



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

# LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

## LETTERA DEL PRESIDE

Nell'ultimo numero di *Medicina e Chirurgia*, il periodico edito dalle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina, il Prof. Andrea Lenzi, nuovo Presidente del CUN, ha sintetizzato e commentato gli elementi essenziali del decreto, in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, che modifica il DM 509/97, secondo quanto previsto dal DM 270/04.

Riportiamo integralmente il documento perchè tutti i componenti della nostra Facoltà, Docenti e Studenti, siano edotti del cambiamento che interesserà la Facoltà a partire dal prossimo ottobre.

- il numero massimo di esami per i CLM a ciclo unico essenziali (Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria) è stabilito in 36;

- non sono incluse nelle tabelle le Attività Affini ed Integrative, per le quali sono peraltro indicati i CFU minimi e sono mantenute solo le Attività di Base e quelle Caratterizzanti;

- tutti i SSD previsti nel precedente ordinamento sono stati recuperati fra le Attività Caratterizzanti;

- sono stati aggiornati gli Obiettivi Formativi e di conseguenza sono stati aggiunti Ambiti quali "Medicina delle attività motorie e del benessere", "Scienze umane, politiche della salute e management", "Inglese scientifico e abilità linguistiche, informatiche e relazionali, pedagogia medica, tecnologie avanzate e a distanza di informazione e comunicazione";

- alle Attività di Base e Caratterizzanti sono stati assegnati rispettivamente 60 e 180 CFU a cui vanno aggiunti almeno 60 CFU dedicati alle Attività Professionalizzanti obbligatorie (per un totale di 300 CFU pre-assegnati);

- dei 60 CFU residui, la Conferenza dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia ha dato indicazioni che vengano destinati, senza modificare la struttura attuale, almeno 15 CFU alle Attività per la Prova Finale e almeno 15 CFU alle Attività Elettive, che sono indispensabili per i nostri laureati per costruirsi un curriculum di studi utile all'accesso alle Scuole di Specializzazione.

- i restanti 30 CFU sono lasciati alla libertà delle sedi e possono essere utilizzati in funzione di un ampliamento della offerta formativa in Ambiti specifici di sede o in Attività Professionalizzanti o Elettive o per la creazione di Percorsi di Eccellenza dedicati, ad esempio, ad una preparazione orientata alla ricerca scientifica, alle biotecnologie, all'informatica, all'inglese scientifico e ad altri aspetti indicati negli Obiettivi Formativi dell'Ordinamento.

Come si può vedere, non vi sono sostanziali modificazioni per le Facoltà di Medicina, perchè le stesse, prime fra tutte le Facoltà, avevano già adeguato i propri ordinamenti al modello europeo.

L'applicazione del "nuovo" è comunque occasione propizia per rileggere e perfezionare il "vecchio".

Tullio Manzoni  
Presidente della Facoltà

EDITORIALE	2
Prospettive della riabilitazione neurologica alle soglie del terzo millennio di <i>Maria Gabriella Ceravolo</i>	
VITA DELLA FACOLTÀ	5
Appunti dal Consiglio di Facoltà - Seminari - Corsi Monografici - Forum Multiprofessionali di Scienze Umane - Corso Croce Rossa Italiana - Master in Bioetica Generale e Clinica - Incontri di Scienza e Filosofia a cura di <i>Giovanni Danieli</i>	
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	14
a cura di <i>Maurizio Battino</i>	
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	15
a cura di <i>Ugo Salvolini</i>	
RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE	16
Appunti di viaggio - 1. La nascita di <i>Marco Grilli</i>	
CORSO MONOGRAFICO	18
Le malattie sessualmente trasmesse di <i>Andrea Ciavattini, Dimitrios Tsiroglou</i>	
ALBUM	23
Gaspere Tagliacozzi nella Biblioteca Benincasa di Ancona di <i>Stefania Fortuna ed Alessandro Aiardi</i>	
FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE	27
Gli assi di sviluppo del sé di <i>Bernardo Nardi, Ilaria Capecci</i>	
DIGNITÀ DI STAMPA	35
Le vascoliti sistemiche necrotizzanti, storia clinica e fattori prognostici di <i>Paolo Vincenzi, Paolo Fraticelli, Armando Gabrielli</i>	
BIOETICA	43
Bioetica e disabilità di <i>Giampiero Griffo</i>	
MAGGIO IN FACOLTÀ	46
LA POESIA DI PINA VIOLET	47
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	48

MARIA GABRIELLA CERAVOLO

Neuroriabilitazione  
Università Politecnica delle Marche

## Prospettive della riabilitazione neurologica alle soglie del terzo millennio

L'evoluzione subita dalla popolazione dei Paesi Occidentali con l'incremento significativo ed esponenziale dell'aspettativa di vita e con il parallelo aumento di prevalenza di molte patologie neurologiche dell'adulto e dell'anziano ha sollecitato l'interesse nei confronti degli approcci riabilitativi, spesso interpretati dagli operatori sanitari della fase acuta e dagli stessi pazienti, come la soluzione ultima ai loro problemi di disabilità emergente.

Nel corso degli ultimi due decenni, tuttavia, il ruolo ancillare che la riabilitazione occupava (specie se dedicata al contenimento di deficit funzionali secondari a lesione del Sistema Nervoso Centrale), rispetto al più importante rilievo assunto dai presidi farmacologici e dalle opzioni chirurgiche, ha subito importanti modifiche. Nel contesto delle cerebrolesioni vascolari o traumatiche, così come delle mielolesioni, la presa in carico riabilitativa viene considerata uno dei principali elementi di qualità del percorso assistenziale e, spesso, l'unico presidio capace di garantire in maniera efficace il recupero dell'autonomia e di un ruolo sociale soddisfacente. Analogamente, in alcune patologie evolutive, quali la M. di Parkinson o la Sclerosi Multipla, dove i presidi farmacologici si rivelano presto o tardi inadeguati al contenimento dei sintomi e le soluzioni chirurgiche sono efficaci solo in casi selezionati, gli approcci riabilitativi garantiscono, in tutte le fasi della malattia, la possibilità di una valutazione standardizzata dei problemi funzionali e la disponibilità di strategie restorative o adattative efficaci a compensare una parte dei disagi emergenti.

Persino nelle condizioni di disabilità conseguente a neoplasia dell'encefalo l'accesso ad una valutazione specialistica dei deficit funzionali motori e cognitivi emergenti può rappresentare l'elemento inaugurale

di un intervento riabilitativo orientato al recupero delle attività svolte in epoca pre-morbosa.

Due importanti cambiamenti, il primo di natura metodologica, il secondo più squisitamente scientifico, hanno incentivato il consolidamento della cultura della riabilitazione neurologica.

### Una riabilitazione basata sull'evidenza

In merito all'aspetto metodologico, va sottolineato come, nel corso degli ultimi venti anni, la realizzazione di *trials* clinici orientati a dimostrare l'efficacia degli interventi riabilitativi ha subito un impulso sostanziale. La cultura della medicina basata sull'evidenza ha infatti sempre più improntato la ricerca motivando gli sperimentatori a moltiplicare gli sforzi per produrre disegni sperimentali credibili e studi primari metodologicamente affidabili.

Una rassegna, su banche dati, di *trials* clinici randomizzati controllati (RCTs) in riabilitazione neurologica, articolata per periodi di 5 anni, conferma l'espansione della ricerca clinica in questo settore, sottolineandone tuttavia la grossolana disomogeneità e la prevalente realizzazione di studi clinici di qualità nell'ambito della riabilitazione dopo *ictus* (Tab. 1). In questo contesto, infatti, la immediata identificazione del momento di insorgenza del deficit funzionale, la sua fenomenologia relativamente riconducibile a pochi *pattern* clinici noti, e l'ampia conoscenza della storia naturale del recupero consentono di limitare il numero delle variabili e di allestire disegni sperimentali di I livello in merito all'efficacia di approcci terapeutici.

Se l'acquisizione degli strumenti metodologici della *Evidence-based Medicine* ha stimolato la realizzazione di studi randomizzati controllati, strappando la riabilitazione neurologica all'aneddotica dei *case report*, lo sviluppo di indagini neurofisiologiche e di *neuroimaging* ha fornito ai riabilitatori i presupposti biologici di singole tecniche di addestramento motorio.

### I presupposti biologici del recupero funzionale

L'acquisizione teorica di maggior rilievo è stata la



Fig. 1 - Sistema robotizzato GENTLEs per l'addestramento dell'arto superiore paretico.

Ambito di ricerca	Periodo di osservazione	N. di RCTs sull'efficacia di approcci riabilitativi pubblicati in qualsiasi lingua		
		1995 - 1996	1997 - 2001	2002-2006
Ictus		81	188	329
Trauma cranico		18	35	37
Mielolesione		0	2	8
Sclerosi Multipla		11	18	36
M. di Parkinson		18	22	43

Tab. 1 - Monitoraggio degli studi clinici randomizzati controllati (RCTs) condotti in riabilitazione, nel corso degli ultimi 15 anni, nelle patologie neurologiche di maggiore impatto clinico.

dimostrazione delle possibilità di riorganizzazione plastica corticale nel cervello adulto sano e lesionato, a seguito di un *training* motorio. In particolare, le evidenze sperimentali suggeriscono che l'utilizzo di un arto reso paretico da lesione encefalica rappresenti il più potente *trigger* della plasticità neuronale nelle aree non danneggiate e che tale modulazione costituisca la base neurobiologica del recupero funzionale. Infatti, l'esecuzione di movimenti ripetitivi, soprattutto se inseriti in attività contestualizzate, risulta immediatamente correlata con un aumento della rappresentazione motoria corticale dell'arto paretico e con l'incremento dell'attività dell'area motoria primaria perilesionale.

Nella prospettiva di rendere praticabile un *motor re-learning* fin dalla fase subacuta, anche in soggetti con grave deficit di controllo del movimento, sono pertanto state messe a punto soluzioni tecnologiche diverse, la cui eterogeneità riflette l'incompleta definizione dei meccanismi alla base della neuroplasticità post-lesionale. Infatti, se da un lato le conoscenze inducono a proporre *training* che sollecitano unicamente il movimento dell'arto paretico, dall'altro sono stati pubblicati, recentemente, lavori che sostengono l'efficacia di un addestramento caratterizzato dalla ripetizione bilaterale di atti motori.

Alcuni Autori sostengono che la pianificazione e l'esecuzione di movimenti bilaterali potrebbe facilitare la plasticità corticale ed il recupero intrinseco attraverso

tre meccanismi (a) disinibizione della corteccia motoria che permette l'utilizzo delle vie superstiti dell'emisfero danneggiato; (b) incremento del reclutamento delle vie ipsilaterali dell'emisfero controlaterale o controlasionale; (c) *up-regulation* del sistema motorio attraverso il sistema propriospinale midollare.

#### I nuovi orizzonti della ricerca in riabilitazione neurologica

L'attivazione ripetitiva di arti gravemente paretici è stata resa possibile dalla diffusione dell'impiego di robots, applicati singolarmente o in associazione a terapie convenzionali. I robots danno l'opportunità di studiare adattamenti funzionali dopo un *ictus* e forniscono misurazioni obiettive del controllo motorio durante la rieducazione e durante il processo di recupero dell'arto affetto. Tra i primi esempi dedicati al recupero dell'arto superiore s'annovera il sistema *Mit-manus* disegnato per permettere ai soggetti dopo *ictus* di effettuare movi-

menti di *pointing* dell'arto superiore in due dimensioni. Altri esempi, come i sistemi *Gentle/s* (Fig. 1) e il *Mime* permettono l'esecuzione di movimenti di *reaching point-to-point* in un spazio tridimensionale virtuale. Per il recupero della deambulazione autonoma in soggetti con grave deficit di controllo motorio sono stati messi a punto sistemi altamente robotizzati come il *Gait Trainer* e il *Lokomat* (Fig. 2).

L'utilità di un'attivazione intensiva dell'arto superiore paretico ha ispirato lo sviluppo della metodica di



Fig. 2 - Sistema robotizzato LOKOMAT per l'addestramento del cammino.

addestramento motorio abbinata alla restrizione di impiego dell'arto sano (cosiddetta *Constraint-Induced Movement Therapy-CIMT*). Il protocollo originale prevede l'applicazione di un bendaggio all'arto non paretico, che impedisce i movimenti e l'esplorazione tattile, per un periodo di 9 ore al giorno per 14 giorni consecutivi, mentre l'arto paretico è coinvolto sia in un addestramento motorio standard, sia in attività fortemente contestualizzate (attività della vita quotidiana o attività strumentali). Questo approccio ha fornito risultati interessanti in soggetti con esiti stabilizzati e ne viene da più parti invocato l'utilizzo anche nella fase subacuta *post-ictus*.

La scoperta del sistema dei *mirror neurons*, i quali si attivano sia durante l'esecuzione che durante l'osservazione di un movimento ha rappresentato la base neurofisiologica per l'introduzione del concetto di *osservazione del gesto come terapia*. Approcci proposti inizialmente a soggetti sportivi ed in psicologia sono stati quindi adattati ai pazienti con lesioni encefaliche in virtù della dimostrazione sperimentale che la sola rappresentazione mentale del movimento determina un'attivazione delle stesse aree corticali motorie coinvolte nella realizzazione del movimento.

Dagli studi pubblicati emergono almeno quattro diverse strategie di *mental practice*: la complessità dell'esercizio varia dal *grasping*, al portare un bicchiere alla bocca per bere, al cucinare o fare *shopping*.

Le tecniche di *mental imagery* possono essere inoltre inserite entro scenari di realtà virtuale: in questi casi, i pazienti vengono posti di fronte allo schermo di un PC o indossano occhiali modificati con i quali osservano movimenti di varia complessità (da esercizi di flessione-estensione di segmenti corporei in ambienti bidimensionali a rappresentazioni di una persona che cammina in un ambiente marino tridimensionale).

*Dalla ricerca alla pratica clinica, un percorso accidentato*

Nonostante i risultati incoraggianti descritti dai loro proponenti, molte soluzioni tecniche innovative rimangono a lungo confinate in pochi laboratori. Di questo rende ragione la complessità dell'intervento riabilitativo, la cui efficacia non è semplicemente riconducibile alla qualità del gesto tecnico, ma può essere fortemente influenzata da elementi contestuali, come la peculiari-

re *expertise* degli operatori, l'entusiasmo dello *staff* tecnico, la selezione del campione o le caratteristiche culturali e organizzative inerenti il singolo centro.

Tutti questi fattori fanno sì che risultati positivi acquisiti in una realtà locale appaiano difficilmente generalizzabili alla popolazione nazionale o internazionale e di conseguenza determinino una scarsa ricaduta sulla pratica clinica.

Inoltre, molte tecniche riabilitative emergenti sembrano potersi applicare a casi particolarmente selezionati, tanto da rendere ambizioso, se non irraggiungibile, per un singolo centro, l'obiettivo di reclutare una casistica sufficientemente consistente da supportare conclusioni statistiche affidabili.

Allo stato attuale, la messa a punto di soluzioni terapeutiche dichiaratamente efficaci non può che misurarsi con la realizzazione di trials clinici multicentrici che raccolgano l'esperienza di realtà assistenziali diverse unite in rete da un comune interesse per la ricerca clinica e dalla condivisione di protocolli di valutazione e trattamento. Inoltre l'evolvere delle conoscenze sulle premesse neurobiologiche del recupero post-lesionale esalta l'opportunità di coinvolgere, nella progettazione di protocolli di ricerca, accanto ai riabilitatori, anche i neurofisiologi, i neurofarmacologi, i neuroradiologi e i bioingegneri.

#### Lecture consigliate

- 1) Braun SM, Beurskens AJ, Borm PJ, Schack T, Wade DT. The effects of mental practice in stroke rehabilitation: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006 Jun;87(6):842-52.
- 2) Buccino G, Solodkin A, Small SL. Functions of the mirror neuron system: implications for neurorehabilitation. *Cogn Behav Neurol.* 2006 Mar;19(1):55-63
- 3) Cicinelli P, Marconi B, Zaccagnini M, Pasqualetti P, Filippi MM, Rossini PM. Imagery-induced cortical excitability changes in stroke: a transcranial magnetic stimulation study. *Cereb Cortex.* 2006 Feb;16(2):247-53
- 4) de Vries S, Mulder T. Motor imagery and stroke rehabilitation: a critical discussion. *J Rehabil Med.* 2007 Jan;39(1):5-13.
- 5) Deutsch JE, Merians AS, Adamovich S, Poizner H, Burdea GC. Development and application of virtual reality technology to improve hand use and gait of individuals post-stroke. *Restor Neurol Neurosci.* 2004;22(3-5):371-86
- 6) Dobkin BH. Brain-computer interface technology as a tool to augment plasticity and outcomes. *J Physiol (Lond).* 2007; 579: 637-642
- 7) Mark V.W., Taub E., Morris DM. Neuroplasticity and constraint-induced movement therapy. *Eura Medicophys* 2006; 42:269-284



## Appunti dal Consiglio di Facoltà

a cura di Loreta Gambini e Daniela Santilli

### Riunione del 27 marzo 2007

Il Preside ha comunicato che sono disponibili presso la Segreteria di Presidenza i volumi contenenti i dati sulla valutazione dell'efficacia didattica compiuta dagli studenti e relativa al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e ai Corsi di Laurea decentrati.

Il Preside ha comunicato che il Dott. Marco Marzoni, ricercatore sul settore scientifico-disciplinare MED/12-Gastroenterologia ha ottenuto il prestigioso riconoscimento di *Rising star* della ricerca europea dalla Federazione europea delle società scientifiche gastroenterologiche (ASNEMEGE). Gli studi del Dott. Marzoni hanno consentito di rivelare molti aspetti relativi alla capacità di alcune cellule del fegato di rispondere al danno cronico, in modelli sperimentali che riproducono patologie a tutt'oggi poco chiare e sostanzialmente prive di terapia.

E' stato approvato il conto consuntivo per l'Esercizio Finanziario 2006.

E' stata approvata la programmazione triennale del fabbisogno di personale docente per il triennio 2007-2009: sono previsti 30 ricercatori, 20 professori di II fascia e 10 professori di I fascia.

E' stata discussa ed approvata l'offerta formativa della Facoltà per l'A.A. 2007/2008. Il numero dei posti che saranno messi a bando per il prossimo Anno Accademico sui Corsi di studio è riportato nella tabella allegata. (\*)

Sono stati deliberati i Manifesti degli Studi dei Corsi di Laurea magistrale, triennale e specialistica delle professioni sanitarie attivati (o proposti al CUN) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'A.A. 2007/2008.

Sono state esaminate alcune pratiche studenti, in particolare relative a riconoscimenti di carriera.

E' stato discusso ed approvato il Regolamento per la gestione dei locali della Facoltà in occasione delle tesi di laurea. E' consentita la fruizione di spazi del Polo Eustachio utilizzati in occasione di convegni e manifestazioni varie. I festeggiamenti dovranno essere preventivamente concordati, fino al limite degli spazi disponibili, con il gestore del bar, o con Ditte che effettuano il servizio di *catering*, che dovranno allestire e ripristinare i locali a proprie spese. Gli studenti non possono utilizzare in maniera autonoma gli spazi per i festeggiamenti. In via del tutto eccezionale, è consentito l'utilizzo di spazi limitati, subordinatamente alla presentazione di apposita domanda con-

tenente l'impegno formale a ripristinare gli spazi e le attrezzature utilizzate nelle condizioni antecedenti all'uso. Qualora uno studente venga meno a tale impegno, questa opportunità non verrà più concessa ad alcun richiedente.

Come per gli anni precedenti, è stato affidato al CINECA il processo di randomizzazione e imbustamento dei plichi sigillati dei quesiti formulati dalla Commissione di esperti dei Corsi di Laurea triennali e specialistici delle professioni sanitarie, nonché la correzione delle prove.

Sono stati concessi i *nulla osta* per lo svolgimento di supplenze esterne all'Ateneo.

In riferimento alla delibera del Senato Accademico del 27.06.2006 che ha definito i criteri di applicazione della Legge 230/2005 relativamente alla didattica frontale e all'attività didattica aggiuntiva per i professori e ricercatori, è stato stabilito che l'attività didattica teorica per l'A.A. 2006/2007 dei corsi ufficiali delle Scuole di Specializzazione, aventi la stessa denominazione e/o il medesimo contenuto, potrà essere compattata dal docente al fine di eliminare duplicazioni inutili e consentire l'ottimale impiego delle risorse afferenti alla Facoltà.

L'insegnamento di *Organizzazione della professione* (Corso integrato di Infermieristica Clinica, 1° anno - 2° semestre) nell'ambito del Corso di Laurea in Infermieristica Canale A è stato affidato al Dott. Silvano Troiani.

L'insegnamento di *Metodologia ed organizzazione del percorso nascita* (C.I. Infermieristica speciale ostetrico-ginecologica) del II anno, II semestre del Corso di Laurea in Ostetricia è stato affidato alla Dott.ssa Anna Rita Totò.

Per quanto riguarda il Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Pesaro, poiché nei precedenti due anni accademici è stato tenuto un corso di approfondimento di informatica finalizzato al conseguimento graduale della Patente Europea del Computer (ECDL), gli studenti che si iscriveranno al terzo anno per l'A.A. 2007/2008 e ultimeranno il corso sostenendo gli ultimi due esami conseguiranno altri 2 crediti, oltre a quelli già ottenuti al primo anno (3) e al secondo anno (2).

E' stata approvata l'attribuzione di un corso integrativo retribuito al Prof. Mario Governa sul Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, dal titolo *Le patologie professionali da asbesto e da silice*.





