costretta a ricercarli per tutta la penisola; inoltre conosceva bene di persona il problema dell'ammalato, soffrendo lui stesso di una epatopatia che lo tormentò tutta la vita.

A differenza di altri ricchi patrizi che destinavano ingenti somme per far costruire chiese, cappelle, ospedali al fine di procurarsi più facilmente un posto in paradiso, Guido Nolfi lasciò parte della sua immensa fortuna, accumulata in oltre quarant'anni di onorato servizio nella Dataria, per "eriggere un Collegio nella casa paterna col titolo di collegio Nolfi di 12 giovani di tutta la città di età non meno di diciassette e non più di diciannove anni… che siano ben fondati nella grammatica ed abbiano inclinazione…otto per le leggi e quattro per la medicina". Erano azioni del Monte di Pietà che, raggiunta la somma di trentamila scudi,dovevano essere utilizzate per questa opera educativa a quei tempi singolare e straordinaria.[6]

Doveva essere il figlio adottivo Vincenzo a portare a compimento

1) Cfr. M.Belogi,L'eredità di Guido Nolfi da Fano giurista e mecenate alla corte dei papi,Fano 2001, p.43.

2) Ibidem,p.19

3) Ibidem,pp.19 e 20.

4) Ibidem, p.25.

5) Ibidem, p.105.

Fig. 2 - È il ritratto di Ippolito Aldobrandini, papa Clemente VIII dal 1592 al 1605, commissionato a Ottavio figlio di Pompeo Morganti, insieme agli apparati mobili posti lungo le vie percorse dal corteo papale, nel 1598, quando l'illustre ospite visitò Fano, sua città natale.

quest'opera, nata nella mente di Guido e assolutamente non condivisa dai fanesi perchè non ritenuta utile per la città perennemente in crisi economica. A quei tempi infatti, gli interessi del deficit cittadino assorbivano quasi i $^3/_4$ delle entrate.Non è difficile comprendere come l'eredità Nolfi venisse considerata una vera manna dal cielo che, se devoluta nelle casse della comunità, avrebbe risolto molti problemi, in particolare la costruzione del nuovo porto la cui mancanza, secondo l'opinione dei più, era la causa dello stato miserevole della città.

Un collegio per istruire i giovani nell'arte medica veniva considerato poi un vero e proprio lusso che non ci si poteva certo permettere.

Ma le disposizioni di Guido erano chiare ,senza scampo ed attendevano l'esecuzione che nemmeno il figlio adottivo Vincenzo ebbe la gioia di poter realizzare per il sopraggiungere della morte.

L'apertura del famoso collegio passava tutta nelle mani del vescovo di Fano, il più importante dei tre consuperiori .

Incessanti continuavano intanto le suppliche dei fanesi presso la Santa Sede per giungere a mettere le mani sull'eredità Nolfi; ma l'arrivo in città del nuovo vescovo bolognese Angelo Ranuzzi riuscì a dare una svolta decisiva.[7] Una nomina, quella del Ranuzzi, maturata alla corte pontificia,dove tra gli elementi tenuti in considerazione per la scelta, ci fu la ingentissima eredità Nolfi che il nuovo pastore avrebbe dovuto gestire in prima persona in un clima pieno di invidie,intrighi ed ostacoli di ogni genere.

L'alto prelato, più avanti insignito della porpora cardinalizia e dal 1683 al 1685 nominato nunzio straordinario alla corte parigina di Luigi XIV, il re Sole, aveva una personalità forte, adatta ad imporsi.

Infatti "preso possesso della sua Chiesa, stabilì di subito aprire il collegio nonostante qualunque ostacolo gli si parasse dinnanzi, onde visitata la casa ereditaria dei Nolfi che si affacciava in fondo alla strada maestra, poco distante dalle mura, ordinò per primo che si modellasse ad uso collegio, il che fu subito fatto senza grande alterazione dei muri vecchi e col disegno di Francesco Gasparoli".

6) Ibidem, p.101.

Gli altri due consuperiori del collegio che affiancarono il vescovo, secondo le disposizioni del testatore, non furono persone di secondo piano: Giacomo Ligi, persona colta, rettore della comunità filippina in San Pietro in valle e P. Maria Amiani, esperto in diritto canonico,attivo per molti anni a Roma e decano del Consiglio generale

Queste tre istituzioni che avevano il governo del collegio, affrontarono insieme i primi compiti tra i quali la nomina del rettore, dell'economo, dei lettori e degli allievi. Per quanto riguardava i quattro allievi di medicina, due erano di nomina vescovile, gli altri due, uno di pertinenza del Consiglio Cittadino, l'altro della Congregazione dell'Oratorio.

L'insegnamento di filosofia e medicina venne affidato rispettivamente a padre Antonio Modesti, minore conventuale e a Ludovico Fracalossi, primo medico condotto della città. Il compenso annuo, per il primo era di venti, per l'altro di cinquantaquattro scudi.

Il rettore, sempre un religioso, aveva l'obbligo della residenza per vegliare l'ordine, la disciplina e il profitto.

L'economo era persona di massima fiducia, con il compito di provvedere a tutte le necessità:dalla spesa per il vitto giornaliero al pagamento dei dipendenti

La contabilità era sotto il vigile controllo dei consuperiori.

Fin dall'inizio dei corsi venne sentita l'esigenza di un lettore forestiero, per porsi a confronto con altre realtà simili. Dalla vicina Urbino furono chiamati infatti alcuni docenti.

Il collegio Nolfi fu aperto con un atto di cancelleria il 28 giugno 1680 e da allora ebbe inizio la sua vita seguendo quelle rigide regole dettate dai Nolfi.

I collegiali dovevano essere dodici nobili fanesi "di civili ed onorati natali d'età tra i diciassette e i diciannove anni ben fondati nella grammatica, atti e disposti a studi più gravi; otto dei quali dovevano attendere allo studio delle leggi canoniche e civili e quattro a quello della Medicina".

Il corso aveva una durata di cinque anni.

Gli allievi dovevano portare "una veste talare negra uniforme, l'estate di saia milanese et il verno di Rascia di Fabriano, con le maniche lunghe e strette fino a terra, conforme alle soprane dè Famigliari dei pontefici".

Il collegio era tenuto a provvedere a questa divisa.

Il vitto era frugale, mattino e sera "con pulizia ed amorevolezza"

Fig. 3 - Vista d'insieme della cappella Nolfi nel Duomo di Fano, con affreschi del Domenichino e pala d'altare di Andrea Lilli.

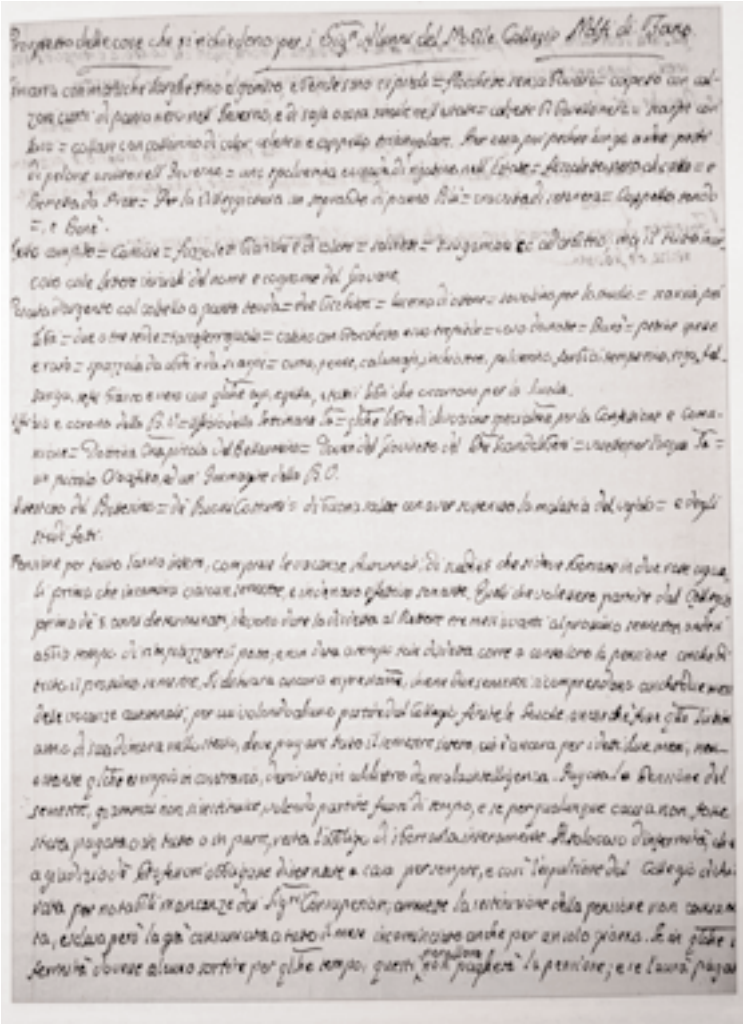


Fig. 4 - Elenco delle cose richieste agli alunni del Nobile Collegio Nolfi di Fano. Secolo XVIII.

ad una stessa tavola con il rettore, mentre il pranzo era più ricco: minestra, pietanza, formaggio, qualche frutta, lasciando ai superori libertà di aggiungere altre vivande nelle festività solenni e nel carnevale. Nei giorni di digiuno, a pranzo doppia pietanza di pesce,mentre mattino e sera solo insalata.

Ad ogni collegiale veniva assegnata una stanza arredata di un tavolo, due sgabelli ed un mobile per libri; il letto doveva essere di proprietà dello studente insieme a tutte quelle cose che servivano alla propria persona.

Ogni giorno dovevano frequentare le lezioni, eseguendo con cura tutti gli esercizi assegnati dai rispettivi insegnanti. Il pernottamento in collegio era d'obbligo.

Le pratiche religiose poi, molte e gravose, si concludevano la sera con la recita dell'inno *te lucis ante terminum.*

Pesanti erano pure le pene inflitte per ogni mancanza.

Proibitissimo era il gioco delle carte.

Regole ferree e dure che, se non superiori, certamente uguagliavano quelle dei seminari.[8]

Tutto questo rallentava l'ingresso dei giovani, il cui numero così rigidamente fissato, veniva raggiunto con difficoltà. I consuperiori con il sostegno dei vari pontefici estesero l'ingresso anche a giovani di città e paesi vicini. Da Bologna intanto si sentì l'esigenza di chiamare il professor Ghedini per l'insegnamento delle belle lettere, materia ritenuta indispensabile per una completa educazione non solo per legge ma anche per la facoltà di medicina. Ma il limite più grave di questo collegio era quello di non poter concedere la laurea, per conseguire la quale gli allievi erano costretti a recarsi in qualche vicina università al termine del corso fanese.

Per ovviare questo limite il rettore, sostenuto dai tre consuperiori, inoltrò una supplica al pontefice Benedetto XIII per ottenere facoltà di conferire la laurea in legge e in medicina.

Con un chirografo pontificio del 25 febbraio 1729 iniziava la storia dell'Università fanese e della facoltà di medicina, dopo circa un secolo dalla scomparsa del suo fondatore.

Nell'atto pontificio veniva fatto richiamo alla bolla di erezione dell'istituto del giugno 1672, dove i consuperori venivano chiamati "protettori ed amministratori perpetui" e venivano riconosciute rette le disposizioni del collegio diventato via via sempre più grande e prestigioso.

Mancando in esso "il privilegio di creare dottori", si prendeva atto del conseguente "grave pregiudizio e danno per la gioventù".

Furono queste le motivazioni che indussero il Pontefice a concedere facoltà di "poter creare dottori a guisa delle altre Università… condiscesi a fargliene come in appresso la grazia".

Con questo rescritto i tre consuperiori ricevevano"ampia, plenaria et assoluta facoltà di ordinare e dichiarare Dottori tutti quei studenti di qualsiasi Nazione che ivi concorrevano per essere Dottorati, tanto in legge civile e canonica, quanto in teologia, Filosofia e Medicina".

Prima di raggiungere il dottorato bisognava superare un esame finale da sostenersi con "persone abili e capaci" e con "la distinzione de Punti, et altre formalità e solennità solite praticarsi in altre Università… come Bologna, Padova, Macerata…".

La stessa supplica venne presentata alla corte di Vienna per ottenere lo stesso privilegio affinchè i laureati nell'Università fanese avessero la possibilità di esercitare la professione liberamente in tutti gli stati dell'Impero.

La richiesta fu concessa dall'Augustissimo Imperatore Carlo VI che, il 23 giugno 1731, inviò un diploma con il quale accordava la facoltà di creare dottori.

In questo documento l'Imperatore ribadiva: "vogliamo e decretiamo che gli scolari e gli uditori e quelli che ivi occupano un grado qualunque, godano e vadano al possesso, e possano ovunque godere e andare al possesso di tutte le grazie, onori e dignità, preminenze, immunità, privilegi e liberalità, concessioni, favori ed indulti di cui si

8) Ibidem, p. 101.

concede il possesso, l'uso ed il godimento in qualunque altro studio generale ed Università di Germania, d'Italia, di Spagna e di Francia".[9]

Sopra il portone d'ingresso del palazzo Nolfi, sede dell'Università, vennero innalzate le insegne pontificia ed imperiale. Dopo questi riconoscimenti, i consuperori si riunirono per verbalizzare le modalità per conseguire le lauree e la nomina degli insegnanti.

Gli insegnamenti salirono a dodici con l'aggiunta di un maestro per la lingua francese, cosa piuttosto rara a quei tempi;a questi docenti veniva concesso vitto, alloggio ed un misero stipendio. Tutti i privilegi concessi all'Università furono riconfermati anche da Benedetto XIV e per quei tempi l'istituto fanese costituì un luogo di studi superiori, riferimento importante per i giovani dell'Alta Marca e province limitrofe. Le città da cui provennero maggiormente gli studenti, oltre quelle marchigiane, furono Città di Castello e Rimini.

La vita del Collegio Università non fu mai facile in quanto travagliata da angustie finanziarie provenienti da incurie amministrative, peculati, disordini interni e tentativi mai sopiti di sopprimere l'istituto Nolfi. Un nuovo antagonista stava imponendosi per prestigio e capacità didattiche: il Seminario Vescovile, retto dalla potente congregazione dei Padri della Compagnia di Gesù che a Fano ricevette molto seguito e ingenti eredità.

Si deve al vescovo eugubino Beni, a Fano nel 1734, un nuovo impulso verso il piccolo complesso universitario ormai insufficiente ad accogliere i giovani studenti. Il presule pensò di ampliarlo con la costruzione di un'ala per ricevere "i piccoli" che iniziavano come interni il percorso di studio.

Lasciando immutata la struttura esistente si procedette all'ampliamento del complesso inglobando alcune case che si trovavano accanto, compresa la piccola chiesa parrocchiale di San Andrea Apostolo. Con il consenso del pontefice infatti la parrocchia in questione fu soppressa e le sue entrate vennero incamerate nell'amministrazione del collegio con l'accordo di istituire anche l'insegnamento di Teologia.

Nella lettera di gratitudine inviata al Papa dal vescovo Beni traspare l'intenzione del Pastore fanese "a rimettere in piedi il collegio, con la provvista che dovrà farsi di ottimi lettori, per decoro dei quali e per maggior cultura della gioventù".

Alla riapertura del Collegio Università Nolfi avvenuta il primo novembre 1740, un libretto stampato a Fano per l'occasione da Giuseppe Leonardi, stampatore vescovile, precisa alcune norme giunte a noi.

Le discipline di insegnamento erano: Sacra scrittura, Teologia morale, Ius canonico, Ius civile, Filosofia, Medicina, Eloquenza, Grammatica.

L'età di ammissione andava dagli otto ai diciannove anni.

Veniva precisato anche il costo della laurea: dieci scudi per gli allievi locali, elevati a diciotto per quelli forestieri.

Venivano inoltre precisati anche alcuni svaghi: "abilitarsi nel Suono, e nel Ballo, ed in altri esercizi cavallereschi, purchè non rechino verun disturbo alle ore prefisse allo Studio e alle lezioni".

La retta annua era di quaranta scudi romani oltre cinque scudi"per ovviare ad ogni sorta di lusso ed alle gare, che sogliono benespesso introdursi nei Collegi fra giovani nelle recite di commedie in tempo di Carnevale ed in occasione delle pubbliche accademie,e delle ricreazioni in Campagna".

Tale somma doveva servire per il salario e le mance dei servitori esclusa la spesa per la "spezieria".

"Sarà parimenti loro peso pagare del proprio il Bar, Barbiere,i bucati de' panni e di ogni altra cosa che al decente vestir loro si appartenga".

Fig. 5 - Palazzo Nolfi come è oggi, visto dal lato mare. Le numerose manomissioni sono più che evidenti. In alto al secondo piano l'aula Magna.

In tale libretto veniva specificata la divisa e il corredo personale.

Particolare attenzione veniva dedicata al vitto: il pranzo era costituito da "una minestra e pietanza di lesso di sei oncie di carne, ed un antipasto parimente di carne d'oncie quattro, oltre frutti ed il formaggio il quale si da solamente nei giorni di mercoledì e venerdì".

La cena invece era composta da:"minestra di pane, ovvero insalata secondo la varietà dei giorni, ed una pietanza di carne di mezza libra e i frutti".

La colazione consisteva nei giorni di domenica e giovedì "in un piccolo pane con tre oncie di companatico, ed in un bicchiere di vino mentre negli altri giorni della settimana consisteva nella stessa misura di pane e di vino ma senza companatico".

Nel periodo estivo che aveva inizio dal giorno di San Marco,venticinque aprile, veniva concesso un piccolo pane e un bicchiere di vino per merenda.

Nonostante l'ammodernamento del Collegio Università Nolfi continuavano a giungere senza tregua critiche di ogni genere. Le cause erano sempre riconducibili alle ridotte risorse che portavano l'economo a ricorrere ad ogni espediente pur di ridurre al minimo le spese.

Questo limite portava a provvedimenti non certo vantaggiosi all'immagine del Collegio. Infatti molti insegnamenti venivano concessi allo stesso docente e il personale di sorveglianza, in numero sempre esiguo, era costretto a turni estenuanti dovendo vigilare notte e giorno su giovani non sempre propensi ad osservare regole così rigide.

Nel frattempo il seminario vescovile, diventato sempre più famoso cercava con ogni mezzo di assorbire l'Istituto Nolfi.

Intanto a Fano era giunto un personaggio di spicco il vescovo Severoli. Il presule, dopo aver dato ulteriore impulso al seminario, prospettava una unificazione dei due istituti, progetto che veniva rifiutato dal Consiglio fanese.

Ma una tempesta ben più grave stava per abbattersi con effetti devastanti sul collegio Università; era il 1797 quando le truppe francesi occuparono il palazzo del collegio per la loro residenza, che rientrò tra i cosiddetti "beni nazionali".

Le lezioni per gli universitari si svolsero nelle abitazioni dei docenti. La municipalità fanese non accettando la soppressione, inoltrava

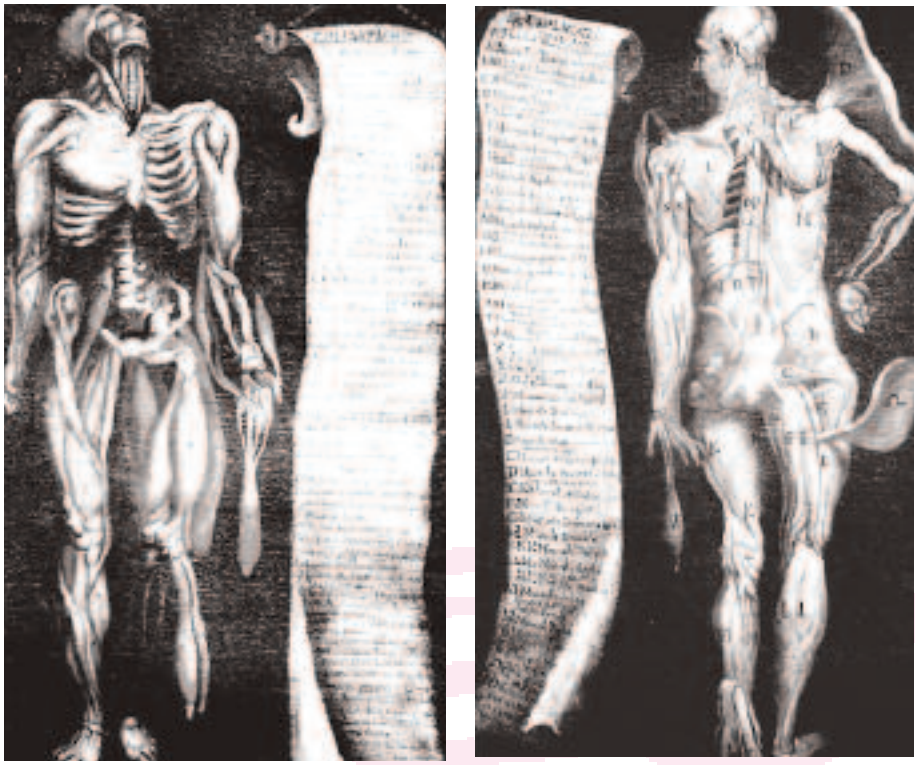


Fig. 6 - Tavole anatomiche del Collegio Università Nolfi, oggi conservate presso la Pinacoteca di Fano, simili alle più famose del De humani corporis fabrica *del grande anatomista Andrea Vesalio.*

una vibrata protesta al ministro francese della Pubblica Istruzione, ricordandogli che in quell'istituto egli aveva studiato quando suo padre Camillo Franceschi era medico condotto della città, sua seconda patria. Nonostante l'intervento del ministro,le truppe francesi continuarono ad occuparlo dando inizio anche alla spoliazione di molte opere d'arte provenienti dalla casa dei Nolfi.

Solo nel 1802 il vescovo Severoli potè riaprirlo, ripristinando le facoltà di legge e di medicina. Per i gravi danni arrecati all'edificio,le lezioni venivano tenute in casa degli insegnanti.L'inizio delle lezioni era scandito dal suono della campana della torre del duomo. Nel 1815 furono ripristinate tutte le cattedre: Belle lettere ed Eloquenza, Logica e Metafisica, Matematica e fisica, Istituzioni canoniche, decretali e civili, Disegno, Chimica, Farmacia, Anatomia, Medicina, Botanica, Storia naturale, Teologia dogmatica e Scolastica, Scrittura Sacra, Teologia, Morale.

Nel 1819 fù riaperto anche il convitto. Ma il destino di questa istituzione era ormai segnato: troppi gli stenti,troppe le incomprensioni, troppe le difficoltà economiche,ma soprattutto l'ostilità dei Gesuiti da poco rientrati in città.

Il numero delle cattedre era stato sempre esiguo,e questo fu il motivo per cui su di esso cadde la mannaia della bolla di Leone XII *Quod Divina Sapienza* del 1824.

Con essa la Congregazione degli Studi dello Stato Pontificio aveva stabilito che ogni sede universitaria doveva raggiungere, come requisito minimo,un numero di 18 cattedre.

Bologna, oltre Roma, erano le sedi principali,con38 cattedre, poi venivano le altre cinque: Ferrara, Perugia, Macerata, Camerino, Fermo.

Nonostante i vari appelli inviati a Roma, la decisione rimase immutata. La città oppose resistenza e gli insegnamenti di legge e di medicina si tennero ugualmente. Ma si ripresentava il vecchio problema: gli studenti alla fine del corso dovevano ricorrere ad altre Università dello Stato per ottenere la laurea. Infine nel 1841 Roma attuò l'ultima stretta. La Sacra Congregazione degli studi soppresse la cattedra di Medicina perché contraria ai dettati della bolla leonina.

Nonostante che i consuperiori si adoperassero per conservarla in quanto espressamente voluta dal testatore, non fù più possibile mantenerla. Alla fine, come da più parti era desiderato,la direzione dell'istituto nolfiano giunse nelle mani dei Gesuiti che rapidamente apportarono radicali mutamenti, senza tenere in alcun conto le volontà dei testatori.

Il collegio proseguì le sue funzioni fino al 1850 anno in cui, con decreto della Sacra Congregazione degli studi, approvata da Pio IX, venne trasformato in Liceo Nolfi con tutte le cattedre in vigore, tranne quella di medicina.

Ma anche questo liceo durò solo dieci anni per il sopraggiungere della nuova soppressione dei Gesuiti. L'edificio passò tra le proprietà del Comune, che provvide a fondare un nuovo istituto scolastico mantenendo il nome Nolfi ed un collegio Convitto Nazionale. La biblioteca molto manomessa e smembrata per le numerose vicende patite, nel 1865 venne trasferta nella Biblioteca Federiciana.

La facoltà di medicina

L'insegnamento della medicina nell'ambito del Collegio Nolfi fu voluto espressamente dal suo fondatore. Aveva il compito di preparare alla professione medica ogni anno quattro giovani disposti a prendere servizio in città una volta terminato il corso di studi.

Durante la sua attività fu costantemente in sofferenza per lo scarso numero di docenti e per mancanza di supporti tecnici. Quest'ultimi erano costituiti essenzialmente dalla sala anatomica e dall'orto botanico, considerato a quei tempi elemento indispensabile di qualità.

La bolla leonina, che provvide alla soppressione della Università fanese definiva dettagliatamente i requisiti minimi che ogni sede doveva possedere, specificando in modo scrupoloso gli insegnamenti per la medicina.

È pensabile che l'Università Nolfi senza la facoltà di medicina avrebbe potuto salvarsi come avvenne per altre piccole università marchigiane.

Due sole facoltà, ritenute sufficienti agli inizi del secolo XVII, in seguito non lo erano più. Le costanti ristrettezze economiche, la concorrenza del potente seminario vescovile e soprattutto la miopia dei

superiori che, nonostante i grandi progressi scientifici, non avevano saputo cogliere quegli stimoli innovativi del tempo, determinarono le sorti dell'Università.

Per tutta la sua durata, che fu di novantatrè anni, l'insegnamento della medicina venne affidato ai medici di condotta che nei periodi più floridi raggiunsero il numero di sei. Questi limiti rendevano la facoltà di medicina poco ambita e ogni anno era difficile raggiungere il numero di quattro iscritti. Dai registri di segreteria, gli unici giunti fino a noi, nel 1763 risulta una sola domanda. Più di una volta gli ammessi richiedevano il trasferimento a legge. I superiori di fronte a questo problema ribadivano il divieto di chiedere il trasferimento e informavano che "i nominati per lo studio di medicina, volendo attendere ad altri studi restassero immediatamente esclusi dal Collegio e li Consuperiori dai quali erano stati nominati per quel luogo soprannominato, dovessero surrogare altri che volessero studiare la scienza medica". Scarse sono le notizie riguardanti le materie, il metodo didattico soprattutto i libri di testo, in quanto molto è andato disperso e quel poco rimasto, confluito nella biblioteca federiciana, attende la catalogazione. Oltre ai testi di medicina[10] rimangono due preziose tavole anatomiche, simili alle più famose del *De humani corporis fabbrica* del grande anatomista Andrea Vesalio. Non è documentato se i giovani studenti facessero pratica nel vicino ospedale Santa Croce,dove operavano i loro docenti, ma è ipotizzabile.[11]

Fig. 7 - Sigillo a secco del Collegio Università Nolfi del XVIII secolo (B.F.F.).

Fig. 8 - Alcuni volumi della Biblioteca del Collegio Nolfi.

L'arte medica nella storia della città

Fin dal primo Quattrocento è documentata la particolare attenzione del consiglio cittadino nella scelta del medico condotto che doveva possedere requisiti di *homo valens, bonus et expertus*. Venivano istituite apposite commissioni delegate a raccogliere anche in centri lontani informazioni e a prendere contatti con medici operanti presso altre comunità ed altri stati. Risale al 1421 un singolare documento a forma di ruota dove in ogni tassello vengono raccolte le referenze dei candidati alla condotta per quell'anno.

Di ogni medico ,oltre alle capacità professionali, si descrive l'aspetto fisico, il temperamento, l'età,le pretese pecuniarie.

Pur di avere medici di qualità, non si guardava a diversità..

Nel 1428 è medico della città Maestro Musse ebreo.[12]

Perla, donna ed ebrea, nel luglio 1460 inoltra richiesta al consiglio della città perché venga rinnovata la concessione all'esercizio della medicina accordatale da Sigismondo Malatesta,adducendo a sostegno "le belle cure" prestate ad una figlia di Ludovico Gabrielli e di Paolo Catalano.[13]

Il 10 maggio 1486 viene eletto medico fisico e cerusico della città Maestro Vitale Ioseph, anch'egli ebreo,[14] mentre Maestro Giorgio nominato medico nel 1491 proveniva dall'Albania.[15]

Più tardi, el 1542, troviamo la comunità fanese donare una casa gratis al medico chirurgo Giovanni proveniente dalla Francia.

In questo secolo diversi nobili fanesi furono medici famosi.

Alfonso Bertozzi scrisse un trattato di medicina *De methodo bene medendi* stampato a Venezia nel 1556, oltre un compendio su Ippocrate, Galeno, Avicenna pubblicato a Lione nel 1558.

Girolamo Gabuccini, filosofo e medico eccellente, lasciò un

7) Ibidem, p.111.

10) Cfr. M.Ferri, La Biblioteca federiciana, in Uomini e Luoghi della cultura marchigiana,il lavoro editoriale Ancona 2003

11) Il complesso dell'antico ospedale Santa Croce si trovava proprio davanti al palazzo Nolfi sede dell'università.Oggi rimane solo la torre detta di sant'Elena. Nei primi anni del Novecento è stato costruito un nuovo edificio ospedaliero fuori dalla città murata.

12) (SASF,Ludovico di Mastro Paolo,vol. B c.190v)

13) (SASF,Registri,reg.2,C.106v)

14) (SASF,Consigli,Reg.2,C.92r)

Fig. 9 - Nomina del medico condotto per l'anno 1421. SASF, Consigli, reg. 3, c. 37 r.

Fig. 10 - F. Tarti, Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosos, Modena 1730.

trattato *De morbo comitali* stampato a Venezia nel 1561.

Andrea Marcolini filosofo e medico di gran grido, pubblicò nel 1569 un trattato in ottava *De medicatis acquis*.

Fu discepolo del Falloppio, presso cui di-morò per sette anni.

Il suo *De Medicamentis Purgantibus* venne adottato dal Falloppio per i suoi giovani allievi.

Prospero Borgarucci fu medico di gran fama tanto che Caterina dei Medici, moglie di Enrico II re di Francia, lo volle archiatra di corte. Lettore di medicina all'Università di Padova scrisse diverse opere di medicina e di botanica.

Molti erano i compiti affidati ai medici di condotta e non solo curativi. A Gian Battista Flavi, eletto terzo medico nella sua Fano il 13 ottobre 1554, veniva dato l'incarico, oltre all'esercizio della medicina, anche di lettore di logica e metafisica per "il beneficio cittadino".

Tra i tanti medici che vennero ad esercitare a Fano in questo secolo il più famoso fu Luca Ghini (S. Lazzaro di Savena 1490 circa-Bologna1556) primo medico della città dal 1536 al 1539.Chiamato successivamente alla corte di Cosimo I dei Medici promosse nel 1543 a Pisa l'istituto del primo orto botanico nel mondo e poi nel 1545 quello del Giardino dei Semplici a Firenze. Abbandonando i commenti alle opere degli antichi,si dedicò all'osservazione e alla ricerca sperimentale.Fù tra i primi a preparare erbari. Ebbe come discepoli U.Aldrovandi e A. Cisalpino.

Tresani Curzio (1628-1694) medico di grande fama esercitò a Fano prima di essere lettore di medicina presso l'Università di Fermo. Il grande Marcello Malpighi passando per Fano volle salutarlo e conversare con lui sui vari argomenti di medicina definendolo uno dei medici italiani più validi in quel tempo.[16]

Bernabei Anton Nicola, nativo di Cossignano, dopo aver conseguito la laurea in medicina a Fermo fu pubblico lettore nel collegio Nolfi di Fano. Dopo il 1700 divenne collaboratore del celebre Lancisi,archiatra pontificio di Clemente XI.

Pubblicò un'interessante opera *De mortibus subitaneis*.[17]

Bacci Balduino, nato a Potenza Picena nel 1852 seguì gli studi di medicina presso il Collegio Nolfi di Fano prima di conseguire la laurea a Bologna.