**Numero degli Studenti ammissibili al primo anno dei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'A.A. 2007/2008**

<b>Corsi di Laurea Specialistica a ciclo unico</b>	<b>Classe</b>	<b>Ammissibili</b>	<b>Sede</b>
Medicina e Chirurgia	46/S	140, di cui 10 extracomunitari, compresi 3 cinesi	Ancona
Odontoiatria e Protesi Dentaria	52/S	25	Ancona
<b>Corso di Laurea Specialistica delle Professioni Sanitarie</b>	<b>Classe</b>	<b>Ammissibili</b>	<b>Sede</b>
Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione	SNT-SPEC/2	40	Ancona
<b>Corsi di Laurea triennale</b>	<b>Classe</b>	<b>Ammissibili</b>	<b>Sede</b>
Infermieristica	SNT/1	115	Ancona
Infermieristica	SNT/1	65	Pesaro - Ospedale S. Salvatore
Infermieristica	SNT/1	65	Macerata
Infermieristica	SNT/1	65	Ascoli Piceno
Educatore Professionale	SNT/2	40	Fermo
Ostetricia	SNT/1	30	Ancona
Fisioterapia	SNT/2	30	Ancona
Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia	SNT/3	25	Ancona
Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	SNT/4	40	Ancona
Igienista dentale	SNT/3	25	Ancona

**CLM in Medicina e Chirurgia  
Seminari**

**1° Anno**

17 - Istologia  
Biotossicità in vitro: *From lab to patient*, Prof.ssa G. Biagini  
30 Maggio 2007, ore 16.30 Aula C

**2° Anno**

1 - Anatomia  
Anatomia radiologica, Prof. S.Cinti, Prof. A. Giovagnoni  
30 Maggio 2007, ore 14.30, Aula C

**6° Anno**

8 - Clinica Medica  
Vascoliti, Prof. A. Gabrielli  
23 Maggio 2007, ore 16.30, Aula F

7 - Clinica Chirurgica  
Chirurgia dell'obesità, Prof. V. Saba  
16 Maggio 2007, ore 16.30, Aula F





## Attività Didattica Elettiva

### Corsi Monografici

#### CLM in Medicina e Chirurgia

##### 1° Anno

5001/4 - Biologia, Genetica e Biometria  
*Biologia ed epidemiologia del diabete*  
Prof. G. Principato, Prof.ssa F. Saccucci  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula A

5001/17 - Istologia  
*Istologia Umana normale con riferimenti pratici alle tecniche di laboratorio di supporto alla diagnostica citopatologica*, Dott.ssa A. Pugnali  
30 Maggio e 6-13 Giugno 2007, ore 14.30, Aula A

##### 2° Anno

5001/1 - Anatomia  
*Anatomia dell'organo endocrino adiposo*, Prof. S. Cinti  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula Luciani Polo Eustachio

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

##### 3° Anno

5001/31 - Patologia, Fisiopatologia Generale e Patologia Clinica  
*Neoplasie della tiroide*, Prof.ssa A. Fazioli  
2 Maggio 2007, ore 14.30, Aula A

5001/26 - Metodologia Clinica  
*Laparoscopia diagnostica*, Prof. M. Guerrieri  
2 Maggio 2007, ore 16.30, Aula A

5001/32 - Patologia Sistemica I  
*Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare*, Prof. P. Leoni  
9-16 Maggio 2007, ore 14.30, 18 Maggio ore 16,30, Aula B

##### 4° Anno

5001/9 - Diagnostica per Immagini e Radioterapia  
*Apparecchiature di diagnostica per immagini*, Prof. A. Giovagnoni  
2 Maggio 2007, ore 14.30, Aula B

5001/28 - Odonto-otorinolaringoiatria  
*Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse*

*medico*, Dott. M. Piemontese, Dott. M. Re  
2 Maggio 2007, ore 16.30, Aula B

5001/29 - Oftalmologia  
*Malattie degli annessi oculari*, Dott. G. Frongia  
9-16-23 Maggio 2007, ore 16.30, Aula B

##### 5° Anno

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

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

5001/36 - Psichiatria  
*Elementi di psicoterapia*, Prof. G. Borsetti  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula C

5001/24 - Medicina Interna e Geriatria  
*Valutazione multidimensionale nell'anziano*, Dott.ssa E. Espinosa  
9-16-23 Maggio 2007, ore 16.30, Aula C

5001/21 - Malattie Infettive  
*Malaria: aspetti particolari*, Prof. A. Giacometti  
2 Maggio 2007, ore 16.30, Aula C

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

##### 1° Anno

5002/4 - CM - Biologia, Genetica e Biometria  
*Biologia ed epidemiologia del diabete*, Prof. G. Principato, Prof.ssa F. Saccucci, Prof.ssa F. Carle  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula A

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

5002/1 - CM - Anatomia  
*Anatomia dell'organo endocrino adiposo*, Prof. S. Cinti  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula Luciani, Polo Eustachio





## 2° Anno

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

5002/13 - CLOPD - Igiene  
*La qualità certificata nell'assistenza odontoiatrica*, Prof. I. Annino  
9-23 Maggio 2007 ore 14.30-16.00 - Aula 2 Polo Murri

## 3° Anno

5002/25 - CM - Scienze Mediche  
*Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare*, Prof. P. Leoni  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula B

5002/9 - CM - Diagnostica per Immagini e Radioterapia  
*Apparecchiature di diagnostica per immagini*, Prof. A. Giovagnoni  
2 Maggio 2007, ore 14.30, Aula B

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

## 4° Anno

5002/28 - CM - Clinica odontostomatologica  
*Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse medico*, Dott. M. Piemontese, Dott. M.Re  
8 Maggio 2007, ore 14.30, Aula 2 Polo Murri 4° piano

## 5003 - CLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

### 1° Anno

5003/10 - Scienze Umane, Psicopedagogiche e Statistiche  
*CMF3 Psicologia Clinica (Forum)* Dott. B. Nardi  
2 Maggio 2007, ore 14,30 - Aula O Polo Murri

5003/7 - Pratica Sanitaria nell'Area Materno-Infantile  
*CMF6 Etica Clinica (Forum)* Prof. G. Danieli, Prof. A. Tagliabracci, Prof. A.L. Tranquilli  
16-23-30 Maggio 2007, ore 14,30 - Aula O Polo Murri

## 5004 - CLM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche

### 1° Anno

5004/8 - Scienze Giuridiche ed Economiche  
*L'evoluzione della normativa del sistema sanitario marchigiano* Prof.ssa M. De Angelis  
16 Maggio, 6 Giugno 2007, ore 14.30-17.30 - Aula I

16 Maggio, 6 Giugno 2007, ore 14.30-17.30 - Aula I

## 2° Anno

5004/9 - Scienze Informatiche Applicate alla Gestione Sanitaria  
*Reti informatiche e sicurezza* Dott. A. Ortali  
9 Maggio 2007, ore 14.30-17.30 - Aula I

5004/11 - Scienze Umane, Psicopedagogiche e Statistiche  
*CMF3 Psicologia Clinica (Forum)* Dott. B. Nardi  
2 Maggio 2007, ore 14.30

5004/3 - Dimensioni Antropologiche, Pedagogiche e Psicologiche  
*CMF6 Etica Clinica* Prof. G. Danieli, Prof. A. Tagliabracci, Prof. A.L. Tranquilli  
16-23-30 Maggio 2007, ore 14.30

## 3201 - Corso di Laurea in Fisioterapia

### 2° Anno

3201/9 - Riabilitazione Neuropsicologica  
*Obiettivi e Strategie della gestione dell'adulto con tumore del SNC*, Prof.ssa M.G. Ceravolo  
9-16 Maggio 2007, ore 9.30-12.30 - Aula 3, 4° piano, Polo Murri

3201/9 - Riabilitazione Neuropsicologica  
*La fatica nelle disabilità neurologiche e nell'anziano fragile*, Prof.ssa M.G.Ceravolo  
23-30 Maggio 2007, ore 9.30-12.30 - Aula 3, 4° piano, Polo Murri

## 3202 - Corso di Laurea in Infermieristica

POLO DIDATTICO DI ANCONA

### 1° Anno

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

### 2° Anno

3202/13 - Metodologia Assistenziale  
*Relazione dei profili di assistenza come integrazione di valenze professionali*, Dr A. Paolini  
16-23 Maggio 2007, ore 14.30-17.30 - Aula S





### 3° anno

3202/2 - Chirurgia Generale e Specialistica  
*L'infertilità maschile*, Prof. G. Muzzonigro,  
9-16-23 Maggio 2007 ore 14.30 Aula T

3202/2 bis - Chirurgia Generale e Specialistica  
*Le urgenze vascolari*, Prof. F. Alò,  
9- 16- 23 Maggio 2007 ore 16.30 Aula T

POLO DIDATTICO DI PESARO

### 1° anno

3202/4 - Fisiologia  
*Basi teoriche e pratiche dell'ECG*. Dr. M. Melone  
2-9 Maggio 2007 ore 15.30-18.30

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

3202/11 - Medicina Interna Generale e Specialistica  
*L'epatopatia da alcool: dalla fisiopatologia all'assistenza del paziente* Dr M. Marzoni  
16-23 Maggio 2007, ore 14.30-17.30

3202/13 - Metodologia Assistenziale  
*Counselling ed assistenza infermieristica* Dott.ssa S. Rasori  
9-16 Maggio 2007, ore 14.30-17.30

### 2° Anno

3202/11 - Medicina Interna Specialistica  
*Gestione clinica della malattia infiammatoria cronica intestinale* Prof. Benedetti, Dott. G. Feliciangeli, Dott. Di Sario  
2 Maggio 2007 ore 14.30-16.30

3202/13 - Metodologia Assistenziale  
*Counselling ed assistenza infermieristica* Dott.ssa S. Rasori  
9-16 Maggio 2007, ore 14.30-17.30

POLO DIDATTICO DI MACERATA

### 1° Anno

3202/15 - Patologia  
*Aspetti etiopatogenetici delle malattie autoimmuni organo specifiche e sistemiche* D.ssa Maria Rita Ripponi  
09-16-23 Maggio 2007, ore 14.30-16.30

3202/15 - bis - Patologia  
*Il metabolismo basale nell'uomo. Definizione e misura*,  
Dott.ssa Mara Fabbri  
9 Maggio 2007, ore 16.30-18.30

POLO DIDATTICO DI ASCOLI PICENO

### 1° Anno

3202/9 bis - Infermieristica Generale  
*Alle fonti dell'etica infermieristica*, Dott.ssa L. Passaretti  
9-16 Maggio 2007, ore 14.00-17.00, Aula 2 Centro  
Formazione ZT 13-AP

3202/9 bis - Infermieristica Generale  
*4) Il Counseling infermieristico nella relazione d'aiuto*,  
Dott.ssa L. Passaretti  
30 Maggio - 6 Giugno 2007, ore 14.00-17.00, Aula 2  
Centro Formazione ZT 13-AP

### 3204 - Corso di Laurea in Ostetricia

#### 2° Anno

3204/13 - Patologia Ostetrica  
*L'infertilità maschile*, Prof. G. Muzzonigro  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30 - Aula T

#### 3° Anno

3204/2 - Emergenze Medico-Chirurgiche  
*2) Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale*, Dott. N. Cester  
9-16-23 Maggio 2007, ore 14.30, Aula N

### 3209 - Corso di Laurea in Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro

POLO DIDATTICO DI FERMO

#### 1° anno

3209/4 - Scienze Biomediche  
*Mesoteliomi e mesodermomi: inquadramento generale*,  
Prof. C. Ferrari  
25 Maggio 2007, ore 15.00-18.00; 30 Maggio 2007, ore  
10.00-13.00

3209/4 - bis - Scienze Biomediche  
*Rischio e rumore: la normativa vigente*, Dott. S. Tascini  
16- 23 Maggio 2007, ore 10.00-13.00

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

#### 1° Anno

3205/4 - Biologia Generale  
*Tecniche di biologia molecolare: applicazioni in patologia*





*neoplastica*, Dott.ssa G. Goteri  
4-11 Aprile e 25 Maggio 2007, ore 14.30-16.30 - Aula  
Morgagni Anatomia Patologica

## 2° Anno

3205/2 - Anatomia Patologica  
*Marcatori tumorali in patologia oncologica*, Dott. C.  
Rubini, Dott. A. Santinelli  
2-9 Maggio 2007, ore 9.00-11.00 Aula Morgagni  
Anatomia Patologica

3205/8 - Microbiologia Clinica  
*I Virus neurotropi*, Dott.ssa P. Pauri  
9 Maggio 2007 ore 9.00-11.00 Aula Morgagni Anatomia  
Patologica

3205/11 - Scienze Interdisciplinari Cliniche  
*Oncologia molecolare nella diagnosi clinica; I fattori pro-  
gnostici predittivi in oncologia;  
Dal profilo genetico ai nuovi farmaci*, Dott.ssa R. Berardi  
16-30 Maggio e 7 Giugno 2007, ore 9.00-11.00 - Aula  
Morgagni Anatomia Patologica

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

### 1° Anno

3207/1 - Apparecchiature dell'Area Radiologica  
*I Rivelatori nelle Attività di Fisica Sanitaria: Dosimetria in*

*Radioterapia, Rivelatori a Termoluminescenza, Rivelatori a  
Stato Solido nella Registrazione dell'Immagine Digitale  
Radiologica*, Dott.ssa M. Giacometti  
2 Maggio 2007, ore 14.30-17.30, Aula H

3207/1- bis - Apparecchiature dell'Area Radiologica  
*Tecnologia Multidisciplinare nello Studio del Torace*, Prof.  
E. De Nigris  
9-16 Maggio 2007, ore 14.30-17.30, Aula H

3207/7 - Scienze Biomediche  
*Risposte cellulari agli insulti biologici derivati da radiazioni*  
23-30 Maggio, ore 14.30-17.30 - Aula L

### 2° Anno

3207/15 - Tecniche ed Apparecchiature di Medicina  
Nucleare I  
*Prospettive della Tecnologia in Medicina Nucleare: la PET*,  
Dott. P. Cinti, Dott. G. Ascoli  
23, 30 Maggio 2007, ore 14.30-17.30, Aula Didattica  
SOD di Medicina Nucleare - Azienda Ospedali Riuniti  
di Ancona

### 3° Anno

3207/13 - Tecniche ed Apparecchiature di Diagnostica per  
Immagini III  
*Progressi in Radiologia Interventistica*, Dott. E. Antico  
23, 30 Maggio 2007, ore 14.30-17.30, Aula H



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA



## FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE

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

### PSICOLOGIA CLINICA

*Corso integrato di Psichiatria, Prof. Gabriele Borsetti*

**2 Maggio 2007** Le organizzazioni di personalità, *Dott. Bernardo Nardi*

### ETICA CLINICA

*Corsi Integrati di Clinica Medica, Ginecologia ed Ostetricia*

*Prof. Armando Gabrielli, Prof. Andrea L. Tranquilli*

**16 Maggio 2007** Il metodo clinico rivisitato, *Prof. Giovanni Danieli*

**23 Maggio 2007** Protezione dei dati genetici, aspetti etici, deontologici e profili giuridici, *Prof. Adriano Tagliabracci*

**30 Maggio 2007** Autonomia decisionale della donna in gravidanza,  
*Prof. Andrea L. Tranquilli*

*Riservati agli Studenti del quinto anno del CLM in Medicina e Chirurgia, del quarto anno di Odontoiatria e Protesi Dentaria e del secondo anno dei CLM delle Professioni Sanitarie*

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

**Polo Eustachio - Aula Luciani**

**Tecnica e sanità militare**

Capitano di Vascello Dott. Alfonso Carleo

Riservato agli Studenti dei Corsi di Laurea Magistrale  
in Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche  
e Ostetriche e a quelli dei Corsi di Laurea Triennale  
in Infermieristica ed in Ostetricia

**9 - 16 Maggio 2007, ore 16,30-19,00**

**Master in  
Bioetica Generale e Clinica  
Coordinatore Adriano Tagliabracci**

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

**4° Ciclo**

**L'utilizzo delle cellule staminali  
da cordone ombelicale**

Prof. Salvatore Marcuso, Direttore Istituto di Clinica  
Ostetrica e Ginecologica - Università Cattolica del Sacro  
Cuore - Roma

**Lunedì 7 maggio 2007 ore 11,00-13,00 Aula I**

\* \* \*

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

**Incontri di Scienza e Filosofia  
coordinati da Fiorenzo Conti e Franco Angeleri**

*[.....]" tous les jours je m'asseyais à ma table de travail, j'y passais une heure ou deux, j'essayais un grand nombre de combinaisons et je n'arrivais à aucun résultat. Un soir, je pris du café noir, contrairement à mon habitude, je ne pus m'endormir: les idées surgissaient en foule; je les sentais comme se heurter, jusqu'à ce que deux d'entre elles s'accrochassent, pour ainsi dire, pour former une combinaison stable. Le matin, j'avais établi l'existence d'une classe de fonctions fuchsienues, [.....] je n'eus plus qu'à rédiger les résultats, ce qui me prit que quelques heures."*

(Henri Poincaré, Science et Méthode, Ed. Kimé, 1999)

Ancor oggi, guardando alla storia dell'uomo, non si può evitare di rimanere stupefatti da realizzazioni che - dalla pittura alla poesia, dalla scultura alla letteratura, dall'architettura alla musica, dall'ingegneria alla scienza - esprimono la capacità di vedere qualcosa che prima non era visibile e di generare un prodotto originale. Questa capacità viene chiamata creatività.

Tema di straordinario interesse, la creatività è stata trascurata dagli studi neurologici, neurofisiologici e psicologici classici, forse per la difficoltà dell'analisi, anche se le descrizioni introspettive che grandi del passato hanno dato dei loro processi creativi e alcuni studi sui rapporti tra creatività e intelligenza, creatività e genio e creatività e malattie neuropsichiatriche hanno fornito contributi ancor'oggi attuali. Negli ultimi decenni, grazie all'azione propulsiva delle Neuroscienze e all'introduzione di nuove tecniche di studio, come la risonanza magnetica funzio-

nale, si è verificato un incoraggiante aumento del numero di studi su numerosi aspetti della creatività. Anche se ancor ben lontani dalla comprensione dei meccanismi che generano lo *spark* creativo, soprattutto quello straordinario - di genio - stanno emergendo dati interessanti sulle basi neurofisiologiche cosce e inconscie della creatività e sul ruolo della plasticità, e quindi del rapporto tra fattori genetici e epigenetici, nei meccanismi che le sottendono. Le profonde implicazioni, anche sociali e politiche, che la conoscenza di questi argomenti comporta sono evidenti.

Il ciclo di conferenze proposto questo anno da *Scienza & Filosofia* mira appunto a chiarire la effettiva portata delle nuove conoscenze e a riconsiderare alcuni dei problemi classici alla luce dei nuovi dati e delle nuove metodologie di studio. L'alto profilo scientifico dei relatori assicura un notevole approfondimento della materia.



**a Medicina,  
di sera**  
Conversazioni con il Pubblico nella sede della Facoltà

Università Politecnica  
delle Marche

Facoltà di  
Medicina e Chirurgia  
Polo Didattico Scientifico  
Via Tronto  
Torrette di Ancona

**Incontri di Scienza e Filosofia**  
ideati ed organizzati da Fiorenzo Conti e Franco Angelini  
su **LA CREATIVITÀ**

**PAOLO MAZZARELLO**  
(Università di Pavia)  
*Sogno e creatività*

**Giovedì 10 maggio 2007**  
Aula T - ore 18.00

BancaEtruria

**a Medicina,  
di sera**  
Conversazioni con il Pubblico nella sede della Facoltà

Università Politecnica  
delle Marche

Facoltà di  
Medicina e Chirurgia  
Ancona

**Incontri di Scienza e Filosofia**  
ideati ed organizzati da Fiorenzo Conti e Franco Angelini  
su **LA CREATIVITÀ**

**PHILIPPE DAVERIO**  
(Università di Palermo)  
*Indizi dall arte*

**Sabato 19 maggio 2007**  
Aula Magna Rettorato - ore 17.00

BancaEtruria

**a Medicina,  
di sera**  
Conversazioni con il Pubblico nella sede della Facoltà

Università Politecnica  
delle Marche

Facoltà di  
Medicina e Chirurgia  
Polo Didattico Scientifico  
Via Tronto  
Torrette di Ancona

**Incontri di Scienza e Filosofia**  
ideati ed organizzati da Fiorenzo Conti e Franco Angelini  
su **LA CREATIVITÀ**

**EDOARDO BONCINELLI**  
(Università Vita e Salute, Milano)  
*Le tre fasi della creatività*

**Giovedì 24 maggio 2007**  
Aula T - ore 18.00

BancaEtruria

**a Medicina,  
di sera**  
Conversazioni con il Pubblico nella sede della Facoltà

Università Politecnica  
delle Marche

Facoltà di  
Medicina e Chirurgia  
Polo Didattico Scientifico  
Via Tronto  
Torrette di Ancona

**Incontri di Scienza e Filosofia**  
ideati ed organizzati da Fiorenzo Conti e Franco Angelini  
su **LA CREATIVITÀ**

**MASSIMO STANZIONE**  
(Università di Cassino)  
*Epistemologie  
evoluzionistiche e creatività*

**Giovedì 31 maggio 2007**  
Aula T - ore 18.00

BancaEtruria



## Senato Accademico del 30/3/2007

### Notizie sulle principali decisioni

#### *Comunicazioni del Presidente*

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- Il programma della Comunità Europea *Socrates Erasmus* si è trasformato nel nuovo programma LLP - *Lifelong Learning Program*
- Le votazioni per il rinnovo del CNSU si svolgeranno nei giorni 16 e 17 maggio p.v..

#### *Offerta formativa e potenziale formativo A.A. 2007/2008*

Sono stati approvati l'offerta formativa ed il potenziale formativo per l'a.a.2007/2008.

#### *Relazione nucleo di valutazione sui cicli di Dottorato di ricerca attivi anno 2006*

Il SA ha preso atto del giudizio formulato dal Nucleo di valutazione sui corsi di dottorato in oggetto.

#### *Contratti e convenzioni*

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

- 1) Convenzione Università Politecnica delle Marche e Alfea.
- 2) Convenzione Università Politecnica delle Marche e Alfia.
- 3) Convenzione quadro tra Università Politecnica delle Marche (Dip.to di Architettura, Costruzione e Strutture e Edilart Marche.
- 4) Protocollo d'intesa tra Università Politecnica delle Marche e Altran Italia s.r.l..

#### *Regolamenti*

Sono stati approvati i seguenti regolamenti:

- 1) Regolamento interno del Dipartimento di Elettromagnetismo e Bioingegneria.
- 2) Regolamento assegni di ricerca.
- 3) Regolamento Master per contratti di insegnamento.

#### *Varie ed eventuali*

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- 1) Ratifica D.R. n. 435 del 14/03/2007.
- 2) Parere sull'attivazione *Spin off* accademico denominato *Cedar Solutions S.r.l.* - Dipartimento di Elettronica, Intelligenza Artificiale e Telecomunicazioni.
- 3) Nomina del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza: Prof. G. Principato.
- 4) Accoglimento richiesta Consiglio Studentesco sulla continuità delle rappresentanze negli organi collegiali.
- 5) Adesione a corso di dottorato di ricerca "Medicina del Lavoro" 9° ciclo n.s..
- 6) Istituzione premio di laurea *Progettazione architettonica*.
- 7) Autorizzazioni a risiedere fuori sede.
- 8) Affidamento corsi d'insegnamento fuori sede - Prof. Mario Castellucci.
- 9) Attività didattica frontale a titolo retribuito - Dott.ssa Paola Vivalda.
- 10) Contratti per attivazione corsi ufficiali retribuiti - deroghe.
- 11) Conferimento laurea *honoris causa* dott. Bertolaso.

#### *Provvedimenti relativi alla copertura di posti per personale docente*

E' stata approvata la destinazione di n. 1 posto di professore universitario di ruolo di 1° fascia per il settore scientifico disciplinare BIO/02 "Botanica sistematica" da coprire mediante procedura di mobilità interna.



A CURA DI UGO SALVOLINI

## Consiglio di Amministrazione del 3/4/2007

### Notizie sulle principali decisioni

*Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:*

- Il 16 e 17 maggio p.v. si svolgeranno le votazioni per il rinnovo del CNSU.;
- Il Senato Accademico ha avviato la discussione sulla bozza di regolamento scuole di dottorato.

*Sono state autorizzate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni di procedura di spesa:*

- 1) Ist.to di Malattie Infettive e Medicina Pubblica - deroga regolamento scambi culturali, convegni etc..
- 2) Gettoni di presenza per i dipendenti universitari componenti dei seggi votazioni studenti CNSU.

*Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:*

- 1) Rinnovo convenzione tra l'Ist.to di Radiologia e la Ditta Ci.Di. di Senigallia.
- 2) Convenzione tra il Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative (Clinica di Gastroenterologia) e l'Azienda USL 10 di Firenze.
- 3) Convenzione con il Ministero della Salute - Direzione Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica.
- 4) Convenzioni nell'ambito del progetto AIFA tra il Dip.to di Scienze Mediche e Chirurgiche e:
  - l'Università degli Studi dell'Aquila (Dip.to di Medicina Interna e Sanità Pubblica);
  - l'Università degli Studi di Firenze (Dip.to di Medicina Interna);
  - l'Istituto Superiore di Sanità;
  - il Dip.to Medico Chirurgico di Internistica Clinica e Sperimentale "F. Magrassi e A. Lanzara" Seconda Università degli Studi di Napoli;
  - l'Università Cattolica del Sacro Cuore.
- 5) Convenzione tra il Dip.to di Patologia Molecolare e

Terapie Innovative e la Ditta Mavi Sud S.r.l..

*E' stato espresso parere favorevole sui seguenti regolamenti:*

Regolamento Master per contratti di insegnamento.

*E' stato autorizzato il conferimento di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.*

*Personale Tecnico Amministrativo*

Sono state individuate le procedure concorsuali per la copertura di n. 3 posti relativi al fabbisogno 2006 ed è stata avviata una procedura di mobilità interna, destinata al personale tecnico amministrativo in servizio presso i Dipartimenti che il CdA considera sottodotati.

*Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:*

- 1) Approvazione del collaudo dei lavori dell'ampliamento della Facoltà di Medicina e Chirurgia (2° lotto).
- 2) Indennità art. 9 comma 2 dello Statuto - Prof. Antonio Benedetti.
- 3) Contributo di € 10.000,00 dalla Boehringer Ingelheim S.p.A. al Dip.to di Scienze Mediche e Chirurgiche. (Prof.ssa M. Montroni)
- 4) Contributo di € 18.000,00 dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo all'Ist.to di Scienze Materno Infantili. (Prof. A.L. Tranquilli)
- 5) Contributo di € 14.000,31 dalla ASUR Marche al Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative. (Prof. W. Grassi)
- 6) Ist.to di Scienze Materno Infantili - Compenso incentivante di € 8.802,59 al Prof. Carlo Catassi - contratto europeo acronimo "COELIAC-EU".
- 7) Maggiorazione aliquota borse di studio dottorato cofinanziate.
- 8) Scioglimento convenzione per la redazione di elaborati tecnici per nuovo Ospedale Salesi a Torrette.
- 9) Modifica regolamento viaggi di istruzione.

MARCO GRILLI

Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi  
Università Politecnica delle Marche

## Appunti di viaggio

### 1. La nascita

Si nasce. Senza che sia una scelta, senza un nome. Così come si muore. Da esprimere a volte in forma del tutto impersonale, per sopportarne la meraviglia, o il dolore. A volte senza che altri lo abbiano deciso, come un fatto.

Un processo che prende forma, cresce fino a giungere a maturazione, per poi esplodere, necessario e violento. *"Un momento ineffabile, impalpabile... fragile, impercettibile..."* (Leboyer).

Eppure nascere è anche il "trauma" di un salto nel vuoto, è come imparare a volare, l'istante preciso in cui manca la terra sotto i piedi, o ad andare in bicicletta la prima volta, c'è sempre uno stacco, la mano che ti lascia: ecco che sei da solo.

La vita è un gioco sottile, legato a un filo, che si spezza, al principio e alla fine, in mezzo c'è la nostra paura di attimi sospesi nel vuoto, anestetizzati nelle fenomenologie sociali di ogni giorno, eppure consapevoli. Chiamati a camminare su un ponte di vetro sottile, lentamente o correndo, con una danza, come equilibristi, senza via di uscita. Tutto questo è meraviglioso.

La vita è una gara ad ostacoli, basata sulla violenza e su un principio crudele di efficientismo, e insieme di ridondanza. Miliardi di miliardi di semi, spore, ovuli, spermatozoi, secrezioni ghiandolari che aspettano, schizzano, volano, nuotano, alla ricerca di un approdo, ogni specie ha elaborato strategie riproduttive proprie, le più diverse, le più adatte per sopravvivere, ogni individuo che si forma è testimone per un attimo di questo transito, ciascuno figlio di un incontro del tutto improbabile, uno tra infiniti possibili.

Eppure si nasce. Se niente o nessuno lo vieta, paure, debolezze o imperativi sociali, patologie o incidenti, se qualcuno viene in aiuto, o se non interviene alcunché di impeditivo, la vita continua, secondo natura e necessità.

Si nasce, senza che sia una scelta, senza un nome né vestiti addosso, senza un ruolo. Ma umanamente tutto si definisce attraverso la mediazione di universi simbolici, anche le invarianti più strettamente naturali e biologiche, le fasi del ciclo della vita, la riproduzione, gli stati affettivi, la salute e la malattia, il nascere e il morire...

Cosicché ci sono figli impossibili, abortiti a volte ancora prima di poter essere concepiti, definizioni linguistiche e sociali di una vita, come se la vita avesse bisogno di mediazioni simboliche e di costruzioni sociali.

Non ci sono mai figli impossibili, la vita si spiega da sé, in una modalità autopoietica, ancor prima che possa essere detta. I bambini, i fiori nel deserto, nascono da soli, così come i funghi, senza averlo chiesto, senza i nostri linguaggi, semplicemente seguendo la logica della vita che è intrinseca a ogni sua forma, e sussiste propriamente in ogni forma che assume.

Non si nasce una sola volta. C'è una nascita biologica, il "trauma" primario, e poi c'è una nascita psicologica, che significa uscire da uno stato di indifferenziazione simbiotica, di "autoerotismo" o "narcisismo" (Freud), per attuare il processo di separazione dalla figura materna, seppure tra ambivalenze e incertezze reciproche (Mahler).

Ci sono figli che hanno paura di volare, o madri che li tengono per le ali, per paura che possano cadere, oppure per un semplice desiderio sessuale di fagocitare il proprio frutto.

*"Devo spiegarti perché odio, perché detesto, perché aborro il tuo libro Lettera a un bambino mai nato. E perché mi nausea ascoltare ciò che stai sostenendo. Io non voglio sapere che cosa c'è dentro un ventre di donna. Io inorridisco a sapere che cosa c'è dentro un ventre di donna. Una volta anche mia madre tentò di spiegarmi che cosa c'è dentro un ventre di donna. E ci litigai. Io che amo tanto mia madre"* (Pasolini, riportato in O.Fallaci, 2005).

Non si nasce una volta sola, una volta per tutte. Nei processi di identificazione adolescenziale (Erikson) si ripropone una nuova nascita psicologica, un tempo sancita socialmente da rituali prescrittivi di iniziazione, oggi invece diluita in un' "età incerta" che si prolunga oltre i propri confini fisiologici, perfettamente in linea con il clima aleatorio ed evanescente di questa "modernità liquida".

E si nasce, ancora, c'è sempre la meraviglia della prima volta, il primo bacio, la nascita di un figlio, il distacco e la perdita, i processi degenerativi fisiologici e psichici, ciascun evento configura un passaggio, di gioia o di dolore (o di entrambi), un "lutto" da elaborare per qualcosa che si è comunque lasciato indietro. La morte infine è un' ultima nascita, qualcosa di simile a un ritorno.

... *"Dimmi ora tu a questo proposito della vita e della morte. Non ti sembra che la morte è il contrario della vita?" - "Sì" - "E che si generano l'una dall'altra?" - "Sì" - "Che cosa nasce dalla vita?" - "La morte" ... - "E dalla morte?"* incalzò Socrate - *"E' necessario conve-*



nire che nasca la vita" (Platone, Fedone).

Così le *Weltanschauungen* (concezioni del mondo) arcaiche, ispirate all'evidenza di una continua rinascita ciclica della natura, e i loro rituali che esprimono il "mito dell'eterno ritorno", tali da esorcizzare la storia, neutralizzarne il corso imprevedibile (Eliade).

Ma la storia continua, al di là delle mitologie e dei rituali umani.

Miliardi di miliardi di semi, spore, ovuli, spermatozoi, secrezioni ghiandolari che aspettano, schizzano, volano, nuotano, alla ricerca di un approdo, ogni individuo che si forma è testimone, per un istante, di questo passaggio.

#### Bibliografia

- 1) A.Forsyth, Storia naturale del sesso. Riproduzione , sessualità, amore nel mondo delle piante, nelle società degli animali, nelle culture dell'uomo, Lyra, Como 1991
- 2) L.Valdrè, Il linguaggio dell'eros. La parola come segnale erotico, Rusconi, Milano 1991
- 3) G.Piazzi, La ragazza e il Direttore, Angeli, Milano 1997
- 4) P.Stauder, La memoria e l'attesa, Quattroventi, Urbino 1999
- 5) P.Stauder, La società devota, Quattroventi, Urbino 1996
- 6) L.Marconi, Un altro uomo. Riflessioni e speranze intorno alla nascita di un bambino, in F.Manattini, P.Stauder (a cura di), Il silenzio per dirlo. Crisi della comunicazione sociale e ambiente umano, Quattroventi, Urbino 2000
- 7) O.Fallaci, Lettera a un bambino mai nato, Rizzoli, Milano 1975
- 8) O.Fallaci, Oriana Fallaci intervista se stessa. L'Apocalisse, Rizzoli, Milano 2005
- 9) A.Balint, L'amore per la madre e l'amore della madre, in M.Balint, L'amore primario, Cortina, Milano 1992
- 10) S.Lagorio, L.Ravasi, S.Vegetti Finzi, Se noi siamo la terra. Identità femminile e negazione della maternità, il Saggiatore, Milano 1996
- 11) O.Rank, Il trauma della nascita e il suo significato psicoanalitico, Guaraldi, Rimini 1972
- 12) F.Leboyer, Per una nascita senza violenza, Bompiani, Milano 1998
- 13) J.R.Greenberg, S.A.Mitchell, Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica, il Mulino, Bologna 1995
- 14) S.Freud, Introduzione al narcisismo, in Opere 1905/1921, Newton Compton, Roma 1995
- 15) M.Mahler, F.Pine, A.Bergman, La nascita psicologica del bambino, Boringhieri, Torino 1978
- 16) E.Erikson, Infanzia e società, Armando, Roma 1966
- 17) E.Sgreccia, Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica, Vita e pensiero, Milano 1994
- 18) P.Flores D'Arcais, C.A.Viano, S.Rodotà, E.Lecaldano, M.Moro, C.Flamini, Contributi su temi di bioetica, in MicroMega n.2, 1997
- 19) L.Sepulveda, Storia di una gabbianella e del gatto che le insegnò a volare, Salani, Roma 1996
- 20) Platone, Teeteto, Fedone, in Tutte le opere (vol .1), Newton Compton, Roma 1997
- 21) M.Eliade, Il mito dell'eterno ritorno. Archetipi e ripetizioni, Borla, Roma 1968
- 22) F.Alberoni, Statu nascenti. Studi sui processi collettivi, il Mulino, Bologna 1968



## Le malattie sessualmente trasmesse

Le malattie sessualmente trasmesse (MST) sono costituite da più di 50 condizioni patologiche di natura infettiva che vengono trasmesse attraverso i rapporti sessuali, ovvero lo scambio fra i partners di fluidi biologici come lo sperma, l'essudato vaginale, il sangue e la saliva (Fig. 1).

Le malattie sessualmente trasmesse rappresentano oggi una delle classi di malattie infettive più frequenti nel mondo: secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ogni anno vengono registrati 340 milioni di nuovi casi di MST nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 45 anni, con la massima prevalenza in Sud Africa e nel Sud-Est Asiatico. L'incidenza di queste malattie è in costante aumento in tutto il mondo. Tale incremento è da attribuire a diversi fattori che comprendono l'aumento del numero dei viaggi, l'aumento dell'immigrazione, la promiscuità e il precoce inizio dei rapporti sessuali, l'aumento del fenomeno della prostituzione sia maschile che femminile. A questi fattori che possiamo definire di tipo sociale, si possono aggiungere anche fattori di tipo biologico, quali la resistenza di alcuni microrganismi patogeni nei confronti degli antibiotici (antibiotico-resistenza) e la capacità di alcuni agenti patogeni di causare una sintomatologia sfumata o del tutto assente.

Negli ultimi 40 anni abbiamo assistito ad una diminuzione delle

*Corso Monografico tenuto in Facoltà nei giorni 8-15-22 novembre 2006 per i Corsi di Laurea in Infermieristica e in Ostetricia.*

MST "classiche" veneree, cioè la sifilide e la gonorrea, mentre nello stesso tempo si è verificato un notevole incremento delle MST cosiddette "emergenti", cioè le infezioni simil-gonococciche da Chlamydia e micoplasmii, quelle da Trichomonas, dall'Herpes Genitalis (HSV2) e dal virus del papilloma umano (HPV). Le MST rappresentano oggi un problema importante di salute pubblica strettamente connesso a problematiche di economia sanitaria e di carattere sociale, poiché direttamente o attraverso le loro complicanze, hanno un grosso impatto sul singolo paziente e sulla collettività. In particolare, un certo numero di MST può avere risultati potenzialmente seri nella salute fisica e psicologica delle persone affette; le MST possono provocare un effetto avverso sui rapporti interpersonali; alcune possono favorire la diffusione da HIV; infine un certo numero di MST può determinare una trasmissione materno neonatale o può causare sterilità o infertilità.

Per tale motivo la maggioranza delle istituzioni sanitarie internazionali oggi rivolge particolare attenzione soprattutto agli interventi di prevenzione e di sorveglianza delle MST, che coinvolgono a più livelli strutture sanitarie e clinici, in uno staff costituito sia da personale medico e paramedico che da personale amministrativo.

Non solo i medici specialisti (ginecologi, urologi, dermato-venereologi), ma anche i medici di famiglia rivestono un ruolo cruciale, in quanto il loro intervento incide più da vicino sul singolo paziente, sui soggetti ad alto rischio e sulla popolazione nel suo insieme.

Pertanto i concetti di prevenzione

Malattie Sessualmente Trasmesse	Agente Eziologico
<b>Batteriche</b> 1- Sifilide 2- Ulcera venerea 3- Linfogranuloma venereo 4- <u>Vaginosi batterica</u>  5- <u>Gonorrea</u> 6- <u>Infezione da Chlamydia</u> 7- <u>Infezione da Micoplasmii</u>  8- Donovanosi	Treponema pallidum Emophilus ducrey Chlamydia Trachomatis (L1, L2, L3) Gardnerella vaginalis Michoplasma Hominis  Neisseria gonorrhoea Chlamydia Trachomatis (D,K) Micoplasma Hominis Micoplasma genitalium Ureaplasma urealiticum Calymmatobacterium granulomatis
<b>Micotiche</b>	<u>Candidosi genitale</u> Candida albicans, c. tropicalis, c. ducrey
<b>Parassitarie</b>	1- Scabbia 2- Pediculosi Sarcoptes scabiei hominis Phthirus pubis
<b>Protozoarie</b>	<u>Trichomoniasi</u> Trichomonas vaginalis
<b>Virali</b>	1- Herpes Simplex anogenitale 2- Mollusco Contagioso 3- Infezioni da HPV 4- Infezioni da HIV 5- Epatiti virali HSV1,2 Virus MC HPV 6,11,16,18,31,35, ..... HIV1,2 HAV, HBV, HCV,....

Fig. 1 - Principali malattie sessualmente trasmesse.

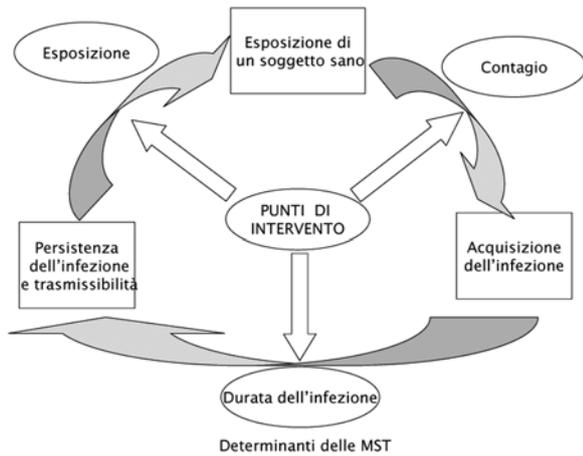


Fig. 2 - Determinanti delle malattie sessualmente trasmesse.

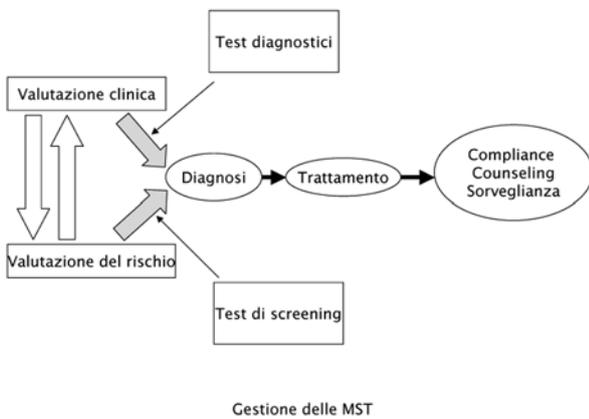


Fig. 3 - Gestione delle malattie sessualmente trasmesse.

primaria e secondaria devono essere rielaborati e inseriti in schemi di approccio multidisciplinare.

I determinanti delle MST possono essere pensati come un *continuum* che inizia dall'esposizione dell'individuo all'agente infettivo, prosegue con la acquisizione dell'infezione e termina con la capacità di trasmissione dell'infezione acquisita (Fig. 2).

Per ognuno dei punti evidenziati esistono specifiche opportunità di prevenzione e controllo delle MST. Se consideriamo l'esposizione, risulta importante il ruolo di un adeguato *counseling* rivolto a tutti i soggetti sani esposti al rischio di contrarre una MST (Fig. 3).

Il clinico deve raccogliere un'anamnesi dettagliata, pun-



Fig. 4 - Lucas Cranach il Vecchio, Venere ed Amore, Galleria Borghese, Roma.

tando l'attenzione sui seguenti punti critici:

- storia clinica generale; storia e abitudini sessuali;
- eventuale presenza di sintomi predittivi di malattia nel partner;
- attuale assunzione di farmaci ed eventuali allergie a farmaci;
- fattori di rischio specifici per infezione da HIV e lo



Fig. 5 - Agnolo Bronzino, Allegoria, National Gallery, Londra.

#### HBV/HCV;

- anamnesi ostetrica e ginecologica (indagando eventuale assunzione di contraccettivi non di barriera) e storico della citologia cervicale.

I sintomi suggestivi di MST:

- nelle donne sono frequenti i sintomi correlati con infezioni genitourinarie; dolore pelvico, dispareunia, perdite ematiche atipiche, perdite vaginali (leuco-xantorrea);
- negli uomini si possono osservare perdite uretrali, disuria, pesantezza e dolore pelvico.
- in entrambi i sessi si possono osservare ulcere genitali, dolore rettale o perdite ematiche/sierose/purulente, artrite mono/pauciarticolare, congiuntivite.