Fù uno dei più grandi fisiologi italiani moderni.[18]

La tesi di laurea

Se del materiale didattico molto poco è rimasto, dal registro di segreteria abbiamo informazioni preziose che ci permettono di conoscere tutte le modalità della tesi di laurea.

Il primo collegio dei docenti fu composto dal dottor Gian

15) (SASF,Consigli,vol.25,C.221v)

16) G. Natalucci, Mediciinsigniitaliani, antichi, moderni, contemporanei, nati nelle Marche, Falerone 1934 p.59.

17) ibidem p.59.

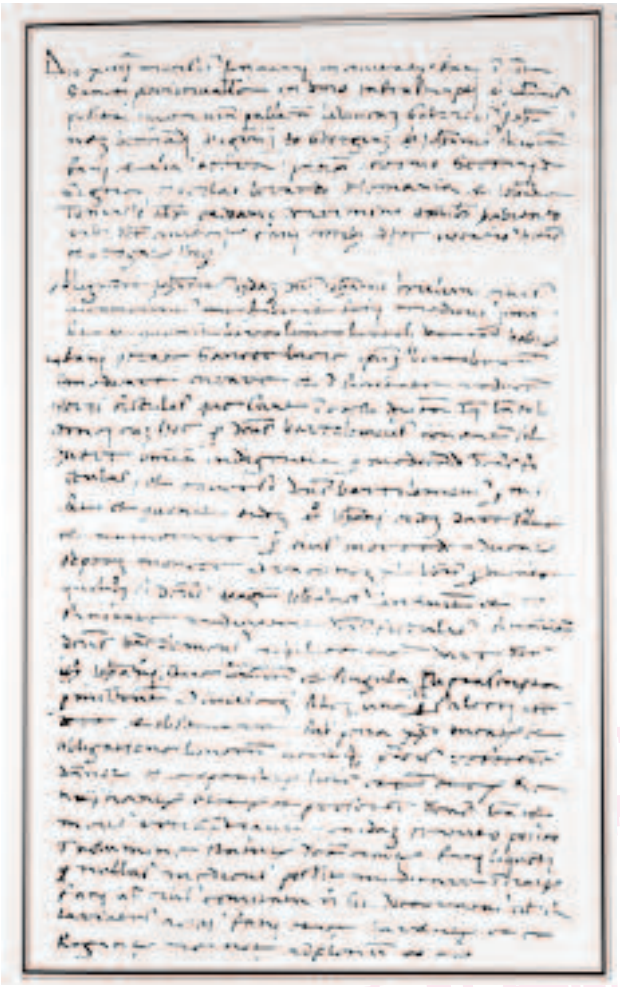


Fig. 11 - Contratto di guarigione SASF, notarile, G. Roncoli, Vol. A, C. 28 v, 14 Gennaio 1471.

Matteo Foschi, primo lettore, coadiuvato dai dottori Pizzi, Ponticelli, Bellini, Pandini, Gaggi, Masetti, Santi.

La prima laurea dottorale in Filosofia e Medicina fu conseguita dal bolognese Gian Carlo Pizzi il 28 aprile 1732. Dopo essere stato presentato a tutto il collegio docenti, al preside di facoltà padre Giuseppe Fattorelli della compagnia di Gesù ed ai tre consuperiori dal dottor Francesco Felice Ponticelli fù ordinata l'estrazione "de li punti a sorte" secondo l'usanza delle altre Università. Questi furono: *Quae sint Principia rerum naturalium*, argomento filosofico tratto dalla Fisica di Aristotele e *concocta medicari*, un aforisma di Ippocrate.

La seduta fu aggiornata alle ore 11 del giorno successivo nell'aula magna per discutere i due argomenti assegnati. Il giovane Pizzi fece una ampia esposizione tanto da meritarsi la lode raggiunta dopo scrutinio segreto. Ottenute le insegne dottorali, autenticate dal notaio del collegio Francesco Andrea Sarti, il neolaureato giurò, oltre la fedeltà al Papa, di curare gratis i poveri, di ordinare dopo la terza visita all'ammalato il sacramento della confessione secondo la bolla di Pio V, confermata in seguito anche da Alessandro VIII.

Da un'analisi di tutte le tesi di laurea dei 117 laureati che va dal 1729 al 1824, i punti filosofici sono sempre quelli tratti dalla Fisica di Aristotele. I più richiesti sono i seguenti:

De his igitur, che tratta la differenza tra matematico e fisico, *Uno igitur modo*, sulla definizione e distinzione delle quattro cause; *Patiuntur autem hoc idem*, sulla prima determina dell'oggetto; *Naturam autem habent*, sulla definizione della natura; *Secundum autem naturam*, sugli enti naturali.

Per quanto riguarda gli argomenti di medicina, essi sono costituiti unicamente dagli aforismi di Ippocrate, considerati fino agli inizi dell'Ottocento la "Bibbia del medico". In sostanza sono sentenze di medicina generale che Galeno divise in otto sezioni. I punti più sorteggiati sono quelli della prima sezione: *Extremis morbis*, per le malattie gravi, i trattamenti estremi sono i rimedi più efficaci; *Vita brevis, ars longa,* sulla fallacità dell'esperienza medica; *In acutis passionibus,* non usare purganti nelle malattie acute; *Qui crescunt,* chi cresce molto necessita di molto cibo; *Quae ducere oportet,* le materie da evacuare solo verso la direzione cui tendono, attraverso appropriati passaggi.

Sempre dai registri di segreteria, uno dei pochi documenti originali a noi pervenuti, è possibile ricavare preziose informazioni sulla vita di facoltà.

Gli allievi provenivano non solo dalla città di Fano, ma soprattutto dai castelli del contado.

Orciano, Mondavio, San Costanzo, San Giorgio, Cartoceto, Saltara, Monte Maggiore, sono i centri più ricorrenti. Come pure Ancona con i centri delle vallate limitrofe: Iesi, Serra dei Conti, Barbara, Montalboddo (Ostra Vetere), Roncitelli. Le città più lontane sono quelle della Romagna (Rimini, Cesena, Forlì, Forlimpopoli), dell'Umbria (Città di Castello, Todi, Spoleto, Narni) del Lazio (Tivoli, Roma, Viterbo).

Il luogo decisamente più lontano risulta Cartagine, nella Colombia centrale, città di provenienza del giovane Ignazio Duran che, uscito dalla Compagnia di Gesù, si iscrisse alla facoltà di medicina Nolfi e, laureatosi nel 1795, fu aggregato al collegio dei docenti di quella università. Questa prassi era possibile ai più fortunati,mentre la gran parte faceva ritorno al proprio luogo di origine,dove iniziava la pratica della professione.Così avvenne per Giovanni Ottaviani che conseguita la laurea il 25 giugno 1751,ritornò a San Giorgio come medico condotto o Luigi Petrini di San Costanzo nel 1775.

Era un percorso simile a quello di allievi delle altre università marchigiane come lo fù per Romolo Spezioli (1642-1723) prima di approdare alla Sapienza di Roma per i favori del cardinal Azzolini e della regina Cristina di Svezia. È lui stesso a scriverlo in un documento autografo: "studiai in patria (Fermo) ed ebbi maestri nella medicina il sig. dottor Lutio Ruffi e il sig. dottor Domenico Pieri lettori primari nell'Università di Fermo. Mi diede la laurea dottorale il sig. Francesco Macchiati medico celebre nella Marca et allora primo medico di Fermo sotto cui feci la mia pratica e poi uscij a medicare alle condotte e doppo aver esercitato in diversi Castelli e terre ragguardevoli, passai alla condotta della città di Ripatransone e poi a quella di Jesi e di là mi portai in Roma".[19] Per quanto riguarda i lettori, essi provengono da varie città dello Stato Pontificio.

Da Matelica giunse nel 1783 Camillo Franceschi,vincitore del concorso per medico condotto della città di Fano, poi anche lettore nel-

18) (Ibidem p.157)

Fig. 12 - Frontespizio di un Diploma di laurea dell'Università Nolfi (B.F.F.)

l'università Nolfi. Divenne famoso e si impose come strenuo difensore della teoria del vitalismo a cui Leopardo Betti, che da Camerino aveva abbracciato la teoria dell'organicismo, indirizzò due suoi scritti nel 1858: *Della forza medicatrice dell'organismo nella teoria organica della vita e del metodo ippocratico. Lettere al chiarissimo dott. Camillo. Franceschi* e *Sul preteso chimismo bufaliniano*. Risposta al chirissimo dott. Camillo Franceschi.

IL 22 giugno 1790 presentò ai colleghi e consuperiori per la laurea dottorale in filosofia e medicina il figlio Pompeo che subito dopo entrò nell'istituto come docente. Più tardi lo troviamo come ministro della Pubblica Istruzione nella Repubblica Francese al seguito di Napoleone e proprio a lui si rivolgeranno i fanesi per far cessare l'occupazione del collegio da parte delle truppe francesi, proprio quel collegio dove lui stesso aveva ricevuto la laurea e insegnato.

Ma quelle suppliche risultarono vane. Fu sempre lui, il dottor Camillo Franceschi, a presentere alla sessione di laurea del 31 luglio 1800, il giovane allievo Maggi Apollonio (1779-1852) diventato poi medico valentissimo richiesto da ogni parte per consulenze. Figlio di un medico condotto era nato a San Giusto. Tra i lettori compaiono anche il dottor Pietro Modesti, chirurgo comprimario di Ancona e Luigi Petrini medico primario di Spoleto. Francesco Serra romano per molti anni insegnante di medicina fu pioniere della vaccinazione antivaiolosa e tanto convinto di quella terapia da sperimentarla a poca distanza dalla scoperta con successo sui propri figli. Durante i primi corsi di laurea, tra i lettori delle dodici cattedre si verificarono conflittualità per "questioni di preminenza", tanto che si dovette ricorrere all'università di Bologna per stilare una graduatoria che vide l'insegnamento di Filosofia e Medicina

Fig. 13 - Diploma in medicina, SASF, Pergamene, sec. XVIII.

rispettivamente all'ottavo e nono posto. Più tardi vennero introdotti nuovi insegnamenti: Chimica e Farmacia(lettore fu Marco Ricciarelli), Anatomia (lettore fu il chirurgo Giorgi), Botanica e Scienze naturali.

Si raggiunse così il numero di quindici cattedre, ritenuto indispensabile come per le altre facoltà marchigiane. Fu sempre mancante invece il gabinetto di fisica e l'orto botanico.

Per mettersi alla pari con le altre sedi universitarie nel 1793 fu introdotta la laurea *ad honorem*. Sempre nello stesso anno furono stabilite le formalità da osservarsi nel concedere le lauree, che in sintesi si possono riassumere così: l'aspirante nominava in seno al collegio un promotore da cui veniva presentato ai consuperiori e al preside. Dopo aver fatto la professione di fede, riceveva i due punti (di filosofia e di medicina) estratti a sorte, da discutere pubblicamente il giorno successivo. Prima di congedarsi doveva versare al bidello la somma destinata al pagamento delle tasse e subito dopo veniva esaminato privatamente da due insegnanti a ciò deputati.

Nel giorno stabilito veniva introdotto nell'aula magna dove si trovavano seduti i con superiori e i docenti, ai quali faceva la debita riverenza.

Iniziava così la spiegazione dei punti ricevuti il giorno prima e rispondeva alle argomentazioni pro e contro che gli venivano fatte dagli insegnanti.

Il laureando veniva congedato e i consuperiori e il collegio dei docenti procedevano allo scrutinio segreto per l'ammissione. Era il bidello a portare la notizia della avvenuta ammissione. Il candidato dopo essere rientrato, recitava una breve orazione latina in cui chiedeva la laurea e le insegne dottorali. Queste ultime consistevano nella imposizione di un berretto, di un anello, e di un mazzetto di fiori con un abbraccio.

19) Cfr. F.Zurlini,op.cit.,p.29.

20) La cappella Nolfi dedicata a Tutti i Santi nel duomo di Fano costituisce l'altro grande dono di Guido dopo il collegio università.Fatta costruire da Guido a somiglianza di quella romana del suo protettore Clemente VIII, per la quale "si era faticato" per oltre 15 anni ed aveva speso una fortuna (solo al Domenichino aveva dato 1500 scudi), presentava un grande legame con l'ateneo nolfiano tanto che furono commissionate a Sebastiano Ceccarini tutte le copie dei dipinti della cappella da collocare all'interno dell'istituto universitario.

"Il che seguito - sono le parole del cerimoniale - procedendo il bidello con la mazza, ed avanti di lui trombe e tamburi, seguendo gli araldi che porteranno nei bacili i libri e le insegne,verrà il laureato con la berretta in capo o in mano, in mezzo ai promotori col seguito di altri dottori del collegio che anderanno al duomo a visitare la cappella dei Santi[20], e di li sino a casa del laureato, ove dal medesimo verranno licenziati e ringraziati.

Nel tempo di detto accompagnamento si suoneranno le campane del Pubblico e del Duomo in modo festivo. Al candidato si autenticherà la Laurea conseguita con testimoniali in libretto, scritto in carta pergamena, firmate col sigillo del nostro collegio, e sottoscritto da quei consuperiori che avranno assistito al dottorato de' quali, almeno uno, dovrà sempre assistere, ed in fine dal nostro Segretario riconosciute, gli saranno consegnate."

Questo privilegio universitario durò per lo spazio di novantacinque anni - dal1729 al 1824- anno in cui venne soppressa l'Università in forza della bolla *Quod Divina Sapientia* che riformò le facoltà di medicina dello Stato Pontificio.

L'ultima sessione di laurea si tenne il 7 settembre 1824; l'ultimo laureato in filosofia e Medicina a Fano fu il fanese Francesco Federici, presentato dal dottor Niccolò Brunacci mentre preside di facoltà era Giovan Battista Graziadei primo medico condotto della città.

Catalogo dei Lettori di Medicina dal 1729 al 1824

Antonio Santi	Nicolò Bellini	Giovanni Coraucci	Lorenzo Ferrieri
Lodovico Centauri	Francesco Pandini	Giuseppe Trebbi	Giovanni Gaggi
Pietro Dall'Arme	Giuseppe Gaggi	Camillo Franceschi	Placido Nebbia
Giuseppe Pavoli	Francesco Masetti	Antonio Franceschi	Luigi Bigotti
Nicola Morganti	Antonio Santi	Gianbattista Graziadei	Lodogario Persico
Angelo Bernetti	Lodovico Centauri	Luigi Viali	Andrea Lazzarini
Luigi Petrini	Pietro Dall'Arme	Giuseppe Giorgi	Lorenzo Trebbi
Antonio Santi	Giuseppe Pavoli	Domenico Meli	Filippo Giorgi
Giammatteo Foschi	Nicola Morganti	Filippo Marfori	Giuseppe Giorgi
Angelo Pizzi	Angelo Bernetti	Antonio Micci	
Francesco Felice Monticelli	Francesco Serra	Andrea Berardi	

(SASF,Beneficenza Nolfi, n 31)

Catalogo dei Laureati in Filosofia e Medicina

1732 Pizzi Giancarlo di Bologna
Ricci Giuseppe di Pesaro
Magini Domenico di Fano
1741 Magni Gio.Battista di Vetralla
1743 Centauri Lodovico di Fano
1747 Balsamina Francesco di Mondavio
1748 Angelini Giampaolo di Fano
Ferraresi Costantino di Fano
Morelli Gianfrancesco di Fermo
1749 Bettini Domenico di Fano
1749 Cecchini Domenico
1750 Polidori Giuseppe di Barbara
1751 Grossi Giuseppe di Mondolfo
Ciucci Sebastiano di Fano
Ottavini Giovanni di San Giorgio
Paoli Giuseppe da Fano
1753 Pasqualini Francesco di Mombaroccio
1757 Baruzzi Andrea di Faenza
Angelini Benedetto di Fano
1763 Lombardi Giuseppe di San Costanzo
1765 Pandini Baldassarre di Fano
1768 Bendinelli Francesco Paolo
1775 Massa Francesco Maria di Senigallia
Petrini Luigi di San Costanzo
1776 Gambelli Giuseppe di Montalboddo
1777 Coraucci Giovanni di Senigallia
Trebbi Giuseppe di Fano
1778 Pandolfi Vincenzo
1782 Bettini Giovanni di Fano
Franceschi Antonio di Brisighella
1783 Bocchini Giovanni di Orciano
1784 Tombini Giuseppe di Barbara
Viali Luigi di Fano
1785 Ricci Antonio di Montemaggiore
Tombari Filippo di Fano
1786 Benedetti Giovanbattista di Città di Castello
1787 Palazzi Taddeo di Serra dei Conti
Magini Luigi di Fano
1789 Serra Vincenzo di Bologna
Alessandrini Francesco di Colbordolo
1790 Franceschi Pompeo di Matelica
Morganti Pietro di Fano
1791 Trebbi Antonio di Fano
1792 Moretti Pietro di Iesi
1793 Giacomini di Città di Castello
1795 Fantini Francesco di Fano
Duran Ignazio di Cartagine America Latina
1800 Balsamini Giacomo di Rimini
Maggi Apollonio di San Giusto
Tranquilli Giacomo di Fano
1802 Guiducci Federico di Saltara
1803 Ridolfi Sante di Montemaggiore
1804 Leonardi Francesco di Fano
Petrini Antonio di San Costanzo
Petrini Vincenzo di San Costanzo
Ricci Camillo di Mogliano
Maggi Gaetano di Monte Lupone
Pichi Leopoldo di Pesaro
Falconi Bartolomeo di Spoleto
Valori Antonio di Narni
Pratili Giuseppe di Roccagorga
Moraschini Raffaele di San Ginesio
Gaggi Giovanni di Fano
Fradelloni Antonio di Fano
1816 Lucentini Fiore Lino di Monte Gilberto
Prosperi Luigi di San Benedetto
Catalini Benedetto di Fermo
1817 Gasperoni Agostino di Cesena
1818 Cuppini Gaetano di Recanati
Frias G.Battista di Roma
Monticelli Saverio di Città di Castello
Leoni Carlo di Massaccio
Mannoni Giuseppe Maria di Massa di Iodi
1819 Giordani Lorenzo di Recanati
Morini Claudio di Alatri
Persico Lodogario di Crema
Core Antonio di Fossano
1820 Sebastiani Ignazio di Riofreddo
Modesti Pietro di Roma
Trasarti Roberto di Ancona
Pignotti Francesco di Camerino
Ferrieri Lorenzo
Ferretti Vincenzo di San Costanzo
Ricci Antonio di Fano
1821 Lorenzini Giuseppe toscano
Ribustini Vincenzo di Santelpidio
Benincasa Giuseppe di Città di Castello
Facchini Giuseppe di Lugo
Micci Antonio di Mondavio
Zamboni Francesco di Cesena
1822 Fabrizi Giovanni di Città di Castello
Preti Luigi di Bagnacavallo
Righini Pietro di Fioenzuola
Nannini Giovanni di Imola
1823 Cappelli Biagio
Ceccarini Gaetano di Urbino
Pacioni Pietro di Montolmo
Bossi Manzoni Carlo di Fano
Giommi Giuseppe di Fano
Lenci Domenico di Ancona
Gramignani Paolo di Ancona
Travisani Giuseppe di Ancina
Candelabri Serafino di Ancona
Romani Carlo di Ancona
Romagnoli Innocenzo di Ancona
Maddalena Andrea di Ancona
Olimpi Camillo di Monte Fano
1824 Betti Silvestro di Urbino
Diofebo Francesco di Roma
Ambrosi Antonio di Fano
Camerini Enrico di Fano
Ferretti Agostino di San Costanzo
Catini Domenico di Grottazolina
Federici Francesco di Fano

(Da Luigi Masetti, Cenni cronologici sulla fondazione progresso e fine del Nobile Collegio ed Università Nolfi in Fano,Fano 1880)

PROF. GIOVANNI DANIELI
Coordinatore generale della Commissione Didattica della Facoltà

Ricordo di Eduardo Landi

Il 14 aprile il Prof. Eduardo Landi ci ha lasciati. Pochi mesi prima aveva salutato la Facoltà Medica dopo tanti anni di insegnamento.

Si era infatti laureato a Padova nell'anno accademico 1956-57 e subito si era indirizzato verso la chirurgia divenendo Assistente del Prof. Pettinari. Seguì poi il Prof. Castiglioni prima a Sassari e poi al Policlinico Gemelli di Roma. In questo periodo frequentò anche la Clinica Chirurgica di Berlino per oltre 9 mesi. Giunse in Ancona come Professore Incaricato di Patologia Chirurgica nel novembre 1973 e vi si stabilì nel dicembre 1972. Direttore dell'Istituto di Patologia Speciale Chirurgica prima divenne Direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica dal 1991 e conservò questa direzione fino al suo pensionamento.

Volle e realizzò la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Toracica, e la diresse per oltre 10 anni per divenire poi Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale fino al 2003.

Come Direttore della Scuola di Specializzazione credette ed implementò il processo di democratizzazione delle stesse forgiando le nuove leve chirurgiche in maniera esemplare.

Dal 1999 fu Direttore del Dipartimento di Malattie Digestive e Chirurgia Generale dell'Azienda Umberto I di Ancona.

Nel 1990 fu chiamato a tenere la prolusione all'inaugurazione dell'anno accademico e scelse un argomento di grande umanità: "Si deve dire la verità al malato?".

Nel 1996, come riconoscimento della sua attività di pioniere e di Maestro della Chirurgia Resettiva Epatica, fu dalla Società Italiana di Chirurgia incaricato a tenere la relazione biennale al Congresso della Società dal titolo "Chirurgia Anatomica del Fegato".

La sua chirurgia è stata sempre attenta ai bisogni dell'uomo e fu sempre tra i primi ad abbracciare i trattamenti conservativi, quali quelli della chirurgia della mammella (quadrantectomie 1977) e dello sfintere anale (Proctocolectomia restaurativa 1984).

Iniziò e sistematizzò la Chirurgia Toracica, prima come sezione e poi come Unità Operativa autonoma.

Fu sempre molto attento ai bisogni dei pazienti curando anche le loro associazioni cui fu sempre un punto di riferimento.

Ma rivolse le proprie cure maggiori ai suoi allievi per i quali non fu solo Maestro nell'Arte della Chirurgia, ma anche nelle vicissitudini della vita. Visse così una paternità allargata sempre contento di avere intorno la Sua Scuola alla quale trasfondere la sua umanità.

È entrato nelle famiglie dei suoi allievi dividendone affetti ed ambizioni, conoscendone, amandoli, mogli e figli, gioie e delusioni. Ha insegnato loro di non edificare la propria visibilità o credibilità nei favori del mondo politico o nelle relazioni sociali ma solo ed unicamente nella professionalità e nella capacità di ascoltare il prossimo.

Per questo è stato e rimarrà sempre non solo "Il Professore" o "Il Capo" ma "Il Maestro".

E gli allievi che ha lasciato sono tanti: 2 Professori Ordinari, 2 Professori Associati, 1 Ricercatore, 5 Primari e numerosi Dirigenti Medici sia in Ancona che nel restante territorio marchigiano; non li ha lasciati soli bensì insieme, uniti dagli insegnamenti che per tanti anni ha impartito e dai ricordi che ha lasciato.

Grazie Professor Landi!

Aroldo Fianchini

Fulvio Montillo, Giovanni Danieli ed Eduardo Landi in una foto d'antan *durante la pausa di un Convegno al Fortino Napoleonico di Ancona.*

Ricordo di Fulvio Montillo

Nei primi anni '70 nasceva la Facoltà di Medicina ad Ancona e l'allora Ospedale Regionale Umberto I , nel centro della città, si accingeva a divenire sede dell'insegnamento clinico.

Si trattava di costruire nella sede ospedaliera una struttura didattica, iniziando dal reperimento di aule idonee (si utilizzarono per questo i capannoni delle Poste, portati via da Piazza Cavour dove erano stati montati al seguito del terremoto), reclutare personale medico ospedaliero adatto alle nuove esigenze, far coesistere la componente ospedaliera e quella universitaria coinvolte nell'assistenza, favorendo lo sviluppo armonico di entrambe.

Artefice di questa storica impresa fu Fulvio Montillo.

Uomo della resistenza e della prima Democrazia Cristiana del dopoguerra, ricoprì numerosi prestigiosi incarichi nel partito e nell'amministrazione sanitaria.

Quale Presidente di un nosocomio in via di parziale clinicizzazione, fu uomo intelligente, abile, preparato, efficiente; governava con straordinaria sicurezza il Consiglio di Amministrazione, come quello dei Sanitari, ascoltava pazientemente tutti, poi alla fine tirava le conclusioni che erano sempre lucide, essenziali, determinanti.

Cattolico di sinistra, era stato un antesignano del compromesso storico; aveva nel Consiglio di Amministrazione come suo collaboratore un Consigliere che si chiamava Duca (avrà pure avuto un nome, ma per tutti era solo Duca) e nella politica sanitaria regionale un interlocutore che si chiamava e si chiama tuttora Malgari Amadei Ferretti, gente *tosta* e di profonda onestà professionale, entrambi comunisti, di quel comunismo prima della caduta del muro: ebbene da loro ebbe sempre una concreta collaborazione, consapevoli com'erano della bontà e della forza innovatrice delle sue idee.

Aveva carisma da vendere: nel Consiglio dei Sanitari d'allora, che per verità non doveva neppure annoverarlo tra i suoi componenti, incuteva silenzio, rispetto e senso di attesa; amava la sottile ironia e le domande scherzosamente polemiche, che tuttavia sottintendevano sempre un compiaciuto consenso.

Aveva un profondo rispetto per l'Università e considerazione per i suoi Docenti; forse la sua più grande ambizione in questo campo, fu quella di vedere suo figlio Marco, di cui era fiero, inserito nell'Università, il che avvenne felicemente.

Anche se era affascinato dal mondo accademico non ne fu mai soggiogato e mantenne sempre piena libertà di pensiero e di scelta, assicurando e favorendo la crescita delle realtà ospedaliere accanto a quelle universitarie.

Promosse la nascita del Polo Ospedaliero-Universitario di Torrette, che volle fortemente, tra mille difficoltà e certamente rimase per lui uno dei ricordi più belli quel mattino del 25 gennaio 1970 quando, assieme al Ministro della Sanità d'allora, On. Camillo Ripamonti, pose la prima pietra del grande nosocomio in una campagna deserta che ora, trent'anni dopo, è tutta un brulicare di costruzioni, macchine, cittadini.

Furono quelli da Presidente gli anni del suo massimo fulgore e della sua piena realizzazione quale Amministratore della Sanità. Fu così incisiva la sua azione che non gli fu difficile nel 1980, candidato al Consiglio regionale, raccogliere un numero consistente di suffragi per risultare eletto.

Sarebbe stato il miglior titolare dell'Assessorato alla Sanità ma c'era all'epoca, e forse ancora oggi, una legge non scritta ma operante che non si accedeva ad un Assessorato al primo mandato; rimase quindi Consigliere, ma lavorò comunque con la grinta e la competenza che lo caratterizzavano, contribuendo significativamente ad ogni progetto innovativo.

Ma *soudain le vent tomba*; così, per i giochi spesso misteriosi ma anche crudeli della politica, non ottenne un secondo mandato e concluse qui la sua brillante carriera.

Percorse con dignità il viale del tramonto tra ricordi e propositi non realizzati, frequentò ancora le stanze del Partito e quelle della Sanità, ove continuò ad essere riconosciuto il suo talento, seguitando sempre a fornire a tutti coloro che lo sollecitavano i suggerimenti che derivavano da una lunga esperienza e da una singolare competenza.

Non vi è alcun dubbio che Fulvio Montillo è stato per tanti anni la voce più autorevole della Sanità marchigiana e che la Facoltà di Medicina molto gli deve per il suo inserimento incontrastato nel mondo ospedaliero.

Chi scrive e che ha vissuto con lui una splendida primavera rimpiange ora la perdita di un grande Uomo e di un leale Amico ed è vicino alla Moglie, ai figli Marco e Roberto che sono, in questo momento di dolore, sorretti dal ricordo luminoso che Fulvio Montillo ha lasciato.

Giovanni Danieli

Corsi Monografici e Seminari

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Corsi Monografici

2° Anno
5. Biochimica del sangue
Prof.ssa L. Mazzanti
8 Giugno, ore 8,30-10,30 - Aula B

5° Anno
29. Malaria: aspetti particolari
Prof. A. Giacometti
Malattie Infettive
1-8 Giugno 2005, ore 8.30-11,30 - Aula E

6° Anno
33. Malattie infiammatorie croniche intestinali
Prof.ssa C. Marmorale, Dott. G. Macarri, Dott. W. Siquini
1-8 Giugno 2005, ore 10,30-13,30 - Aula A

Seminari

1° Anno
Istologia
4. Fecondazione in vitro: from labo to delivery room
Prof.ssa G. Biagini
1 Giugno 2005, Aula B

6° Anno
Clinica Chirurgica
33. Chirurgia dell'obesità
Prof. V. Saba
3 Giugno 2005, ore 11,00 - Aula A

Convegno annuale della Facoltà

Si svolgerà il 1 Giugno prossimo, a partire dalle ore 16,00, il settimo Convegno annuale della Facoltà, dedicato quest'anno, come l'edizione precedente, a Uomini e luoghi della cultura nelle Marche, *un contributo alla riscoperta ed alla valorizzazione della cultura medica in questa terra marchigiana.*

Nella edizione di quest'anno verranno ricordate le figure di Gaetano Cestoni, Eugenio Centanni ed Antonio Flajani ed illustrati lo Studio medievale e la Facoltà di Medicina a Camerino, la Facoltà di Medicina del Collegio Nolfi nella città di Fano, lo Studio Firmano, lo Studio Generale di Macerata.

Attendiamo con fiducia la partecipazione di Docenti e Studenti.

Figure della Scienza e della Medicina nelle Marche

Gaetano Cestoni, di *Italo D'Angelo*
con un intervento di *Marisa Calisti*
Eugenio Centanni, di *Walter Scotucci*
Antonio Flajani, di *Walter Grassi*

Antichi studi medici nelle Marche

Studio medievale e Facoltà di Medicina a Camerino, di *Pier Luigi Falaschi*

La Facoltà di Medicina del Collegio Nolfi nella Città di Fano, di *Marco Belogi*

Lo Studio Firmano, di *Alfredo Serrani*

Lo Studio Generale *cujuscumque facultatis et scientiae* di Macerata, di *Mariano Cingolani*

Segreteria: Daniela Venturini, Daniela Pianosi
Tel. 071 888971 Fax 071 2206103 - e-mail: presimed@univpm.it

STEFANIA FORTUNA
Storia della Medicina
Università Politecnica delle Marche

La Biblioteca del Monastero dei Padri Cappuccini di Ancona

Nella biblioteca del Monastero dei Frati Minori Cappuccini di Ancona, in cui è confluita la maggior parte dei fondi librari dei conventi dei Padri Cappuccini delle Marche, è conservata un'edizione dell'*Anatomia del corpo umano* di Juan Valverde, pubblicata nel 1559 e proveniente dal Convento di Montegiorgio. Da questa edizione sono tratte le illustrazioni che qui si propongono.