Nell'ambito del contagio dobbiamo tener presente che agenti patogeni virali come HSV e HPV non riescono a essere controllati al 100% con gli usuali metodi di barriera, come accade invece per la Chlamydia o l'HIV. La vaccinazione contro l'epatite B risulta efficace nel prevenire le infezioni, sia nel singolo individuo che nella popolazione generale.

La fase in cui l'approccio terapeutico del clinico ha il più

ampio impatto è rappresentata dalla durata dell'infezione, coinvolge il monitoraggio dei pazienti per valutare la prevalenza delle differenti MST e permette un incontro periodico con il paziente al fine di realizzare uno *screening* individuale per infezioni asintomatiche o latenti, o addirittura per nuove infezioni.

L'insieme di queste strategie, adottate quotidianamente nella pratica clinica, è essenziale, se l'obiettivo è quello di avere un controllo nel tempo dei soggetti esposti. Gli *screening di routine* sono correntemente raccomandati soprattutto per gruppi di soggetti asintomatici con comportamenti ad alto rischio. Il ruolo del clinico è quello di individuare tale categoria.

Per quei soggetti apparentemente non appartenenti a gruppi a rischio dovrebbe divenire di *routine* un'anamnesi che indaghi i rischi comportamentali correlati alle abitudini sessuali e all'abuso di sostanze stupefacenti. Molti studi hanno dimostrato che meno di un terzo dei clinici riesce a raccogliere un'adeguata anamnesi. Pertanto sono state delineate una serie di raccomandazioni (linee guida) per il corretto *screening* dei soggetti a rischio, in base all'età, all'efficacia dei diversi test in termini di sensibilità e specificità e ai loro costi.

L'approccio clinico prevede la visita dell'area ano-genitale, l'esame con *speculum*, la visita bimanuale della pelvi e l'impiego di altri esami, se necessario sulla base dei sintomi presenti.

A tal proposito è importante sottolineare come talora alcuni esami strumentali possano essere responsabili di danni iatrogeni: è questo ciò che accade a seguito di manovre strumentali invasive, diagnostiche o terapeutiche (isteroscopie, isterosalpingografie, inserimento di dispositivi intrauterini, *curettagge*) se eseguite anche in pazienti asintomatiche, in quanto possono dar luogo a danni tubarici o addirittura ad un quadro di malattia infiammatoria pelvica, per ascesa di patogeni provenienti dall'endocervice o dalla vagina.

Per evitare tutto ciò è sempre indicato eseguire in una fase preliminare delle colture vaginali e cervicali, mirate anche alla ricerca di Chlamydia Trachomatis e Nesseria gonorrhoeae, in modo tale che, se positive, sia possibile impostare un'adeguata terapia antimicrobica. Soltanto dopo l'eradicazione del patogeno si potrà eseguire un'indagine strumentale invasiva.

Si raccomanda lo *screening* per Chlamydia e la Nesseria gonorrhoeae per la maggior parte delle pazienti, in quanto tale infezione ha un'alta prevalenza, è in genere subclinica o asintomatica (donne: 60 - 80% maggiormente in



Fig. 6 - Annibale Carracci, Venere e Satiro con due amorini, Galleria degli Uffizi, Firenze.

età adolescenziale; uomini: 50-60%), ha sequele serie e frequenti. I test diagnostici per le suddette infezioni attualmente disponibili sono altamente specifici e sensibili.

Molti pazienti con malattia sintomatica si presenteranno dal clinico con una MST chiaramente riconoscibile, che orienta verso le più idonee indagini diagnostiche e di conseguenza trattamenti più adeguati.

È importante comunque notare che il presentarsi di una paziente con MST dal proprio curante rappresenta un'opportunità unica per la valutazione anche di altre MST e per intraprendere un adeguato *counseling* volto all'educazione sulle misure preventive per ridurre il rischio di contrarre in futuro nuove MST. Infatti un soggetto con pregressa MST è esposto ad un rischio maggiore rispetto alla popo-

lazione generale di contrarre un'altra MST.

Tutti i soggetti che si presentano con una MST dovrebbero essere sottoposti ai test sierologici per sifilide, HBV, HIV e HCV, tenendo presente che l'economicità delle indagini sierologiche per sifilide ne rende consigliabile l'impiego di *routine*, che le indagini sierologiche per HBV possono essere evitate in soggetti vaccinati e che quelle per HIV e HCV devono essere prescritte dopo appropriato *counseling*. Analogamente la donna dovrebbe essere valutata per lo *screening* del cervico-carcinoma, in considerazione della patogenesi HPV correlata di questa patologia che la fa assimilare ad una patologia sessualmente trasmessa.

La cura delle MST coinvolge il trattamento di pazienti sia asintomatici che sintomatici e deve tener conto:

- della *compliance* delle pazienti: nella scelta del tratta-



Fig. 6 - Annibale Carracci, Venere e Cupido, Galleria Esense, Modena.

mento, talora è preferibile prescrivere una *short therapy*, giusto equilibrio tra efficacia e accettabilità da parte del soggetto;

- *counseling*: attraverso un adeguato counseling è anche possibile curare i partner a rischio di nuove MST;
- sorveglianza di tutti i soggetti con MST, in quanto a rischio di recidive o di nuove infezioni.

### Conclusioni

Nessuna MST può essere considerata come un problema isolato, in quanto sono sempre più frequenti le infezioni multiple (nel 15-20% dei casi si evidenzia la presenza contestuale di due o più patogeni). La presenza di una MST denota un comportamento sessuale ad alto rischio, che spesso si associa al rischio di contrarre altre infezioni, talora più gravi. Non si deve trascurare il problema dei partner infetti né quello dei soggetti asintomatici. Oltretutto nel nostro Paese attualmente è presente l'obbligo di denuncia soltanto per la sifilide e per la *Neisseria gonorrhoeae*, ma non per alcune MST emergenti; ciò comporta l'inevitabile sottostima dei casi di infezione realmente esistenti.

Per una efficace sorveglianza delle MST sono necessarie:

- una conoscenza precisa della situazione epidemiologica esistente, attraverso sistemi di sorveglianza e osservazione nel tempo, che permettano di inquadrare adeguatamente il problema;
- una strategia preventiva che consenta di ottenere il mas-

simo del beneficio con il minimo costo;

- una diagnosi sempre avallata da indagini di laboratorio;
- una terapia che alcune volte viene estesa anche ai *partner* asintomatici e ai portatori sani occasionalmente identificati.

Nella gestione delle pazienti affette da MST occorre tener presente che tali infezioni hanno la massima incidenza nella fascia d'età compresa tra i 16 e i 24 anni; pertanto è proprio in questa fascia d'età che hanno impatto maggiore le misure preventive.

### Bibliografia e letture raccomandate

- 1) Reitano M. Counseling patients with genital warts. *Am J Med* 1997 May 5;102(5A):38-43.
- 2) Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102(5A):3-8.
- 3) European Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynaecology. Recommendations for the diagnosis and treatment of HPV infections of the female genital tract. *ESIDOG Journal* vol 4+5 (suppl) 2/2001.
- 4) Boselli F. *Testo Atlante: Infezioni sessualmente trasmesse*. Searle, 2001.
- 5) Brentjens MH, Yeung-Yue KA, Lee PC, Tyring SK. Human papillomavirus: a review. *Dermatol Clin* 2002; 20(2):315-31.
- 6) Wiley DJ, Grosser S, Qi K et al. Validity of self-reporting of episodes of external genital warts. *Clin Infect Dis* 2002; 35(1):39-45.
- 7) Centers for Disease and Control and Prevention. Screening test to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections 2002. *MMWR* 2002;51(RR-15):1-38.
- 8) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Management of genital herpes in pregnancy*. London, 2002.
- 9) Peipert JF. Genital chlamydial infections. *N Engl J Med* 2003;349:2424-30.
- 10) British Association for Sexual Health and HIV. National guideline for the management of pelvic inflammatory disease. London (England): BASHH;2005.
- 11) Sexually transmitted and other reproductive tract infections - A guide to essential practice. Geneva: WHO;2005.
- 12) Sexually transmitted Infections among adolescents. Geneva: WHO;2005.
- 13) ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines For Obstetricians- Gynecologists, N° 72, May 2006.
- 14) Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *MMWR* 2006; 55(RR11):1-96.
- 15) Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Ottawa: Public Health Agency; 2006.
- 16) Centers for Disease and Control and Prevention. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006: Fluoroquinolones No Longer Recommended for Treatment of Gonococcal Infections. *MMWR* 2007;56(14):332-36.

STEFANIA FORTUNA,

Università Politecnica delle Marche

ALESSANDRO AIARDI

Biblioteca Comunale Benincasa, Ancona

## Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) nella Biblioteca Comunale Benincasa di Ancona

Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) è un medico della seconda metà del Cinquecento che gode ancora di una certa fama, perché considerato padre dei trapianti e della chirurgia plastica. Nacque a Bologna, a Bologna compì i suoi studi universitari nella Facoltà di Medicina, e nella stessa Facoltà insegnò poi per tutta la vita, che si concluse nel 1599, quando aveva 54 anni.

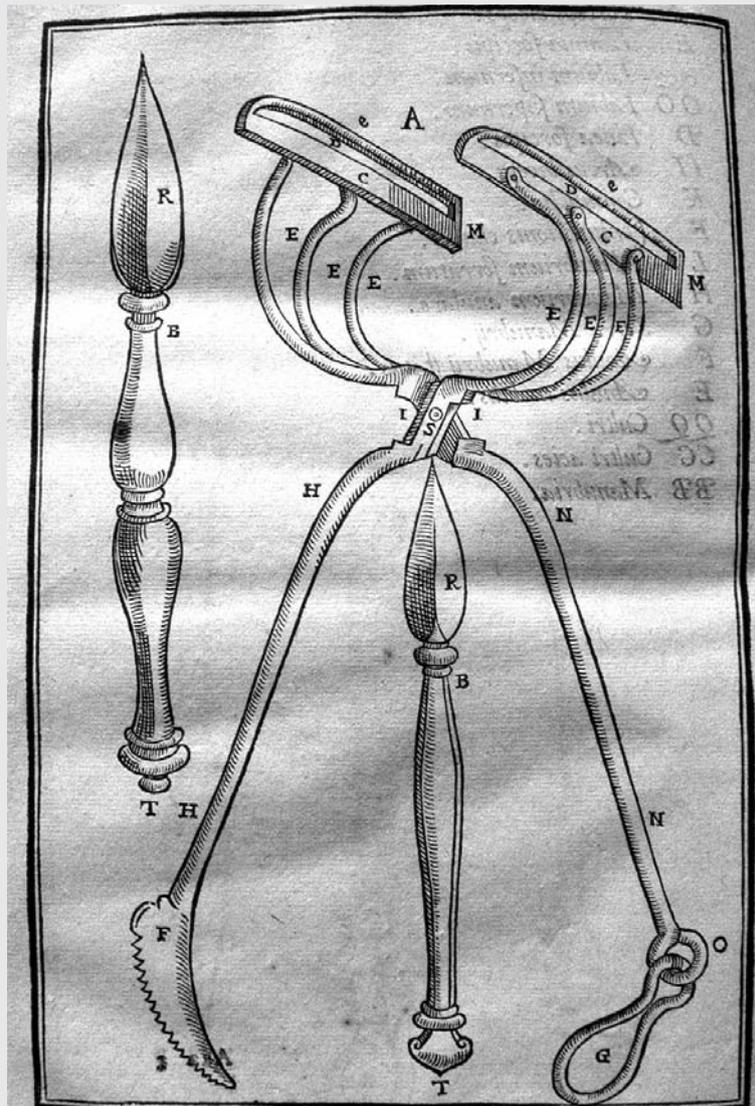
Due anni prima, nel 1597, Tagliacozzi pubblicò a Venezia, dall'editore Gaspare Bindoni, l'opera intitolata *De curtorum chirurgia per insitionem*, dove raccolse i risultati delle sue esperienze chirurgiche principalmente di ricostruzione del naso, ma anche delle orecchie e delle labbra. Si tratta di un'edizione di pregio, dedicata a Vincenzo Gonzaga, duca di Mantova e del Monferrato, e fornita di un ricco apparato di illustrazioni che riguardano gli strumenti chirurgici, i bendaggi e i pazienti, prima e dopo l'intervento. A lungo Tagliacozzi lavorò a questa sua opera, che doveva essere già pronta nel 1586, quando scrisse una lettera al collega Girolamo Mercuriali sull'argomento.

Tagliacozzi giusti-

fica e descrive in dettaglio, nelle diverse fasi, gli interventi di ricostruzione di naso, labbra e orecchie, ritenendo il volto la parte più importante dell'uomo, a cui è legata la sua identità. Questi interventi sono tutti fatti attraverso il prelievo del lembo cutaneo dal braccio, che viene prima innestato sulla parte da ricostruire, e dopo un certo tempo separato dal braccio stesso. Tagliacozzi non esclude in teoria il trapianto eterologo, che avrebbe -

secondo lui - dei vantaggi, come per esempio la possibilità di restituire ad un paziente un naso fatto con una pelle migliore rispetto a quella di cui egli stesso dispone, proveniente cioè dal braccio di un qualche donatore, ma vede difficoltà pratiche insormontabili, come tenere uniti per un lungo tempo due diversi individui.

La rinoplastica aveva avuto dei precedenti. Era infatti una pratica tradizionale in India, dove il taglio del naso era una punizione inflitta di frequente per diversi reati, tra cui l'adulterio. Pare che, già nel XIII sec. a.C., fossero qui fatti interventi di ricostruzione del naso attraverso il prelievo





della pelle dalla fronte. In Occidente, a partire dall'inizio del Quattrocento, due medici siciliani, Gustavo prima e Antonio Branca poi, padre e figlio, praticarono la rinoplastica a Catania, utilizzando la pelle della guancia. Nel corso del Cinquecento, una famiglia di chirurghi calabresi, i Vianeo, si tramandò il segreto della tecnica di rinoplastica con prelievo della pelle dal braccio. Un medico bolognese, Leonardo Fioravanti, collega di Tagliacozzi, era riuscito ad assistere di nascosto ad uno di questi interventi fatti dai fratelli Pietro e Paolo Vianeo e ne aveva dato notizie precise nella sua opera intitolata

*Tesoro della vita humana* e pubblicata a Venezia nel 1568. A Bologna la rinoplastica fu infine praticata dal maestro dello stesso Tagliacozzi, il medico ed anatomista Giulio Cesare Aranzi.

Tagliacozzi non fu sempre disposto a riconoscere debiti e si presentò piuttosto come un innovatore. I suoi meriti sono comunque indiscutibili. Charles Daremberg ha affermato che Tagliacozzi *'a perfectionné la méthode et ... a fait sortir l'autoplastie des empiriques ou des spécialistes, pour la faire entrer définitivement dans le*



*domaine de la science'.*

L'opera di Tagliacozzi ebbe subito un certo impatto nella comunità scientifica. Nel 1597 fu pubblicata un'altra edizione del *De curtorum chirurgia per insitionem* a Venezia, da Roberto Meietti, più economica e non autorizzata, che dovette però essere bloccata nella distribuzione, perché le copie esistenti sono molto scarse. L'anno successivo, nel 1598, fu pubblicata una terza edizione in Germania, a Francoforte, da Johann Saur. La quarta fu pubblicata invece soltanto oltre due secoli dopo, nel 1831, a Berlino, con introduzione di Johann

Friedrich Dieffenbach, una delle figure più significative per la nascita della moderna rinoplastica. Nei due secoli successivi alla morte di Gaspare Tagliacozzi, infatti, la chirurgia plastica non fu praticata e fu messa in discussione la possibilità stessa del trapianto.

Tagliacozzi, che in vita ebbe onori e fama, cadde in disgrazia e fu accusato tra l'altro di magia e stregoneria.

Il suo nome compare, per esempio, nella storiella difamatoria del naso dello schiavo, che ebbe grande fortuna tra Seicento e Settecento e con varianti è attestata anche in Campanella e in Voltaire. Il padrone che



aveva perso il naso in un qualche duello costrinse lo schiavo a dargli la pelle del braccio per farsene un altro, in cambio della libertà. Tagliacozzi eseguì l'intervento che assicurò al padrone un nuovo naso. Per alcuni anni

il padrone andò in giro con il nuovo naso, ma quando il servo morì, anche il naso del padrone andò in cancrena e cadde. La morale insegna che tra donatore e organo donato permane un legame che è indissolubile.

Le immagini che qui si presentano sono tutte tratte dalla prima edizione del *De curtorum chirurgia per insitionem* di Gaspare Tagliacozzi, pubblicata a Venezia da Gaspare Bindoni nel 1597, di cui un esemplare è conservato presso la Biblioteca Comunale Benincasa di Ancona.

BERNARDO NARDI, ILARIA CAPECCI

Psicologia Clinica e Psicopatologia  
Università Politecnica delle Marche

## Gli assi di sviluppo del sé

### Introduzione

L'esperienza clinica consente di individuare alcune direttrici fondamentali di sviluppo che, agendo all'interno dei processi di attaccamento, hanno determinato (e continuano a determinare in ogni storia di sviluppo) la comparsa delle diverse modalità di organizzare la personalità e di costruire il significato personale (Nardi, 2001; Nardi e Capecci, 2005-2007a). Queste direttrici, responsabili della chiusura tacita che definisce e stabilizza i contorni di ciascuna organizzazione, possono essere considerate come *assi primari* o "*processuali*". D'altra parte, è possibile individuare una serie di direttrici secondarie che, pur assumendo un valore diverso a seconda della organizzazione di ciascun soggetto, consentono di esprimere le innumerevoli aperture strutturali, le quali rendono ciascun individuo unico e irripetibile e caratterizzano in maniera peculiare le sue trame narrative. Esse possono quindi essere considerate come *assi secondari* aventi caratteristica di "*descrittivi*" delle espressioni e dei tratti individuali.

### Assi primari o "processuali"

Piuttosto precocemente, nei primi anni di vita, iniziano a delinearsi due modi diversi di percepire la reciprocità. Nel bambino che ricerca l'attaccamento, questi modi emergono lungo un asse primario processuale, relativo alla maggiore o minore prevedibilità degli atteggiamenti della figura accudente (Fig. 1).



Fig. 1 - Asse processuale di sviluppo: messa a fuoco dall'interno (inward) o dall'esterno (outward) in relazione alla alta o bassa prevedibilità degli atteggiamenti accudenti.

In questo processo, acquista un valore fondamentale la capacità di distinguere e riordinare due aspetti irriducibili dell'esperienza: la percezione di sé che costruisce il senso interno e quella dell'ambiente fisico e relazionale, che dà il senso esterno. Entrambe queste percezioni hanno un valore adattivo, ma la prevalenza dell'una sul-

l'altra varia lungo l'asse sopra descritto, da individuo a individuo. In particolare, in accordo con Guidano e Arciero (2003), la prevedibilità dell'accudente e la stabilità del contesto esterno, così come vengono percepite soggettivamente dal bambino, orientano verso una lettura interna (*inward*), mentre la imprevedibilità dell'accudente e la variabilità del contesto esterno orientano verso una lettura esterna (*outward*). In questo modo, in alcuni soggetti, emerge gradualmente la tendenza a centrare l'attenzione sul mondo interno, leggendo a partire da esso il contesto esterno (ad es., *provo paura, quindi c'è pericolo*); in altri soggetti, viceversa, l'attenzione viene precocemente orientata in modo prevalente sull'ambiente esterno, con lettura del mondo interno in base alle percezioni ricavate dal contesto (ad es., *mi dicono che questo è buono, quindi mi piace*). La ripetitività e la sovrapposibilità delle risposte provenienti dall'ambiente delimitano e semplificano i segnali da apprendere, ne facilitano il riconoscimento e ne consentono, a propria volta, l'espressione da parte del bambino. In particolare, sono focalizzabili precocemente quelle attivazioni soggettive che vengono indicate come emozioni di base (paura, rabbia, tristezza, gioia, e, in parte, disgusto), in quanto appaiono comuni e decodificabili da soggetti in età infantile a qualsiasi contesto socio-culturale e geografico appartengano (Guidano, 1987, 1991; Ekman, 2003; Arciero, 2006). Il soggetto inizia a percepire in quali contesti e in quali situazioni si può sentire tranquillo o in pericolo, gratificato o frustrato e "legge" sulla base di questi stati interni ciò che accade nell'ambiente che lo circonda (messa a fuoco dall'interno: *inward*). In contesti in cui i comportamenti della base di riferimento vengono percepiti come più complessi, più variabili in rapporto alle situazioni e in definitiva, meno prevedibili, le attivazioni emozionali dell'esterno appaiono anch'esse meno costantemente definite e, quindi, meno chiaramente decodificabili; il bambino ha bisogno di incamerare più dati e di aggiornarli costantemente, nella costruzione di scene nucleari che sono anch'esse oggetto di rimodulazione e ridefinizione, man mano che cambiano le percezioni che li riguardano. Anche le attivazioni emozionali sono diverse, in quanto tendono ad essere caratterizzate da una componente percettivo-cognitiva che ne entra integralmente a far parte. Il repertorio emozionale è meno caratterizzato da emozioni di base e maggiormente da emozioni riflessive ed autovalutative, nelle quali il confronto percettivo con l'ambiente è costante: la paura di

Forum di Scienze Umane tenuto in Facoltà agli Studenti dei Corsi di Laurea Magistrale il 18 aprile 2007.

sbagliare o fare qualcosa che non va, la tristezza quando si è sbagliato qualcosa, la gioia di avere un riscontro accidentale per aver fatto bene qualcosa. In questi contesti, quindi, il senso di sé si sviluppa partendo da una marcata attenzione verso l'esterno, che guida ed orienta il riconoscimento delle attivazioni interne e la percezione di sé (messa a fuoco dall'esterno o *outward*).

È evidente che le polarità *inward* ed *outward* possono essere collocate agli estremi di una direttrice processuale fondamentale di sviluppo, per cui possono apparire più o meno marcate ed evidenti da soggetto a soggetto. Non esiste un primato adattivo di una modalità sull'altra, ma entrambe forniscono una specifica decodifica di sé e del mondo, selezionata in rapporto alle caratteristiche e alle richieste che vengono percepite dall'ambiente: una messa a fuoco *inward* risulta ottimale quando il mondo esterno appare sostanzialmente costante, prevedibile, e decodificabile, nei cambiamenti, sulla base di alcuni parametri fondamentali; una messa a fuoco *outward* appare migliore quando le caratteristiche del mondo in cui si matura risultano più sfumate o ambigue, più variabili e imprevedibili, richiedendo l'assimilazione di più parametri.

I bambini che evolvono maturando una messa a fuoco prevalentemente *inward*, quindi, tendono ad esprimere *pattern* di reciprocità emozionale costanti nelle medesime situazioni e sono portati a percepire le novità sulla base delle attivazioni sperimentate in rapporto alle proprie capacità gestionali. In questi casi, la comunicazione appare centrata soprattutto sulla reciprocità fisica, in rapporto alla percezione della disponibilità esterna (atteggiamento accidentale presente o assente, vicino o lontano) e si colloca quindi lungo un asse processuale che va da modalità alte a modalità basse di reciprocità fisica: ad elevati livelli di reciprocità, in termini di protezione; a bassi livelli di reciprocità, in termini di distacco (Fig. 2). Nel primo caso, le attivazioni di paura regolano gli allontanamenti dalle basi sicure e anche i margini di libertà; nel secondo caso, è l'evitamento della tristezza a orientare sia la ricerca di autonomia che degli investimenti relazionali; questi ultimi appaiono possibili quando, dopo tacite e rassicuranti messe alla prova, si è verificato che sussiste una seria, responsabile e non effimera disponibilità dell'altro ad affiancare il soggetto nelle necessità contingenti e, a più lungo termine, nel difficile e impegnativo cammino della vita.

In particolare, da un lato di questo asse, la percezione di avere come riferimento una "base sicura" consente di

sviluppare buone competenze sociali, di riconoscere (o individuare) figure, situazioni e luoghi affidabili e di affinare le proprie capacità di autonomia, prevenendo i pericoli e imparando a controllare tutto ciò che può nuocere; anche la competenza professionale e il gradimento sociale trovano una valida base sulle modalità operative sviluppate attraverso la capacità di "esserci" nel momento opportuno e di risolvere i problemi pratici che emergono nel corso della vita. Con l'emergere del pensiero astratto, a partire dall'adolescenza, l'identificazione dei propri limiti e delle proprie fragilità consente di sviluppare ulteriormente le competenze personali e la ricerca di riferimenti, di situazioni e di strumenti affidabili anche al di fuori dell'ambito familiare di origine, sostenendo ed articolando in maniera più complessa la costruzione dell'identità personale.

Alta	Reciprocità fisica	Bassa
	<i>Ricerca di</i>	
Protezione/ Libertà		Autonomia/ Autodeterminazione
	<i>Organizzazione</i>	
Controllante		Distaccata

Fig. 2 - Asse processuale di sviluppo: comunicazione costruita sulla reciprocità fisica, in relazione alla alta o bassa presenza di atteggiamenti accidentali prevedibili, con messa a fuoco dall'interno (*inward*).

Dall'altro lato dell'asse, quando si sperimenta una condizione abituale di separazione, solitudine e inaiutabilità, vengono affinate quelle competenze legate al dover vivere facendo prevalente riferimento a se stessi; l'esperienza di separazione e di solitudine fornisce quindi una spinta marcata a maturare precocemente le proprie capacità individuali, volitive e cognitive, sia sul versante operativo che su quello speculativo; l'impegno e la lotta contro gli aspetti negativi dell'esperienza stabilizzano il senso di sé, facendo apparire più controllabile l'impatto con la realtà e consentendo di percepirsi sufficientemente validi ed amabili sotto il profilo relazionale. L'emergere durante l'adolescenza del pensiero astratto consente di dare nuovi contenuti e obiettivi alla realizzazione personale che, partendo dai propri limiti, cerca comunque di affrontarli e superarli. Si aprono quindi scenari adulti di marcato impegno, alla ricerca, quando è possibile averne le prove, di una disincantata



solidarietà. Si creano in questo modo le premesse per costruire nuovi progetti, sia sul piano operativo e professionale che su quello affettivo.

In tutti i casi in cui la reciprocità fisica è tendenzialmente alta, emergono chiusure organizzazionali di tipo "controllante"; una bassa reciprocità, invece, fa emergere chiusure organizzazionali di tipo "distaccato" (delle chiusure organizzazionali parleremo in dettaglio nel prossimo articolo). In queste chiusure *inward* possono confluire vari *pattern* di attaccamento, non solo sicuri e organizzati (B) o marcatamente insicuri e disorganizzati (D), ma anche difesi ed evitanti (A, nei quali la ricerca di protezione/libertà o di autonomia viene effettuata più vantaggiosamente sul piano adattivo utilizzando prevalentemente il canale cognitivo, con modalità inibite, genitoriali, compiacenti o con ampi margini di autosufficienza, prevalenti nei soggetti che iniziano ad orientarsi verso una chiusura distaccata) o resistenti e coercitivi (C, nei quali la ricerca di protezione/libertà o di autonomia vengono ricercate più vantaggiosamente sul piano adattivo mediante le espressioni emotive di tipo minacciante-disarmante, indifeso o seduttivo, prevalenti nei processi di chiusura controllante e scarsamente rappresentate sul piano seduttivo nelle chiusure distaccate).

Nei bambini che evolvono maturando una messa a fuoco prevalentemente *outward*, invece, la complessità e la variabilità dei segnali percepiti dall'ambiente rende questi ultimi poco prevedibili e meno facilmente memorizzabili in situazioni e scene nucleari stabili; pertanto, la costruzione del significato personale viene effettuata attraverso una costante attenzione verso questi segnali, sia non verbali che verbali, dai quali vengono ricavate informazioni su di sé. Le emozioni percepite sono in prevalenza quelle cosiddette "secondarie", che richiedono una componente cognitiva di valutazione e comparazione del proprio comportamento rispetto ai modelli ambientali presi come riferimento (ad es., vergogna o colpa). L'attenzione verso l'esterno porta quindi a decodificare ciò che si prova e a ricavare informazioni su di sé proprio attraverso i messaggi ricevuti dall'ambiente. In questi casi, la comunicazione appare prevalentemente centrata non sulla reciprocità fisica (in termini di regolazione della distanza, tra protezione e distacco), ma sulla reciprocità semantica, in termini di approvazione: ad alti livelli di reciprocità, attraverso le conferme o disconferme costantemente percepite; a bassi livelli di

reciprocità, mediante le regole, le prescrizioni, le norme ed i valori che, una volta dati, vanno rispettati e fatti propri. La reciprocità semantica può quindi essere individuata lungo un asse processuale, che va da modalità alte (comunicazioni frequenti, positive o negative che siano) a modalità basse (comunicazioni date e verificate di tanto in tanto, in modo attento ma piuttosto distaccato (Fig. 3).

Alta	Reciprocità semantica	Bassa
	<i>Ricerca di</i>	
Conferme		Certezze
	<i>Organizzazione</i>	
Contestualizzate		Normative

Fig. 3. Asse processuale di sviluppo: comunicazione costruita sulla reciprocità semantica, in relazione alla alta o bassa presenza di atteggiamenti accidenti scarsamente prevedibili, con messa a fuoco dall'esterno (*outward*).

La messa a fuoco *outward* richiede una costante attenzione e lascia meno spazio per focalizzare i segnali interni. Essa produrrà, da un lato dell'asse, l'emergere di atteggiamenti strettamente legati al "contesto" di riferimento, con la possibilità di cogliere le maggiori o minori ambiguità dei soggetti con i quali si entra in relazione. Dall'altro lato di questo asse, quando la realtà esterna viene invece percepita nella nettezza dei chiaroscuri, nella messa a fuoco dei contrasti, la lettura dell'esperienza si polarizza sulla individuazione di categorie astratte bipolari e antitetiche (ad es., bene/male, giusto/sbagliato, ecc.). Quando la reciprocità comunicativa è elevata, il bambino inizia a costruire il senso di sé sulla base dei segnali che continuamente percepisce, da parte di una figura accudente molto presente (in termini positivi o negativi), aggiornandoli in relazione a quanto essi appaiono confermantici o disconfermantici ed emergono così chiusure organizzazionali di tipo "contestualizzato"; quando, invece, la reciprocità comunicativa è bassa, emergono e si definiscono chiusure organizzazionali di tipo "normativo" che, al contrario di quelle "contestualizzate" vedono nell'impegno e non nel risultato il parametro di verifica del proprio comportamento. Anche in queste modalità *outward* possono convergere i vari tipi di attaccamento; non solo sicuri e organizzati (B) o marcatamente insicuri e disorganizzati (D), ma anche evitanti difesi (A, nei quali la ricerca di conferme



o di certezze viene effettuata più vantaggiosamente sul piano adattivo utilizzando prevalentemente il canale cognitivo, con modalità inibite, genitoriali, compiacenti o con ampi margini di autosufficienza) o coercitivi resistenti (C, nei quali le conferme o le certezze vengono ricercate più vantaggiosamente sul piano adattivo mediante le espressioni emotive di tipo minacciantedisarmante, indifeso o seduttivo). Appare evidente il significato adattivo dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale, dato che la chiusura organizzativa avviene lungo quelle direttrici (inward-outward; reciprocità comunicativa fisica o verbale alta-bassa) che consentono di ricavare il massimo di prossimità e di sicurezza possibili dall'ambiente in cui si vive e dalle risposte che esso è in grado di fornire rispetto alle richieste ed alle necessità dell'accudito.

#### ASSI SECONDARI O "DESCRITTORI"

Accanto ai tre assi primari o "processuali" sopra descritti, che determinano l'emergere ed il consolidarsi dell'organizzazione di significato personale (di cui parleremo nel prossimo articolo), è possibile individuare diversi altri assi evolutivi secondari, meno specifici e più numerosi, che hanno un ruolo di "descrittori", in quanto consentono di mettere a fuoco le diverse caratteristiche che connotano le trame narrative ed il comportamento personale (Fig. 4).

Essi concorrono a definire, nel corso del ciclo di vita, l'unicità di ciascun individuo, nonostante il fatto che le

modalità basiche di funzionamento siano comuni in tutti i soggetti che hanno la sua medesima organizzazione (Nardi e Capecci, 2005).

Sono stati individuati cinque principali insiemi, ciascuno dei quali raggruppa diversi assi descrittori, relativi alla reattività psicomotoria (tipo I), all'atteggiamento generale (tipo II), al canale comunicativo preferenziale (tipo III), all'attitudine verso se stessi e gli altri (tipo IV), al sistema dei valori (tipo V).

Pertanto, in ogni insieme possono coesistere diversi assi descrittori, che caratterizzano atteggiamenti individuali non necessariamente omogenei (ad es., all'interno del gruppo IV, si può essere introversi in riferimento ad un asse descrittore ma altruisti in relazione ad un altro asse descrittore) (Nardi e Capecci, 2006).

Come si può osservare nella Tab. I, anche le caratteristiche individuali che dipendono dagli assi descrittori si possono collocare lungo un *continuum* tra due polarità antitetiche (reattività psicomotoria agli stimoli alta/bassa, atteggiamento generale attivo/passivo, etc.).

#### DESCRITTORI DI TIPO I: REATTIVITÀ PSICOMOTORIA

Questi assi evolutivi descrittori sono alla base di atteggiamenti di attivazione/inibizione che possono andare da forme altamente e prontamente reattive ed espressive ad altre inibite, ipoespressive e a lento innesco (vedi Tab. I).

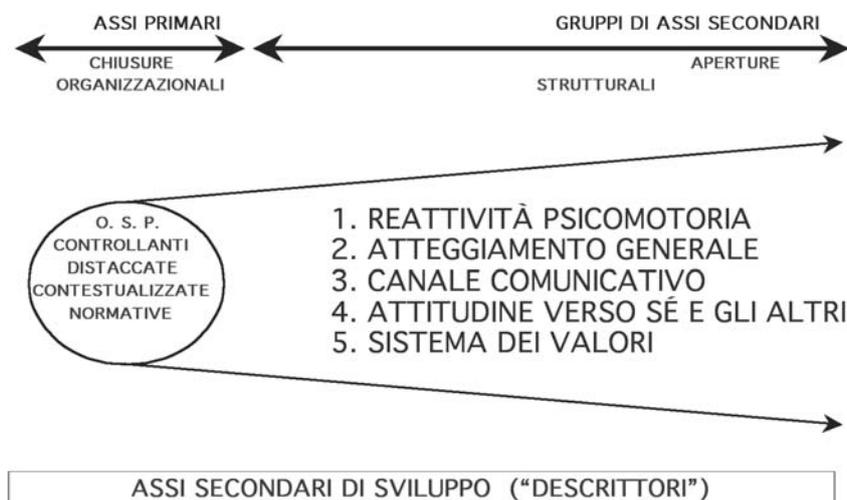


Fig. 4: Assi secondari di sviluppo o "descrittori".



Descrittori	Assi secondari correlati
Tipo I: Reattività psicomotoria	alta/bassa, rapida/lenta, globale/selettiva, attivata/inibita, con/senza filtro cognitivo
Tipo II: Atteggiamento generale	attivo/passivo, intraprendente/dipendente, propositivo/gregario, sfidante/non competit
Tipo III: Canale comunicativo prevalente	cognitivo/emozionale, concreto/astratto, speculativo/pratico, spontaneo/controllato
Tipo IV: Attitudine verso sé/gli altri	apertura/chiusura, introversione/estroversione, disponibilità/indisponibilità, calore/freddezza
Tipo V: Sistema di valori	realismo/idealismo, impegno/disimpegno, senso etico/amoralità

Tab. 1 - Assi evolutivi descrittivi.

La reattività è condizionata dalla chiusura organizzativa, che porta a cogliere di un'esperienza determinate caratteristiche piuttosto che altre: di pericolo nelle organizzazioni controllanti, di abbandono nelle organizzazioni distaccate, di disconferma nelle organizzazioni contestualizzate, di imperfezione nelle organizzazioni normative.

Pertanto, nel corso dello sviluppo, a seconda della specifica chiusura organizzativa, diviene possibile relativizzare e percepire in maniera critica le esperienze di protezione/libertà (organizzazioni controllanti), di maggiore o minore separazione (organizzazioni distaccate), di conferma/disconferma (organizzazioni contestualizzate), di certezza/dubbio (organizzazioni normative).

La flessibilità e l'efficacia delle capacità personali di reattività, emerse attraverso questi assi evolutivi descrittivi, sono alla base del maggiore o minore autocontrollo nella risposta alle situazioni critiche e concorrono quindi a determinare il senso di benessere generale e di adattamento globale del soggetto.

#### DESCRITTORI DI TIPO II: ATTEGGIAMENTO GENERALE

Questi descrittivi, correlati ai precedenti, si strutturano intorno alla tendenza adattiva a privilegiare un orientamento attivo di intraprendenza, di indipendenza e di confronto con l'ambiente o, viceversa, una tendenza attivamente passiva ed abituale a dipendere e a gio-

care di rimessa, aspettando ad agire, inibendosi o subordinando le proprie decisioni ed i propri comportamenti alle informazioni ricavate dall'ambiente ed agli atteggiamenti assunti dalle figure significative prese come riferimento (vedi Tab. I). Pertanto, in una organizzazione controllante, alcuni percorsi si orientano alla ricerca di sicurezza e protezione, con bassa tendenza a ricercare novità e alternative; altri risultano molto più originali e dinamici, nei quali presto è la base di origine a fare affidamento sulle capacità, sulle decisioni e sulle scelte del figlio. In una organizzazione distaccata, si può seguire un percorso tendenzialmente isolato, volto alla introspezione ed alla ricerca di interessi compatibili con un ambiente percepito come rifiutante o comunque poco disposto ad accettare una integrazione; sull'altro versante, si possono invece costruire percorsi alternativi, finalizzati a creare, *ex novo*, quelle condizioni che erano venute a mancare durante l'infanzia. In una organizzazione contestualizzata, si può cercare il successo attraverso l'identificazione, l'allineamento e la continuità rispetto alle figure di riferimento (sia intra che extra familiari) oppure ci si può proporre come nuovo punto di riferimento, autorevole e di successo (nel lavoro, nello sport, nell'arte o nello spettacolo, ecc.), cui la famiglia stessa inizia a guardare come elemento confermatore e gratificante. Nelle organizzazioni normative, si può navigare nel solco di regole e figure di riferimento scelte come valide e imprescindibili oppure si possono costruire, a partire da questi riferimenti, progetti inno-

vativi ed alternativi, rispondenti al proprio bisogno speculativo e creativo.

#### DESCRITTORI DI TIPO III: CANALE COMUNICATIVO PREFERENZIALE

Questi assi evolutivi modulano il tipo e il grado di sviluppo del pensiero, che nel corso dell'età evolutiva si dispiega, da modalità prevalentemente concrete a modalità maggiormente astratte, orientando conseguentemente la personalità verso atteggiamenti nei confronti del mondo esterno, rispettivamente, di tipo operativo pragmatico o speculativo e riflessivo, con tutte le possibili sfumature tra gli uni e gli altri. Nel corso della maturazione emergono, infatti, in maniera più o meno prevalente, il *filtro emotivo e/o cognitivo*. Questi assi evolutivi individuano, quindi, polarità cognitive od emozionali, controllate o spontanee, logico-analitiche o espressivo-drammatizzate (vedi Tab. I). Nelle organizzazioni controllanti, viene marcatamente utilizzato il canale emozionale per sintonizzare su di sé le figure riferimento; fin dall'infanzia, il contatto oculare, quello fisico, l'attenzione per i segnali corporei vengono attivati quando si cerca protezione o rassicurazione, per avvicinarsi e riavvicinare l'altro o, quando si cerca libertà, per allontanarsene. Nelle organizzazioni distaccate, la necessità di gestire situazioni di separazione e di prevenire le emozioni negative, correlate con il senso di solitudine e di perdita, porta a sviluppare notevoli competenze cognitive, sia sul versante intuitivo che su quello prettamente razionale, con emotività inibita, tendenza a limitare gli avvicinamenti ed i contatti fisici e, talvolta, con forme compulsive di autosufficienza. Nelle organizzazioni contestualizzate possono venire privilegiati sia il canale emozionale che quello cognitivo: il primo, quando si sperimenta un evidente vantaggio in termini di conferme e attenzioni da atteggiamenti reattivi e sfidanti, seduttivi e intriganti o di debolezza e fragilità; il secondo, quando appare vincente l'essere compiacenti (selezionando solo i comportamenti che ricevono approvazione e incoraggiamento) o il farsi vedere responsabili e quasi genitoriali, prendendosi cura delle figure di riferimento. Nelle organizzazioni normative, il canale cognitivo appare sempre particolarmente e precocemente sviluppato, con abilità centrate sull'impegno personale ed orientate a dare spiegazioni rassicuranti dei segnali interni, sia di natura percettiva che emozionale, in modo da superare dubbi ed incertezze.

#### DESCRITTORI DI TIPO IV: ATTITUDINE VERSO SE STESSO E GLI ALTRI

L'attitudine verso se stesso e gli altri comprende una serie di intervalli che intercorrono tra chiusura e apertura, introversione ed estroversione, indisponibilità e disponibilità, bassa ed alta empatia, freddezza e calore, riservatezza e cordialità, diffidenza e fiducia, avarizia e generosità, egocentrismo ed altruismo, tendenza all'individualismo o al sociale, ecc. (vedi Tab. I). Prendendo come riferimento l'asse della introversione-estroversione, in una organizzazione di tipo controllante, una elevata introversione si esprimerà con uno scarso interesse verso l'esterno ed una tendenza a rimanere dentro il contesto percepito abitualmente come base sicura; in una organizzazione distaccata, la propensione a dare per scontato il senso di separazione, che si avverte come tema di fondo della propria esistenza, può consolidarsi evitando di investire e di coinvolgersi in rapporti significativi; in una organizzazione di tipo contestualizzato, ci si può orientare verso condizioni di non confronto con contesti scolastici, lavorativi e relazionali significativi e interessanti per il soggetto; infine, in una organizzazione normativa, ci si può orientare verso la costruzione di un mondo rappresentativo interno, soddisfacente i propri criteri etici e la propria visione del mondo, ma con una scarsa propensione a condividerli con gli altri. Viceversa, soggetti estroversi appaiono costantemente interessati a condividere con gli altri il proprio bisogno di avventura e di ricerca di nuove basi sicure (organizzazioni controllanti), ad individuare altre persone consapevoli della finitezza e dei limiti della vita, ma anch'esse bisognose di sentirsi compartecipi di questa condizione (organizzazioni distaccate), a creare mode, modelli e formule per sentirsi considerati, stimati e amati (organizzazioni contestualizzate), a comunicare le proprie idee, le proprie teorie sul mondo e sulla vita ed i propri ideali (organizzazioni normative).

#### DESCRITTORI DI TIPO V: SISTEMA DEI VALORI

I sistemi di *valori* sono intesi come norme, fini e riferimenti etici ai quali si dà un significato più o meno oggettivo e universale. Questi assi individuano polarità quali *realismo o idealismo, impegno o disimpegno, senso etico o amoralità* (vedi Tab. I). Nelle organizzazioni controllanti, i valori fondamentali sono generalmente quelli legati all'appartenenza al nucleo familiare, ai rapporti di sangue, all'amicizia, alla ricerca di riferimenti stabili ed affidabili; essi vengono percepiti in ogni caso come aspetti concreti dell'esperienza, quali il conseguimento

re benessere, sicurezza, prestazioni sportive o risultati professionali che stabilizzano e rassicurano il bisogno di controllo, che è una costante nell'intero ciclo di vita. Nelle organizzazioni distaccate i valori vengono solitamente ricercati in linea con il bisogno del soggetto di autodeterminarsi e di superare il senso di separazione da cui parte. Essi vengono quindi percepiti come qualcosa che si può conquistare con fatica, impegno e abnegazione, ma che comunque può dare un senso all'esistenza, consentendo di vincere i propri limiti e la propria fragilità. Persino la consapevolezza della solitudine e della precarietà della vita, percepita come condizione intrinseca sia personale che dell'umanità nel complesso, rappresenta un valore fondamentale di riferimento, che

consente di esplorare a fondo i sentimenti e la condizione umana, come base per costruire, ad esempio, un universo poetico (si pensi a Leopardi) o filosofico (Schopenhauer). Nelle organizzazioni contestualizzate, i valori vengono selezionati in relazione ai risultati attesi come maggiormente confermati, sia in quanto coincidono con le aspettative esterne conosciute, sia in quanto rappresentano una sfida da vincere per sentirsi realizzati, dimostrando a loro stessi ed agli altri le proprie capacità, o proponendo valori antitetici ed alternativi a quelli delle figure di riferimento con le quali si confrontano. Nelle organizzazioni normative, i valori appaiono fortemente connotati da valenze etiche e vengono percepiti come principi generali immutabili e irrinunciabili,



Fig. 5 - Salvador Dalí, Fondale per Don Juan Tenorio, 1950.

la cui validità non è condizionata né dal consenso né dalle mode; essi orientano il soggetto a prestare attenzione più all'impegno messo – di cui egli stesso è giudice – che non al risultato e all'apprezzamento esterno; appaiono quindi come una sorta di kantiano "imperativo categorico", che consente di superare l'irriducibile antitetività della natura, nel suo offrire costantemente contrasti per la co-presenza costante di aspetti positivi e negativi, giusti e sbagliati, buoni o cattivi.

Gli assi evolutivi descrittivi risultano quindi fondamentali nel concorrere a determinare l'unicità dell'esperienza individuale, pur trovando una lettura di base diversa a seconda della organizzazione di significato personale dell'individuo che li esprime. D'altra parte, in ogni caso, essi rivestono un valore trans-organizzazionale e vanno declinati, caso per caso, sulla base della organizzazione in cui si osservano.

#### Riferimenti bibliografici

- 1) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Forth Edition (DSM-IV). A.P.A. Press, Washington, 1994. (Ed. it.: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV Edizione - DSM-IV. Masson, Milano, 1995).
- 2) Arciero G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- 3) Arciero G.: *Sulle Tracce di Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

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).

4) Edelman G.: *Il Presente Ricordato*. Rizzoli, 1991.

5) Ellis A.: *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Stuart, New York, 1962.

6) Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): *Emotions in Psychotherapy*. Guilford, New York, 1987.

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

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

9) Mahoney M.J.: *Cognition and Behaviour Modification*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1974.

10) Mahoney M.J.: Constructive metatheory. *International Journal of Person Constructivistic Psychology*, 1(1), 1-36, 1988.

11) Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).

12) Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).

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

14) Nardi B. Capecchi I.: Contributo per una lettura evolutiva e adattiva della organizzazione di significato negli stili di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 17, 34-52, 2005.

15) Nardi B. Capecchi I.: La relazione di reciprocità nello sviluppo delle diverse organizzazioni di significato personale. *Quaderni di psicoterapia cognitiva* 19, 2007 *in stampa*.

PAOLO VINCENZI, PAOLO FRATICELLI,  
ARMANDO GABRIELLI  
Clinica Medica Generale  
Università Politecnica delle Marche

## Le vascoliti sistemiche necrotizzanti: storia clinica e fattori prognostici

### Introduzione

Le vascoliti sistemiche, pur essendo malattie eterogenee dal punto di vista patogenetico-clinico e prognostico, sono tutte accomunate dall'infiammazione della parete vascolare con reperti istologici di stenocclusione, trombosi, dilatazione aneurismatica e rottura del vaso da cui ne derivano ischemia, emorragia e necrosi del tessuto irrorato. Ogni tipo di vaso, arterioso e/o venoso, di qualsiasi calibro esso sia e in qualsiasi distretto si trovi, può essere colpito.

Possono essere:

- *primarie*: patologie autoimmuni a eziologia sconosciuta, non associate ad alcuna altra malattia, con interessamento dei vasi di grosso, di medio e di piccolo calibro secondo la più recente classificazione della CHCC (Chapel Hill Consensus Conference, 1994)<sup>1</sup>;
- *secondarie*: a connettiviti; infezioni virali, batteriche, micotiche e parassitarie; malattie infiammatorie croniche dell'intestino; neoplasie (linfomioproliferative e carcinomi) e farmaci.

Nello studio, di seguito descritto, la nostra attenzione si è concentrata sulle vascoliti sistemiche necrotizzanti, un sottogruppo di tali patologie caratterizzate dalla necrosi fibrinoide della tonaca media delle arterie e da una panarterite (flogosi estesa a tutti gli strati della parete) con interessamento dei vasi di medio e piccolo calibro; comprendono la poliartrite nodosa e le vascoliti dei piccoli vasi ANCA-associate.

Nella *Poliarterite nodosa* la flogosi interessa solo le arterie di medio calibro, non c'è mai glomerulonefrite e vascolite a carico di arteriole, capillari e venule. Può essere suddivisa in:

- *primaria* o *classica*: risparmia sempre i vasi polmonari;
- *associata* all'infezione cronica da HBV o ad altre infezioni: HIV-1, parvovirus B19, CMV.

In entrambi i sottotipi, la vascolite è provocata dal deposito di immunocomplessi circolanti a livello della

parete interna dell'arteria: nella primaria l'antigene è ignoto e probabilmente rappresentato da un autoantigene, nelle forme secondarie l'antigene è virale (ad es: nella forma HBV+, attualmente 7% di tutti i casi di PAN, si tratta dell'antigene HBe o del pre-S1).

Le *vascoliti dei piccoli vasi ANCA-associate* comprendono la Granulomatosi di Wegener, la Sindrome di Churg-Strauss, entrambe caratterizzate da infiammazione granulomatosa in sede intra e/o extravasale e la Micropoliangiite (MPA).

Gli ANCA, *anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili*, sono autoanticorpi che hanno come antigeni bersaglio differenti enzimi proteolitici contenuti nei granuli azzurrofilo dei neutrofili (proteinasi 3, mieloperossidasi, elastasi, catepsina G, azzurrocidina, lattoferrina, lisozima...); molti studi clinici hanno dimostrato che solo gli ANCA reattivi nei confronti di proteinasi 3 (PR3) e mieloperossidasi (MPO), che, all'immunofluorescenza indiretta sul siero utilizzando neutrofili prefissati con etanolo, presentano rispettivamente un pattern citoplasmatico (c-ANCA) e perinucleare (p-ANCA), sono utili per diagnosi di vascolite<sup>2</sup>. Infatti i PR3-ANCA compaiono con maggior frequenza nel Wegener e gli MPO-ANCA nella Churg Strauss e nelle micropoliangiite. Gli ANCA reattivi nei confronti degli altri antigeni citoplasmatici possono comparire, invece, in corso di malattie infiammatorie croniche dell'intestino, di altre patologie autoimmuni e anche di infezioni croniche come la TBC.

In queste vascoliti, tali autoanticorpi sembrano avere un ruolo patogenetico in quanto in grado di attivare diverse cellule bersaglio, *in primis* i neutrofili, ma anche i monociti e le cellule endoteliali, ciò si concretizza in una aumentata espressione di molecole d'adesione, nella liberazione di citochine proinfiammatorie (TNF $\beta$ , IL1) e chemiotattiche (IL8, MCP-1) a cui seguono una adesione stabile tra le cellule infiammatorie e l'endotelio, il danno endoteliale e la flogosi della parete vascolare. I linfociti T CD4+ (Th) stimolano i linfociti B a produrre gli ANCA: nel Wegener e nella MPA, predomina una differenziazione in senso Th1 (produzione di INF $\alpha$ ), mentre nella Sindrome di Churg-Strauss, caratterizzata da eosinofilia, predomina un pattern citochinico Th2 (IL 4, 5 e 13) in grado di attivare i granulociti eosinofili coinvolti nel danno tissutale.

Tesi di Laurea presentata e discussa il 12 ottobre 2006, Relatore il Prof. Armando Gabrielli, Co-relatore il Dott. Paolo Fraticelli.

Le manifestazioni cliniche sono proteiformi e variabili a seconda della vascolite: più gravi nel Wegener e nella MPA, meno impegnative nel Churg-Strauss. I danni d'organo più severi e *life-threatening* si possono avere a carico di rene (quadro istologico di glomerulonefrite necrotizzante proliferativa extracapillare "paucimmune" con possibile insufficienza acuta e frequenti esiti cronici di entità variabile), polmone (multiple opacità nodulari irregolari, capillarite diffusa con possibile emorragia alveolare diffusa, fibrosi interstiziale), tratto gastro-intestinale (dolori addominali, emorragia, ischemia, infarto intestinale, perforazione, pancreatite acuta, epatite) e cuore (infarti, endocardite, miocardite, pericardite, scompenso congestizio).

I corticosteroidi per os rappresentano il cardine della terapia delle vascoliti, di solito somministrati a una dose d'attacco alta (prednisone 1 mg/kg/die per 1-2 mesi a scalare) ed eventualmente preceduti dalla somministrazione di metilprednisolone in boli e.v. di 15 mg/kg/die per 1-3 gg nelle forme potenzialmente letali o con insufficienza d'organo.

Allo steroide va associato un immunosoppressore: nelle forme generalizzate e severe la ciclofosfamide, nonostante i pesanti effetti tossici (cistite emorragica, neoplasia dell'urotelio, infezioni, sterilità, aumentato rischio di neoplasia secondaria), risulta tuttora il miglior farmaco per l'induzione della remissione.<sup>3</sup>

Nel mantenimento della remissione, molti studi prospettici e randomizzati hanno dimostrato che l'alchilante può essere sostituito da altri immunosoppressori come azatioprina, metotrexato, micofenolato mofe-

tile e leflunomide con analoga efficacia ed eventi avversi sensibilmente ridotti.

Nelle forme limitate di vascolite, invece, farmaci come il metotrexato<sup>4</sup> possono essere già impiegati nell'induzione della remissione come alternativa alla ciclofosfamide.

A proposito dei farmaci "biologici", l'utilizzo degli inibitori del TNF $\beta$  (etanercept) ha dato risultati deludenti, invece, il rituximab, anche se i dati sono pochi, sembrerebbe un farmaco promettente per indurre la remissione nelle forme refrattarie, così come l'INF $\alpha$  esclusivamente nelle forme refrattarie di Sindrome di Churg-Strauss.

Antibiotici come il trimethoprim-sulfametossazolo, invece, sono in grado di ridurre il rischio di recidiva, in particolare a carico delle vie aeree superiori, nella granulomatosi di Wegener.

Altre strategie terapeutiche comprendono le immunoglobuline endovena ad alte dosi e le plasmaferesi; le prime grazie alla loro azione di modulare l'attivazione e la proliferazione dei linfociti B e T compresi i cloni autoreattivi, accelerare il catabolismo delle IgG normali e patologiche, neutralizzare i superantigeni; le seconde in quanto permettono di sottrarre autoanticorpi, immunocomplessi e citochine; le plasmaferesi vanno sempre sincronizzate a boli di steroide ad alto dosaggio o di farmaci citostatici per l'ormai noto rebound di citochine e anticorpi, legato alla stimolazione dei cloni linfocitari patogeni.

## Lo studio

È stata condotta un'analisi retrospettiva delle cartelle di pazienti affetti da vascolite e afferiti alla Clinica Medica dell'Università Politecnica delle Marche da gennaio 1996 a settembre 2006. Sono stati così selezionati 200 casi; dopo un'accurata revisione delle cartelle cliniche sono emersi 55 casi di vasculiti sistemiche necrotizzanti (comprendenti PAN, Vascoliti ANCA-associate e Vascoliti necrotizzanti, quest'ultime caratterizzate da un esclusivo interessamento severo di cute e SNP con ripetuto riscontro di ANCA negatività e quadro istologico di vascolite necrotizzante) con un rapporto M:F di 0,52. (Fig. 1 e Tab. 1).

Gli obiettivi dello studio erano:

- rivedere la diagnosi alla luce della classificazione e delle definizioni elaborate dalla CHCC;
- analizzare i principali aspetti epidemiologici e clinici delle vasculiti sistemiche necrotizzanti;

Patologia	Età d'esordio Range, media (anni)	M/F
Poliarterite nodosa	25-79 45,5	2/2
Granulomatosi di Wegener	30-63 51,1	9/4
Micropoliangiite	47-65 59,2	0/5
Sindrome di Churg-Strauss	14-73 53,2	4/17
Vascoliti ANCA-associate	22-83 62,8	4/4
Vascoliti necrotizzanti	22-60 39,4	0/4

Tab. 1 - Caratteristiche epidemiologiche dei 55 casi di vasculite.

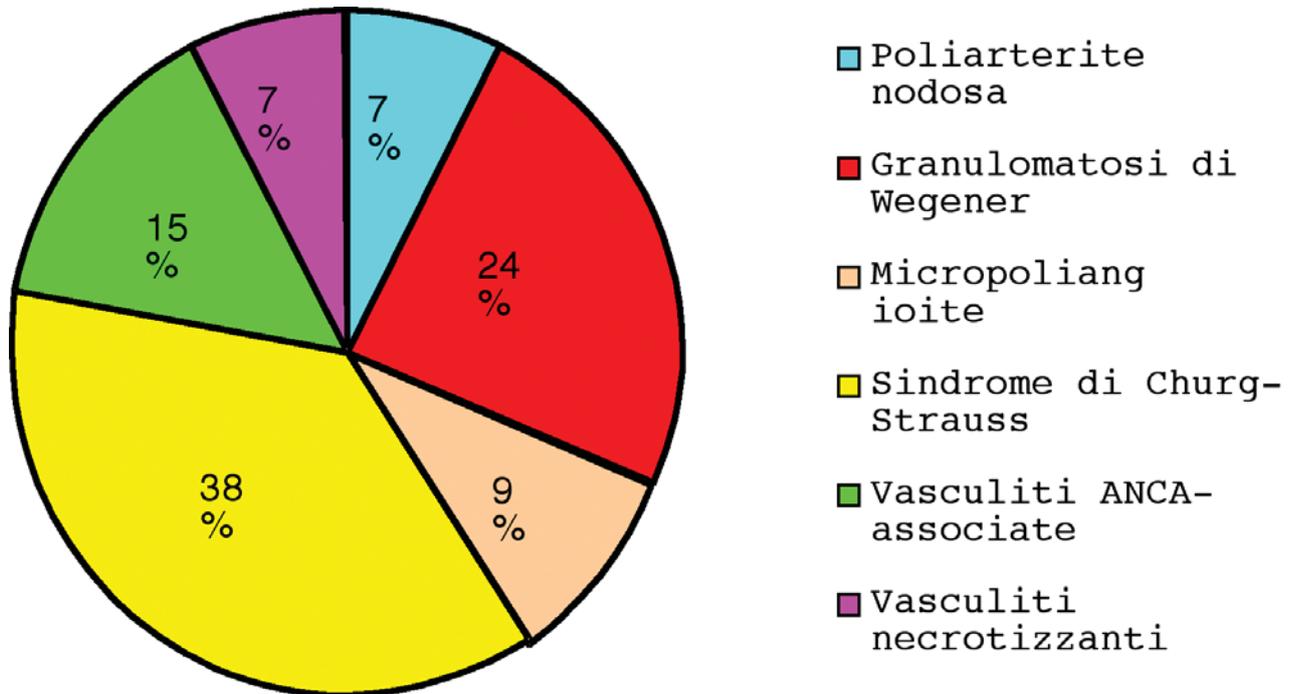


Fig. 1 - Distribuzione delle vascoliti nella nostra casistica.

- vagliare l'effetto della terapia immunosoppressiva sulla storia naturale della malattia;
- valutare l'utilità del Five Factor Score (FFS) come fattore predittivo dell'*outcome* e della mortalità;
- rivedere l'approccio terapeutico nei confronti della neuropatia periferica in corso di tali malattie.

### Metodi

In ogni paziente è stata condotta retrospettivamente una valutazione clinico-funzionale considerando gli elementi anamnestici, i sintomi e segni sistemici e d'interessamento d'organo, gli esami ematochimici (sierologia immunitaria e infettiva...) e strumentali impiegati per lo studio vascolare (ecodoppler, angiografia, angio-TAC, angio-RMN, PET) e per la valutazione dell'interessamento d'organo.

Il BVAS<sup>5</sup> (*Birmingham Vasculitis Activity Score*) è stato utilizzato per valutare l'*attività* della malattia sia all'esordio clinico che durante il *follow-up*.

La *recidiva* è stata definita come ripresa dell'attività clinica di malattia a livello di almeno un organo precedentemente interessato o comparsa di nuova localizzazione di malattia.

lizzazione di malattia.

La *remissione* è stata definita come assenza di attività clinica di malattia in più di un criterio del BVAS.

Con EFS (*event free survival*) si intende la sopravvivenza libera da eventi, rappresentati da recidiva o decesso.

### Risultati

#### Approccio terapeutico all'esordio

Abbiamo preso in esame il trattamento eseguito all'esordio della malattia con l'obiettivo di valutare se la ciclofosfamide (per os o in boli ciclici mensili) associata a steroide potesse incidere in misura maggiore sulla sopravvivenza libera da eventi (EFS) nei primi due anni di *follow-up* rispetto agli altri trattamenti eseguiti: plasmaferesi sincronizzata a steroide, talvolta con l'aggiunta di immunoglobuline e.v.; steroide a basse dosi; steroide ad alte dosi ( $\geq 1$  mg/Kg); cicli mensili di immunoglobuline e.v.; ciclosporina; azatioprina.

Nel primo gruppo di trattamento (31 pz) si è osservato un tasso di recidiva pari al 26%, nel secondo gruppo (24 pz) un tasso pari al 29%.

È quindi emerso che il trattamento con l'alchilante,

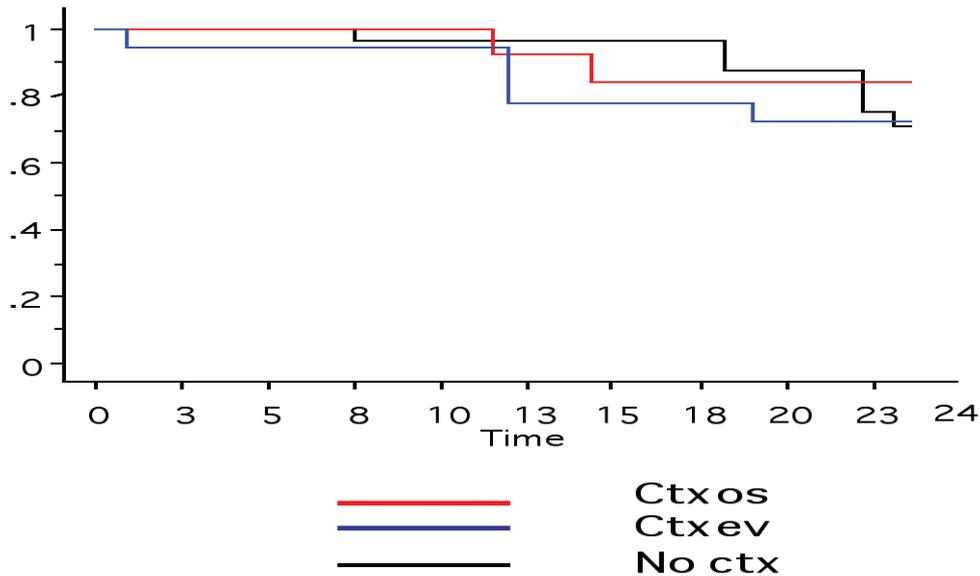


Fig. 2 - Analisi di Kaplan-Meier applicata alla comparsa di recidiva o decesso (event free survival).

indipendentemente dalla patologia o dalle sue localizzazioni, non modifica in maniera statisticamente significativa la sopravvivenza libera da eventi ( $p=0.7$ ). (Fig. 2)

Abbiamo inoltre analizzato se, nell'ambito del trattamento con ciclofosfamide, la modalità di somministrazione per os versus e.v. potesse influenzare la durata della remissione.

Dei 31 pazienti, 12 hanno ricevuto la somministrazione orale, mentre i restanti 19 sono stati sottoposti a cicli mensili endovena, tra i primi, 2 (16%) hanno avuto almeno una recidiva, mentre tra i secondi, 6 (32%). Anche se può sembrare dalle percentuali che i pazienti trattati con ciclofosfamide endovena vadano più frequentemente incontro a recidiva, in realtà dall'analisi non è risultata una correlazione statisticamente significativa tra modalità di somministrazione ed EFS ( $p=0.3$ ).

#### Fattori prognostici: Il Five Factor Score (F.F.S.)

È un indice prognostico<sup>6</sup> basato sui seguenti cinque criteri: insufficienza renale (creatininemia > 1.58 mg/dl); proteinuria > 1 g/die; severo interessamento del tratto gastro-enterico (emorragia e/o perforazione e/o infarto e/o pancreatite); cardiomiopatia; coinvolgimento del S.N.C.

Il punteggio finale si calcola attribuendo un punto

per ciascun criterio eventualmente presente nel paziente.

Abbiamo, perciò, suddiviso i 55 pazienti della nostra casistica in due gruppi in base al valore del FFS, rispettivamente FFS = 0 e  $\geq 1$  come evidenziato in Tab. 2.

Per ciascun gruppo, abbiamo valutato il numero di pazienti che hanno sviluppato almeno una recidiva nei primi 2 anni dalla diagnosi: 8 pazienti nel primo gruppo e 7 nel secondo, tuttavia, le recidive si differenziavano notevolmente per gravità e interessamento d'organo, prevalendo, nel gruppo FFS  $\geq 1$ , le forme più severe e a carico di organi vitali. (Fig. 3).

	FFS = 0 (n pz)	FFS $\geq 1$ (n pz)
Sindrome di Churg-Strauss	14	7
Granulomatosi di Wegener	5	8
Poliangioite microscopica	1	4
Vascolite ANCA-associata	5	3
Poliarterite nodosa	4	0
Vascolite necrotizzante	4	0
Totale	33	22

Tab. 2 - Suddivisione dei pazienti in base al FFS.

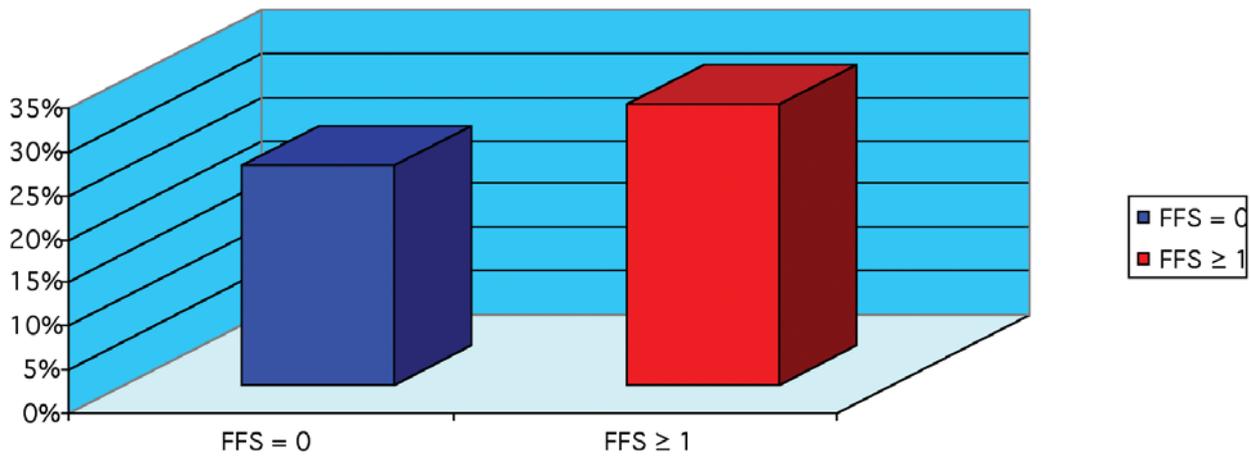


Fig. 3 - Analisi delle recidive nei primi 2 anni dalla diagnosi.

A questo punto, siamo andati a vedere, per entrambi i gruppi, il trattamento immunosoppressivo eseguito durante il primo anno dalla diagnosi (ciclofosfamide versus altre terapie), analizzando il tasso di recidiva e di remissione in ciascun sottogruppo di trattamento con il fine ultimo di valutare se la ciclofosfamide riducesse la probabilità di recidiva rispetto ad altri immunosoppressori nei primi 2 anni dall'esordio.

Dall'analisi statistica è emerso che solo nel gruppo  $FFS \geq 1$ , è presente una differenza statisticamente significativa tra i pazienti trattati con ciclofosfamide e non trattati con questo immunosoppressore ( $p < 0.05$ )

e quindi che la ciclofosfamide effettivamente riduce la probabilità di recidiva.

#### Coinvolgimento del SNP e ruolo del trattamento plasmateretico

Nella nostra casistica, la neuropatia rappresenta la seconda più frequente manifestazione clinica delle vascoliti esaminate, dopo l'interessamento dell'apparato respiratorio, in quanto rilevata in 32 su 55 pazienti (58%). Perciò abbiamo confrontato i pazienti trattati con plasmateresi (PEX) e i pazienti trattati con altre metodiche (ciclofosfamide per os o endovena, steroide ad alti dosi), con un *follow-up* di almeno 3 anni.

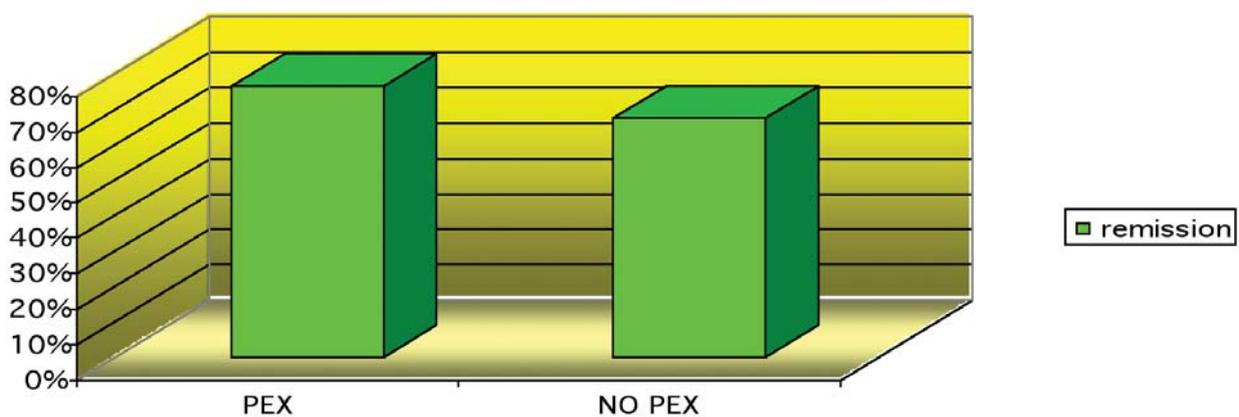


Fig. 4 - Trattamento della neuropatia in corso di vasculite.

I 2 sottogruppi numericamente erano simili (17 versus 15), in totale 23 pazienti (71%) hanno ottenuto una remissione stabile nei 3 anni, mentre 9 (29%) hanno sviluppato almeno una recidiva. Questi pazienti *responders* sono distribuiti omogeneamente nei 2 gruppi di trattamento senza alcuna differenza statisticamente significativa ( $p=0.53$ ) (Fig. 4).

A questo punto abbiamo esaminato tutti i pazienti trattati con plasmateresi, valutando la terapia immunosoppressiva sincronizzata, così abbiamo individuato 2 sottogruppi: PEX + ciclofosfamide versus PEX + steroide e/o Ig e.v.

Alla luce dei risultati emersi, anche in questo caso, non abbiamo appurato una differenza statisticamente significativa ( $p=0.6$ ).

#### Follow-up a 5 anni: analisi delle recidive e loro trattamento

Valutando l'*outcome* a cinque anni, abbiamo evidenziato che il più alto numero di riattivazioni nonché la maggiore severità sono state a carico dei pazienti con vascolite di Wegener, MPA e vascolite necrotizzante, mentre tra i pazienti con vascolite ANCA-associata non si è osservata alcuna riattivazione, rappresentando, probabilmente, una forma frusta di MPA o di Wegener ad andamento clinico nettamente migliore. (Fig. 5).

Inoltre abbiamo visto che non vi è stato un tratta-

mento uniforme delle recidive, infatti, alcune sono state trattate o con la re-introduzione del farmaco impiegato all'esordio, quale la ciclofosfamide o lo steroide ad alte dosi, altre con terapie immunosoppressive alternative di cui si hanno pochi dati sulla loro efficacia come il metotrexato e il micofenolato.

Per le frequenti riattivazioni oculari del Wegener, sono stati impiegati farmaci sperimentali, il rituximab, con buoni risultati nell'indurre una remissione immediata, ma con risultati deludenti nel sostenere la remissione, concordando, in parte, con recenti studi<sup>7</sup> che affermano la scarsa risposta dell'infiammazione granulomatosa a tale trattamento.

#### Complicanze, morbilità e mortalità

La tossicità della terapia immunosoppressiva, soprattutto della ciclofosfamide, si è manifestata sotto forma di severe infezioni opportunistiche in 7 pazienti, prevalentemente polmonari e a volte anche recidivanti nello stesso paziente e di neoplasie epiteliali secondarie in 5 pazienti.

Nonostante il vasto e prolungato impiego dei corticosteroidi, abbiamo rilevato pochi casi (n. 6) di severa osteoporosi secondaria con fratture patologiche od osteonecrosi della testa del femore.

Tale dato può essere messo in relazione con un corretto e precoce utilizzo della profilassi anti-osteoporotica (bifosfonati).

Il decesso si è osservato in due pazienti, entrambi

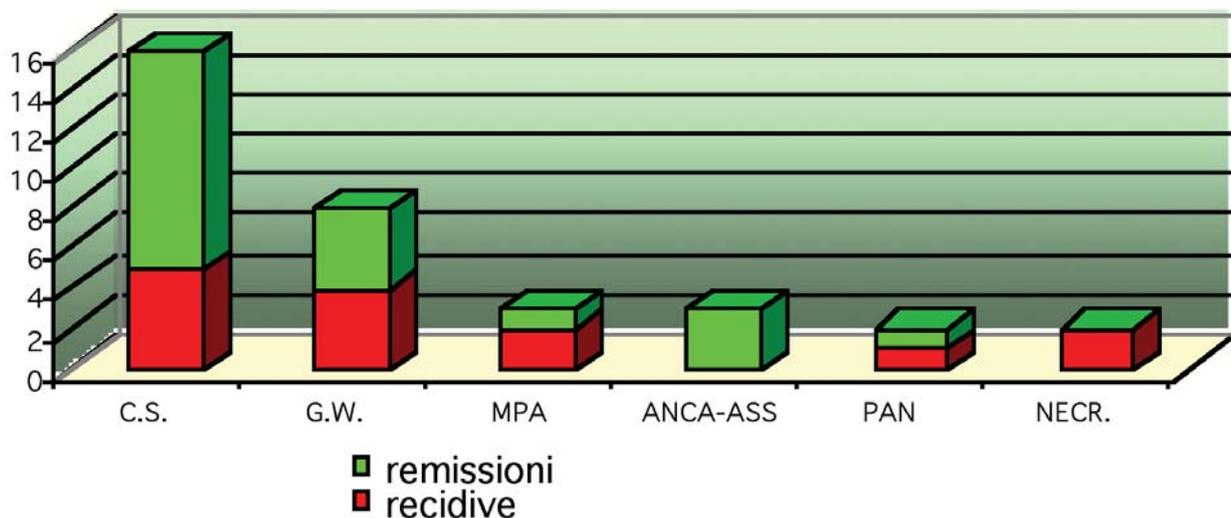


Fig. 5 - follow-up  $\geq 5$  anni su 34 pz.

affetti da Granulomatosi di Wegener, uno per complicanze dovute all'esteso e severo coinvolgimento d'organo della malattia nonostante la tempestiva terapia immunosoppressiva (ciclofosfamide + metilprednisone), l'altro in seguito alla comparsa di una neoplasia epiteliale del cavo orale.

### Discussione e conclusioni

Sebbene la visione retrospettiva non sia un adeguato e attendibile strumento per la valutazione dell'impatto terapeutico, abbiamo voluto, comunque, analizzare se la terapia di prima linea con ciclofosfamide rispetto ad altri trattamenti altrettanto impegnativi, probabilmente meno tossici ma sicuramente non privi di effetti collaterali o di disagi per il paziente stesso (steroidi ad alte dosi, terapie sincronizzate con plasmateresi e immunoglobuline), fosse in grado di aumentare la sopravvivenza libera da eventi (EFS) entro 2 anni dalla diagnosi.

Dai dati desunti, la ciclofosfamide, pur inducendo una più rapida remissione, non sembra ridurre in maniera significativa la probabilità di recidiva rispetto ad altri tipi di trattamento.

Invece, dal confronto tra le diverse vie di somministrazione della ciclofosfamide, risulta un *trend* di aumento del tasso di recidiva, peraltro non significativo, nei pazienti che hanno ricevuto la *pulse therapy* rispetto al gruppo trattato per os, pur mostrando la stessa efficacia nell'induzione della remissione; tale dato si allinea con la letteratura internazionale<sup>8</sup>, così come la chiara minore frequenza di eventi avversi da noi evidenziata.

Allo stesso modo e con lo stesso obiettivo finale di valutare il tasso di recidive, questa volta, però, estendendo l'analisi ad almeno cinque anni di *follow-up*, è emerso l'effetto non significativo della ciclofosfamide rispetto agli altri trattamenti.

Le riserve a queste affermazioni sono rappresentate principalmente dal *bias* di selezione del campione in analisi, in quanto costituito da più tipi di vascoliti con storia naturale molto differente e, secondariamente, dalla prevalenza di pazienti con sindrome di Churg-Strauss nel gruppo non trattato con ciclofosfamide, vascolite dall'andamento clinico tendenzialmente meno aggressivo.

Le conclusioni sull'analisi del ruolo del FFS (*five factor score*) non si discostano da quelle fornite dagli studi condotti da altri Autori<sup>6</sup> in quanto anche noi ne

abbiamo confermato l'importanza come fattore prognostico. Anche nella nostra esperienza non vi è evidenza del ruolo di fattore predittivo di mortalità precoce entro il primo anno di tale *score* in quanto, seppur i dati siano molto limitati, l'unico paziente deceduto per persistenza dell'attività di malattia presentava all'esordio un valore di FFS pari a 0. Risulta, invece, un'utile guida alla scelta terapeutica in quanto seleziona i pazienti (FFS  $\geq 1$ ) candidabili a un trattamento immunosoppressivo più aggressivo sin dalla diagnosi. Infatti abbiamo osservato una riduzione significativa del tasso di recidiva nei pazienti di questo gruppo trattati con ciclofosfamide rispetto ad altre terapie.

Quindi, per quei pazienti che all'esordio hanno un FFS = 0, dai dati emersi non risulterebbe esserci indicazione a un trattamento di prima linea con l'agente alchilante, potendo eventualmente ricorrere a immunosoppressori meno tossici quali il metotrexato, come proposto in recenti studi.<sup>4</sup>

Considerando che la neuropatia da vascolite, seppur non mettendo a repentaglio la vita del paziente, ne compromette notevolmente la qualità, considerando anche l'alta probabilità di recidiva e l'assenza di un approccio terapeutico uniforme, abbiamo esaminato, retrospettivamente, l'efficacia dei trattamenti effettuati, ponendo come *endpoint* la risposta della neuropatia alla terapia valutata in un arco di tempo di tre anni.

Percorrendo questo intento, il primo dato emerso è che la plasmateresi non sembra offrire vantaggi significativi in termini di risposta della neuropatia rispetto agli altri trattamenti praticati quali steroidi ad alte dosi e ciclofosfamide.

Questo *endpoint* è anche stato analizzato limitatamente al gruppo delle plasmateresi, questa volta mettendo a confronto il trattamento di sincronizzazione con ciclofosfamide *versus* altro senza risultati significativi.

Infine, valutando l'*endpoint* mortalità, i dati hanno evidenziato una buona efficacia dei trattamenti eseguiti nel nostro centro, con una aspettativa di vita solo leggermente inferiore a quella della popolazione generale. Infatti, dai nostri risultati, confrontati con la letteratura internazionale<sup>3</sup>, è emersa, nella granulomatosi di Wegener, una mortalità secondaria all'attività di malattia a cinque anni dell'8%. Inoltre, la tossicità della terapia impiegata, sia corticosteroidica che

immunosoppressiva, si è rivelata abbastanza limitata; in futuro è, comunque, auspicabile un'ulteriore riduzione della stessa. Tale obiettivo potrà essere raggiunto riservando l'uso di immunosoppressori come la ciclofosfamide a quei pazienti che, in particolare sulla base del FFS, effettivamente presentino una reale indicazione e associando, secondo le attuali linee guida, alla terapia corticosteroidica una adeguata profilassi dell'osteoporosi.

#### Bibliografia

1. J.C. Jennette, R.J. Falk and K. Andrassy et al., Nomenclature of systemic vasculitides: proposal of an international consensus conference, *Arthritis Rheum* 37 (1994), pp. 187-192;
2. G.S. Hoffmann e U. Specks, Antineutrophil cytoplasmic antibodies, *Arthritis Rheum*, 41 (1998), pp 1521-1537 ;
3. G.S. Hoffmann, G.S. Kerr, R. Y. Leavitt, C.W. Hallahan, R.S. Lebovics, W.D. Travis e al., Wegener's granulomatosis: an analysis of 158 patients, *Ann Intern Med* 116 (1992), pp 488-98;
4. K. De Groot, N. Rasmussen, P. Bacon e al : Randomized trial of cyclophosphamide versus methotrexate for induction of remission in early systemic antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheum* 52 (2005), pp 2462-69 ;
5. R.A. Luqmani, P.A. Bacon, R.J. Moots, B.A. Janssen, A. Pall, P. Emery e al.: Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) in systemic necrotizing vasculitis. *Q J Med* 87 (1994), pp 671-8;
6. L. Guillevin, F. Lhote, M. Gayraud, P. Cohen, B. Jarrousse, O. Lortholary, N. Thibult e P. Casassus : Prognostic Factors in Polyarteritis Nodosa and Churg-Strauss Syndrome: a prospective study in 342 patients. *Medicine* 75 (1996), pp 17-28 ;
7. R. Omdal, K. Wildagen, T. Hansen, R. Gunnarsson, G. Kristoffersen: Anti-CD 20 therapy of treatment-resistant Wegener's granulomatosis: favourable but transitory response. *Scand J Rheumatol* 34 (2005), pp 229-32.
8. L. Guillevin, J. Cordier, F. Lhote e al. : A prospective, multicenter, randomized trial comparing steroids and pulse cyclophosphamide versus steroids and oral cyclophosphamide in the treatment of generalized Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum* 40 (1997), pp 2187-21.

GIAMPIERO GRIFFO

Membro del Consiglio mondiale di  
*Disabled Peoples' International (DPI)*

## Bioetica e disabilità

*La Disabilità è stata per molto tempo una tematica ignorata in ambiente intellettuale ed accademico, argomento "tabù" relegato in una nicchia sociale e culturale, assieme alle persone con disabilità. Basti pensare alle numerose espressioni susseguite nel corso del tempo per "addolcire" e "smussare" l'impatto semantico: dall'iniziale "handicappato" ai successivi "portatore di handicap", "disabile", "persona diversamente abile", fino alla più recente "persona con disabilità".*

*La medicina inquadra da sempre la disabilità nel novero delle patologie, e la stessa Bioetica ha troppo a lungo ignorato questa condizione, che invece appare in stretta pertinenza: con la disabilità sono calpestati i principi bioetici fondamentali della beneficienza, dell'autonomia, della libertà e della giustizia. Lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica, nei suoi 15 anni di vita, ha elaborato un solo documento, nel 2006, sulla tematica della riabilitazione, che tocca solo di sponda il tema disabilità.*

*Per colmare questa lacuna, il Master in Bioetica Generale e Clinica dedica un'intera settimana alla "Bioetica e persone con disabilità", parlando non "sulla" disabilità, ma dando la parola ai massimi esponenti del settore, tra cui persone con disabilità esperti anche di Bioetica, affinché si possa avere una visione ampia ed approfondita sul tema.*

Da qualche anno alcune associazioni internazionali di persone con disabilità e loro familiari sono fortemente preoccupate per i rischi di ulteriori discriminazioni e violazioni di diritti umani verso le persone con disabilità che pratiche legate ai progressi della biomedicina e della genetica possono veicolare. Ha cominciato nel 1995 *Inclusion International*, (la Federazione mondiale delle famiglie di persone con disabilità), occupandosi della Convenzione sul genoma umano dell'Unesco, ha continuato nel 2000 *Disabled Peoples' International* - Regione europea, (associazione internazionale che lavora per proteggere i diritti umani delle persone con disabilità, con rappresentanze in 135 paesi nel mondo), con l'organizzazione di un seminario mondiale su "Bioetica e disabilità. Una questione di diritti umani" e la defini-

zione di una *Dichiarazione europea su genetica e disabilità, elaborata direttamente dalle persone con disabilità* di cinque paesi europei sulla base di un progetto finanziato dall'UE (vedi [www.dpitalia.org](http://www.dpitalia.org)).

Negli ultimi anni, anche in Italia, le attività connesse con la biomedicina (vedi le vicende delle gemelline siamesi peruviane, del parto di otto gemelli a Roma o più di recente il caso Welby, per fare solo alcuni esempi) hanno fatto parlare le prime pagine dei giornali. Non c'è da meravigliarsi del grande impatto emotivo con l'opinione pubblica dal momento che si decide sulla qualità della vita delle persone, sul loro diritto ad esistere (eutanasia, diritto alla vita) e sulla possibilità di determinare la forma e le caratteristiche degli esseri viventi (inseminazione artificiale, terapie genetiche, manipolazione genetica, clonazione). Per la prima volta la specie umana, e gli scienziati in particolare, sono giunti alla soglia dei poteri che consentono alla natura di "creare" e "trasformare" la vita.

Questo è già estremamente inquietante. E le innumerevoli conseguenze sulla specie umana che sono diventate notizie quotidiane sui giornali ormai ci ubriacano: affitto di uteri, determinazione del sesso dei nascituri, proprietà legali degli embrioni, manipolazioni delle cellule, identificazione delle caratteristiche genetiche dei componenti del DNA, patenti di geni manipolati, possibilità di clonare organi. Arriveremo ai supermarket dei pezzi di ricambio del corpo umano, alle banche dati genetiche, alle cliniche clonanti, al controllo statale sulle persone a partire dalle caratteristiche genetiche.

Perché sta avvenendo questo? La domanda è legittima, visto che il processo che ci sta investendo non è stato discusso pubblicamente, né ha basi giuridiche certe e principi comportamentali universalmente riconosciuti. La risposta è in quello che la biomedicina ci promette: prevenzione e superamento delle malattie e delle infermità, miglioramento della qualità della specie umana, potenziamento delle capacità riproduttive ben al di là dei limiti di età e di scelta del partner. Purtroppo questo è solo la faccia rassicurante della medaglia.

Le riflessioni preoccupate di DPI-Europa, partono dalla considerazione che le straordinarie potenzialità della scienza medica e biomedica si incardinano in società in cui convivono valori sociali (ed economici) non legati alla qualità della vita delle persone e pregiudizi e stereotipi negative sulle persone con disabilità. Questo produce pratiche mediche e sociali e visioni culturali che violano i diritti umani delle persone con disabilità.

L'allarme nasce dal rischio concreto (e da pratiche diffuse) di utilizzare il "modello medico" della disabilità come approccio culturale di base della biomedicina e della nuova genetica. Di recente la stessa OMS, licenziando l'ICF, ha sottolineato le distorsioni che visioni basate su pregiudizi sulle persone disabili possono produrre. E' interpretazione diffusa che una persona che si muove in sedia a rotelle (persona con disabilità motoria), o che si relaziona in forme semplici e dirette (persone che non possono rappresentarsi da sole) o che ha una differente capacità di orientamento e comunicazione (persone che non vedono o non sentono) sia una persona malata, a cui si devono offrire assistenza e cura dal momento che si reputa incapace di svolgere un numero vasto di attività, legate all'autonomia, al lavoro, alla vita di relazione, etc. Questo modello medico della disabilità attribuisce tali negatività alla persona con disabilità al punto da considerarla solo oggetto di interventi decisi da altri, tutti centrati sulla sua guarigione.

Il modello sociale della disabilità basato sui diritti umani invece pone in evidenza le responsabilità che la società ha verso le persone con disabilità e le soluzioni negative a cui le ha sottoposte per secoli. Basti pensare solo ai differenti trattamenti che le persone con disabilità ricevono nei vari campi della vita sociale: in luoghi speciali come istruzione (scuole speciali), impiego (laboratori protetti o UPA), etc; o con l'impossibilità a vivere spazi e sistemi di trasporto, negando l'accesso a beni e servizi. Questo trattamento negativo ha prodotto effetti devastanti sulle persone coinvolte, in termini di impoverimento delle risorse individuali e sociali. In realtà la condizione di discriminazione e di mancanza di pari opportunità per le persone con disabilità è prodotta dalla società. Infatti la disabilità è una relazione sociale tra le caratteristiche delle persone ed il grado di attenzione che la società ha prestato loro.

Purtroppo la visione basata sul "modello medico" è diffusa in ogni paese e colpisce tutti i cittadini. Anche la comunità dei medici, degli scienziati è piena di pregiudizi sulla nostra reale condizione. E' proprio partendo da queste considerazioni che vorremmo che la scienza non producesse ulteriori discriminazioni e violazione di diritti umani nei confronti delle persone con disabilità. Il primo pregiudizio è quello legato alla qualità della vita delle persone con disabilità che viene considerato sempre e comunque basso a causa della disabilità che si vive.

In effetti la qualità della vita delle persone con disabilità non dipende dalla condizione soggettiva della persona, bensì dal livello di inclusione della società che li

accoglie e dalle risorse che mette a sua disposizione (istruzione, ausili, servizi, etc.). In realtà nella maggioranza dei casi la persona con disabilità riceve varie disabilità dalla società che non pensa che ci siano viaggiatori in sedia a rotelle, impiegati non vedenti, studenti sordi, etc. In più, la qualità della vita di una persona con disabilità dipende dai comportamenti, sostegni e risorse della famiglia, dall'ambiente di vita, dalle differenti istituzioni responsabili ad intervenire e, quando adulto, dalla stessa persona con disabilità. A pensarci bene sono le stesse ragioni da cui dipende la qualità della vita di ogni persona. E' solo un pregiudizio attribuire una modesta qualità della vita alle persone con disabilità. Partendo da questo pregiudizio qualcuno decide sull'eutanasia di persone con disabilità, proprio perché pensa che la loro qualità di vita sia inferiore a quella di altre persone.

Siamo consapevoli che molte persone con disabilità oggi sono vive solo grazie al progresso scientifico in generale e alle scoperte mediche in particolare, ragion per cui desideriamo promuoverne e sostenerne il progresso laddove apporti benefici per tutti. Tuttavia vogliamo vedere la ricerca diretta al miglioramento della qualità della vita, non a negare l'opportunità di vivere.

DPI ha posto in evidenza che la moderna genetica ha ancora rapporti inquietanti con l'eugenetica e pratiche che, dietro un'immagine scientifica, nascondono pericolose visioni. La più preoccupante, che si sta imponendo ormai come base di tutta la genetica, si indirizza verso un'idea inesistente in natura, quella della perfezione dell'essere umano. Sempre più nei *mass-media* la malattia, il dolore, il confronto con le diversità, le semplici complicazioni del vissuto quotidiano vengono lette come imperfezioni da eliminare, negatività fastidiose da sopprimere, difetti di fabbrica da aggiustare. In un mondo dove la virtualità può cancellare d'un colpo solo tutte queste cose, ricostruendo il mondo senza alcun "difetto", si è perso di vista che in natura la perfezione è l'equilibrio che permette l'esistenza della vita, in qualsiasi forma e in qualsiasi maniera. Non c'è una perfezione assoluta, bensì un equilibrio relativo in cui quello che consente alla vita di svilupparsi è l'adattamento. E quante più diversità nascono tante più soluzioni adattative nuove ed originali si producono. La natura poi è un tutt'unico in cui le singole caratteristiche di ognuno (perfette o imperfette che siano) giocano con le interrelazioni che ogni essere vive. Non siamo monadi singole, siamo esseri interdipendenti che giocano le proprie



risorse ed abilità in reciprocità. Da qui la riflessione: a che serve la perfezione? Se si facesse la somma dell'insorgenza epidemiologica delle malattie nella popolazione italiana si scoprirebbe che essa supera largamente il 100% della popolazione: è l'intera popolazione italiana ad essere "imperfetta", meglio a vivere con una disabilità, come sottolinea l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Che significa la perfezione applicata all'essere umano ed alla natura? E' un'idea artificiale, prodotta dalla "cultura" delle merci e del mercato, dove la standardizzazione è la norma.

Il 13 dicembre 2006 le Nazioni Unite hanno approvato la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, che trasforma il modo di vedere e di trattare le persone con disabilità. La disabilità infatti è un concetto in evoluzione che riguarda tutto il genere umano, visto che nel corso di una vita ognuno vivrà una condizione di disabilità. Il nuovo compito per l'umanità in questo millennio è quello di costruire società che includano tutte le diversità umane, rispettandone i diritti umani e valorizzandone le capacità.

La Bioetica è un'importante sfida per il futuro del genere umano e della terra. Vi è un modello bioetica della disabilità, che parte proprio dalla Convenzione dell'ONU e da tutti i più importanti documenti internazionali sulla tutela dei diritti umani delle persone con disabilità. Far emergere l'insostituibile valore della ricchezza delle diversità umana, ancorare la scienza ad

un'etica ed una morale discusse socialmente, costruire soluzioni per una piena e corretta informazione a supporto di scelte consapevoli, diffondere una cultura della disabilità che valorizzi tutte le capacità e potenzialità e sottolinei il contributo di ogni essere umano alla società significa superare le discriminazioni e costruire società che rispettino i diritti umani di tutti.

Giampiero Griffo è Responsabile della *Sezione sulle diversità* presso la Biblioteca nazionale di Napoli, lavora nel campo della difesa e tutela dei diritti umani dei cittadini con disabilità dal 1972 con responsabilità direttiva in varie associazioni locali, regionali, nazionali ed internazionali. Membro del Consiglio mondiale *Disabled Peoples' International (DPI)* e del Board dell'*European Disability Forum*, ha pubblicato articoli, ricerche e volumi sia in Italia che all'estero. Membro della delegazione italiana all'*Ad hoc Committee* dell'ONU sulla *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, è stato particolarmente attivo nell'ambito della bioetica e disabilità, partecipando a convegni e seminari e rappresentando DPI negli incontri del Comitato internazionale di Bioetica dell'UNESCO (2004-2005), incaricato di stilare una Dichiarazione universale sulla bioetica. Docente al Master di bioetica dell'Università di Ancona, è membro del comitato scientifico del corso di aggiornamento universitario *Diritti umani e disabilità* dell'Università di Padova.





## MAGGIO IN FACOLTA

MAGGIO

Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
2 maggio	Corso Monografico	Neoplasie della tiroide	Prof.ssa A. Fazioli	Aula A h. 14.30
2 maggio	Corso Monografico	Laparoscopia diagnostica	Prof. M. Guerrieri	Aula A h. 16.30
2 maggio	Corso Monografico	Apparecchiature di diagnostica per immagini	Prof. A. Givagnoni	Aula B h. 14.30
2 maggio	Corso Monografico	Malaria: aspetti particolari	Prof. A. Giacometti	Aula C h. 16.30
2 maggio	Forum	Psicologia Clinica	Dott. B. Nardi	Aula Luciani Polo Eustachio h. 14.30
2 maggio	Corso Monografico	Gestione clinica della malattia infiammatoria cronica intestinale	Prof. Benedetti, Prof. Feliciangeli, Prof. Di Savio	P. Pesaro h. 14.30-16.30
2 maggio	Corso Monografico	Marcatori tumorali in patologia oncologica del distretto testa collo	Dott. C. Rubini	Aula Morgagni Anatomia patologica h. 9.00-11.00
2 maggio	Corso Monografico	I rivelatori nelle attività di fisica sanitaria: dosimetria in radioterapia, rivelatori a termoluminescenza, rivelatori a stato solido nella registrazione dell'immagine digitale radiologica	Dott.ssa M. Giacometti	Aula H h. 14.30-17.30
2-9 maggio	Corso Monografico	Basi teoriche e pratiche dell'ECG	Dott. M. Melone	Polo Pesaro h. 15.30-18.30
2-9 maggio	Corso Monografico	Alle fonti dell'etica infermieristica	Dott.ssa L. Passaretti	Polo Ascoli Piceno Aula 2 Centro Formazione h. 14.00-17.00
2-9-16 maggio	Corso Croce Rossa	Tecnica e Sanità militare	C.V. Dott. A. Carleo	Aula Luciani Polo Eustachio h. 16.30-19.30
8 maggio	Corso Monografico	Emergenze ORL ed odontostomatologiche di interesse medico	Dott. M. Piemontese, Dott. M. Re	Aula 2 CL Od. h. 14.30
9 maggio	Corso Monografico	Reti informatiche e sicurezza	Dott. A. Ortali	Aula I h. 14.30-17.30
9 maggio	Corso Monografico	Il metabolismo basale nell'uomo, definizione e misura	Dott.ssa M. Fabri	Polo Macerata h. 16.30-18.30
9 maggio	Corso Monografico	Marcatori tumorali nel carcinoma della mammella	Dott. A. Santinelli	Aula Morgagni Anatomia patologica h. 14.00-16.00
9 maggio	Corso Monografico	I Virus neurotropi	Dott.ssa P. Pauri	Aula Morgagni Anatomia patologica h. 9.00-11.00
9-16 maggio	Corso Monografico	Obiettivi e strategie della gestione dell'adulto con tumore del SNC	Prof.ssa M. G. Ceravolo	Aula 3 4° piano Polo Murri h. 9.30-12.30
9-16 maggio	Corso Monografico	Counselling ed assistenza infermieristica	Dott.ssa S. Rasori	Polo Pesaro h. 14.30-17.30
9-16 maggio	Corso Monografico	Tecnologia multidisciplinare nello studio del torace	Prof. E. De Nigris	Aula H h. 14.30-17.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Biologia ed Epidemiologia del diabete	Prof. G. Principato, Prof.ssa F. Saccucci	Aula A h. 14.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Anatomia dell'organo endocrino adiposo	Prof. S. Cinti	Aula Luciani Polo Eustachio h. 16.30
9-16-18/5	Corso Monografico	Il trapianto di cellule staminali e la terapia cellulare	Prof. P. Leoni	Aula B h. 14.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Malattie degli annessi oculari	Dott. G. Frongia	Aula B h. 16.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Elementi di psicoterapia	Prof. G. Borsètti	Aula C h. 14.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Valutazione multidimensionale nell'anziano	Dott.ssa E. Espinosa	Aula C h. 16.30
9-16-23/5	Corso Monografico	L'infertilità maschile	Prof. G. Muzzonigro	Aula T h. 14.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Le urgenze vascolari	Prof. F. Alò	Aula T h. 16.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Aspetti etiopatogenetici delle malattie autoimmuni organo specifiche e sistemiche	Dott.ssa M.R. Rippon	Polo Macerata h. 14.30-16.30
9-16-23/5	Corso Monografico	Shock in ostetricia, rianimazione materna, rianimazione neonatale	Dott. N. Cester	Aula N h. 14.30
9-23 maggio	Corso Monografico	La qualità certificata nell'assistenza odontoiatrica	Prof. I. Annino	Aula 2 Polo Murri h.14.30-16.00
16 maggio	Corso Monografico	L'evoluzione della normativa del sistema sanitario marchigiano	Prof.ssa M. De Angelis	Aula I h. 14.30-17.30
16-23 maggio	Corso Monografico	Relazioni dei profili di assistenza come integrazione di valenze professionali	Dott. A. Paolini	Aula S h. 14.30-17.30
16-23 maggio	Corso Monografico	L'epatopatia da alcool: dalla fisiopatologia all'assistenza del paziente	Dott. M. Marzoni	Polo Pesaro h. 14.30-17.30
16-23 maggio	Corso Monografico	Rischio e rumore: la normativa vigente	Dott. S. Tascini	Polo Fermo h.10.00-13.00
16-23-30/5	Forum	Etica Clinica	Prof. A. Gabrielli, Prof. A.L. Tranquilli	Aula Luciani Polo Eustachio h. 14.30
16-30 maggio	Corso Monografico	Oncologia molecolare nella diagnosi clinica; i fattori prognostici predittivi in oncologia; dal profilo genetico ai nuovi farmaci	Dott.ssa R. Berardi	Aula Morgagni Anatomia patologica h. 9.00-11.00



Data	Tipologia didattica	Titolo	Docenti	Sede e ora
23 maggio	Corso Monografico	Mesotelomi e mesodermomi: inquadramento generale	Prof. C. Ferrari	Polo Fermo h. 15.00-18.00
23 maggio	Corso Monografico	Tecniche di biologia molecolare: applicazioni in patologia neoplastica	Dott.ssa G. Goteri	Aula Morgagni Anatomia Patologica h. 14.30-16.30
23-30 maggio	Corso Monografico	La fatica nelle disabilità neurologiche e nell'anziano fragile	Prof.ssa M. G. Ceravolo	Aula 3 4° piano Polo Murri h. 9.30-12.30
23-30 maggio	Corso Monografico	Risposte cellulari agli insulti biologici derivati da radiazioni		Aula L h. 14.30-17.30
23-30 maggio	Corso Monografico	Prospettive della Tecnologia in Medicina Nucleare: la PET	Dott. P. Cinti, Dott. G. Ascoli	Aula didattica SOD di Medicina Nucleare A.OO.RR. h. 14.30-17.30
23-30 maggio	Corso Monografico	Progressi in Radiologia Interventistica	Dott. E. Antico	Aula H h. 14.30-17.30
30 maggio	Corso Monografico	Istologia Umana normale con riferimenti pratici alle tecniche di laboratorio di supporto alla diagnostica citopatologica	Dott.ssa A. Pugnali	Aula A h. 14.30
30 maggio	Corso Monografico	Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	Aula A h. 16.30
30 maggio	Corso Monografico	Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie	Prof. I. Bearzi	Aula B h. 14.30
30 maggio	Corso Monografico	Lupus Eritematoso Cutaneo	Prof.ssa A.M. Offidani	Aula B h. 16.30
30 maggio	Corso Monografico	Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica	Dott.ssa C. Borgognoni, Dott.ssa A. Cucchi,	Aula T h. 14.00-17.00
30 maggio	Corso Monografico	Diagnostica di laboratorio di pertinenza infermieristica	Prof. A. Procopio	Polo Pesaro h. 14.30-17.30
30 maggio	Corso Monografico	Il Counseling infermieristico nella relazione d'aiuto	Dott.ssa L. Passaretti	Polo Ascoli Piceno Aula 2 Centro Formazione h. 14.00-17.00
30 maggio	Corso Monografico	Mesotelomi e mesodermomi: inquadramento generale	Prof. C. Ferrari	Polo Fermo h. 10.00-13.00

## La poesia di Pina Violet

### Sublime\*

Amare  
senza essere  
amati,  
godere dell'altro,  
non pensare a sé.  
Amare  
senza essere  
amati,  
beffa della vita!  
Eppure dono,

gratuito,  
senza riscontro,  
affetto sublime  
senza ritorno.  
Amare  
come tu sai,  
eterna certezza  
in questo nostro  
umano  
incespicare.

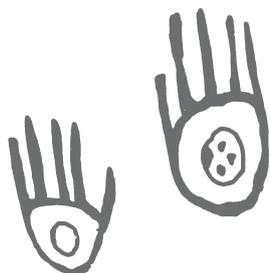
\* Dedicata al Dott. Antonio Gigante, Specialista della Clinica Ortopedica, per la generosa disponibilità offertami in varie circostanze, in particolare durante la degenza e la lunga convalescenza di mio figlio Marco, dopo un infortunio automobilistico avvenuto nel 2003.



## AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

MAGGIO 2007

Data	Ora	Sede	Argomento	Docenti	Scuole
3-mag	8.30-10.00	Biblioteca dell'Istituto di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
7-mag	13.00-14.00	Aula C Polo Eustachio	La neovescica sigmoidea sec. Mainz II	Prof. G. Muzzonigro, Dott.ssa L. Mariani	V-D-AA
7-mag	16.00	Aula didattica IV piano INRCA	Patologia tiroidea	Proff. V. Saba, M. Guerrieri, Dott. C.M. Vitali	B-D-E-I
9-mag	14.00-16.00	Clinica Reumatologica - Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	FF-O-S-CC
9-mag	15.00-16.00	Aula M Polo Eustachio	Diabete in Pediatria	Dott.ssa A. Lauber Biason	CC -GG -DD - H
10-mag	8.30-10.00	Biblioteca Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
11-mag	14.00	Clin. Gastroenterologia, III piano	L'encefalopatia epatica: diagnosi e terapia	Prof.ssa M. Merli (Roma)	H
14-16/05/2007		Centro Congressi Jesi	SEMEION: IL LINGUAGGIO DEI SEGNI	Prof. W. Grassi	Corso base residenziale
14-mag	13.30-15.30	Aula Morgagni Anat. Patologica	Neoplasie del rene	Prof.ssa M. Scarpelli	ECM-Azienda Ospedaliero-Universitaria
14-mag	15.30-16.30	Aula Morgagni Anat. Patologica	Tumori della vescica. Classificazioni	Prof. R. Montironi	V-D-AA-A
14-mag	16.00	Aula didattica IV piano INRCA	Patologia Emorroidaria	Prof. V. Saba, Dott.ri R. Chan, R. Ghiselli	B-D-E-I
16-mag	15.00-16.00	Aula M Polo Eustachio	Terapia dell'iposurrenalismo	Dott. G. Arnaldi	CC -GG -DD - H
16-mag	15.00-18.00	Aula Q Polo Murri	Il ruolo del cervelletto nel recupero funzionale post-lesionale	Prof. M. Molinari Dottorato di ricerca in Neuroscienze CL Fisioterapia III anno	O-P
17-mag	8.30-10.00	Biblioteca di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
17-mag	9.00-12.00	Aula Q Polo Murri	Il recupero dopo mielolesione	Prof. M. Molinari Dottorato di ricerca in Neuroscienze CL Fisioterapia III anno	O-P
18-mag		Aula Chirurgia Plastica IV° piano	Le lesioni da decubito	Dott. A. Scalise	E-BB-R
18-mag	16.00-18.00	Aula Cattedra Igiene	Il rischio biologico nel blocco operatorio	Prof. M.M. D'Errico	D-I-L-Q
21-mag	15.00-16.00	Aula CPolo Eustachio	La vescica iperattiva nelle diverse età	Dott. D. Minardi	V-II
21-mag	16.00	Aula didattica IV piano INRCA	Obesità grave	Proff. V. Saba, S. Cinti, Dott. G. Gaggiotti	B-D-E-I
23-mag	15.00-16.00	Aula M Polo Eustachio	Irsutismo ed alopecia	Dott.ssa E. Faloia	CC -GG -DD - H
24-mag	8.30-10.00	Biblioteca di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EE
25-mag	9.00	Auditorium Montessori Polo Murri	VIII Convegno di Psicopatologia post-razionalista L'umore e i suoi disturbi	Prof. G. Borsetti, Dott. B. Nardi	
25-mag	14.00	Clinica Gastroenterologia III piano	Le emorragie digestive superiori non varicose	Dott. D. Baroncini (Pesaro)	H
25-mag	16.00-18.00	Aula Cattedra Igiene	Le esposizioni professionali a materiale biologico: aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M.M. D'Errico	D-I-L-Q
25-mag		Aula Chirurgia Plastica IV° piano	La ricostruzione mammaria	Dott. A. Scalise	E-BB-R
28-mag	15.00-16.00	Aula CPolo Eustachio	La calcolosi urinaria	Dott.ri M. Dellabella, G. Milanese	V-CC-I
31-mag	8.30-10.00	Biblioteca di Radiologia	Seminari di Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. M. Scarpelli, L. Provinciali, U. Salvolini, M. Scerrati, F. Rychlicki, Dott. G. Polonara	A-O-P-R-T-U-CC-DD-EDS: BB:



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

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

**LETTERE DALLA FACOLTÀ**  
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche  
Anno X - n° 5  
Maggio 2007  
Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998  
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

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

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