Juan Valverde de Hamusco (c. 1525-c. 1588)

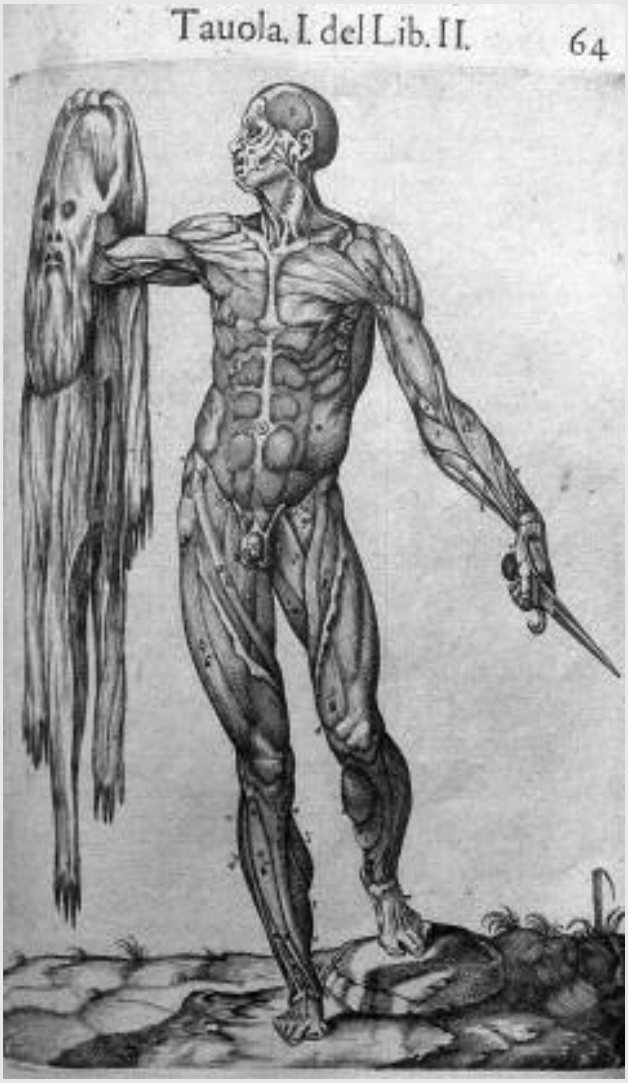
Juan Valverde giunse dalla Spagna in Italia per studiare anatomia e la sua fama è legata al grande successo dell'opera sull'*Anatomia del corpo umano*.

I suoi dati biografici sono molto incerti. In Italia apparteneva ad una cerchia di anatomisti spagnoli, tra i quali Gimeno, Montana e Rodriguez de Ruevara, a testimonianza di quanto l'anatomia in Italia fosse florida e poco coltivata in Spagna. Dal 1545 fu assistente di Realdo Colombo (1515-1559) e nel 1548 lo seguì a Roma, dove frequentò Bartolomeo Eustachio (1500-1574). A Roma pubblicò un libretto intitolato *De sanitate tuenda*, dedicato a nobili e principi, ricco di consigli su igiene, dieta e comportamento salutare. Lavorava all'Ospedale del Santo Spirito ed era ormai introdotto negli ambienti potenti della capitale, quando divenne medico personale del cardinale di Toledo.

Pose quindi mano all'*Anatomia*, che fu pubblicata per la prima volta in spagnolo nel 1556, sebbene il manoscritto fosse in latino. L'opera ebbe subito una vasta popolarità, tanto che fu pubblicata anche in italiano, latino ed olandese. Rispetto al *De humani corporis fabrica* di Vesalio (1514-1564) l'*Anatomia del corpo umano* di Valverde era più agile, in formato più piccolo, più economica e più facilmente accessibile ai lettori del tempo. Il contenuto presenta una partizione in sette libri nei quali si tratta rispettivamente delle ossa, delle legature e muscoli, delle parti necessarie alla digestione e alla generazione, delle parti necessarie alla vita, delle parti necessarie al movimento, delle vene, delle arterie e dei nervi. Il testo di Valverde raccoglie le novità prodotte dall'anatomia post-vesaliana, e contiene per esempio la scoperta della circolazione polmonare fatta da Realdo Colombo.

Quanto alle illustrazioni, che sono 42 e che segnarono il successo dell'opera di Valverde, dipendono in gran parte da quelle di Vesalio; furono disegnate da Gaspar Becerra e incise su rame

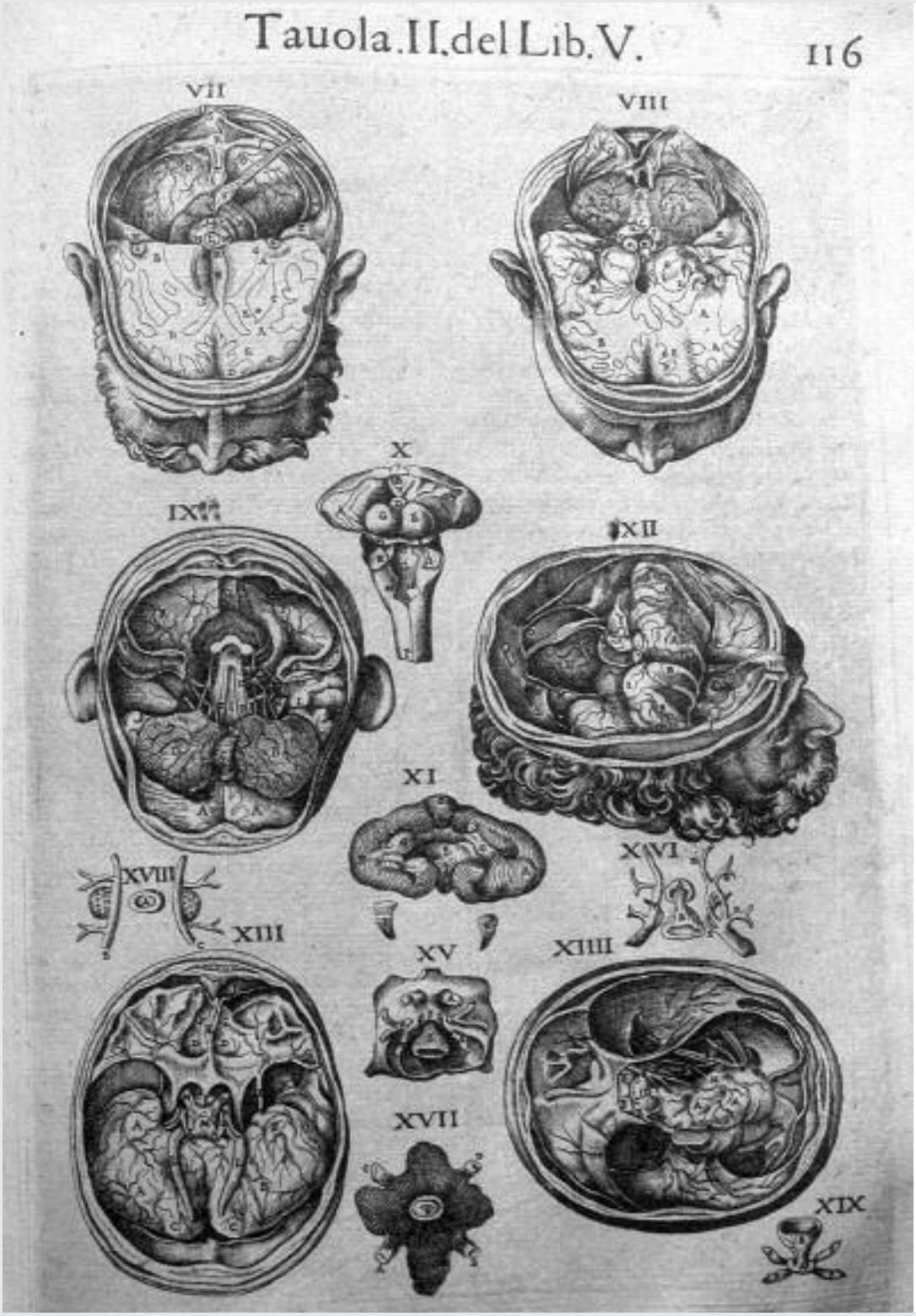
Tauola. II. del Lib. I. 28
VIVITVR INGE
NIO
CÆTERA MORTIS
ERVNT


Tauola. I. del Lib. II. 64

Tauola. VI. del Lib. III.
101
XXXI
XXXII
XXXIII

Tauola. III. del Lib. V.
118
XX

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE



Challenges of Tropical Medicine in the Third Millenium

La Clinica delle Malattie Infettive ha organizzato, in collaborazione con la Fondazione "Ivo de Carneri" (O.N.LU.S.) di Milano e l'Università di Brescia, il 3rd Residential Course "Challenges of Tropical Medicine in the Tird Millenium".

Anche quest'anno la parte che si rivolge ad Ancona è dedicata al Dott. Carlo Urbani.

Il Corso che si esplica in due distinti moduli in Italia, il primo dei quali (di quindici giorni) presso la nostra Facoltà, ed un terzo presso il Laboratorio di Sanità Pubblica "Ivo de Carneri" nell'isola di Pemba (Tanzania), prevede la partecipazione di medici provenienti da Paesi in via di sviluppo (Africa, Asia, Sud America) oltre che di medici Italiani, nell'ottica della cooperazione tra Nord e Sud del Mondo: ciò consentirà ai Colleghi di partecipare ad un qualificato corso di formazione che prevede la partecipazione di relatori provenienti dalle più prestigiose Istituzioni Italiane e Straniere.

I Colleghi stranieri effettueranno inoltre un periodo di tirocinio di un mese presso vari Ospedali Italiani permettendo così loro di approfondire le conoscenze in tema di diagnosi e terapia delle principali malattie infettive avvalendosi delle più moderne tecnologie, mentre i medici Italiani che parteciperanno allo *stage* presso il Laboratorio di Pemba potranno conoscere "sul campo" i problemi socio sanitari che affliggono un Paese della fascia tropicale.

Il programma definitivo del Corso prevede che il primo modulo si svolge ad Ancona dal 9 al 20 maggio p.v. con impegno dei discenti tutti i giorni feriali, dalle 9,00 alle 18,00.

Per ogni ulteriore informazione contattare:
Clinica Malattie Infettive - Via Conca - 60020 Torrette di Ancona - Tel. 071 5963466 / 3467 - Fax 071 5963468
E-mail: cmalinf@univpm.it

Senato Accademico del 17 maggio 2005

Comunicazioni del Presidente
Il Ministero ha ricordato che l'Italia ha contratto un obbligo, a livello internazionale, per rilasciare un *Diploma Supplement* agli studenti che ottengano titoli presso le Università del paese e quindi ha invitato tutte le sedi ad adempiere, secondo adeguate istruzioni, entro la fine del 2005.

Presentazione progetto Campus World
E' recentemente terminato il progetto Campus One, patrocinato dalla CRUI, e che ha visto il nostro Ateneo fra quelli attivamente partecipanti.
I risultati sono stati così entusiasmanti, secondo i giudizi emessi sia dagli studenti che hanno usufruito di questo progetto sia delle imprese coinvolte nella realizzazione degli stages di laureandi e laureati in tutto il mondo, che l'Università Politecnica delle Marche, in un'ottica di impulso all'internazionalizzazione delle attività proposte e promosse dall'Ateneo, ha deciso di proseguire e ampliare, se possibile, l'esperienza lanciando il progetto Campus World. Il progetto è già attivato e ulteriori informazioni si possono ottenere direttamente dagli organizzatori (Prof. Gian Luca Gregori, Facoltà di Economia e Dott.ssa Sivia Coppari, servizio didattica-stage estero, Via Oberdan, 12 all'indirizzo s.coppari@univpm.it).

Modifica Regolamento Didattico di Ateneo
Sono state proposte per l'istituzione due nuove Scuole di Specializzazione:
- Farmacologia - Patologia Clinica

DM 198/2004: borse aggiuntive di dottorato
Il Ministero ha assegnato borse aggiuntive per alcuni dottorati che ne avevano fatto richiesta. Potranno essere utilizzate solo da studenti di dottorato già iscritti al corso alla data dell'assegnazione.

Varie ed eventuali
- Poichè, come comunicato dal Magnifico Rettore, il *Diploma Supplement*, oltre che un mezzo utile alla libera circolazione dei laureati nel continente, è divenuto anche un obbligo istituzionale a cui nessuno può sottrarsi, tutti i docenti sono invitati ad attivarsi al fine di redigere le informazioni richieste per i corsi di competenza.
- Su richiesta del Dottor Maurizio Battino è stato deliberato che, nella allocazione e suddivisione delle risorse inerenti la ricerca scientifica di Ateneo alle Facoltà, i ricercatori vengano considerati alla stregua dei Professori ordinari ed associati così come del resto già avviene in altre situazioni (cf. per esempio, requisiti minimi).
- Si invitano i Docenti che ancora non hanno consegnato i registri dell'attività didattica per l'A.A. 2003/2004 ad adempiere in tempi brevi (data limite: 15 giugno)

Consiglio di Amministrazione del 22 aprile 2005

Notizie sulle principali decisioni fornite dalla Ripartizione Organi Collegiali della Direzione Amministrativa

- Sono stati annessi al bilancio preventivo 2005 dell´Università Politecnica delle Marche i bilanci preventivi dei centri di gestione.

- E´ stata autorizzata la stipula delle convenzioni con i partner italiani e stranieri sui progetti selezionati dall´Università Politecnica delle Marche, nonché delle convenzioni relative ai progetti di intenazionalizzazione di cui la nostra Università è partner.

- Sono state approvate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa:
1) Dip.to di Neuroscienze e Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative – microscopio confocale;
2) Dip.to di Neuroscienze – aumento compensi conferenzieri;

- Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:
1) Ist.to di Radiologia – CIDI di Catozzi Ersilia & C.
2) Ist.to di Biologia e Genetica – Aggiornamento tariffario.

- E´ stato approvato il conferimento di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.

- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
1) Copertura di n.2 posti di professore universitario di ruolo di I^ fascia e n.2 posti di professore di ruolo di II^ fascia Facoltà di Medicina:
2) Contributo liberale di euro 15.000,00 dalla Fondazione Cavaliere del Lavoro Mario Magnetto all´Ist.to di Scienze Materno-Infantili.
3) Dip.to di Neuroscienze – trasferimento fondi all´Università degli Studi di Padova.
4) E´ stato fissato in euro 40,00 il contributo per l´esame di ammissione di ciascun corso di laurea specialistica a ciclo unico della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Abstracts strutturati

La chirurgia per via laparoscopica è valida anche nel trattamento della patologia surrenalica maligna

Titolo originale: Laparoscopic anterior adrenalectomy for the treatment of adrenal metastases
Surg Laparosp Endosc Percutan Tech. 2003; 13 (5): 328-33

Guerrieri M, Paganini AM, Baldarelli M, De Sanctis A, Campagnacci R, Lezoche E.
Clinica di Chirurgia Generale e Metodologia Chirurgia, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Introduzione: La chirurgia del surrene per via tradizionale laparotomia richiede ampie incisioni con considerevole dolore postoperatorio, una non trascurabile incidenza di laparoceli, un lento periodo di recupero delle normali attività lavorative e/o sportive. La necessità di avere un ampio accesso è in relazione alla localizzazione profonda e retroperitoneale della ghiandola ed alla meticolosità con la quale deve essere realizzata l'emostasi in questo tipo di chirurgia. Anche nel campo della chirurgia del surrene l'approccio laparoscopico ha rappresentato una rivoluzione se si considera che a dieci anni dalla sua introduzione è considerata il "gold standard" nel trattamento della sua patologia benigna (adenomi, incidentalomi, feocromocitomi). Il progredire della tecnica laparoscopica ha permesso di applicare la metodica mini invasiva anche nella chirurgia surrenalica rispettando in pieno i presupposti propri di questo settore della endocrinochirurgia: asportazione completa del surrene, ridotta manipolazione della ghiandola, emostasi accurata della loggia residua. D'altra parte nella patologia maligna rimangono tuttora controversi sia l' indicazione laparoscopica che il tipo di accesso transaddominale (laterale o anteriore). Secondo alcuni Autori l' accesso laparoscopico sarebbe controindicato sia dal rischio di diffusione ematogena della malattia, che dall' attecchimento di cellule neoplastiche esfoliate nei siti di introduzione dei trocars nella parete addominale. Secondo Altri, la chirurgia laparoscopica sarebbe comunque indicata in presenza di lesioni maligne organo confinate con un diametro inferiore ai 10 cm, anche se non sono attualmente disponibili follow-up a lungo termine. Le diverse esperienze laparoscopiche per malignità sono state in genere riportate con approccio laterale. Lo scopo di questo studio retrospettivo è stato quello di valutare l' esperienza relativa a 6 pazienti con lesioni metastatiche surrenaliche uniche, sottoposti a surrenalectomia laparoscopica per via transaddominale anteriore. Secondo il nostro punto di vista questo approccio, consentendo una precoce sezione delle vene surrenaliche, dovrebbe ridurre il rischio di diffusione di cellule neoplastiche correlato alla manipolazione della ghiandola.

Tecnica chirurgica: La tecnica chirurgica che abbiamo deciso di seguire prevede un approccio laparoscopico per via transaddominale anteriore, cioè con il paziente posizionato in decubito supino. Con questo approccio
A destra, esplorata la cavità addominale, dopo avere divaricato il fegato e sezionato eventuali aderenze tra colecisti ed omento o con il colon traverso, si ha subito una ottima visione del surrene e si procede direttamente all'isolamento della ghiandola che avviene, delicatamente, con emostasi accurata previa incisione del peritoneo posteriore lungo il margine destro della vena cava inferiore. Particolare attenzione viene posta nell'isolamento e nella sezione della corta vena surrenalica destra, prima di qualsiasi manipolazione del surrene, per evitare lo spargimento di cellule neoplastiche. Per l'estrazione del surrene dalla cavità addominale si utilizza un apposito sacchetto laparoscopico nel quale la ghiandola può essere facilmente inserita e rimossa.
A sinistra, risulta indispensabile mobilizzare l'angolo colico sinistro. Si incide, quindi, il retroperitoneo, al disotto del margine inferiore del pancreas e, divaricato il blocco spleno-pancreatico verso l'alto, si individua il surrene che viene isolato procedendo come già detto a destra. Da questo lato, con notevole frequenza, le vene surrenaliche sono molteplici e si portano verso la vena renale di sinistra.

Pazienti e Metodi: Con l' approccio laparoscopico per via transaddominale anteriore abbiamo trattato, dal gennaio 1994, 145 pazienti: in sei casi si trattava di lesioni surrenaliche metastatiche uniche (3 a destra e 3 a sinistra) delle quali il primitivo risultava un melanoma del torace, due cancri del rene, uno dello stomaco, uno del polmone e uno della mammella. Quattro di questi pazienti erano di sesso maschile e 2 di sesso femminile, con un' età media di 57 anni (range: 44-70).
I pazienti, che erano stati sottoposti ad una accurata stadiazione preoperatoria che includeva TAC e/o RMN per escludere altre lesioni metastatiche, sono stati poi regolarmente seguiti con uno stretto follow-up con markes neoplastici, TAC e/o RMN e esame clinico ogni 3 mesi per il primo anno e poi ogni 6 mesi.

Risultati: Nessun intervento è stato convertito a cielo aperto, così come non sono state osservate complicanze né operatorie, né postoperatorie, né mortalità. Il tempo medio dell' intervento è stato di 103 minuti (range: 70-150) e di 170 (range: 90-280) rispettivamente per una surrenalectomia destra e sinistra. Il diametro medio delle metastasi è stato di 3.5 cm (range: 2-5 cm). La degenza

postoperatoria media é stata di soli 2,2 giorni (range 2-3), con modesto dolore, rapida ripresa dell'attività e ottimo risultato estetico.
Due pazienti sono morti per ripresa sistemica della malattia rispettivamente a 15 e 24 mesi dall' intervento, i restanti 4 sono invece vivi, liberi da malattia, ad un follow-up medio di 7 mesi (range: 4-11). Non sono state osservate recidive locali o della parete addominale.

Conclusioni: Questi risultati ci sembrano particolarmente incoraggianti e confermano la validità della via laparoscopica nel trattamento della patologia surrenalica maligna, in assenza di masse particolarmente voluminose che possiamo considerare, attualmente, delle controindicazioni a tale via di accesso. L'approccio per via anteriore facilita molto la realizzazione dell' intervento grazie all' eccellente visione dell' intera cavità peritoneale e dei fondamentali reperi anatomici, permettendo una precoce sezione delle vene surrenaliche. Permette inoltre, in caso di conversione a cielo aperto, di procedere senza cambiare la posizione del paziente sul tavolo operatorio. Tutti i vantaggi della tecnica mini invasiva (minore dolore postoperatorio, breve degenza ospedaliera, più rapida ripresa della attività lavorativa, minore alterazione anatomo-funzionale della parete addominale, miglior risultato estetico) sono stati infine confermati nella nostra esperienza.

Bibliografia essenziale

1) Gagner M, Lacroix A, Bolte E, et al. Laparoscopic adrenalectomy: the importance of a flank approach in the lateral decubitus position. Surgery 1993; 114: 1120.
2) Lezoche E, Guerrieri M, Paganini AM, et al. Anterior, lateral and posterior retroperitoneal approaches in endoscopic adrenalectomy. Surg Endosc 2002; 16: 96-99.
3) Beitler AL, Urschel JD, Velagapudi SR, et al. Surgical management of adrenal metastasis from lung cancer. J Surg Oncol 1998; 69: 54-57.
4) Heniford BT, Arca MJ, Walsh RM, et al. Laparoscopic adrenalectomy for cancer. Semin Surg Oncol 1999;16: 293-306.
5) Kim SH, Brennan MF, Russo P, et al. The role of surgery in the treatment of clinically isolated adrenal metastasis. Cancer 1998; 82: 389-394.
6) Smith CD, Weber CJ, Amerson JR. Laparoscopic adrenalectomy. New gold standard. World J Surg 1999; 23: 389-396.

L'associazione talidomide-melphalan orale è efficace e poco tossica nel trattamento del mieloma multiplo avanzato

Titolo originale: Thalidomide plus oral melphalan for advanced multiple myeloma: a phase II study
Haematologica 2003; 88:1432-1433

Offidani M., Marconi M., Corvatta L., Olivieri A., Catarini M., Leoni P.

Clinica di Ematologia, University of Ancona

Introduzione: le nuove opzioni terapeutiche per il trattamento dei pazienti con mieloma multiplo (MM) recidivato/refrattario comprendono la talidomide come singolo agente, in combinazione con desametasone o chemioterapia. L'attività antitumorale della talidomide dipende dalla sua capacità di indurre la apoptosi, di inibire la angiogenesi midollare e di ridurre la produzione di citochine quali IL-6, TNF e VEGF. In tale setting, la talidomide somministrata da sola è in grado di determinare un tasso di risposta di circa il 30%[1] che sale al 50% quando la talidomide viene associata al desametasone[2-4]. Tassi di risposta più elevati (>70%) si possono ottenere con la combinazione talidomide-chemioterapia[5, 6] a spese, tuttavia, di un incremento degli effetti collaterali ed in particolare trombosi venose profonde e mielosoppressione.

Pazienti e metodi: dal maggio 2000 al luglio 2002, 27 pazienti con MM avanzato osservati nella Clinica di Ematologia e nelle principali divisioni mediche delle Marche hanno ricevuto la associazione talidomide-melphalan. Essa consisteva nella somministrazione di talidomide alla dose iniziale di 100 mg/die, incrementata settimanalmente di 100 mg/die sino al dosaggio di 600 mg/die o a quello massimo tollerato. Il melphalan veniva somministrato alla dose di 0.20 mg/kg/die per os per 4 giorni ogni 28 giorni sino alla massima risposta. I pazienti rispondenti alla terapia sono stati classificati in base alla riduzione della componente monoclonale (≥ 25%, ≥ 50%, ≥ 75%), in assenza di nuove lesioni osteolitiche o incremento delle plasmacellule midollari. La risposta completa è stata definita in base ai criteri EBMTR/IBMTR[7]. Il 40% dei pazienti presentavano una età > 70 anni ed il 56% di essi avevano ricevuto in precedenza più di 2 regimi chemioterapici; in particolare il 41% dei pazienti era stato sottoposto a trapianto autologo di cellule staminali periferiche mentre il 96% di essi

aveva ricevuto in precedenza melphalan.

Risultati: riduzioni ≥ 25%, ≥ 50% e ≥ 75% sono state osservate nel 22% (6 pazienti), 44% (12 pazienti) e 15% (4 pazienti di cui 3 con immunofissazione negativa). Quattro pazienti hanno mostrato malattia stabile ed uno progressiva. I principali effetti collaterali sono risultati la stipsi (82%), la sonnolenza (41%), l'astenia (22%), la neuropatia periferica (56%), le trombosi venose profonde (11%) e la leucopenia (30%) che non si è associata ad infezioni gravi. Dopo un follow-up mediano di 15 mesi (range 6-32), 9 pazienti (33%) hanno mostrato una progressione di malattia e 6 (22%) sono morti. La progression-free-survival (PFS) e la overall-survival (OS) a 2 anni sono risultate entrambe pari a 61%. Il nostro studio ha dimostrato la efficacia della associazione talidomide-melphalan nell'80% dei pazienti con MM avanzato, con una riduzione della componente monoclonale ≥ 50% in quasi il 60% di essi confermando la possibilità che la talidomide possa restaurare la sensibilità delle cellule mielomatose alla apoptosi indotta da farmaci[8]. Tali risultati sono comparabili a quelli di altri Autori che hanno utilizzato la combinazione talidomide-chemioterapia, riportando una maggiore tossicità in particolare ematologia. La PFS è risultata superiore a quella della combinazione talidomide-desametasone e comparabile a quella di talidomide-chemioterapia. Anche la OS a 2 anni si è dimostrata incoraggiante se comparata a quella riportata da altri autori in pazienti trattati con sola talidomide.

Conclusioni: in conclusione, nel MM avanzato la associazione talidomide-melphalan induce un elevato tasso di risposta ed una prolungata PFS senza un significativo incremento di tossicità.

Bibliografia essenziale

1) Singhal S et al. Antitumor activity in thalidomide in refractory multiple myeloma. N Engl J Med 1999; 341: 1565

2) Dimopoulos MA et al. Thalidomide and dexamethasone combination for refractory multiple myeloma. Ann Oncol 2001; 12: 991-995.

3) Weber DM al. Thalidomide with dexamethasone for resistant multiple myeloma. Blood 2001; 98: 167a.

4) Palumbo A et al. Low-dose thalidomide and dexamethasone improve survival in advanced multiple myeloma. Blood 2002; 100: 211a.

5) Munshi N et al. Chemoangiotherapy with DT-PACE for previously treated multiple myeloma (MM). Blood 1999; 94: 123a.

6) Mohler TM et al. Salvage therapy for multiple myeloma with thalidomide and CED chemotherapy. Blood 2001; 98: 3846.

7) Samson D. Criteria for evaluating disease response and progression in patients with multiple myeloma treated by high-dose therapy and haemopoietic stem cell transplantation. Br J Haematol 1998; 10: 1115.

8) Hideshima T et al.Thalidomide and its analogs overcome drug resistance of human multiple myeloma cells to conventional therapy. Blood 2000; 96: 2943.

L'amnioinfusione transaddominale produce un significativo prolungamento della gravidanza e un miglioramento degli esiti neonatali nelle pazienti con pPROM rispetto ad una condotta clinica di sola attesa

Titolo originale: Transabdominal amnioinfusion in preterm premature rupture of membranes: a randomised controlled trial.
Brit J Obstetr Gynaecol 2005; In Press

Tranquilli A.L., Giannubilo S.R., Bezzeccheri V., Scagnoli C.
Clinica Ostetrica e Ginecologica - Università Politecnica delle Marche - Ancona

Introduzione: La rottura premature delle membrane in epoca precoce (pPROM) rappresenta una delle più frequenti cause di mortalità e morbidità perinatale complicando circa il 4% di tutte le gravidanze e costituendo il 45% dei parti prematuri. Numerose sono le controversie esistenti in letteratura riguardo alla sua gestione clinica, sembra infatti consueta una condotta clinica di attesa fino alle 32 settimane di gestazione per migliorare la quota di sopravvivenza neonatale.
L'oligoamnios, responsabile della maggior parte delle complicanze neonatali, sembra essere tanto più severo quanto più è precoce l'epoca in cui si verifica la pPROM aumentando il rischio di mortalità perinatale di almeno l'80%.
Lo scopo principale del nostro studio è stato quello di determinare l'efficacia dell'amnioinfusione, transaddominale in pazienti con pPROM nel prolungamento del periodo di latenza pPROM-parto e nella riduzione delle complicanze perinatali rispetto ad una condotta clinica di sola attesa.

Metodi: Sono state incluse nello studio pazienti con gravidanza singola e pPROM avvenuta tra 24+0 e 32+6 settimane di gestazione ricoverate presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università Politecnica delle Marche (Ancona) da Gennaio a Dicembre 2002. La diagnosi pPROM è stata ottenuta evidenziando scolo di liquido amniotico mediante esame con speculum sterile e confermata dalla positività del test alla fibronectina. Dopo 24 ore dal ricovero le pazienti sono state randomizzate tra il gruppo sottoposto ad amnioinfusione transaddominale ed il gruppo di controllo. Le pazienti nel gruppo trattato sono state sottoposte ad amnioinfusione settimanalmente in caso di AFI < 5° pc fino alla 27a settimana di gestazione.
Tecnica dell'amnioinfusione
Un ago da 20 gauge veniva inserito in cavità amniotica per via transaddominale mediante guida ecografica ed evitando il passaggio transplacentare quando possibile; il corretto posizionamento dell'ago nella tasca di liquido veniva determinato mediante aspirazione di una piccola quota di liquido amniotico. Si procedeva quindi all'infusione di 250 mL di soluzione fisiologica isotonica con un range compreso tra 120 e 350 mL per ristabilire un AFI > 10° pc.

Risultati: L'intervallo di latenza pPROM-parto era significativamente più lungo nelle pazienti sottoposte ad amnioinfusione rispetto al gruppo di controllo (Media: 21 gg; range: 6-42; vs Media: 8.76 gg; range: 2-14; $p < 0.05$). Le pazienti sottoposte ad amnioinfusione mostravano un rischio significativamente più basso di partorire entro 7 o 14 gg dalla pPROM. Analizzando inoltre, la curva di sopravvivenza per l'intervallo di latenza pPROM-parto il numero di pazienti ancora in gravidanza era significativamente più alto nel gruppo sottoposta ad amnioinfusione per ogni epoca gestazionale considerata.
Non esistevano differenze significative sul peso neonatale alla nascita e sugli esiti neurologici a distanza tra i due gruppi di pazienti considerati; al contrario il gruppo di controllo mostrava una maggiore incidenza di ipoplasia polmonare rispetto al gruppo sottoposto ad amnioinfusione.

Discussione: Il nostro studio ha potuto evidenziare come in pazienti con pPROM è possibile prolungare significativamente il periodo di latenza al parto mediante la tecnica dell'amnioinfusione transaddominale, che può essere quindi considerata in grado di migliorare l'esito di queste gravidanze ripristinando un adeguato livello di liquido amniotico.
L'importanza dell'epoca gestazionale al momento della pPROM si è dimostrata, al contrario, ancora di incerto significato nell'identificare gruppi di pazienti in grado di trarre beneficio dall'amnioinfusione oppure caratterizzate da prognosi peggiore.

In conclusione abbiamo dimostrato che il trattamento con amnioinfusione transaddominale ha prodotto un significativo prolungamento della gravidanza e un miglioramento degli esiti neonatali nelle pazienti con pPROM rispetto ad una condotta clinica di sola attesa.

BERNARDO NARDI, ILARIA CAPECCI
Psicologia Clinica e Psicopatologia
Università Politecnica delle Marche

L'approccio clinico alla persona assistita

3ª parte - Aspetti oggettivi e soggettivi: il rapporto tra mente e corpo

1. Introduzione

Ogni comportamento umano volontario deriva da funzioni psichiche che consentono non solo processi decisionali, ma anche una riflessione su ciò che si conosce di sé e del mondo. Quello che facciamo e pensiamo, così come quello che proviamo, riflette una capacità della nostra mente che è, per usare un termine tecnico, "meta-cognitiva", in quanto ci consente di avere la coscienza di conoscere, di valutare e di giudicare, di dare quindi alle nostre esperienze un "senso", il più coerente possibile con il significato che ci siamo costruiti fino a quel momento di noi stessi e del mondo. Siamo pertanto in grado non solo di provare emozioni di gioia o di tristezza, di rabbia o di paura, ma anche di interrogarci sul perché sperimentiamo queste emozioni, trasformando in questo modo una serie di dati dell'esperienza, raccolti dai nostri sensi ed elaborati dal sistema nervoso centrale, in una teoria che riteniamo congrua e che di solito ci rappresentiamo come oggettiva e, dunque, condivisibile anche dagli altri. Ne consegue che ogni comportamento, essendo espressione di una riflessione meta-cognitiva è, di per sé, etico, implica cioè valenze di tipo morale.

Ma, prima ancora di esprimere una capacità meta-cognitiva, ogni comportamento è anche il risultato di una stretta relazione tra mente e corpo, che fa di ciascun individuo un sistema unitario complesso, unico e irripetibile, un insieme, sempre per usare un termine tecnico che è diventato anche di dominio comune, "psicosomatico".

Interrogarsi sul rapporto tra mente e corpo (in greco antico "soma") significa porsi tre problematiche fondamentali:

a) che rapporto esiste tra il sé e il suo corpo;
b) che relazione intercorre tra patologia fisica e mentale;
c) che effetto fa essere se stessi.

A questi tre gruppi di problematiche si farà sinteticamente cenno nei successivi paragrafi, tenendo presente che esse riflettono la dialettica avviata dai dati che costantemente emergono dalle ricerche delle neuroscienze e dalle riflessioni filosofiche, in particolare epistemologiche ed etiche, che tali dati alimentano.

Lettura tenuta in Facoltà in un Forum di Didattica Multiprofessionale il 16 Marzo 2005.

2. Rapporto tra il sé e il corpo: fattori oggettivi e soggettivi nell'esperienza di sé e del mondo

Affrontare scientificamente il problema del rapporto tra mente e corpo – tra il senso di sé, che emerge nel corso della maturazione dall'insieme dei processi mentali, e il corpo, che la mente percepisce, regola e gestisce sotto il profilo motorio e comportamentale – significa considerare, essenzialmente, due ordini di valenze: quelle ontologiche evolutive (come ha origine ed evolve il senso di sé, del corpo e del mondo) e quelle neuropsicologiche (quali processi neurochimici e neurofisiologici ne consentono l'espressione, sia in condizioni di normalità che di patologia, con tutte le possibili varietà di passaggio tra tali condizioni). I rapporti che intercorrono tra i due ordini di valenze vengono approfonditi da ricerche di tipo interdisciplinare, che attualmente si avvalgono anche delle metodiche di neuroimaging, le quali consentono di visualizzare il funzionamento cerebrale in diverse condizioni, normali e patologiche, durante lo svolgimento di vari compiti e funzioni (Figure 1 e 2).

Proprio grazie a tali ricerche, negli ultimi anni sono state notevolmente migliorate le conoscenze sui "canali" di comunicazione tra mente e corpo, attraverso i quali, in conseguenza di un evento o di un fattore percepito come stressante ("stressor"), nel sistema nervoso centrale hanno luogo una attivazione emozionale (inizialmente a livello delle strutture limbiche) ed una successiva valutazione cognitiva; da questa elaborazione centrale dello stress può derivare una espressione somatica, soprattutto quando sono carenti quei processi di astrazione che consentono una elaborazione dello stress a livello mentale. Grazie a queste ricerche, sono notevolmente migliorate le conoscenze sui "canali" attraverso i quali, in conseguenza di un evento percepito come stressante, una valutazione cognitiva, correlata ad una attivazione emozionale, comporta una espressione somatica: di questi canali, alcuni sono noti dall'antichità (si pensi alle modificazioni neurovegetative o alla contrazione muscolare che conseguono ad una paura), mentre altre vie, di natura neuroendocrina e neuroimmunitaria, sono state documentate solo in epoca recente.

In proposito, già Mason nei suoi studi di psiconeuroendocrinologia dello stress aveva osservato che la reazione di individui diversi ai medesimi stimoli non fosse sempre la stessa, suggerendo la possibilità di una relativa specificità di risposta allo stress. Come si è accennato, stressor di tipo fisico (caldo, freddo, rumore), psicosociale (interazioni personali con carattere di minaccia, pericolo per l'incolumità fisica o per la vita) o intrapsichico possono avviare la reazione da stress solo se inducono un'attivazione emo-

zionale mediata a livello anatomo-fisiologico dalle strutture del sistema limbico. Questo sistema, che nell'evoluzione filogenetica dei mammiferi ha acquisito una sua specifica connotazione, costituisce una struttura essenziale nell'attivazione e nella regolazione della reazione da stress tramite le sue connessioni ascendenti con la corteccia e discendenti con i sistemi ipotalamo-ipofisari. Il ruolo dei sistemi operativo-funzionali limbici consente un ulteriore arricchimento del concetto di stress: l'attivazione emozionale indotta dallo stimolo e organizzata funzionalmente dal sistema limbico si manifesta non solo a livello somato-biologico, ma anche a livello comportamentale, con precise finalità adattive e difensive. L'attivazione emozionale può infatti essere considerata come una reazione integrata, biologica e comportamentale, finalizzata a consentire all'individuo di adattarsi alle mutate condizioni interne ed esterne.

Lo stimolo, inteso come fattore perturbante, prima di indurre l'attivazione emozionale e la reazione di stress, deve passare, come già accennato, attraverso un "filtro" costituito dalla elaborazione cognitiva individuale, tanto più complessa quanto maggiore è lo sviluppo ontogenetico del sistema nervoso centrale e quanto maggiori sono le capacità mentali di astrazione. I processi cognitivi, che determinano un insieme di valutazioni percettive, di inferenze anticipative e di deduzioni predittive, permettono di valutare, inizialmente a livello inconsapevole e quindi a livello consapevole, il significato di minaccia o di pericolo dello stimolo praticamente in tempo reale, quasi nel momento in cui esso si presenta. Viene in questo modo effettuata una valutazione del significato stressante di una certa esperienza, che condiziona ed, eventualmente, modifica la reazione emozionale, la quale poi si realizza attraverso vie prevalentemente somatiche o comportamentali. Per stimoli sufficienti e protratti nel tempo, possono essere indotti i precursori della malattia la quale anch'essa, in rapporto alla modalità di risposta attivata, potrà essere di tipo psico-comportamentale o psicosomatico. Le ricerche degli ultimi anni hanno fatto luce su diversi aspetti delle complesse relazioni tra comportamento e metabolismo (Harrison, 1992; Rugarli, 1993). Sia i dati sulle risposte somatiche alle emozioni, mediate dal sistema neuroendocrino, che quelli relativi all'azione integrata dei polipeptidi a livello centrale e periferico, rendono sempre più dinamica e, per certi versi, sfumata la distinzione tra "psiche" e "soma". È ormai evidente che il comportamento e la biologia somatica costituiscono aspetti diversi di identici programmi psico-biologici, finalizzati all'adattamento e alla sopravvivenza.

Per fare un esempio, l'aspettativa (o il desiderio) – attraverso l'azione di sostanze come le endorfine e le encefaline, che sono alla base di sensazioni quali la resistenza al dolore, il benessere, l'euforia, la sedazione – determina un'attivazione del sistema organismo che si concretizza in un incremento della vigilanza; ciò avviene attraverso una neuromodulazione, nella quale un ruolo importante è svolto dalla colecistochinina, la quale, tramite la mediazione della dopamina nel nucleo accumbens, attiva la sensazione di piacere. Le emozioni possono determinare delle variazioni di funzionalità di vari organi e apparati, in modo qualitativamente e quantitativamente diverso per ogni individuo. È stato dimostrato (Pancheri, 1984; Biondi, 1988) che la reazione emozionale non si manifesta tramite la modificazione dei valori plasmatici di un solo ormone, ma attraverso uno schema integrato di attivazioni ormonali che coinvolge in vario modo e a molteplici livelli il sistema neuroendocrino. L'integrazione della risposta tende ad essere specifica (variabile da individuo ad individuo), di fronte a stimoli emozionali di bassa intensità, mentre tende ad essere aspecifica (piuttosto uniforme per tutti i soggetti), in presenza di stimoli di elevata intensità emotiva.

Non solo determinati eventi altamente significativi dal punto di vista emozionale, ma anche la quantità stessa di situazioni esistenziali stressanti in un determinato periodo di tempo, possono associarsi ad una modificazione della risposta immunitaria. Tali alterazioni sono variabili sia in base alle modalità intrapsichiche di valutazione e di difesa, sia al livello di attivazione emozionale prodotta dallo stimolo. Pertanto, nella sua evoluzione, il concetto di stress ha mantenuto il significato di reazione adattativa potenzialmente vantaggioso per la sopravvivenza che, tuttavia, può indurre, in circostanze sfavorevoli, i precursori della malattia. Sotto questo profilo, i recenti apporti di tipo costruttivista (Guidano, 1992; Nardi 2001) hanno messo in evidenza che i disturbi psicosomatici rappresentano uno dei molteplici modi possibili di scompenso dell'individuo, espressione di una più o meno marcata incapacità di riconoscere le proprie emozioni e di autoriferirsele.

3. Il rapporto tra mente e corpo nella pratica clinica

Il corpo può essere considerato come una porta tra il sé ed il mondo, un qualcosa che conduce da/al mondo; in questo modo esso può essere ostentato o nascosto, bersaglio di somatizzazioni, punto di sfogo di malattie psichiatriche come i disturbi fittizi e quelli della condotta, teatro di illusioni e di allucinazioni (e, in quanto tale, trasformato o percepito estraneo a sé o al mondo, come avviene nelle depersonalizzazioni e nelle derealizzazioni), addirittura negato (Invernizzi, 2000).

In ambito psichiatrico, come già accennato nei numeri precedenti di Lettere dalla Facoltà, ai quali pertanto si rinvia, esistono delle categorie psicopatologiche specifiche che tentano di descrivere il complesso rapporto tra mente e corpo. Questo tentativo di classificazione, presente nel DSM-IV, il sistema nosologico dei disturbi mentali comunemente in uso, descrive i seguenti disturbi: il disturbo di somatizzazione, quello somatoforme indifferenziato, il disturbo di conversione, il disturbo algico, l'ipocondria ed il disturbo di dimorfismo corporeo. Tra le categorie psicopatologiche appena elencate, quella che più di tutte è esemplificativa del rapporto mente-corpo è sicuramente il disturbo di somatizzazione. Di ogni singola forma si darà un sintetico cenno alle principali caratteristiche cliniche.

I disturbi somatoformi sono un gruppo di psicopatologie caratterizzate, come indica l'etimologia greca, dalla presenza di sintomi fisici che fanno pensare ad una condizione medica generale, ma che non sono invece giustificati né da una condizione medica, né dagli effetti diretti di una sostanza, né da un altro disturbo mentale. I sintomi inoltre sono tali da causare un significativo disagio o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree e non essere intenzionali. Tali quadri clinici indicano un disturbo fisico che esprime una nevrosi profondamente stabilita con una definizione in parte simile a quella di conversione (alla quale si accennerà tra poco). Assai frequentemente può essere presente una vera propria comorbidità con disturbi dell'umore e d'ansia. Uno degli aspetti rilevanti di tali disagi è la notevole compromissione dell'adattamento sociale, familiare e lavorativo.

Si parla di disturbo di conversione quando il soggetto lamenta sintomi ingiustificati di deficit riguardanti le funzioni motorie volontarie e sensitive, i quali potrebbero suggerire una condizione neurologica o medica generale senza peraltro averne riscontro oggettivo.

Il disturbo algico è caratterizzato dal dolore come punto focale principale dell'alterazione clinica; inoltre vi è motivo di ritenere che qualche fattore psicologico abbia un importante ruolo nell'esordio, la gravità, l'esacerbazione o il mantenimento del sintomo. L'ipocondria è individuata dalla preoccupazione, legata al timore od alla convinzione di avere una grave malattia, basata sull'erronea interpretazione di sintomi o funzioni corporee.

Il disturbo di dimorfismo corporeo è la preoccupazione riguardante un difetto presunto o sopravvalutato dell'aspetto fisico.

Infine, i disturbi psicosomatici sono riconducibili a molteplici malattie organiche, la cui etiopatogenesi è influenzata in modo sensibile da fattori mentali come conflitti psicologici, forti emozioni o eventi stressanti. Tra queste patologie, le più note sono l'ipertensione essenziale, l'asma bronchiale, l'ulcera peptica, la rettocolite ulcerosa e la neurodermatite. Recenti studi neuroendocrinologici e psicoimmunologici hanno però evidenziato che in quasi tutte le malattie organiche è possibile riscontrare una componente "psicologica" più o meno importante dimostrando in questo modo l'impossibilità di scindere drasticamente corpo e mente. Nel DSM-IV quest'ultima categoria confluisce nella classe di condizioni che possono essere al centro di uno stato clinico senza costituire un vero e proprio disturbo mentale.

4. Il rapporto mente corpo: che "effetto fa essere noi stessi"

"Che effetto fa essere un pipistrello?" è il titolo provocatorio di un celebre saggio di Thomas Nagel (1974), nel quale l'autore poneva il problema delle difficoltà e dei limiti di cogliere il punto di vista dell'altro (è ovvio che è difficile per un umano immaginare come un individuo si costruisce la percezione del mondo usando un sonar anziché la vista, l'udito o il tatto; d'altra parte, come si è detto in precedenza, chi, come un pipistrello, non ha capacità meta-cognitive non si pone affatto questo tipo di problemi). Il fatto è che il carattere soggettivo della coscienza, come ha messo in evidenza recentemente Damasio (1999), rende ostico il problema del rapporto mente corpo (e porta in crisi l'euforia riduzionista neopositivista).

La conoscenza è infatti irriducibilmente qualcosa di soggettivo e di oggettivo allo stesso tempo. D'altra parte, con tutti i limiti e le cautele del caso, come ha osservato Douglas Hofstadter (2001), il linguaggio fornisce un ponte per penetrare in un territorio che non è il nostro, nella misura in cui è possibile giungere ad una condivisione di significati. E, parlando di linguaggio, non solo quello verbale è l'unico condivisibile: recenti studi condotti dal gruppo di Tania Singer (2004) mediante risonanza magnetica funzionale hanno evidenziato che partecipare con empatia alla sofferenza di un altro attiva le stesse aree corticali (Fig. 1).

Come ha osservato Guidano (1988, 1992) la psicopatologia costituisce una vera e propria scienza del significato: ogni esperienza significativa, anche apparentemente esclusivamente somatica, produce sempre una riorganizzazione del significato personale, così come ogni alterazione della coerenza interna, legata alle proprie modalità organizzazionali, comporta una fase metastabile che richiede il conseguimento di un nuovo e più complesso equilibrio.

Per intuire la complessità del rapporto che lega mente e corpo può essere utile soffermarsi sulle premesse di ordi-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

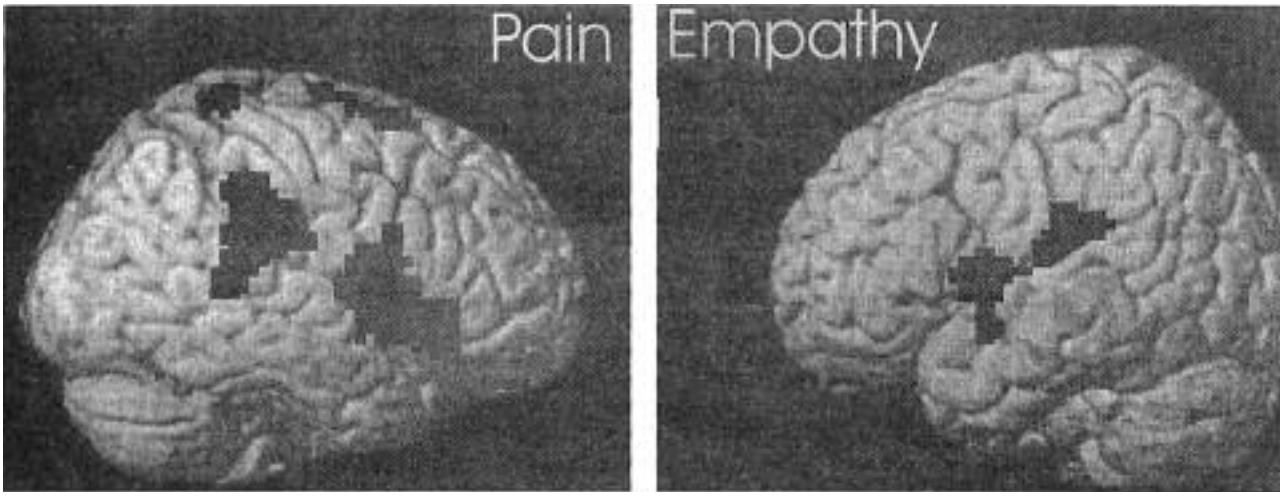


Fig. 1. Attivazioni di aree corticali quando si sperimenta un dolore (a sinistra) e quando si partecipa empaticamente al dolore di un altro (a destra). Da: Singer et al., 2004.

ne epistemologico, già poste secoli addietro.

Così, come in passato Berzelius si domandava se e fino a che punto il cervello possa conoscere se stesso, essendo al tempo stesso soggetto ed oggetto della propria osservazione, recentemente Pugh (1999) sottolineava il fatto che "se il cervello umano fosse così semplice da poterlo comprendere noi saremmo così semplici da non poterlo comprendere". Considerazioni queste che suffragano l'osservazione di Barrow (1998), nell'esplorazione dell'universo, "il cervello è l'oggetto più complesso nel quale ci siamo finora imbattuti". Come si vede, l'invito alla prudenza, rispetto a facili trionfalismi di origine neopositivista è quanto mai opportuno; e, se è vero che la ricerca neuroscientifica procede e scopre sempre più affascinanti dati sul funzionamento mentale, proprio con ogni nuova acquisizione pone ulteriori e più complessi problemi da risolvere.

Un'altra prospettiva di ricerca quanto mai interessante, sempre in riferimento al rapporto mente-corpo, è quello ontologico evolutivo. I recenti studi neuropsicologici di Trevarthen (1988) hanno ad esempio dimostrato che il cervello prenatale possiede già gli schemi di base delle funzioni psichiche; che la capacità di percepire, comunicare, manipolare precede la motilità volontaria; che la percezione e l'esplorazione del mondo è strettamente connessa con le relazioni primarie di attaccamento.

Si tratta, come si vede, di trovare una risposta al bisogno di spiegare come stimoli fisici, strutture anatomiche e circuiti neurofisiologici oggettivi e quantificabili producano esperienze soggettive, private e qualitative, problema posto da Searle in un celebre saggio non a caso intitolato "Il mistero della coscienza" (1998).

Come si è detto, nuove frontiere sono state aperte dall'introduzione nella pratica clinica delle metodiche di neuroimaging funzionale. Grazie ad esse, ad esempio, è stato possibile documentare i correlati anatomo-fisiologici della capacità della mente umana di passare dalla percezione soggettiva a quella di un'altra persona ("immedesimazione"). Vogeley e Newen (2000) hanno condotto uno studio sulla localizzazione dell'attività cerebrale nel passaggio del pensiero dall'io all'altro, ed hanno evidenziato che nel "pensare in prima persona" si attivano aree quali la corteccia prefrontale mediale, quella parietale mediale e la temporo-parietale destra (Fig. 2). Per metterci nella prospettiva dell'altro, invece, azione che eseguiamo includendo anche la nostra, vengono attivate aree quali la corteccia prefrontale mediale e la temporo-mediale sinistra. Il "pensare in terza persona", leggere i pensieri dell'altro, non è quindi semplicemente una sorta di simulazione che coinvolge i cosiddetti "neuroni specchio" (Rizzolatti et al., 2000); costruire una teoria dell'altro richiede infatti una meta-cognizione e per questo si attivano, oltre alle medesime aree cerebrali chiamate in causa nel pensare in prima persona, anche altre aree specifiche.

Appaiono in proposito ancora estremamente attuali le intuizioni di Paul Ricoeur, sul fatto che un aspetto fondamentale di ciascun soggetto è proprio la sua attitudine ad oggettivare, a cominciare da se stesso, a percepire quindi se stesso come altro ("Sé come un altro", 1993).

Edgard Morin (2001), sviluppando lo stesso concetto, notava che ogni soggetto umano può considerarsi nello stesso tempo come soggetto e come oggetto, e può anche

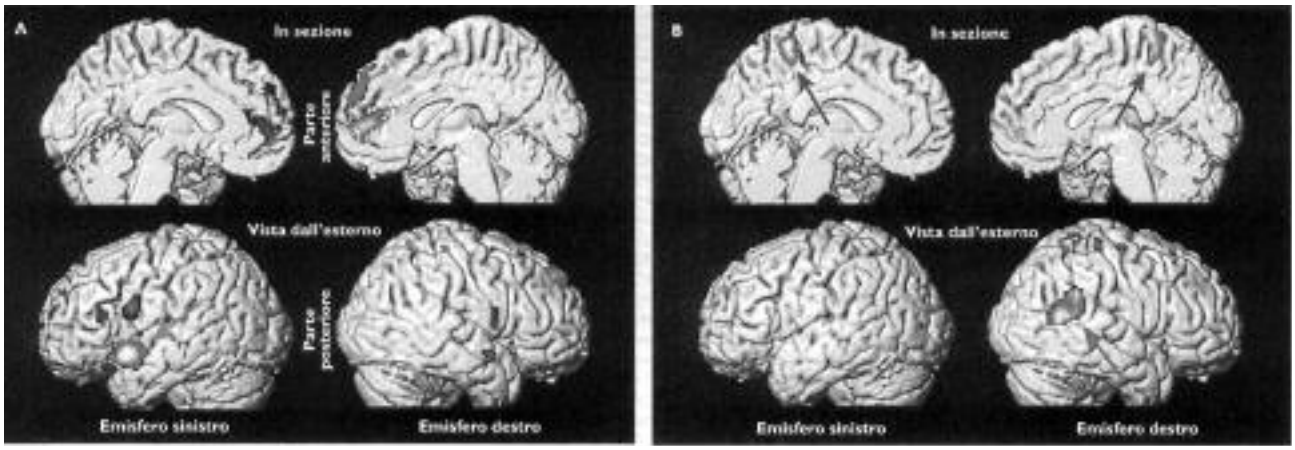


Fig. 2. Attivazioni di aree corticali quando si vive un'esperienza nella prospettiva di un'altra persona (A) o dell'Io (B). Da: Vogeley e Newen, 2003.

oggettivare l'altro pur riconoscendolo come soggetto. Sfortunatamente è anche capace di smettere di vedere la soggettività degli altri e di considerarli solo come oggetti; da quel momento diventa "inumano" poiché smette di vedere la loro o, al contrario, non può che odiare o amare ciecamente.

Esistono dunque due dimensioni irriducibili dell'esperienza: quella oggettiva (me) e quella soggettiva (io); da esse dipendono sia la possibilità di interagire con il mondo esterno (quello degli "altri-da sé"), sia di percepire, dialogare ed esprimere il proprio corpo, nel quale la mente è per così dire imbrigliata e dipendente, ma che viene a sua volta gestito e animato dalla mente, che comunica con il mondo esterno attraverso esso.

5. Conclusioni

Un comportamento non è riducibile ad una semplice attività, come quella di un enzima, la cui sintesi può essere dosata in funzione delle necessità dell'ambiente, ma comunque rappresenta il prodotto di un singolo gene; esso è l'espressione fenomenologia di un processo di sviluppo esteso, continuo nel tempo e nel corso del quale le interazioni tra effetti genetici ed ambientali sono necessarie e di ben diversa ampiezza. Per quanto riguarda, inoltre, la reazione individuale allo stimolo emozionale, è evidente che l'interazione fra i programmi genetici e i fattori psicosociali, mediata dalla costituzione biologica, dalla storia individuale e dalla personalità di base, determina un processo con caratteristiche uniche e irripetibili, per cui anche la reattività psicosomatica, pur con alcune costanti generali, è altamente personalizzata.

Nell'ambito dell'approccio clinico, il rapporto con i soggetti che presentano disturbi psicosomatici è particolarmente difficile e delicato; per poter diagnosticare un disagio psicosomatico il medico deve poter escludere qualsiasi causa organica e questo iter richiede un certo numero di accertamenti e, in taluni casi, può comportare una lunga serie di esami. Il soggetto viene così inviato da vari specialisti che dispongono a loro volta ulteriori esami; quando poi, dopo lunghe ricerche, viene diagnosticata una patogenesi psicogena, accade spesso che la persona assistita non si senta presa sul serio e perda fiducia nel proprio medico, pensando che questo lo consideri un "malato immaginario" o, peggio ancora, un "pazzo". In questa fase spesso il soggetto può consultare e successivamente abbandonare un gran numero di medici, in quello che viene definito "doctor-shopping"; in alcuni casi, può persino arrivare a sottoporsi ad interventi chirurgici. Inoltre, quando il medico si convince che non vi è alcun disturbo organico, il rapporto con il suo assistito può subire un radicale cambiamento: le richieste di aiuto da parte di quest'ultimo possono essere considerate un "fastidio" e l'invio ad altri specialisti o la richiesta di ulteriori esami possono tendere a toglierselo di torno. Questo atteggiamento è particolarmente deleterio per la successiva "carriera" della persona assistita, la quale, anziché sentirsi presa sul serio, si vede bollata come "paranoica", "isterica" od altro, per cui si rivolge a figure sanitarie alternative, nella speranza che almeno lo capiscano. In effetti è proprio questo il punto fondamentale: capire la persona che soffre. Il medico curante dovrebbe convocare con una certa frequenza questo tipo di soggetti proprio per evitare che continuino a rivolgersi a colleghi sempre nuovi per richiedere esami inutili e costosi o addirittura interventi chirurgici. Un approccio rispettoso nei confronti di questi pazienti ne facilita il cauto inserimento in un trattamento

psicoterapeutico.

A conclusione di questi incontri sull'approccio clinico alla persona assistita, vorremmo sottolineare i seguenti punti:

- le competenze sanitarie richiedono non solo un costante aggiornamento del sapere teorico e delle competenze operative, ma, prima ancora, una conoscenza di sé, nelle proprie competenze ed anche nei propri limiti;
- le osservazioni cliniche non possono essere mai del tutto disgiunte dall'osservatore, che condiziona comunque ciò che osserva e non è quindi mai un elemento "neutro", con margini di variabilità tanto più ampia quanto più ciò che si osserva presenta elementi soggettivi;
- l'approccio clinico, anche quando prende in esame problemi specifici distrettuali, non deve mai prescindere dal prestare attenzione alla persona nella sua complessità psicofisica.

Riprendendo un noto aforisma per cui "sono le domande che fanno l'uomo", potremmo aggiungere che sono tuttavia le risposte, sia psico-comportamentali che psicosomatiche, a dirci chi è.

Bibliografia

1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. A.P.A. Press, Washington, 1994. (Ed. It.: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione. Masson, Milano, 1995).

2) Barrow J.D.: Impossibility. The Limits of Science and the Science of Limits. Oxford University Press, Oxford, 1998 (Ed. it.: Impossibilità. I Limiti della Scienza e la Scienza dei Limiti. Rizzoli, Milano, 1999).

3) Berzelius J.J.: Trattato di Chimica. 1843.

4) Biondi M. (Ed.): Aggiornamenti in Medicina Psicosomatica. SEU, Roma, 1988.

5) 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).

6) Guidano V.F.: Complexity of the Self. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

7) Guidano V.F.: The Self in Progress. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

8) Harrison, Principi di Medicina Interna. XV Edizione a cura di Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser K., Longo D., Jameson J.. McGraw-Hill, Milano, 1992.

9) Hofstadter D.R.: Riflessioni sull'occhio interiore. In: Hofstadter D.R., Dennett D.C. (Eds.), The Mind's Fantasies and Reflections on Self and Soul. (Ed. it.: L'Io della Mente. Adelphi, Milano, 2001).

10) Invernizzi G.: Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica. McGraw-Hill, Milano, 2000.

11) Morin E.: La Méthode 5: L'Humanité de l'Humanité. Tome 1: L'Identité Humaniene. Seuil, Paris, 2001 (Ed. It.: Il Metodo, 5. L'Identità Umana. Cortina, Milano, 2002).

12) Nagel T.: Cosa si prova ad essere un pipistrello. In: Hofstadter D., Dennet D. (Eds.), L'Io della Mente. Adelphi, Milano, 1985.

13) Nardi B.: Processi Psichici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Franco Angeli, Milano, 2001.

14) Pancheri P.: Trattato di Medicina Psicosomatica. USES, 1984.

15) Popper K.R., Eccles J.C.: L'Io e il suo Cervello. Armando, Roma, 1994.

16) Pugh E.: The Biological Origin of Human Values. MIT Press, Cambridge (Mass.), 1999.

17) Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V.: Cortical mechanisms subserving object grasping and action recognition: A new view on the cortical motor functions. In: Gazzaniga M.S. (Ed.), The New Cognitive Neurosciences, II Edizione, pp. 539-552. A Bradford Book, MIT Press, Cambridge (Mass.), 2000.

18) Ricoeur P.: Sé come un Altro. Jaka Book, Milano, 1993.

19) Rugarli C.: Manuale di Medicina Interna Sistematica. Masson, III Edizione, Milano, 1993.

20) Searle J.R.: The Rediscovery of the Mind. MIT Press, Cambridge (Mass.), 1992 (Ed. it.: La Riscoperta della Mente. Bollati Boringhieri, Torino, 1994).

21) Singer T., Kiebel S.J., Winston J.S., Dolan R.J., Frith C.D.: Brain responses to the acquired moral status of faces. Neuron, 41, 653-662, 2004.

22) Trevarthen C.: Empatia e Biologia. Psicologia Cultura e Neuroscienze. Cortina, Milano, 1998.

23) Vogeley K., Newen A.: Io penso ciò che tu non pensi. Mente e Cervello, 6(1), 72-79, 2003.

Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora	
1 giugno	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	8.30-11.30	Aula E
1 giugno	Corso Monografico	Malattie infiammatorie croniche intestinali	Prof.ssa C. Marmorale, Dott. G. Macarri, Dott. W. Siquini	10.30-13.30	Aula A
1 giugno	Forum	Etica della responsabilità	Prof.ssa L. Cavasassi	12.45-14.15	Aula D
1 giugno	Seminario	Fecondazione in vitro: from lab to delivery room	Prof.ssa G. Biagini	14.30-16.30	Aula B
8 giugno	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	8.30-11.30	Aula E
8 giugno	Corso Monografico	Biochimica del sangue	Prof.ssa L. Mazzanti	8.30-10.30	Aula B
8 giugno	Corso Monografico	Malattie infiammatorie croniche intestinali	Prof.ssa C. Marmorale, Dott. G. Macarri, Dott. W. Siquini	10.30-13.30	Aula A

Università Politecnica delle Marche

Comitato Pari Opportunità

incontro-dibattito

Le basi scientifiche e mediche della procreazione medicalmente assistita:
conoscere per scegliere

Mercoledì 8 Giugno 2005
ore 15.30

AULA MAGNA RETTORATO
Piazza Roma

Programma

Saluto del Rettore
Prof. Ing. **Marco Pacetti**

Presentazione
Dott.ssa **Armanda Pugnaloni**
Istituto di Morfologia Umana Normale – Cattedra di Istologia
Università Politecnica delle Marche

Impariamo a conoscere le malattie genetiche
Prof.ssa **Franca Saccucci**
Istituto di Biologia e Genetica
Università Politecnica delle Marche

Le tecniche di fecondazione assistita
Dott. **Maurizio Cignitti**
Responsabile del Centro per la Procreazione Medicalmente Assistita
Presidio Ospedaliero "G.Salesi"

La diagnosi prenatale nella pratica clinica
Dott.ssa **Concettina Civitella**
Responsabile del Centro per la Diagnosi Prenatale
Presidio Ospedaliero "G.Salesi"

Il contenuto della legge 40/2004
Dott.ssa **Maria Gabriella Pallucchini**
Dipartimento di Scienze Sociali
Università Politecnica delle Marche

Dibattito

GIUGNO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
1-giu		Teatro La Fenice Senigallia (AN)	V Congresso Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Neurologica (S.I.R.N.)	Presidente: Prof. L. Provinciali Segreteria Scientifica: Prof.ssa M.G. Ceravolo	CL Fisioterapia, P-O
6-giu	15.00-16.00	Aula Riunioni Clinica Reumatologica	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC
9-giu	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
13-giu	15.00-16.00	Aula Riunioni Clinica Reumatologica	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC
16-giu	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
23-giu	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
24-giu	15.00	Aula Riunioni Clinica Reumatologica	La terapia del dolore	Prof. W. Grassi	FF-CC-DD
30-giu	9.00-11.00	Aula Neuroradiologia	Incontro pluridisciplinare di neuroscienze - discussione di casi	Proff. U. Salvolini, M. Scerrati, L. Provinciali, M. Scarpelli, F. Rychlicki	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE

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 VIII - n° 6
Giugno 2005
Aut. del Tribunale di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

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

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

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli