



# LETTERE dalla FACOLTÀ

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

dal 1998

on line

Direttore editoriale Prof. Marcello M. D'Errico

## Lettera agli Amici

Bentrovati, felice di rivedervi, *Sandro Ortolani* (pag. 2)

## Medicina Clinica

### *La valigetta del medico*

La diagnosi in Psichiatria, *Bernardo Nardi* (pag. 4)

Arte per la vita... in Clinica Oncologica, *Rossana Berardi* (pag. 13)

## Professioni sanitarie

Nursing research, l'erba del vicino, *Gilda Brunori, Maurizio Mercuri* (pag. 16)

## Scienze umane

La peste, il Tintoretto e gli Infermieri, *Giordano Cotichelli* (pag. 18)

Il tema della follia nel teatro di Albert Camus, *Alberto Pellegrino* (pag. 21)

Formare ad un approccio narrativo in sanità, *Massimiliano Marinelli* (pag. 25)

## Vita della Facoltà

La formazione specialistica e gli incarichi attribuibili ai medici in formazione: analisi ed evoluzione, *Laura Pierdicca, Daniele Sconocchini* (pag. 28)

3  
2020

### Bentrovati, felice di rivedervi



#### Sandro Ortolani

Direttore ADP Corso di Laurea in Infermieristica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica della Marche

*Mi hanno portato in Ospedale il 15 marzo scorso e ne sono uscito l'8 settembre, oggi sono qui con Voi*

Pensi sempre che non può capitare a te.  
Certe cose non possono capitare proprio a te.  
Invece non è così.  
Conduci una tranquilla, apparentemente tranquilla, esistenza.  
Ma non ti aspetteresti mai che, improvvisamente, tutta la tua tranquilla esistenza possa essere messa totalmente a soqquadro da un nonnulla.  
Un filamento, un ultramicroscopico filamento che distrugge esistenza e tutto.  
Un mondo intero. Distrutto da un filamento.  
Mi sveglio. Ho dormito a lungo, probabilmente.  
Non so neppure io quanto.  
Ma mi sveglio a un certo punto.  
Dove sono, non me ne rendo subito conto.  
Faccio fatica a respirare. Faccio fatica a muovermi.  
Anzi non mi muovo affatto.  
Sono letteralmente inchiodato in un letto d'ospedale.  
Quale ospedale? Chi sono queste persone strane, coperte da tute da sembrare astronauti?  
Sento le loro voci. Intravedo appena i loro sguardi.  
Chi sono? E dove sono?  
Mi rendo conto di essere in un ospedale.  
Non posso muovermi. Respiro a fatica.  
Non posso parlare. Sono pieno di tubi....  
Cosa è accaduto?  
Ma la macchina dove l'ho parcheggiata?

Una musica. Sento una musica. Leggera.  
Un sottofondo. Penso. Ascolto. Guardo il soffitto di una camera di rianimazione. Attorno a me si muovono figure attente e solerti, bisbigliano qualche parola tra loro. Mi chiamano per nome.  
Il mio nome! Mi chiedono di aprire gli occhi, di stringere una mano. "Ordini semplici".  
Così li descrivono nei trattati medici.  
Il mio nome! Qualcuno mi chiama, si rivolge a me, mi guarda. Lo guardo.  
La musica lieve accompagna a volte le lunghe ore di lunghe giornate.  
Non sono più un invisibile corpo.

Eravamo in montagna quell'estate, con amici ed amiche. Ricordo quel pomeriggio alla ricerca della strada

per un rifugio inaccessibile.  
Avevamo sbagliato stradello. Le ragazze si erano un poco innervosite. Cominciava a fare buio.  
Con affanno camminavamo più in fretta possibile per raggiungere il rifugio. Là saremmo stati al sicuro, al caldo, al riparo. Ma sembrava non si arrivasse mai.  
Era calato il silenzio tra noi.  
Eravamo troppo occupati e concentrati per seguire lo stradello, quello giusto, che ci avrebbe portati al rifugio. L'aria fresca ed asciutta ripagava della fatica. Lo zaino pesante ballonzolava sulla schiena.  
Finalmente intravedemmo da lontano delle luci, in mezzo al bosco. I monti intorno a noi si stagliavano alti e netti nel cielo ancora azzurro.  
Il piccolo rifugio con le sue finestrelle rosse sui mattoni grigi si cominciava a vedere bene.  
Ci fu un liberatorio scambio di battute con gli amici.  
Pensai con sollievo ad un bel piatto di uova, speck e patate che avrei mangiato e alla gelida acqua del rubinetto che ci attendeva e sorrisi rassicurato.  
Ma..."la montagna più grande resta sempre quella dentro di noi".

Ormai ce l'ho fatta. Ho resistito al virus, alla malattia più terribile che mi sarebbe potuta capitare.  
Tutti mi hanno aiutato:  
Medici, infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti, logopediste....  
E i miei Studenti, che timorosi si avvicinavano  
Tutti sono stati bravissimi e pazienti con me.  
In fondo, ero uno di loro.

Tanti hanno pregato e pianto per me.  
Mentre, inconsapevole, combattevo la mia battaglia più dura, in tanti: amici, familiari, colleghi di lavoro hanno pregato, pensato a me.  
Quotidianamente. Con affetto, con tenacia e con speranza.  
In fondo, sono uno di loro.

Ancora non me ne rendo pienamente conto.  
Sono stato fortunato. Ho scoperto che tante persone mi vogliono bene.  
Ho tanti amici e colleghi che mi stimano.  
Sono meravigliato dalla commozione sui volti di chi mi viene a trovare nel reparto dove ho iniziato la mia convalescenza. So che sarà lunga. Non riesco a volte

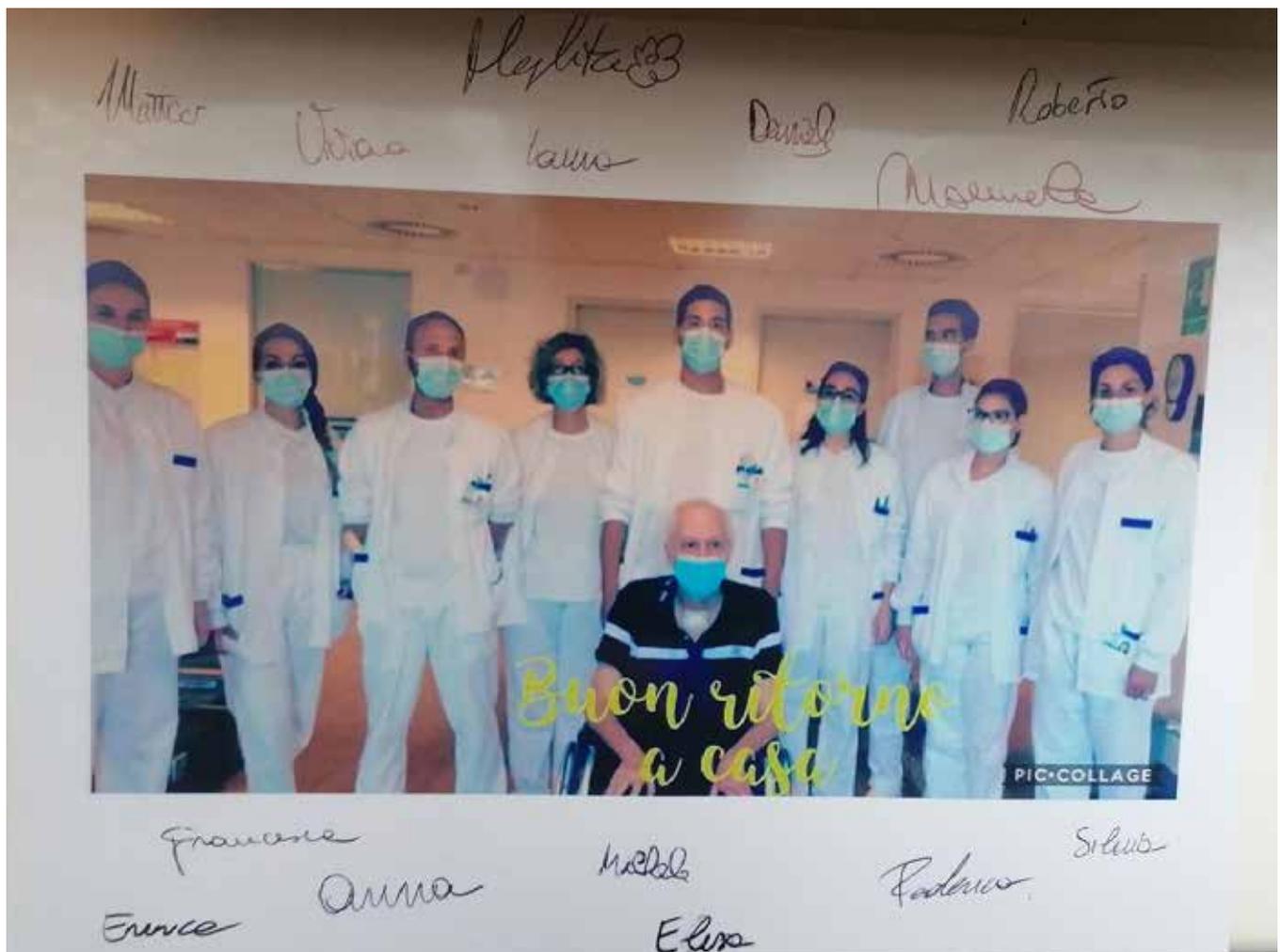


Figura 1 – Sandro Ortolani, al momento della dimissione, circondato dall'affetto dei Fisioterapisti della Clinica di Neuro-riabilitazione che lo hanno curato con infinite competenza ed abnegazione durante la lunga degenza

a pensare al futuro.

Vivo giorno per giorno. Ci sono tanti traguardi ancora da raggiungere. Devo imparare di nuovo a camminare, a parlare, a mangiare, a vestirmi... a fare tutte quelle cose che sembrano banalmente scontate ma così importanti nel quotidiano.

Grazie. È la parola più semplice da dire.

A tutti. Ma per primo a me stesso.

Ho scoperto una forza che non credevo di avere.

Un coraggio che non pensavo di possedere.

Una speranza inaudita.

Grazie. A tutti. A me stesso.

Grazie. Alla vita che ricomincia.

Da capo, una nuova vita.

Con tanti nuovi volti amici che non sapevo avrei conosciuto.

Dovrò imparare nuove parole da dire.

Dovrò avere occhi diversi per guardare al futuro.

E non è retorica.

## La diagnosi in Psichiatria

**Bernardo Nardi**

Docente di Psichiatria e Psicologia Clinica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche



*Sono descritti gli strumenti diagnostici che possono integrare ed arricchire la diagnosi e far intraprendere il corretto trattamento di un disturbo mentale. Vengono inoltre indicati alcuni punti di riferimento, veri punti cardinali, che possono funzionare da bussola per orientarsi nel difficile percorso della pratica clinica.*

### Introduzione

In ambito psichiatrico, l'approccio clinico si fonda sul colloquio, che è centrato sulla raccolta dei dati anamnestici significativi e sull'esame dello stato psichico.

L'anamnesi (dal greco *anàmnēsis*: ricordo) è la storia della vita del soggetto raccontata allo psichiatra con le parole e dal punto di vista dell'interessato (e, se necessario, da persone che lo conoscono); essa raccoglie:

- la storia di rilevanza clinica degli ascendenti e dei collaterali del soggetto (anamnesi familiare);
  - la storia della sua evoluzione in relazione ai principali eventi maturativi, quali l'andamento della gravidanza e le modalità del parto, l'acquisizione del linguaggio, della deambulazione spontanea e del controllo degli sfinteri, l'andamento scolastico, gli eventi puberali e il loro impatto, le abitudini alimentari e, più in generale, di vita, le relazioni significative, gli eventuali rapporti affettivi e il loro andamento nel tempo (anamnesi fisiologica);
  - la storia delle eventuali patologie pregresse di cui il soggetto ha sofferto (anamnesi patologica);
  - la storia del problema clinico presentato (anamnesi psicopatologica).
- Oltre a raccogliere i dati concreti e reali relativi alla cronologia della formazione del sintomo e alla storia psichiatrica e medica, lo psichiatra utilizza il raccordo anamnestico per dedurre gli aspetti più significativi e

specifici della personalità del soggetto, compresi i punti di forza e quelli di debolezza. Si tratta di qualcosa di intrinsecamente diverso dalla raccolta dell'anamnesi nella tradizione medica in generale: la differenza sta nel fatto che l'intervista psichiatrica non tiene conto soltanto dell'obiettività dei dati, ma deve anche esaminare il vissuto interno del soggetto. Recentemente, nuovi approcci metodologici, come quello cognitivista post-razionalista, hanno centrato l'attenzione proprio sull'importanza del valore soggettivo degli aspetti anamnestici raccolti. Infatti essi – "normali" o "patologici" che siano – non rimandano a quadri astratti impersonali ma esprimono piuttosto le modalità soggettive attraverso le quali l'individuo percepisce, riordina e riferisce attivamente a sé l'esperienza, dando ad essa, tra le infinite possibilità di scelta, un determinato senso. Tuttavia, proprio questo senso, frutto del riordinamento soggettivo della realtà percepita, viene vissuto come qualcosa di unico e di obbligato e viene raccontato nell'anamnesi come se fosse vero, universalmente valido e condivisibile da tutti. È importante pertanto raccogliere l'anamnesi tenendo presente che i sintomi riferiti non hanno un particolare significato di per sé: avere un disturbo d'ansia, una depressione dell'umore o un delirio non ha il medesimo significato per tutti gli individui, né coincide con il modo

di vivere o di immaginare l'ansia, la depressione o il delirio dell'esaminatore.

L'esame psichico consiste nella descrizione delle funzioni psichiche del soggetto. Viene effettuato durante il colloquio psichiatrico, integrando le informazioni acquisite durante la raccolta dell'anamnesi. Deve essere eseguito e descritto in modo ordinato e sistematico, prendendo in considerazione i seguenti elementi:

- aspetto generale e comportamento: cura della persona, igiene, abbigliamento, postura, attività psicomotoria (gestualità, manierismi, tic, iperattività, comportamento stereotipato, agitazione, aggressività, andatura, agilità, ecoprassia, irrequietezza, rallentamento psicomotorio, ecc.), atteggiamento nei confronti dell'esaminatore (collaborante, attento, interessato, amichevole, deduttivo, difensivo, perplessivo, apatico, ostile, oppositivo, evasivo, ecc.) ed espressioni facciali (facies);
- atteggiamento verso gli altri (figure significative e non significative), con particolare riferimento allo stile relazionale ed affettivo;
- eloquio: fluidità, correttezza delle associazioni e dei legami grammaticali, sintattici e logici, velocità, ritmo del discorso (rilievo di rallentamenti o accelerazioni). L'esame del linguaggio va tarato rispetto alle possibilità espressive connesse al livello culturale o alle situazioni socio-ambientali;

- funzioni fisiologiche principali: alimentazione, ciclo sonno-veglia, funzioni sessuali ed assetto motivazionale e volitivo di base (come il soggetto difende i suoi spazi vitali, come è disposto a prendersi cura o a farsi prendere in cura rispetto agli altri, quali comportamenti agonistici attua, come è improntata la sua volontà);
- funzioni senso-percettive: sensazioni, percezioni;
- funzioni affettive: emozioni, sentimenti, ansia, aggressività, tono dell'umore;
- funzioni cognitivo-intellettive: vigilanza, attenzione, apprendimento, memoria, funzioni simboliche fasiche, prassiche e gnosiche, ragionamento, giudizio, critica;
- vigilanza (con particolare riferimento al ciclo sonno/veglia) e coscienza (valutandone gli stati nel loro andamento e nei possibili cambiamenti, sia rapidi che lenti);
- pensiero (nei suoi aspetti sia di forma che di contenuto);
- psicomotricità.

In una intervista psichiatrica risulta inoltre di fondamentale importanza riconoscere la simulazione e la dissimulazione; è necessario valutare attentamente come vengono presentati i dati, se c'è congruenza tra i contenuti verbali e non verbali, specie in rapporto con i quadri psicopatologici nei quali si possono osservare. La diagnosi clinica viene fatta, in modo ormai standardizzato a livello internazionale, utilizzando un

approccio descrittivo, previsto dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali ("Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders"), elaborato dall'American Psychiatric Association (APA), attualmente alla quinta edizione (DSM-5).

Per il DSM-5, "un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo".

Il manuale è stato costruito in base ai seguenti criteri:

- a) nosologico: i disturbi mentali sono definiti in base a quadri sintomatologici descritti a prescindere dal vissuto del singolo e sono raggruppati utilizzando criteri standard;

b) statistico: la presenza o meno di un disturbo mentale e la distinzione tra questo e un livello normale di funzionamento viene definito attraverso i concetti statistici di frequenza, intensità, moda, mediana, varianza, correlazione; per tale fatto viene richiesto un cut-off, un numero minimo di sintomi presenti per ogni disturbo ( ad es., presenza di tre o più caratteristiche presenti in quel quadro) e un periodo minimo di presenza dei sintomi; esistono infine dei criteri di esclusione relativi all'età di insorgenza del disturbo e alla diagnosi differenziale rispetto a disturbi che presentano gli stessi sintomi;

c) ateorico: la diagnosi viene fatta a prescindere da qualsiasi approccio teorico (comportamentista, cognitivista, psicoanalitico, relazionale, gestaltico, ecc.);

d) assiale: i disturbi mentali sono raggruppati su 5 assi, al fine di ottenere una diagnosi esauriente e standardizzata (Tabella 1).

#### Gli strumenti del mestiere

*Come integrare la valutazione (assessment) del soggetto*

In psichiatria la valutazione del soggetto (assessment), di tipo nosologico e psicopatologico, viene fatta, come si è detto, utilizzando criteri diagnostici standardizzati (DSM-5) dopo aver effettuato un approfondito colloquio clinico, con una accurata ricognizione anamnestica, personale e relazionale. Per una maggiore accuratezza, il colloquio può essere

Ass e	Aspetto diagnostico
I	Disturbi clinici e altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica; sono tutti caratterizzati dal fatto di essere temporanei, insorgendo in un determinato momento della vita e non sono "strutturali", legati alla personalità dell'individuo
II	<a href="#">Disturbi di personalità</a> e <a href="#">ritardo mentale</a> ; si tratta in questo caso di disturbi stabili, strutturali, non restituibili a una condizione "pre-morbosa"; si possono associare ad un disturbo di Asse I, al quale fanno da contesto
III	Condizioni mediche acute e disordini fisici che possono essere associati al disturbo mentale riscontrato
IV	Condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disturbo mentale riscontrato
V	Valutazione globale del funzionamento, in base alla capacità di gestione psichico-comportamentale e socio-relazionale dell'individuo, tenendo conto dei comportamenti sintomatici e degli stili di gestione delle <a href="#">emozioni</a> o di altri aspetti della vita psichica

Tabella 1 - I cinque Assi diagnostici del DSM

integrato da una serie di accertamenti aggiuntivi, di tipo psicometrico, laboratoristico (ad esempio, esami emato-chimici) e strumentale (ad esempio, di neuroimaging, di elettroencefalografia, ecc.), nonché, come si dirà, da valutazioni psicodiagnostiche.

Le indagini laboratoristiche e strumentali vengono utilizzate solitamente per individuare (nel cosiddetto "screening") eventuali patologie organiche che possono associarsi ai disturbi psico-comportamentali o che, in alcuni casi, li possono determinare.

Le recenti metodiche computerizzate di visualizzazione del parenchima cerebrale, attraverso mappe che evidenziano l'attività metabolica, bioelettrica o il flusso ematico delle varie strutture cortico-sottocorticali, consentono di approfondire la conoscenza dei correlati biologici delle modificazioni psico-comportamentali, normali o patologiche (TAC, Risonanza Magnetica, specie se funzionale, elettroencefalografia, ecc.). Esse hanno quindi aperto nuovi orizzonti conoscitivi concernenti le basi anatomico-funzionali dei processi psichici, che sono oggetto di studio dell'approccio cognitivo, inclusi i processi di apprendimento e le attivazioni emozionali in risposta alle interazioni con l'ambiente e alle perturbazioni della coerenza interna derivanti da queste interazioni.

La testistica psicodiagnostica si basa su test (cioè su "prove"), che consistono in situazioni sperimentali (non spontanee, come avviene invece nel caso delle osservazioni etologiche) standardizzate, che fanno da stimolo ad un comportamento, il quale viene valutato per comparazione statistica con quello osservato in soggetti posti nella medesima condizione.

Essa consente la valutazione e la diagnostica psicologica, psicopatologica e personologica, attraverso l'uso di un'ampia gamma di test (questionari, batterie e tecniche psicometriche e proiettive, esami neuropsicologici, inventari di personalità). Il tipo di tecniche e di strumenti usati viene scelto in base al contesto ed allo scopo della valutazione, all'età ed alle caratteristiche del soggetto valutato, nonché all'orientamento teorico ed alla formazione specialistica del va-

lutatore.

In generale, la diagnostica psicologica copre uno spettro più ampio di quello nosologico e psicopatologico. Infatti, oltre a rilevare l'eventuale presenza di una sintomatologia psicopatologica, consente di valutare aspetti e processi della personalità, atteggiamenti individuali, modalità relazionali, livello e tipologia delle funzioni cognitive, nonché la struttura della personalità, inclusi bisogni, interessi, aspirazioni e valori di un individuo.

I test per la psicodiagnosi sono essenzialmente di due tipi:

### Test di efficienza

Includono test di intelligenza, di cultura, di attitudine globale, di funzione o di attitudini particolari (senso-percettive, di lateralizzazione emisferica, della dimensione temporale, dell'organizzazione spaziale, della memoria, dei fattori verbali, numerici, meccanici, ecc.). I test di livello hanno una base psicometrica e sono utilizzati per valutare il livello e la tipologia delle capacità cognitive. Vengono usati soprattutto nella valutazione delle attitudini personali, sia in ambito educativo che in quello della selezione professionale e, nella pratica clinica, per indagare l'eventuale presenza di disturbi cognitivi. Tra i più usati sono la Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS o la Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC e le Matrici di Raven.

I questionari sono di vario tipo, lunghezza (numero di domande o "item") e struttura (solitamente sono a risposta multipla o su una Scala Likert, prevedendo risposte in una scala di 5-6 possibilità di risposta che va da molto a nulla, da vero a falso). Grazie alla loro flessibilità operativa, i questionari sono ampiamente utilizzati per esplorare un grande numero di settori clinici, legati alle competenze e al funzionamento individuale, relazionale e sociale. Le "scale psicopatologiche" sono solitamente questionari auto o etero-somministrati, con un numero di domande ("item") molto variabile, che rilevano la presenza, la frequenza e l'intensità di sintomatologie di interesse psicopatologico, sia

isolate che sotto forma di sindromi. Il Mini-Mental Test e la Symptom Checklist-90 (SCL-90) sono usati per un primo screening di massa o per un rapido monitoraggio "ad ampio spettro" dell'eventuale sintomatologia presentata da un soggetto in un contesto psichiatrico o di consultazione. Altre scale sono utilizzate per quantificare, in modo standardizzato, la sintomatologia dei diversi disturbi psichici. Quelle più impiegate nella pratica clinica per la depressione e l'ansia sono, rispettivamente, la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) e la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A); per indagare i sintomi psicotici sono impiegate prevalentemente la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e la Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS).

### Test di personalità

I test di personalità sono strumenti clinici utilizzati per valutare dimensioni, tratti, costrutti relativi alla personalità. Ne esistono molteplici tipi e categorie, diversificati sia in base al tipo di paradigma personologico che li ha generati (e sulla cui matrice teorica quindi si basano, più o meno implicitamente), sia al tipo di parametro valutato: ad esempio, tratti o costrutti specifici (relativi prevalentemente alla sfera cognitiva), o valutazioni globali.

I test di personalità possono essere obiettivi o proiettivi.

I test *obiettivi di personalità* consistono in questionari volti a determinare i diversi fattori della personalità – caratteristiche e reazioni individuali – che vengono validati mediante criteri quantitativi esterni rispetto al test. Gli inventari di personalità indagano i vari aspetti ("tratti") della personalità, lungo un range che va dalla normalità alla patologia. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), comunemente usato nella pratica clinica, indaga la personalità ma consente di valutare, mediante le sue scale cliniche, anche un ampio spettro di disturbi psicopatologici; è composto da 567 item a cui il candidato deve rispondere vero o falso a seconda se l'affermazione sia per lui prevalentemente vera o prevalentemente falsa. Le domande consentono di ricostruire sia scale di validità, che permettono di

<i>Scala</i>	<i>Aspetti indagati</i>
<b>L</b> ( <i>Lie, Menzogna</i> )	Fraasi i cui comportamenti illustrati per la quasi totalità delle persone sono veri o falsi, reali o ideali; se, per essere giudicati più positivamente, si falsifica o meno la risposta
<b>F</b> ( <i>Frequency, Frequenza</i> )	Possibilità o meno di esagerare i sintomi, con risposte casuali, simulazioni di malattia o aspetti anticonformisti; risposte date senza fare attenzione alle domande, per stanchezza o scarso interesse
<b>K</b> ( <i>Correction, Correzione</i> )	! presenza o meno di un atteggiamento di difesa nei confronti del questionario e tendenza a non fare trasparire alcuni problemi
<b>Fb</b> ( <i>Frequency back, Frequenza posteriore</i> )	Mantenimento o meno dell'attenzione durante la compilazione
<b>VRIN</b> ( <i>Variable Response Inconsistency, Variabile di incoerenza nella risposta</i> )	Tendenza o meno a dare risposte non coerenti, mostrando un'immagine di sé non credibile
<b>TRIN</b> ( <i>True Response Inconsistency, Incoerenza nelle risposte "vero"</i> )	Tendenza o meno analoga, come la VRIN
<b>Hs</b> ( <i>Hypocondrias, Ipocondria</i> )	Presenza o meno di problemi fisici caratteristici degli ipocondriaci
<b>D</b> ( <i>Depression, Depressione</i> )	Presenza o meno di sintomi di tipo depressivo
<b>Hy</b> ( <i>Hysteria, Isteria di conversione</i> )	Tendenza o meno a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico
<b>Pd</b> ( <i>Psychopathic Deviate, Deviazione psicopatica</i> )	Carenza o meno di controllare le risposte emotive e di interiorizzare le regole sociali
<b>Mf</b> ( <i>Masculinity-Femminility, Mascolinità-Femminilità</i> )	Insieme di tutti gli aspetti (interessi, atteggiamenti, etc.) tendenzialmente maschilini o femminili
<b>Pa</b> ( <i>Paranoia, Paranoia</i> )	Presenza o meno di sintomi di tipo paranoide (ideazioni deliranti, manie di grandezza, etc.)
<b>Pt</b> ( <i>Psychastenia, Psicastenia</i> )	Presenza o meno di rituali fobici e di comportamenti ossessivo-compulsivi, fino ad una ideazione delirante
<b>Sc</b> ( <i>Schizophrenia, Schizofrenia</i> )	Presenza o meno di esperienze di tipo insolito, tipiche degli schizofrenici
<b>Ma</b> ( <i>Hypomania, Mania</i> )	Presenza o meno di stati ipomaniacali (idee di grandezza, alto livello di attività, etc.)
<b>Si</b> ( <i>Social Introversion, Introversione sociale</i> )	Presenza o meno di difficoltà nei rapporti con gli altri

Tabella 2 - Principali scale di validità e cliniche dell'MMPI-2

verificare se il soggetto ha compilato il questionario con sincerità e accuratezza, sia scale cliniche, che indagano, anche da un punto di vista psicopatologico, le dimensioni più significative della personalità (Tabella 2).

Tra gli altri inventari si segnalano il California Personality Inventory (CPI) ed il Millon Adolescent Personality Inventory (MAPI). Le Scale di Personalità sono di dimensioni ridotte e consentono un "focus di analisi" su specifiche dimensioni, tratti o costrutti di personalità. Tra le più note sono il 16 Personality Factors (16PF) di Cattell; l'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ); il Myers-Briggs Type Indicator (MBTI). Nell'ambito costruttivista è stato messo a punto il Test per lo studio dei Costrutti Personali, che indaga il sistema di significati con cui il soggetto costruisce le sue rappresentazioni valoriali, conative e relazionali. Nel modello costruttivista post-razionalista, il nostro gruppo ha messo a punto il Mini Questionario sulle Organizzazioni Personali (MQOP), che esplora l'Organizzazione di Personalità (OP) del soggetto (l'espressione di come un individuo assimila e si riferisce l'esperienza, individuando e gestendo gli stressor secondari appresi a partire dall'attaccamento, costruendo la propria tavolozza emozionale e i correlati cognitivi dai quali ricava il senso di sé) attraverso la risposta a 20 item, che fanno riferimento a 4 scale, una per ogni OP (Scala Controllante, Distaccata, Contestualizzata, Normativa).

*Test proiettivi.* Nei test proiettivi la personalità viene ricavata proponendo al soggetto un materiale poco differenziato, ambiguo, sfumato nei significati. Questi test si prestano pertanto ad espressioni creative ideo-affettive, attraverso le quali il soggetto "proietta" aspetti non consapevoli della sua personalità, che vanno interpretati sotto il profilo qualitativo. Nonostante la loro apparente "destrutturazione", sono solitamente accompagnati da modalità ben definite e standardizzate di codifica e di analisi delle risposte fornite (siglatura), e da specifici criteri di valutazione, basati su ricerche empiriche. Tra i

più noti ed utilizzati test proiettivi sono il test di Rorschach (che consiste nella presentazione di 10 tavole contenenti macchie simmetriche di inchiostro: 5 monocromatiche, 2 bicolori e 3 colorate; l'interpretazione non si basa solo sul contenuto, ma anche se si fanno commenti particolari, se ci si sofferma sugli aspetti generali o sui dettagli della figura, se la risposta è più o meno originale, se il tempo impiegato a dare la risposta è lungo, per un cosiddetto effetto "shock"), il Thematic Apperception Test (TAT) ed il Children Apperception Test (CAT), costituiti da tavole che presentano differenti situazioni di vita, con uno o più personaggi e con diversi gradi di strutturazione dell'immagine presentata. Nell'ambito post-razionalista, il nostro gruppo ha validato il Post-Rationalist Projective Reactive (PRPR), che è un reattivo di 20 tavole, raffiguranti personaggi e situazioni, che indaga, attraverso le storie e le attivazioni che il soggetto ricava da esse, anche il livello tacito con cui si riferisce l'esperienza nell'ambito della propria Organizzazione di Personalità (OP). Il PRPR consente di discriminare sia il livello conoscitivo tacito che quello esplicito, pur essendo essi quasi simultanei e complementari. Il primo concerne senso-percezioni, stati d'animo, tonalità emotive, immagini; il secondo la spiegazione che il soggetto si dà (tipo: mi sono arrabbiato, ho avuto una reazione esagerata, ecc.). Il PRPR, rispetto ad altri test, si caratterizza proprio per l'attenzione che pone al livello dell'immediatezza dell'esperienza e, quindi, delle emozioni. Infatti, viene presentato come test sulle emozioni e sui vissuti soggettivi e nelle istruzioni si chiede al soggetto di costruire una breve storia per ciascuna tavola, in base a ciò che immagina per quella situazione e, tenendo conto della specifica scena osservata, di immaginare anche un prima e un dopo rispetto a quella situazione. Come accade nella realizzazione di un film, si invita il soggetto ad assumere sia il ruolo del regista (non del critico o di un valutatore), sia di calarsi, da protagonista, nel "qui e ora" della storia che deve costruire, a partire dalla immagine stimolo che osserva.

### Remissione, recovery, cambiamento

Una volta fatta la diagnosi clinica, integrata eventualmente dalle indagini sopra descritte, occorre porsi alcune domande. Come mettere a fuoco l'andamento di un disturbo mentale, formulare una prognosi, chiarirsi le idee sui suoi esiti, valutare il rischio di ricadute precoci o di recidive a distanza?

Esistono a questo proposito tre criteri fondamentali, che si basano su presupposti teorici diversi e che quindi non si escludono reciprocamente ma possono essere integrati tra loro.

Il concetto di "guarigione", come per ogni branca della medicina, fa riferimento alla cessazione della sintomatologia che aveva caratterizzato il quadro clinico, riportando il soggetto al suo normale funzionamento ("restitutio ad integrum").

Il concetto di recovery ("recupero", dall'antico anglo-francese "recover" = riprendere coscienza) ha una maggiore ampiezza di significato rispetto a quello di "guarigione" (è riprendersi e recuperare forza e salute, ma è anche capacità di ampliare la propria coscienza di sé, riutilizzando le proprie risorse e progredendo verso un modo più adattivo di vivere l'esperienza); esso richiede quindi di valutare i fenomeni clinici non tanto in funzione dell'esito, quanto in rapporto ai processi che li producono (come si è detto, il sostantivo latino "processus", derivato dal verbo "procedere", indica proprio l'azione di avanzare). Il concetto di recovery fa quindi riferimento sia alla remissione valutabile dei sintomi e della disabilità, sia alla dimensione personale del recupero della propria esistenza nelle sue potenzialità e aspettative. Dunque, recovery è scoprire che la variabilità e persino la fragilità degli stati interni può dare senso alla propria vita e aiutare a valorizzarla. Il concetto di "cambiamento" clinico è molto più che una remissione sintomatologica; non è semplicemente una guarigione, intesa come "restitutio ad integrum"; non è nemmeno un recupero da una condizione di difficoltà, disabilità e svantaggio, sia pure verso una di migliore funzionamento e di maggior benessere. È un processo di crescita che coinvolge l'individuo come persona, nella

sua globalità affettiva, cognitiva e relazionale. Questo processo di crescita può avvenire solo all'interno di una co-evoluzione ed una co-esplorazione del mondo interno in cui medico e soggetto si coinvolgono consapevolmente, costruendo un'alleanza empatica che possa mettere a fuoco il mondo interno nelle sue modalità – tacite ed esplicite – di riferirsi l'esperienza e, operando in questo modo, possa farlo evolvere nel profondo verso un migliore adattamento. Un cambiamento reale coincide anzitutto con il raggiungere un modo diverso di prendersi cura di sé. È un far nascere qualcosa di nuovo nel rapporto con sé e con il mondo. I nuovi strumenti con cui si può esplorare e riferire gli stati interni rende sopportabili e gestibili (“un peso che si è allenati a reggere”) quelle categorie di esperienze critiche che prima non lo erano. La maggiore demarcazione tra mondo interno e mondo esterno (= mondo interno degli altri, anch'esso espressione di soggettività uniche) consente di non attribuire automaticamente a sé gli atteggiamenti ed i comportamenti delle figure significative, così come permette di non leggere gli stati psichici di queste figure in diretta connessione con i propri stati e con i propri bisogni e aspettative. Come si è già evidenziato, il cambiamento non coincide con il semplice aumento di consapevolezza: anzi, quest'aumento, di per sé, può anche acuire il problema, se il soggetto non dispone degli strumenti idonei a gestire il disagio che è all'origine del suo scompenso clinico. Infatti, la consapevolezza a livello esplicito di un sintomo da sola non basta per intraprendere un percorso adattivo. In realtà questa condizione, che sembra un “dato di fatto” ineludibile, in terapia può cominciare ad apparire il punto di arrivo di un percorso abituale di autoriferimento dell'esperienza, che può essere cambiato proprio perché non è l'unico possibile, mentre invece è solo l'unico che quella persona ha imparato a percorrere e a sentire come parte integrante del suo modo di essere al mondo.

### Punto di vista oggettivo e soggettivo

Come si è detto, la psichiatria e la psicologia descrittive hanno il fine di categorizzare i fenomeni, compresi quelli psicopatologici, cercando di definirli in maniera sufficientemente oggettiva, chiara ed univoca. Questo inquadramento di una funzione psichica o di un disturbo mentale in categorie definite ha il vantaggio di fornire criteri condivisi, ma è carente nel dare strumenti di comprensione del funzionamento mentale, normale o patologico che sia.

D'altra parte, la stessa “medicina basata su prove di efficacia” (“Evidence-Based Medicine, EBM), che poggia sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili e sulla verifica della forza delle evidenze dei rischi e benefici dei trattamenti – evidenze utili al processo decisionale clinico nei campi della terapia, prevenzione e miglioramento della qualità dei servizi sanitari –, non può ignorare il fatto che molti aspetti dell'assistenza sanitaria dipendono da fattori individuali, come il giudizio di qualità e valore della vita, che sono solo in parte quantificabili con metodi scientifici.

A questo proposito, l'approccio processuale attento alla soggettività, sviluppato dal costruttivismo post-razionalista, integra e arricchisce gli approcci descrittivi, centrando l'attenzione sullo studio dei processi individuali di adattamento che portano alla costruzione della vita psichica nella sua complessità. Esso è infatti specificamente attento alla persona, sana o malata che sia.

Infatti, da un lato, il mondo psichico è osservabile e descrivibile in maniera sufficientemente univoca e condivisa, con la possibilità di ricercare gli aspetti che sono indagabili con metodiche comuni in tutti gli individui (ad esempio, organizzazione anatomica del cervello, funzionamento dei neurotrasmettitori, misurazione dell'efficienza di una funzione psichica, descrizione e quantificazione di un disturbo psicopatologico o della risposta a un trattamento); dall'altro lato, la psiche riflette un modo unico di recepire l'esperienza, elaborandola secondo dei parametri di base inconsapevoli, trasformandola così in senso di identità personale.

Se si tiene conto della necessità di studiare gli aspetti soggettivi della coscienza, ne deriva che il medico non si può porre semplicemente come un “esperto” che esplora – attraverso conoscenze e “interpretazioni” valide per tutti – il mondo interno dell'altro; al contrario, come un “esploratore”, deve anche ricavare il mondo interno dell'altro – che è l'unico “esperto” di sé, in quanto è l'unico a contatto diretto con esso – attraverso ciò che l'altro gli comunica.

### Una bussola per navigare

A questo punto possiamo provare a indicare alcuni punti di riferimento che possono funzionare da bussola per orientarsi nel difficile percorso della pratica clinica, sulla base di quattro punti cardinali, ai quali è utile fare riferimento.

Il primo punto cardinale, in termini di gestione della salute mentale, è tenere presente che qualsiasi problema clinico affrontato nella pratica medica ha anche, necessariamente, un risvolto psicologico se non psichiatrico. Avendo a che fare con una persona, e non semplicemente con una patologia d'organo, il medico avrà a che fare anche con come quell'individuo vive e soffre per il problema che presenta. Un disturbo psico-comportamentale non è mai un fenomeno “isolato” e a sé stante; è sempre qualcosa che ha una genesi complessa, biologica, psicologica ed anche relazionale. Va inquadrato nel suo insieme, non tralasciando le modalità di comunicare e di funzionare delle figure significative che formano la rete primaria di relazioni del soggetto. Il sintomo (una fobia, una somatizzazione) può essere la spia di un disagio meno evidente o persino nascosto, che può avere, ad esempio, il “vantaggio” di regolare, sia pure in modo disfunzionale, la relazione con le figure significative, l'esposizione alle difficoltà, ai pericoli e alle aspettative del mondo “esterno”. Esso non rappresenta quasi mai, quindi, l'elemento da sopprimere, ma la spia da cui partire per inquadrare le difficoltà di adattamento del soggetto, nel suo confronto con il mondo.

Il secondo punto cardinale consiste nel tenere presente che fare atten-

zione a come una persona vive il suo problema e se lo riferisce è la base per ogni atto medico, che richiede sia competenze tecnico-scientifiche sia umane, per inquadrare il processo clinico nella storia personale del soggetto. Il prendersi cura va oltre la formulazione diagnostica, perché accompagna e motiva il soggetto nella misura in cui si sente accolto e considerato per ciò che è.

Il terzo punto cardinale è che, nella valutazione di un disturbo mentale, va esplorato non solo quello che emerge verbalmente, come espressione delle funzioni cognitive dell'individuo, ma l'assetto emotivo. Infatti, il modo di spiegare e raccontare ciò che si prova è collegato ad un livello più profondo e meno consapevole che esprime come, sul piano senso-percettivo e su quello emozionale, viene vissuta l'esperienza in presa diretta. Ad esempio, il soggetto può essere consapevole di ciò che lo fa star male senza sapere che il suo disagio ha a che fare con i coloriti soggettivi emersi nella storia personale. In altre parole, un soggetto può "comprendere" a livello cognitivo solo ciò che è "compatibile" a livello inconscio con le sue emozioni critiche che ne hanno orientato il suo modo di sentire e vivere quanto gli accade.

Il quarto punto cardinale è che il soggetto non va "fotografato" ma "filmato". La normalità e la patologia non sono condizioni statiche ma dinamiche, che possono evolvere sia verso un miglioramento che un

peggioramento. Pertanto, un disagio preclinico sottovalutato può sfociare in un quadro clinico grave o conclamato; un disturbo d'ansia o dell'umore che esordisce nell'infanzia o nell'adolescenza può regredire, ma può anche mutare in sintomi più gravi e invalidanti. Come una persona vive il suo disagio ci dà quindi un segnale prognostico affidabile della sua "gravità", molto più di un parametro "oggettivo", ma riduttivo, ritenuto uno standard uguale per tutti.

Quindi, un disturbo mentale, nel suo potenziale evolutivo che può compromettere il funzionamento personale, occupazionale e relazionale, va anzitutto diagnosticato in base ai criteri di classificazione in uso (a partire dal DSM-V); ma poi va arricchito e integrato cogliendo quegli aspetti soggettivi che consentono al medico di comprendere che effetto fa a quella persona avere quel tipo di disturbo; come lo colloca all'interno della sua storia personale; quali sono le sue aspettative nei confronti del medico stesso e delle cure che propone.

Un medico che è attento all'unicità della persona che cura – come sapevano fare i "dottori di famiglia" di un tempo – migliora la relazione col suo assistito, appare più "autorevole" nelle indicazioni che dà, è capace di gestire le dinamiche relazionali connesse con la patologia senza apparire né uno che giudica dall'alto, né uno di parte e, quindi, parziale.

## Conclusione

Tenendo conto dei "punti cardinali" sopra ricordati, si può considerare correttamente se e quando è il caso di prendere in considerazione gli strumenti diagnostici che possono integrare e arricchire la diagnosi e intraprendere il trattamento di un disturbo mentale.

Ovviamente, un medico di base non deve "fare lo psichiatra", così non deve pensare di fare lo "psicologo" che prescrive, legge e interpreta un test psicodiagnostico, né il neuroradiologo che sceglie una metodica di neuroimaging per esplorare come funzionano determinate strutture neuronali. In ogni caso, invece, il medico deve tenere presente il senso profondo della sua professione, che consente l'incontro non solo con una patologia, ma con una persona sofferente che può comunque "curare" (nel senso letterale di prendersi cura) e accompagnare nel difficile e a volte accidentato percorso della vita.

## Per approfondire

- 1) American Psychiatric Association: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, V Edizione (DSM-V). Raffaello Cortina, Milano, 2013.
- 2) Bellantuono C., Nardi B., Mircoli G., Santone G.: Manuale Essenziale di Psichiatria. Il pensiero Scientifico, Roma, 2009.
- 3) Nardi B.: Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicica. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2017.

# Arte per la vita... in Clinica Oncologica!

**Rossana Berardi**

Dipartimento di Scienze cliniche e molecolari, Sezione Clinica Oncologica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche



È stato un connubio vincente quello tra la Clinica oncologica di Ancona e l'Accademia delle Belle Arti di Brera che si è tradotto nel progetto "Arte per la vita", una iniziativa che ha visto la piena collaborazione con la Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona Onlus e il sostegno dell'associazione Soroptimist di Ancona, grazie a cui la Clinica Oncologica è diventata una galleria d'arte.

Aprire la Clinica Oncologica all'Arte è stato naturale. In questi anni abbiamo rivoluzionato il reparto, con l'aiuto di tutti, per accogliere, prenderci cura, aiutare le persone a suon di musica, di parole, di danza, di moderna tecnologia. Il senso è quello di un luogo pensato non solo come luogo di cura, ma anche di benessere, dove la qualità delle prestazioni e le migliori terapie si accompagnano alla qualità della vita. Del resto prendersi cura vuol dire prendersi a cuore ed è un atto creativo, un gesto che modifica l'esistente generando bellezza. E l'arte è bellezza.

Il comune denominatore dei progetti realizzati è sempre stato quello di credere nella cura della persona nella sua globalità con i suoi spazi infiniti di vita al di là di quello ospedaliero. Con queste certezze, da tempo abbiamo cominciato a immaginare un ospedale sempre più aperto e disponibile a dare spazio significativo alla fantasia, all'arte, alla creatività e alle espressioni estetiche di linguaggi capaci di trasmettere emozioni e messaggi.

E il progetto "Arte per la Vita" è stato realizzato grazie all'Accademia di Belle Arti di Brera e alla Di-



Figura 1 – Taglio del nastro. Grazie ad una sinergia vincente tra Clinica Oncologica degli Ospedali Riuniti di Ancona – Università Politecnica e Accademia delle Belle Arti di Brera e con il sostegno dell'associazione Soroptimist di Ancona e della Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona Onlus è partito il progetto "Arte per la vita" che ha trasformato gli ambienti ospedalieri in una galleria d'arte

rettrice Maria Cristiana Fioretti che con i suoi allievi ha pensato con generosità e creatività un progetto speciale per la Clinica Oncologica, alle amiche del Soroptimist di Ancona, che hanno fortemente creduto

to e sostenuto questo progetto, alla Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona Onlus e alla sua Presidente Marisa Carnevali, che ci aiuta xda sempre a trasformare ogni sogno in realtà. Tutte donne meravigliose



*Figura 2 - Corridoio dell'area di degenze della Clinica Oncologica degli Ospedali Riuniti di Ancona*

e sensibili. Grazie a loro abbiamo trasformato la Clinica Oncologica in una galleria d'arte, in un percorso espositivo tra cura e cultura sempre nell'ottica del miglioramento dell'accoglienza, perché il

nostro obiettivo è quello di curare le persone, non solo le malattie. Il progetto si è inserito in un progetto più ampio di rinnovamento del reparto, riaperto e inaugurato a settembre alla presenza del Rettore dell'Università Politecnica

ca delle Marche Prof. Gian Luca Gregori, del Preside della Facoltà di Medicina Prof. Marcello D'Erri-rico, del Direttore Generale degli Ospedali Riuniti di Ancona dott. Michele Caporossi e di tutti coloro che hanno sostenuto attivamente



*Figure 3, 4, 5 - Camere di degenza della Clinica Oncologica degli Ospedali Riuniti di Ancona*



Figure 6, 7, 8 – “Care room”: nuova stanza della Clinica Oncologica per i colloqui con pazienti e familiari realizzata grazie al sostegno del gruppo di benefattori “SicuriDecisiMaSoprattuttoBelli”. Nella stanza è posizionato il quadro “Una ninna nanna sospesa tra un due e un quattro e un due e un cinque” di Cosima Pugliese dell’Accademia delle Belle Arti di Brera



Figura 9 – Galleria d’Arte. Quadro “Il volo” di Giovanni Muscarà

l’iniziativa, dopo 3 mesi di lavori strutturali e di abbellimento realizzati grazie alla sensibilità della Direzione Generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

Il progetto include anche un progetto di cromoterapia che prevede la presenza, nelle camere di degenza, di luci colorate i cui colori possono essere scelti dai pazienti mediante una App. Vincente è stata la

sinergia di tutti i Servizi, in primis l’Ufficio Tecnico con l’Ing. Sabrina Iobbi, Maurizio Pieroni e tutte le maestranze che si sono spese per realizzare al meglio il reparto.

### Nursing research: l'erba del vicino



**Gilda Brunori<sup>1</sup>, Maurizio Mercuri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Infermiera con esperienza di ricerca, attualmente impiegata presso AOUS "Le Scotte"

<sup>2</sup> Direttore ADP CdS Infermieristica, Polo Didattico Ancona  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*Pubblichiamo volentieri la lettera della dott.ssa Giada Brunori, già Erasmus nell'università spagnola di Valladolid; al suo ritorno in Italia ha svolto un ulteriore periodo di tirocinio presso l'Ospedale AZM di Maastricht, seguendo il progetto Rheumatology Nursing Research acquisendo così esperienza anche nel campo dell'infermieristica in Reumatologia.*

Parlare di ricerca infermieristica è sempre adeguato: un nobile e vasto ambito disciplinare cresciuto sotto il sole di conoscenze umanistiche e scientifiche merita riflessioni, ipotesi, metodi, novità di risultati, pubblicazioni e riconoscimenti. Per questo è sempre una idea felice riportare esperienze che hanno permesso crescita individuali per apportare conoscenze nuove. Giada è stata guidata nel percorso triennale dal dott. Ortolani, poi si è laureata con me. Ho favorito la sua esperienza ERASMUS, che per l'infermieristica mi adopero di stimolare tra gli studenti, sotto la guida del Prof. Walter Grassi in un solido Dipartimento di Ricerca olandese. Qui un breve racconto di vita di una infermiera laureata magistrale che ora lavora fuori regione: una bellissima esperienza di crescita professionale.

L'arte del preparare la valigia ora appartiene anche a me! Tutto ha avuto inizio nel 2015, quando decisi di partecipare al progetto Erasmus Traineeship tramite l'Università Politecnica delle Marche. Trascorrere tre mesi in un ospedale spagnolo è stata una delle esperienze più significative del mio percorso di studi accademici in Infermieristica. A Valladolid ho avuto la possibilità di mettere in pratica quanto studiato all'Università in due peculiari settori assistenziali: la sala operatoria nel ruolo di strumentista ed il territorio; in affiancamento ad un'infermiera esperta nel ruolo di "infermiera di comunità". Conoscere al-



tri sistemi sanitari, osservarne la loro organizzazione ed avere la possibilità di utilizzare tecniche e strumentazioni differenti da quelle a cui ero abituata per la gestione dei diversi percorsi assistenziali, è stato fondamentale per la mia crescita personale e per iniziare a guardare da un altro punto di vista la professione che ho scelto di esercitare. Da quel periodo in poi, aprirmi a nuove esperienze per poter arricchire le nozioni accademiche è diventata una sfida quotidiana. L'idea di esplorare altre realtà lavorative per captarne punti di forza e debolezze, per confrontarmi con professionisti più adulti di me dai quali acquisire esperienza e ispirazione, mi allettava. E' per questo

motivo che, terminato il corso di laurea triennale, sono partita per l'Olanda. Il progetto universitario a cui ho aderito si chiama Campusworld, una borsa di studio spendibile in sei mesi di tirocinio all'estero post-laurea.

Il progetto prevedeva la possibilità di auto-organizzarsi l'intera esperienza, proponendo all'ente ospitante il piano di tirocinio che si intendeva svolgere e contattandolo personalmente o con l'aiuto di un professore della propria università. Nel mio caso, ho avuto la possibilità di presentare la domanda di training riguardante la "Rheumatology Nursing Research" alla Dottorressa Yvonne van Eijk-Hustings, rheumatology nurse e senior researcher

nell'ospedale AZM di Maastricht, grazie al Professor Walter Grassi, docente della Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche e Direttore della Clinica Reumatologica della stessa Università. L'iter burocratico ha richiesto diversi mesi. Ricordo che in quel periodo avevo il timore di non riuscire nell'impresa, ma poi è arrivato il sì e mi son detta: "Ora non resta che preparare la valigia!". Maastricht, una bellissima cittadina nel sud dei Paesi Bassi, mi ha accolto con gentilezza e delicatezza facendomi sentire fin da subito nel luogo giusto.

Per cinque mesi ho svolto il mio Internship nel dipartimento KEMTA (acronimo di: epidemiologia clinica e valutazione delle tecnologie mediche). Il dipartimento è impegnato a sostenere, partecipare, eseguire e avviare ricerche di valutazione multidisciplinare cliniche, epidemiologiche e sanitarie di alta qualità al fine di migliorare l'assistenza ai pazienti. Le figure professionali che vi operano sono varie e tutte impiegate nella ricerca quotidianamente: statistici, epidemiologi, ricercatori in salute pubblica, infermieri, professori, studenti e dottorandi. Il mio ruolo, all'interno di questo variegato team, era quello di svolgere una Systematic-Review in collaborazione con la Dottoressa van Eijk-Hustings, il Professor Walter Grassi e la Dottoressa Antonella Moretti, coordinatrice delle attività assistenziali della Clinica Reumatologica. Lo studio nasceva con lo scopo di delineare:

- la miglior metodologia utilizzabile dall'infermiere nel contesto della Patient-Education del paziente adulto affetto da artrite infiammatoria cronica.
- le capacità (organizzative, pratiche e comunicative) richieste all'infermiere al fine di garantire la Patient-Satisfaction ed incrementare il

Self-Management.

Nello svolgere un lavoro così specifico ho incontrato delle difficoltà dovute all'insufficiente preparazione pratica che avevo legate all'utilizzo dei principali database scientifici, competenza non appresa nel percorso di base, che so essere stata colmata dopo con laboratori specifici in aula informatica. Quella di impegnarsi nella nursing research non deve essere una scelta che aliena completamente dal mondo della clinica. Qui sono circondata da infermieri che hanno la possibilità di occuparsi sia di ricerca sia di clinica, riuscendo alla perfezione in entrambi gli ambiti.

Mi sono avvicinata a questa realtà gradualmente, e due sono state le peculiarità: la curiosità di esplorare campi di applicazione dell'Infermieristica diversi da quelli tradizionalmente conosciuti e la voglia di apportare qualcosa di nuovo a questa professione che si evolve continuamente. La scelta di dedicarmi alla ricerca, nella specialità della reumatologia, risale invece al mio secondo anno di università. Durante il tirocinio pratico professionalizzante in Clinica Reumatologica ho avuto l'opportunità di vivere un'esperienza di assistenza infermieristica incentrata sul paziente, personalizzata, ispirata dalla filosofia del counseling e della comunicazione efficace, che mi ha talmente affascinata da farmi decidere di sviluppare la mia tesi di laurea ed i miei studi futuri proprio in questo particolare ambito.

In contemporanea con lo svolgimento della Revisione Sistemica della letteratura ho avuto il piacere e la fortuna di affiancare infermieri specializzati in reumatologia che lavorano in una Nurse-Led Clinic, ossia un ambulatorio specialistico per malati con artrite cronica, a gestione esclusivamente in-

fermieristica. Tale attività è avvalorata da innumerevoli ricerche scientifiche. Viene applicata da anni in molti paesi Europei anche se, ad oggi, è difficilmente riscontrabile nella realtà italiana. Ho scoperto un mondo che non credevo esistesse, o meglio avevo la sensazione di trovare una realtà per certi versi (organizzativi e di ricerca) più sviluppata di ciò che ho vissuto in Italia, ma non credevo che a fare la differenza, in termini di efficienza, fosse un supporto elettronico, un software che permette di aggiornare i dati di ciascun paziente in tempo reale. Praticamente con questa banca dati, il medico di medicina generale, lo specialista reumatologo e qualsiasi altro medico o infermiere che visita il paziente può aggiornare automaticamente il suo profilo di cura. Questo è oltretutto uno strumento capace di agevolare il lavoro di ciascun professionista e di garantire prestazioni efficaci ad elevato livello di qualità. Per quanto riguarda la ricerca, la sensazione che ho è che sia un campo in continuo fermento e fortemente accreditato su cui gli Olandesi giocano le loro carte per la crescita dell'intero Paese.

Nonostante io abbia ampiamente apprezzando questa meravigliosa esperienza, credo molto nel mio Paese. Sono sicura che anche noi riusciremo ad adeguarci agli standard europei! Io me lo auguro, con una piccola nota di egoismo, soprattutto per la mia professione: L'INFERMIERISTICA. Ad oggi aspiro a diventare un'infermiera di ricerca in reumatologia.

Sono consapevole che la strada da percorrere sarà lunga, tortuosa e non priva di ostacoli... ma anche certa di aver ricevuto la giusta motivazione da questa intensa esperienza professionale, linguistica e culturale che ho vissuto.

## La peste, il Tintoretto e gli Infermieri



**Giordano Cotichelli**

Corso di laurea in Infermieristica

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*In questi lunghi mesi di pandemia da Covid-19, molti sono rimasti vittime del contagio che imperversa e delle sue conseguenze. Fra questi non poche le donne e gli uomini che, nell'assolvimento del loro ruolo sanitario e professionale, hanno contratto la malattia: infermieri, operatori socio sanitari, tecnici, medici, autisti, addetti ai servizi di pulizia, volontari e molti altri, ad ogni livello, costretti a pagare un pesante tributo. Scriverne, in termini storici, mentre ancora la pandemia è di là dall'essere superata, non è facile, ma può essere utile per sentirsi meno soli di fronte alle tragedie dell'oggi, lungo un cunctinuum che, in maniera più o meno costante, ritorna nella lunga storia dell'umanità, nella memoria profonda di specie. La stessa in cui, in un modo o nell'altro, si è cercato di fissare i protagonisti della lotta contro le malattie trasmissibili. Lo si è visto, ad esempio, nei drammatici mesi primaverili del 2020 quando gli atti di omaggio e sostegno nei confronti dei sanitari impegnati duramente, sono stati espressi in vario modo: murali, statue, riconoscimenti istituzionali, servizi televisivi e reportage fotografici. I social traboccanti di narrazioni e ringraziamenti di vario tipo. Si è giunti, addirittura, ad intitolare una edizione speciale dei biscotti del Mulino Bianco – gli Abbracci – per raccogliere fondi per l'iniziativa # Noi con gli infermieri, promossa dalla FNOPI. Tutte iniziative non nuove, come si è accennato, con molti riferimenti e tracce nella storia passata. Molte ancora presenti, tante altre da riscoprire. In questo lavoro ne verranno riportate alla luce – se così si può dire – due in particolare: una legata alla città di Genova, l'altra a Venezia.*

Una delle vie del centrale quartiere di Portoria a Genova è dedicata a Sofia Lomellini, nobildonna vissuta nel XVII secolo morta giovanissima assieme alla sua amica Laura Violante Pinelli. Entrambe perirono durante la violenta peste che colpì la capitale della repubblica marinara fra il 1656 e il 1657. Le cronache del tempo parlano di un picco epidemico di decessi che vide, nell'estate del 1657, una media di circa 1000 morti al giorno, per un tempo di tre settimane consecutive. Numeri e situazioni che, purtroppo, risuonano di una attualità tremenda<sup>1</sup>. Le due giovani, discendenti di antiche e ricche famiglie genovesi, erano affiliate, già dalla tenera età, all'Arciconfraternita della Morte e dell'Orazione in San Donato, per la quale si fecero infermiere volontarie per andare ad assistere, quando scoppiò l'epidemia in città, gli infermi presso l'Ospedale degli Incurabili (detto anche dei Cronici)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>La scrofola è il nome popolare dell'adenite tubercolare, malattia molto diffusa fino all'età moderna, di andamento benigno, ma con lesioni cutanee che potevano, al tempo, simulare altre gravi malattie.

Nel giro di poche settimane però le due perirono colpite dal male. A loro, e ad altri 86 confratelli, a ricordo del loro sacrificio, è posta una lapide, nella parte posteriore della Chiesa di San Donato. A ragione Sofia e Violante, assieme ai religiosi ricordati, possono essere considerate a tutti gli effetti delle operatrici sanitarie cadute nell'assolvere a funzioni di cura ed assistenza cui è dedicata, ad imperituro omaggio, una lapide ancora visibile. Dopo il capoluogo ligure, di più ampio respiro la parte riguardante Venezia città che, in tema di storiografia delle epidemie, ha molti richiami importanti. Già a partire dalla peste del XIV secolo viene profondamente colpita, registrando una numerosità di decessi fra le più alte della penisola. Se questa avrà una percentuale della mortalità attorno al 50% della popolazione, Venezia arriverà al 70%<sup>3</sup> (nella pandemia del XVII secolo si registreranno circa 50.000 vittime)<sup>4</sup>. Nella città lagunare Sabbatani<sup>5</sup> ricorda che il 30 marzo del 1348 venne istituita per la prima volta una Commissione Pubblica presieduta da "tre uomini saggi" i quali sovrintendevano

alle questioni relative alla salute della collettività e dell'ambiente. La Commissione, in un primo tempo, era temporanea, legata unicamente, nella durata, al permanere della pandemia<sup>6</sup>. Una scelta che fu seguita da altre città lungo la penisola<sup>7</sup>, fra cui si possono ricordare Milano (1379) e Firenze (1389)<sup>5</sup>, e vennero creati appositi ospizi per accogliere gli appestati<sup>8</sup>. Proprio a Venezia ne sorgerà uno nell'anno 1403. Venti anni dopo il Consiglio stabilirà che la pratica della quarantena – messa in atto per la prima volta nella città dalmata di Ragusa – venga espletata nell'isola lagunare dove sorgeva il monastero agostiniano di santa Maria di Nazareth<sup>9</sup>, noto con il soprannome di Lazzaretto Vecchio. Sul finire del XV secolo i tre nobili della Commissione di Sanità divennero stabilmente Provveditori di Sanità, con funzioni di controllo di molti elementi della vita pubblica e del commercio: dagli alimenti alla rete fognaria, dagli ospedali ai lazzaretti e alle funzioni di polizia mortuaria, dal controllo delle attività e dei prodotti delle farmacie ai mendicanti, ai medici, agli infermieri, fino alle prostitute<sup>6</sup>.



Figura 1 - Chiesa di San Rocco Venezia. San Rocco risana gli appestati di Jacopo Robusti detto il Tintoretto (1559), olio su tela. Altezza: 307,0 cm; Larghezza: 673,0 cm

Ecco, proprio quest'ultime, le prostitute, assumeranno un ruolo particolare nei momenti più drammatici delle epidemie: reclutate a forza per essere trasformate in infermiere nei lazzaretti stracolmi di pazienti. A fotografare questo indesiderato protagonismo c'è un artista d'eccezione: Jacopo Robusti, detto il Tintoretto, soprannome legato al mestiere del padre, tintore di stoffe<sup>10</sup>, nella natia Venezia. L'artista attraverserà tutto il secolo XVI lasciando, con le sue opere, non solo dei capolavori dell'arte pittorica, ma delle vere e proprie testimonianze della vita tempo. Alcune di queste - quattro per la precisione - si trovano nel Presbiterio della Chiesa di San Rocco a Venezia, ed una in particolare, datata 1549 è intitolata: "San Rocco risana gli appestati". L'ambientazione del quadro si svolge, non potrebbe essere altrimenti, all'interno di quello che sembra a tutti gli effetti un luogo di cura e di assistenza. L'opera ritrae il santo nell'atto di assistere un appestato, colto mentre tocca il costato del malato. Il gesto, un semplice tocco, sottolinea la natura del santo considerato un taumaturgo; figura con supposte capacità di guarire malati e lesioni di vario genere. Dei taumaturghi in generale ne parla il famoso storico francese Marc Bloch<sup>11</sup> in uno dei suoi più importanti lavori dal nome, appunto: "I re taumaturghi". Bloch mette in rilievo una delle caratteristiche delle dinastie

regnanti in Francia ed in Inghilterra che volevano i sovrani dotato di poteri guaritori, taumaturgici appunto, attraverso la manifestazione più tipica che era il "tocco delle scrofole"<sup>11</sup>.

Il Tintoretto raffigura così un santo molto presente nell'immaginario religioso e sociale del tempo, invocato spesso proprio in occasione delle varie epidemie che attraversano il Medioevo e l'Età Moderna. La storia della vita del Santo narra che San Rocco, di origine occitana, mentre viaggiava attraverso la penisola, lungo la Via Francigena, fu bloccato a Piacenza dall'epidemia di peste che colpì la città. Per tale ragione prestò la sua opera all'interno dell'Ospedale Santa Maria di Betlemme dove però contrasse anch'egli il morbo, da cui guarì, per poi ritornare al servizio dei malati.

In realtà la ricostruzione scenica del quadro del Tintoretto, probabilmente, si riferisce proprio al Lazzaretto edificato nel 1423 sull'isola della laguna di Venezia, e conserva, ancora oggi, nei confronti di chi la osserva, tutta la forza di restituire l'attualità storica, medica, nonché assistenziale, del XVI secolo. Si può osservare infatti un ambiente molto ampio, dove sono poster al centro le figure del santo, dell'appestato assistito e di altri due religiosi, mentre lateralmente, in diversa maniera, con i giochi prospettici e di luce propri dello stile del Tintoretto, si

aprono su entrambi i lati, figure di uomini e donne, sanitari e assistiti. I malati sono colti nell'atto di mostrare le ferite conseguenti al morbo o nell'estrema posa della sofferenza o della morte. I sanitari, perché così possono essere definiti, si trovano tutti molto vicini ai pazienti, a sottolineare una prossimità assistenziale inevitabile quanto doverosa. Le figure maschili indossano abiti religiosi, mentre quelle femminili, belle ed aggraziate, sono ritratte in atteggiamenti di accudimento: mentre sono chine sul paziente o sorreggono le spalle di un malato o tolgono la fasciatura da un arto. Una reca un bacile con un'ampolla. Le donne sono vestite in abiti del tempo e somigliano ad altri soggetti femminili ritratti in altre opere dell'artista veneziano. Aprono e chiudono, da sinistra a destra, l'orizzonte pittorico rappresentato dal Tintoretto, in una scena che sa molto più di rappresentazione forzata, quasi innaturale, in certi casi raffigurante più modelli e statue che non personaggi colti nella naturalità del gesto<sup>12</sup>.

Come scritto le figure femminili ritornano in molte opere dell'artista nelle medesime pose assistenziali. Fra queste, in particolare, va ricordato il quadro di "Cristo e l'adultera", del 1547 e conservato presso la Gemäldegalerie Alte Meister Staaliche Kunstsammlunge di Dresda in cui, in tutt'altro contesto scenico,

viene raffigurata una donna simile alla figura femminile del quadro degli appestati posta sulla sinistra, nell'atto di sorreggere una persona nuda che, nella posa, ricorda lo stesso appestato soccorso dal santo. Figura femminile ulteriormente simile a quella posta, sempre sul lato destro di un'altra tela – "Sant'Agostino risana gli sciancati" – anche questa a tematica "sanitaria", dove gruppi di sofferenti rivolgono il loro messaggio di aiuto ad un altro santo che, in questo caso, discende dal cielo in abiti vescovili. Quanto scritto non vuole in alcun modo trattare di storia dell'arte come tale, e men che meno soffermarsi sull'agiografia dei santi, ma vuole prendere a prestito le opere descritte per parlare di epidemie e assistenza. Ed in questo, proprio grazie alle figure femminili, che rappresentano quelle che possono essere considerate delle infermiere del tempo. Le figure non appaiono in vesti da lavoro sporche, macchiate di umori, e ritratte nella sofferenza dell'opera prestate. Come ad esempio possono essere rappresentati i monatti della Piazza del Mercatello durante la peste, a Napoli, ritratti da Domenico Gargiulo. Le donne raffigurate dal Tintoretto sono giovani, ben vestite, sorridenti e piacevoli, eleganti quanto semplici e pulite. Figure non solo in contrasto con la realtà assistenziale sostenuta, ma anche con il ceto di appartenenza dato che, a Venezia, come in molte altre località, nei momenti più drammatici di un'epidemia, venivano arruolate per i servizi nei lazzaretti, le prostitute della città. Un dato sottolineato da Krischel<sup>13</sup> ed ancor più da Villa<sup>14</sup> che ricordano come l'artista voglia in questo ritrarre la realtà di un servizio reso da donne considerate altrimenti impure, rendendo loro omaggio per l'opera prestata in un contesto, quello epidemico, pericolosissimo e privo – allora – di alcuna forma di dispositivo di protezione individuale. Le prostitute rastrellate a forza per servire nei ricoveri degli appestati<sup>15</sup>,

erano donne ai margini della società, strette fra condanna religiosa e giudiziaria, alla ricerca sempre di un'occasione fra il riscatto morale e la redenzione sociale, magari dedicandosi, quando possibile, ad opere di carità (es. adozione di orfani) o a vere e proprie donazioni. Ed in questo, alla fine, sono riuscite a trovare nelle linee e nei colori del Tintoretto, un riconoscimento come persone e come donne. E, senza tema di forzatura alcuna, anche come infermiere ante-litteram in prima linea a prestare assistenza magari a chi, fino a poco prima, le aveva condannate ed osteggiate.

L'opera del Tintoretto assume un alone di estrema attualità nel rendere omaggio ai protagonisti della cura e dell'assistenza, raffigurandoli come santi o come donne ideali, supereroi del XVI secolo al pari di quelli tracciati oggi dall'irriverente mano dell'artista britannico Banksy, o da molti altri, in omaggi pittorici nei vari nosocomi del pianeta. O in targhe, vie e lapidi di sorta, oggi come ieri, ripensando all'esempio genovese. Nobildonne e prostitute, quasi un binomio storico dell'assistenza che si ritrova in molti frangenti e che riportano, nell'immediato alla mobilitazione delle prostitute verificatesi durante la Repubblica Romana del 1849, innescata dal bando di arruolamento per fare le infermiere negli ospedali capitolini, emesso da Cristina Trivulzio di Belgioioso, altra infermiere ante-litteram, altra nobildonna. A quel bando risposero in seimila donne romane, di cui ne furono scelte trecento, e fra le quali molte erano popolane dedite al più antico mestiere del mondo<sup>16</sup>. Oggi però, senza paura di scadere in una facile retorica, non si può essere certi che tutti i professionisti (in un'accezione ampia del termine, utile ad abbracciare ogni forma di lavoro svolto) siano martiri in cerca di un riscatto morale, di certo chiunque oggi è impegnato a lottare contro questa pandemia è un nobiluomo o una nobildonna.

### Bibliografia

- 1) Zanoboni, M. P. (2020). La vita al tempo della peste: Misure restrittive, quarantena, crisi economica. Mimesis edizioni.
- 2) Pescio, A. (1912). I nomi delle strade di Genova. A. Forni editore, Genova, pag. 189
- 3) Cotichelli G. (2019) La peste e le trasformazioni dell'assistenza tra XIV e XVII secolo, in Cotichelli G, e Mercuri M, Scienze Umane - Quaderno n.4. L'infermieristica come prassi in dialogo con Medicina, Filosofia e storia, Facoltà di Medicina, UNIVPM, Ancona.
- 4) Domenico Barduzzi (1923) Manuale di storia della medicina. Volume primo, storia della medicina dalle origini fino a tutto il secolo XVII, Sten editrice Torino, pag. 278.
- 5) Sabbatani S. (2003) Considerazioni sull'epidemia di peste del 1348. Le Infezioni in Medicina, n. 1, 49-61.
- 6) Cipolla C.M. Public Health and the Medical Profession in the Renaissance. Londra, 1976.
- 7) Magee G.B. Disease management in pre-industrial Europe a reconsideration of the efficacy of the local response to epidemics. Jour Europ Econ Histor 26, (3), 605- 623, 1997.
- 8) Schipperges, H. (1988). Il giardino della salute. La medicina nel Medioevo, Garzanti, Milano, p. 61.
- 9) Cosmacini, G. (2010). Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918, ritrovare la pagina.
- 10) Latini, L. (2020). Il dono di Tintoretto. Youcanprint, Lecce.
- 11) Marc Bloch M (1989), I re taumaturghi, Einaudi, Torino.
- 12) Von Der Bercken E, et Mayer AL (1923) Tintoretto, vol. 1, Munchen, pag. 241.
- 13) Krischel R. (2000) Jacopo Robusti detto tintoretto 1519 – 1594, Colonia, pag. 38;
- 14) Villa, R, et Villa GCF. (2012) Tintoretto, Milano
- 15) Gullino G. (2010) Storia della Repubblica Veneta, La scuola editrice, pag. 207
- 16) Cotichelli G. (2015), Prima di Florence Nightingale. Personalità e contesti della nascita della professione infermieristica Giornale di Storia Contemporanea, XVIII, n.s., 1, 2015, pag. 133 - 150. ISSN 2037-7975

### Il tema della follia nel teatro di Albert Camus



**Alberto Pellegrino**

Sociologo

*A sessant'anni dalla sua scomparsa ricordiamo Albert Camus, un autore fondamentale per tutta la civiltà occidentale, ha saputo comprendere la tragicità del Novecento con romanzi e opere filosofiche che descrivono la condizione dell'uomo e i turbamenti dell'animo umano di fronte a quell'assurdo definito un «divorzio tra l'uomo e la sua vita». “La nostra sola giustificazione – ha scritto Camus – è di parlare in nome di tutti coloro che non possono farlo”, di agire in nome della libertà e della giustizia sociale, proponendo la sfida sovversiva della rivolta intesa come imperativo morale: “Mi rivoltò dunque siamo”, una trasformazione del “Cogito ergo sum” cartesiano, dove il “sono” è sostituito dal “siamo” per sottolineare la collegialità di una ribellione che trova la propria giustificazione nella solidarietà per opporsi all'assurdità della condizione umana. Camus è stato anche un importante drammaturgo e il suo teatro, oltre a rappresentare il Male e il Dolore del mondo, è percorso spesso dai fantasmi della follia liberati dal flusso delle passioni e dall'inconscio.*

#### **Il malinteso (*Le malentendu*)**

È il primo dramma scritto da Camus nel 1944, nel quale l'autore affronta il tema dell'incomunicabilità e della paranoia che finiscono per incidere sul destino di tutti i personaggi che sono prigionieri del loro passato, che sono travolti da un presente senza speranza, perché non vi sono dei a cui rivolgersi per chiedere soccorso o giustizia. Marta persegue con perversa determinazione e senza possibilità di redenzione la realizzazione di un sogno e non si arresta nemmeno di fronte al delitto; la Madre ha un crudele rapporto con i figli e non esita a uccidere la sua stessa creatura; persino l'innocente Maria non trova la strada della salvezza di fronte al vecchio cameriere che ha assistito in silenzio allo svolgersi degli eventi, assumendo la veste simbolica di una presenza divina indifferente nei confronti dell'umanità. Come gli eroi di Kafka che sono travolti da un incomprensibile destino, Jan non riuscirà a sfuggire alla morte in questa terra piovosa e grigia, nella quale è ritornato per ristabilire antichi affetti. Alla fine tutti sono vittime delle “assurde” contraddizioni di questa storia: l'oscurità e la luce, il delitto e l'innocenza, il male e il bene, l'ingiustizia e la giustizia.



Figura 1 - Ritratto di Albert Camus

In una piccola e imprecisata città della Boemia, la Madre e la figlia Marta gestiscono uno squalido albergo con l'aiuto di un Vecchio Domestico. Si tratta di una gestione crudele e terribile, perché

uccidono e depremono uomini soli, ricchi e sconosciuti che hanno la sventura di essere loro ospiti. Omicidio dopo omicidio, le due donne hanno accumulato quel denaro che permetterà a Marta di andare a vi-

vere in un paese in riva al mare, dove il sole cancellerà ogni peccato. Un giorno arriva nell'albergo uno straniero, che in realtà è Jan, il figlio e il fratello partito da ragazzo in cerca di fortuna e che adesso, diventato ricco, vuole fare una lieta sorpresa alla madre e alla sorella, rendendole partecipi del suo benessere. Per questo rimane in incognito, aspettando che la voce del sangue lo renda riconoscibile, ma questo non accade e Jan sarà l'ultima vittima delle due donne. E' proprio Marta che, in modo freddo e distaccato, convince la madre a compiere l'ultimo delitto prima di cambiare vita. Nella sua stanza Jan è angosciato e pensa di andare via per tornare l'indomani e svelare la propria identità, ma Marta gli porta una tazza di tè con un forte sonnifero. L'uomo si addormenta e, poco dopo, Marta, la Madre e il Vecchio Domestico lo gettano in un vicino canale, che è stato macabra sepoltura per tutti i clienti della locanda. Il mattino seguente le due donne leggono il passaporto e si accorgono del terribile equivoco: il ricco cliente straniero è in realtà il loro figlio e fratello. La madre, disperata, si getta nelle stesse acque in cui ha fatto scomparire Jan. Marta, prima di suicidarsi, dice a Maria, la moglie di Jan venuta a cercarlo, come unica spiegazione del suo folle gesto che l'omicidio del fratello è stato solo "un malinteso" al pari della sua vita infelice. Di fronte a Maria che urla disperata in cerca di aiuto, il Vecchio Domestico finalmente parla e dice "No!".

Questa terribile "tragedia moderna" può essere vista come uno psicodramma dove i personaggi preferiscono affidarsi alla menzogna invece che alla verità: all'origine della mostruosa catena di omicidi c'è forse un Padre che è scomparso senza sapere come e perché; ci sono Marta e la Madre che rappresentano la disperazione di vivere e la morte; l'innocente Maria incarna l'amore e la vita, ma è destinata a diventare la vittima di un orribile "malinteso; ci sono i sogni di Marta che scopre di avere inutilmente sacrificato la giovinezza all'egoismo insaziabile della Madre, per



Figura 2 - Caricatura di Albert Camus. Il quotidiano EL PAIS

cui ha cercato nell'omicidio l'unica risposta alla sua folle strategia che sfocerà nel suicidio; c'è Jan arrivato per ricostruire un rapporto familiare, partendo da una menzogna; c'è infine il trionfo del Vecchio Domestico che, dopo avere riconosciuto Jan, con indifferente perfidia e con sadismo rivela alle due donne l'identità dello sconosciuto soltanto dopo il suo assassinio. Il rifiuto del Vecchio Domestico a dare un aiuto alla disperata Maria è il suggello di una tragedia equamente divisa tra la follia e la cieca banalità del male, nella quale i personaggi sono in balia di un'entità priva di sentimenti, di uno strumento del Fato che rappresenta il perfetto incontro con il Nulla.

### Caligola (Caligula)

Questa tragedia, pubblicata nel 1945, è incentrata sul personaggio dell'imperatore romano Caligola, sul suo modo di concepire ed esercitare il potere secondo una visione del superuomo nietzschiano che si contamina con l'Assurdo. L'imperatore esercita un potere assoluto senza alcun controllo morale e legislativo, inseguendo il sogno di superare la dimensione del reale per arrivare a conquistare l'impossibile. In preda a una follia razionale, Caligola sceglie di agire secondo il suo capriccio, vuole

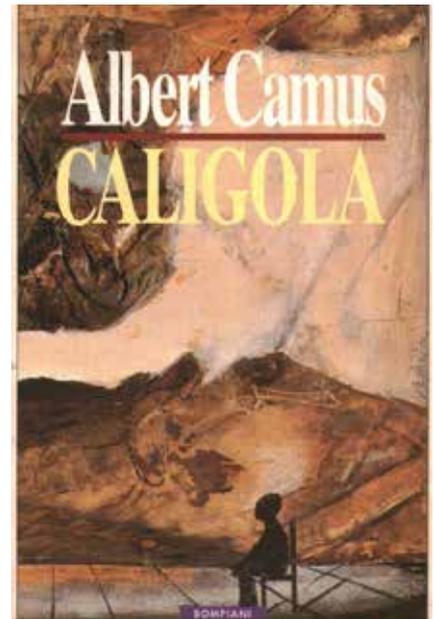


Figura 3 - Caligola. Copertina del volume pubblicato da Bompiani Editore, Milano

primeggiare e dominare su tutti secondo una volontà di potenza fine a se stessa, senza proporre nuovi valori, senza creare nulla al di fuori della paura e dell'odio. Egli si considera come un assurdo superuomo che esercita il potere per godere di una libertà intesa come arbitrio, predazione, legge di un godimento senza limiti. Seduto sul trono imperiale, giudica, sentenza e condanna, affonda nel sangue e nella violenza, finisce per essere travolto dalla noia di vivere e dai suoi delitti. Si autoproclama un dio, ma resta indifferente al popolo che soffre la fame; rimane insensibile di fronte a qualsiasi sciagura, insegue un sogno di felicità, vittima di una grottesca "anarchia" che a volte si colora di poesia. Dietro la sua follia si nasconde una logica lucida e spietata, con la quale cerca di spiegare i suoi tormenti e la vacuità dell'esistenza per concludere che si può trovare l'oblio e la libertà solo nella morte, pienamente consapevole che essa arriverà con i pugnali dei congiurati.

La vicenda ha inizio tre giorni dopo la morte di Drusilla, la sorella alla quale Caligola era legato da un amore incestuoso. L'imperatore sparisce dalla reggia e, quando fa ritorno, afferma di aver fatto una scoperta: "Gli uomini muoiono e non sono felici". Decide allora di raggiungere l'impossibile:



Figura 4 - Una scena de *Il Malinteso* di Albert Camus. Festival del Teatro, Napoli

impossessarsi della luna, abolire le differenze tra il bene e il male, sconvolgere l'intero assetto statale. Comincia a comportarsi con estrema crudeltà: maltratta e perseguita i senatori, uccide i loro parenti, violenta le loro mogli, condanna a morte le persone senza una ragione, inventa assurde gare di poeti, decide di diventare un dio indossando le vesti della dea Venere. Caligola vara una eccentrica politica economica, facendo firmare a tutti coloro che sono benestanti un testamento in cui dichiarano erede universale lo Stato: quando l'erario avrà bisogno di denaro, sarà sufficiente uccidere un adeguato numero di persone e incamerarne le ricchezze. A causa della paura, dell'orrore e del malcontento i patrizi, guidati dal filosofo Cherea, decidono di ordire una congiura per uccidere il despota. Vicino all'imperatore rimane il giovane liberto Scipione pieno di odio verso l'imperatore per l'uccisione dei

suoi genitori, ma anche pervaso d'amore per il ruolo di padre di Caligola nei suoi confronti. Accanto a Caligola c'è pure la sua antica amante Cesonia, la quale è ancora accecata dall'amore e si rende complice dei suoi assurdi comportamenti per poi finire vittima dell'imperatore che, preso nel vortice di una spirale autodistruttiva, prima strangola Cesonia, quindi si prepara al suo destino di morte per mano dei congiurati.

Quello che rimane al termine di questa tragedia è un senso di pietà per un personaggio che appare un mostro ma in realtà è un individuo spaccato in due: una parte odia l'altra e, solo con il sopraggiungere della morte, Caligola ritrova la propria unità, si libera dal peso opprimente del dolore, pone fine alla disperata ricerca di qualcosa di straordinario e d'impossibile da raggiungere, a una conquista che possa riempire il vuoto di un mondo abitato da esseri mediocri,

governato dal caso e dall'ingiustizia, dall'odio contro colpevoli e innocenti. L'uomo più potente della terra scopre che l'unica libertà è nutrirsi del terrore e della sofferenza altrui e aspetta la morte per liberarsi di una vita inutile e senza senso. Camus ha definito il suo Caligola una "tragedia dell'intelligenza", perché essa mette in luce il disperato tentativo di rivolta dell'uomo, che cerca la libertà assoluta e la conquista dell'impossibile. Lo psicanalista Massimo Recalcati scrive che questo sanguinario Caligola si trova al centro "di un odio inestinguibile, di una povertà di vita...La vita del grande imperatore appare ai suoi stessi occhi vuota come quella di un tronco essiccato. L'odio e la brama di potere cercano vanamente di compensare un grande vuoto inestinguibile". E' Caligola stesso a rivelarlo: "Non avrò la luna. Comincio ad avere paura. Ah, che abiezione, che schifo, che senso di vomito sentirsi

crescere dentro quella stessa viltà e quell'impotenza che abbiano disprezzato negli altri. La viltà! Ma che importa? Nemmeno la paura dura tanto. Sto per ritrovare quel grande vuoto in cui l'anima si placa. Tu sei imperatore, il che è molto. Ma io non sono niente, il che è poco...Dicono che ho il cuore duro...Ma non è possibile che sia duro, perché al posto del cuore io non ho niente, nient'altro che un grande buco vuoto nel quale si agitano le ombre delle mie passioni".

### **La commedia dei filosofi (*L'improptu des philosophes*)**

È una breve pièce scritta intorno al 1947, pubblicata postuma e arrivata in Italia solo nel 2010. L'opera presenta un notevole valore storico, perché coglie il momento in cui Camus è in disaccordo con il gruppo degli esistenzialisti parigini, con il Partito comunista accusato di accettare supinamente il regime totalitario stalinista. La commedia è una pungente satira politica, un divertissement scritto nel segno dell'improvvisazione, spinto dall'urgenza dell'autore che sta maturando il suo distacco dall'Esistenzialismo, che dichiara la sua militanza socialista e libertaria. La commedia è interessante, perché mette in luce lo scontro tra due diverse concezioni della filosofia: da una parte c'è un filosofo accademico che indottrina con fra-

si altisonanti e con formule astratte uno sprovveduto credulone affascinato dalle sue miracolose teorie; dall'altra vi sono due donne che, con il loro senso pratico, cercano di opporsi a una follia filosofica che non trova rispondenza nella realtà. La pièce racconta la storia del signor Vigna, sindaco e farmacista del paese, che vive con la moglie e la figlia Sofia, fidanzata con il giovane Melusino. In questo tranquillo ménage piccolo-borghese irrompe il Signor Nulla, un "sedicente filosofo, un matto fuggito dal manicomio", il quale si presenta come il rispettabile e famoso autore di un libro che egli considera il "nuovo vangelo" di cui è il Messia. Egli sostiene che "nulla ha causa e tutto è caso", perché il mondo è assurdo ed è assurdo perché non ha nessuna spiegazione e non ha nessuna spiegazione proprio perché è assurdo. Vigna rimane affascinato da questa "straordinaria" teoria e capisce che la sua nuova vita consisterà nel non fare più nulla per essere un credente ortodosso del vangelo enunciato dal Signor Nulla, il quale sostiene che "siamo sempre sulla via di essere liberi, ma che in verità non lo siamo affatto". Quando Sofia annuncia al padre che vuole sposare Melusino, questi appare perplesso e, alla luce del nuovo vangelo, sentenzia che il giovane non è uno sposo valido, perché è stato troppo rispettoso e troppo educato, perché non ha ap-

profittato della fidanzata mettendola incinta.

Deve pertanto entrare in azione, mostrare una forte volontà e sedurre la ragazza. Melusino si fa coraggio e inventa le peggiori azioni per poter sposare Sofia, ma Vigna non è soddisfatto e rimprovera il giovane di non avere un passato equivoco, di non aver commesso furti e adulteri. È grave, per esempio, che Melusino non abbia avuto nemmeno un figlio da una precedente relazione adulterina. "Se non c'è alcun bambino - dice Vigna - voi siete irresponsabile, e se siete irresponsabile non siete affatto impegnato, e se non siete impegnato non amate mia figlia: è evidente". La vicenda si avvia alla soluzione con l'arrivo del direttore del manicomio che cerca il signor Nulla. Lo psichiatra mette al corrente il povero Vigna della follia del suo ospite e lo informa che non è un caso isolato, perché Parigi è piena di questi malati: "Vanno talmente matti per il patriottismo che appena c'è l'occasione diventano patrioti di due o tre paesi, si sbranano in nome della pace e promettono la galera in nome della libertà... I filosofi devono essere soli: un po' come i lebbrosi, bisogna tenerli a una certa distanza. È così che la malattia giova a loro e non fa male a nessuno. È così che riescono a pensare con l'apparenza della ragione e finiscono per essere istruttivi per tutti".

## Formare ad un approccio narrativo in sanità



### Massimiliano Marinelli

Medicina narrativa

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*Nell'articolo si tenta di determinare l'essenza della Medicina narrativa, partendo fenomenologicamente dalla sua scena primaria: qualcuno si rivolge per sé o per qualcun altro ad un curatore, in vista della liberazione dal male da cui si sente colpito o che ritiene che qualcun altro, a cui tiene, ne sia affetto. Dall'analisi di questa scena la Medicina narrativa appare una pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona. In quanto tale la Medicina narrativa rende la cura un compito da assolvere assieme al paziente, alla ricerca di una possibile concordanza. La comunicazione efficace in sanità non può essere affidata soltanto alla spontaneità di procedure e di forme comunicative innate o attitudini personali, ma è necessario che ogni operatore sanitario acquisisca e sviluppi specifiche abilità comunicative tramite training e percorsi formativi che considerino anche i contesti e le situazioni temporali e contingenti<sup>1</sup>.*

### 1. Premessa

Con queste parole il Ministero della Salute, da una parte individua una lacuna formativa e dall'altra ribadisce la necessità di costruire programmi formativi, per raggiungere un livello efficace di comunicazione in sanità.

La necessità formativa, che si configura come vera e propria urgenza, è legata a numerosi fattori, tra i quali si svilupperanno solo alcuni temi.

Esiste un'intrinseca difficoltà medica a comunicare efficacemente quando il rapporto non riposa più sul terreno familiare biomedico, ma si orienta verso il paziente che, quindi, aumenta il peso decisionale e richiede una quantità e una qualità adeguata di informazioni.

D'altra parte, la maggiore complessità della Medicina offre un ventaglio di opzioni terapeutiche da esaminare e alza il livello basale di alfabetizzazione sanitaria necessaria per assumere una decisione consapevole.

La comunicazione sanitaria, quindi, dovrebbe stabilire il livello di Health Literacy del soggetto con il quale si parla, per allinearsi al suo livello e innestare così, un percorso virtuoso verso la comprensione della situazione.

Per tali motivi sono state elaborate e proposte guide e piattaforme

comunicative ed esistono tecniche che intendono far acquisire abilità particolari, per raggiungere gli obiettivi prefissati che realizzano una comunicazione efficace.

I diversi modelli usati per la formazione nella comunicazione possiedono dei principi comuni che costituiscono gli elementi essenziali di ogni conversazione in una visita medica.

Essi sono stati individuati in:

- la costruzione della relazione;
- l'apertura della discussione;
- la ricerca delle informazioni;
- a comprensione della prospettiva del paziente;
- la condivisione delle informazioni;
- il raggiungimento di un accordo sul piano terapeutico;
- un'adeguata chiusura della comunicazione<sup>2</sup>.

Seppure si condivida l'opportunità di incorporare tali elementi, o di adottare per intero una delle diverse guide nei programmi formativi alla comunicazione, si ritiene che tale tattica didattica non sia sufficiente per produrre quel cambiamento necessario, per interiorizzare le tecniche nella pratica clinica e mantenere nel tempo un buon livello comunicativo con i pazienti. I modelli, infatti, tentano di risolvere il problema fondamentale di

ricercare attraverso le evidenze provenienti dagli studi clinici quale tecnica utilizzare per orientare il rapporto verso il paziente, riconoscendo l'importanza di accogliere la prospettiva e di raggiungere un piano di azione condiviso, tuttavia non affrontano, in modo sistematico, gli aspetti etici e filosofici del significato di un orientamento della cura verso la persona che propone al medico di integrare nella sua professione un diverso punto di vista e di costruire su basi differenti la relazione di cura.

Se tale integrazione non si realizza, se il medico rimarrà esclusivamente nel versante scientifico, certamente potrà impiegare le skill acquisite nel programma formativo, ma correrà il rischio di gestire la tecnica in modo paternalistico, per convincere il paziente ad accettare quanto si ritiene sia la scelta migliore, oppure di disperdere, a fronte della durezza della realtà lavorativa, quanto si è imparato<sup>3</sup> perché non ancorato ad una riflessione personale.

Ciò che non è stato ancora del tutto compreso è che obiettivi come: la costruzione della relazione, la comprensione della prospettiva del paziente, il raggiungimento di un accordo sul piano terapeutico esorbitano dal territorio del trat-

tamento dell'ente malattia e si rivolgono verso una persona che ha sentimenti, aspettative e desideri. In questa rivoluzione comunicativa che vede la persona al centro e il trattamento della malattia flessa nella prospettiva del paziente, il medico non è preparato, con il rischio di non prendere in considerazione il profondo significato dei contesti e le situazioni temporali e contingenti alla base del monito del Ministero della Salute.

Il contesto, infatti, si rifà alla storia che fa di quel soggetto un essere unico ed irripetibile, il sottolineare la situazione temporale inaugura l'ingresso in Medicina della narrazione poiché il tempo diviene tempo umano nella misura in cui viene espresso in un modulo narrativo<sup>4</sup>. La contingenza fa riferimento al livello extra scientifico di ciò che può accadere o no, alle sorprese e alle disgrazie che sfuggono alle rigide regole di causalità alle quali il medico è abituato.

Per tener conto di tali elementi, quindi, è necessario incoraggiare i medici ad uscire dai propri rassicuranti cantucci, per un avventurarsi nel territorio impervio della soggettività, della richiesta di senso e dell'incertezza causale.

Negli ultimi anni La Medicina Narrativa ha colto la sfida formativa di insegnare a muovere passi risoluti verso il paziente e i suoi vissuti. L'approccio narrativo appresenta uno degli strumenti primari per iniziare un tale percorso.

### 2. Approccio narrativo

Il termine *approccio* deriva dal francese *approche*, deverbale di *approcher* (avvicinare) che a sua volta deriva dal latino tardo *propiare* da *prope* vicino<sup>5</sup>. Da *prope* troviamo *propinquo* con il suffisso *inquo* somigliante al tipo indiano *yank, ik* tipico delle definizioni geografiche. Il superlativo di *prope* è *prossimo*. Un *approccio*, dunque, è un avvicinarsi, un accostarsi a qualcuno. È un atto, non una semplice intenzione: l'approccio non è mai un mero contatto, ma un atto intenzionale. Con *approccio* si può intendere anche un primo contatto a qualcosa o a qualcuno.

Un *approccio* narrativo, quindi,

delinea l'atto intenzionale di accostarsi a qualcuno per uno scopo particolare, attraverso la narrazione. In medicina un approccio narrativo si muove nel territorio e nel linguaggio abituale del soggetto e si svolge nel tempo degli eventi e nel racconto, dove i sintomi e i segni estratti dai medici sono vissuti dal paziente, in modo del tutto personale, come limitazioni del corpo e delle proprie capacità e come dubbi e preoccupazioni per il futuro che verrà.

Nell'ambito della comunicazione in sanità, per approccio narrativo, dunque, si può intendere l'atto intenzionale del medico di comunicare con qualcuno, utilizzando nella relazione di cura gli strumenti della Medicina Narrativa con il fine di ricercare la concordanza nel piano di cura. Per comprendere lo spessore antropologico di un tale approccio, è necessario chiarire brevemente cosa si intenda per relazione di cura e per concordanza. La comunicazione interpersonale in sanità tra un professionista della salute e un paziente si contraddistingue a seconda del tipo di rapporto che si instaura tra i due protagonisti. Il contesto legato alla tipologia della relazione indirizza la comunicazione verso fini particolari e conduce a rapporti specifici di simmetria e di reciprocità. A seconda che il rapporto sia di tipo paternalistico, contrattualistico, contrattualistico di tipo difensivo o orientato alla persona, la comunicazione assumerà dei toni differenti mirando a fini connotati dai livelli di simmetria e di reciprocità. Un rapporto paternalistico, ad esempio, è asimmetrico senza alcuna ricerca di una reciprocità<sup>6</sup>, la comunicazione verterà, soprattutto, in una traduzione nel linguaggio più semplice possibile di quanto il medico prescrive al paziente, affinché questi possa agilmente seguire quanto stabilito. Un rapporto contrattualistico tenderà a porre medico e paziente su uno stesso piano contrattuale e la comunicazione riguarderà il ventaglio di prestazioni possibili alle quali il paziente potrà autonomamente aderire. Il consenso informato stabilirà in un documento l'accordo contrat-

tuale avvenuto. In un rapporto contrattualistico di tipo difensivo, il professionista tenderà di inserire quelle prestazioni che possano ridurre l'improbabile rischio di un errore diagnostico, evitando, inoltre, di compiere gli atti a maggior rischio conflittuale dei quali teme una possibile imputabilità giuridica. La comunicazione, allora, tenderà a sottolineare i possibili eventi avversi correlati alla prestazione scelta, in modo che il consenso del paziente, informato analiticamente di questi eventi, possa tutelare maggiormente il medico.

In un rapporto orientato verso la persona la comunicazione non verterà esclusivamente sulla dimensione biomedica del trattamento medico o sui rispettivi obblighi inerenti alle prestazioni scelte, ma entrerà in dialogo con ciò che è stata definita l'agenda del paziente<sup>7</sup>. L'agenda del paziente rappresenta l'insieme delle motivazioni che lo hanno portato quel giorno davanti al medico. Essa è fortemente condizionata dal contesto e, cioè, dalla storia personale del soggetto, dalla sua identità personale, si muove nelle dimensioni delle idee e rappresentazioni che il paziente si è fatto, è segnata da sentimenti e nutre aspettative e desideri. In un rapporto orientato verso la persona, il paziente e coloro che lo amano entrano come protagonisti delle decisioni terapeutiche in un modo differente rispetto ai modelli contrattualistici o difensivi. Al paziente non viene chiesto semplicemente di esercitare il suo principio di autonomia, scegliendo, una volta adeguatamente informato, la prestazione che ritiene più opportuna, ma il ventaglio dei possibili piani terapeutici diviene l'oggetto di una comunicazione attraverso un continuo rimando alle dimensioni biomediche (*disease*) e del vissuto (*illness*). In tal modo medico e paziente sono chiamati a costruire assieme quella cura che possiede sia le caratteristiche scientifiche terapeutiche di efficacia, sia le qualità antropologiche coerenti con il piano di vita del soggetto che intende seguirla. Il medico da traduttore diviene quindi un interprete, inaugurando una relazione di cura, in

quanto, seppure in un rapporto asimmetrico, esiste una reciprocità che è alla ricerca della concordanza sul piano di cura<sup>8</sup>. In questo senso il termine concordanza non si riferisce più alla conformità, più o meno attiva, a quanto il medico propone al paziente, in un'accezione più attuale e democratica dei termini compliance e aderenza, ma indica un fine da ricercare e un valore da difendere. L'approccio narrativo, tuttavia, non è cosa semplice o immediata, ma esige tanto una determinata postura etica, quanto la necessità di una formazione.

Un approccio narrativo orientato alla persona come quello che si è andato a delineare, infatti, si inserisce in una particolare visione dell'etica medica che trova la sua radice più profonda nella sollecitudine del prestare soccorso a qualsiasi persona malata<sup>9</sup> e prescrive l'ethos umanitario come qualità ineludibile di ogni medico<sup>10</sup>.

È l'ethos umanitario, con il suo articolarsi etico ed empatico, a rendere possibile un reale approccio narrativo che esige attenzione, propensione all'ascolto attivo e il coraggio

di esporsi in una relazione nel terreno incerto dei vissuti personali. Attraverso un approccio narrativo, quindi, le tecniche di comunicazione e gli stessi atti comunicativi sono inseriti in una dimensione morale che approda nell'etica della cura. Si intreccia così una stretta relazione tra comunicazione, etica e cura tanto da poter dire che la cura si dia attraverso atti comunicativi in una dimensione etica.

L'approccio narrativo, seppure nella delicatezza dell'accostarsi alla persona, non è ingenuo e privo di strumenti, ma, oggi, possiede l'armamentario proprio della Medicina Narrativa che presenta una serie di modalità attraverso le quali interagire narrativamente con la persona. La Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche è impegnata da tempo, attraverso i corsi e le attività formative professionalizzanti, a fornire agli studenti e ai laureati tali strumenti, per promuovere un'etica della cura e insegnare un approccio narrativo capace di innestare una comunicazione efficace orientata alla persona.

## Bibliografia

1. Ministero della Salute, Comunicazione e performance professionale metodi e strumenti I modulo elementi teorici della comunicazione; 2015; 4
2. Makoul G., Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement, *Acad Med* 2001 apr; 76(4): 390
3. DiMatteo MR. The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med.* 1998;168(5):328-333
4. Ricoeur P., tempo e racconto, volume 1 Jaca Book, Como, 2008, 91
5. Devoto G., dizionario etimologico, Le Monnier, Firenze, 1968
6. Alici L., Il fragile e il prezioso, bioetica in punta di piedi, Editrice Morcelliana, Brescia, 2016, 28
7. Moja E., Vegni E., La visita medica centrata sul paziente, Raffaello Cortina, Milano, 2000
8. Marinelli M., reciprocità asimmetrica ed etica della cura, *Servitium*, 246, novembre dicembre 2019, 77-80
9. Ricoeur P., *Il Giusto 2*, Effatà Editrice Cantalupa Torino, 2007, 77
10. Jaspers K., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991, 2

# La formazione specialistica e gli incarichi attribuibili ai medici in formazione: analisi ed evoluzione normativa



**Laura Pierdicca<sup>1</sup>, Daniele Sconocchini<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Responsabile Divisione Rapporti con SSN e Formazione Post Laurea Area Medica

<sup>2</sup>Responsabile Ufficio Post Laurea Area Medica

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*Il contesto normativo europeo e nazionale, come anche gli accordi locali, hanno più volte nel corso degli anni interessato la materia della formazione medico specialistica. L'obiettivo dell'articolo è quello di analizzare tale percorso, partendo dall'osservanza delle Direttive Comunitarie fino alle recenti evoluzioni normative in materia di incarichi concessi ai medici in formazione soprattutto in correlazione allo stato di emergenza pandemica.*

Il contesto normativo europeo e nazionale, come anche gli accordi locali, hanno più volte nel corso degli anni interessato la materia della formazione medico specialistica. L'intento del legislatore è sempre stato non solo quello di regolamentare il percorso formativo per il raggiungimento del titolo ma anche di conciliare e coordinare la preparazione teorica con l'esperienza "sul campo" dei futuri specialisti garantendo agli stessi un adeguato contesto assistenziale in cui formarsi.

L'obiettivo dell'articolo è quello di porre attenzione all'evoluzione del rapporto dello specializzando, che è già a tutti gli effetti abilitato allo svolgimento della professione di medico-chirurgo, con la formazione specialistica partendo dal Decreto Legislativo 8 agosto 1991, n. 257 che, seppur in ritardo di qualche anno, ha modificato radicalmente l'assetto delle scuole di specializzazione in osservanza della Direttiva comunitaria n. 82/76/CEE. Il Decreto ha introdotto per la prima volta il concetto della formazione a tempo pieno con profilo orario pari a quello del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale ed ha previsto la corresponsione agli specializzandi di una borsa di studio annuale. Il legislatore ha, in ogni caso, precisato che l'ammissione e la frequenza alla Scuola non determinano la costituzione di alcun rapporto di impiego.

Con l'entrata in vigore del Decreto

Legislativo 17 agosto 1999, n.368, attuativo anche questa volta di una Direttiva comunitaria (93/16/CEE), è stato abrogato il Decreto Legislativo n.257/1991 e, seppur mantenendo il concetto di una formazione a tempo pieno e retribuita, sono state introdotte alcune novità. La più importante dal punto di vista dello status di specializzando è senza dubbio quella introdotta dall'articolo 37 che prevede che "all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione specialistica". È importante sottolineare come nel testo originale del decreto si parlasse di "contratto annuale di formazione lavoro" mentre l'inciso "formazione specialistica" è il risultato della modifica operata dalla Legge n. 266 del 23 dicembre 2005.

Con il Decreto Legislativo 368/1999 è stato superato il concetto di borsa di studio prevedendo, per tutta la durata del corso, un trattamento economico annuo onnicomprensivo, determinato annualmente con D.P.C.M., costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile.

In entrambe le disposizioni normative, il legislatore ha affermato l'incompatibilità dell'attività formativa dello specializzando con altre attività lavorative, di qualsiasi tipo e durata. Non solo per la durata della forma-

zione a tempo pieno è inibito l'esercizio di attività libero-professionali esterne alle strutture assistenziali in cui si effettua la specializzazione, ma anche ogni tipo di rapporto anche convenzionale o precario con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. È stata pertanto assicurata dal legislatore esclusivamente la facoltà di svolgimento dell'attività intramuraria. La violazione delle norme in materia di incompatibilità è causa di risoluzione del contratto di formazione specialistica.

Un'apertura in merito alle attività concesse agli specializzandi al di fuori dell'impegno per la formazione si ha nel 2002 quando la Legge 28 dicembre 2001, n. 448 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" all'articolo 19 comma 11 ha permesso ai medici in formazione di sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica (anche se solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti nei predetti elenchi).

Arriviamo senza interventi di rilievo all'anno 2019 quando il legislatore, per permettere un più rapido inserimento nel mondo del lavoro degli specializzandi, con la Legge 30 dicembre 2018, n.145 "Bilancio di pre-

visione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" ha introdotto un primo elemento di discontinuità rispetto all'assetto normativo precedente. Ai commi 547 e 548 dell'articolo 1 la Legge ha previsto che "I medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso sono ammessi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita e collocati, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata" e che "l'eventuale assunzione a tempo indeterminato dei medici [...] risultati idonei e utilmente collocati nelle relative graduatorie, è subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione e all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla data di scadenza del bando".

In sintesi, il legislatore ha introdotto la possibilità per gli specializzandi regolarmente iscritti di partecipare alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza medica durante il percorso formativo collocandoli in graduatoria separata rispetto agli specialisti; da tale graduatoria le aziende sanitarie possono attingere solo previo esaurimento della graduatoria principale e solo dopo il conseguimento del titolo di specialista. Le varie modifiche al dettato normativo che sono intervenute nei mesi successivi, per ultimo i Decreto Legge 30 dicembre 2019, n. 162, hanno esteso la possibilità agli specializzandi di partecipare ai concorsi già a partire dal terzo anno di formazione. Il secondo importante passo della virata normativa è caduto nell'aprile dello stesso anno con il Decreto Legge 30 aprile 2019, n.35, recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria", il cosiddetto Decreto Calabria. Punto cardine del provvedimento è stata l'introduzione all'articolo 1 della Legge 145 dei commi 548-bis e 548-ter i quali prevedono la possibilità che gli specializzandi inseriti nella graduatoria separata per l'accesso alla dirigenza possano essere assunti come dirigenti medici dalle aziende sanitarie, inserite nella rete formativa della scuola di specializzazione,

ancor prima del conseguimento del titolo. La norma è intervenuta con l'intento di sanare la carenza di personale del Servizio Sanitario Nazionale ponendo in stretta continuità il periodo formativo con quello lavorativo, principio espresso tramite la conversione, da parte dell'Ente sanitario, del contratto a tempo determinato, in contratto a tempo indeterminato al momento del conseguimento del titolo. Tale contratto a tempo determinato, che prevede orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, può avere una durata non superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica (fatti salvi i periodi di sospensione previsti dalla normativa vigente) e può essere prorogato una sola volta fino al conseguimento del titolo di formazione medica specialistica e comunque per un periodo non superiore a dodici mesi. Il trattamento economico dello specializzando previsto dal contratto di formazione viene sospeso e la corresponsione del trattamento economico, proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, è a carico dell'ente sanitario e determinato sulla base di quanto disposto dal CCNL per la dirigenza medica e sanitaria. Qualora il trattamento sia inferiore a quello già previsto dal contratto di formazione specialistica, lo stesso deve essere rideterminato dall'ente in misura pari a quest'ultimo.

Il decreto ha previsto inoltre che le mansioni assistenziali a cui il medico in formazione è chiamato ad adempiere nell'ambito del contratto sottoscritto debbano essere coerenti con l'autonomia e le competenze raggiunte in sede di formazione specialistica. Ed è proprio in ragione della necessità di coordinare la formazione specialistica con l'attività lavorativa che il decreto prevede che le Regioni e gli Atenei stipulino accordi quadro per definire le modalità di rapporto tra le due attività.

Nella gestione della pandemia COVID-19 il legislatore, sempre al fine di far fronte allo stato di emergenza che il sistema sanitario nazionale è stato chiamato ad affrontare, ha poi previsto ulteriori forme di reclutamento che gli enti sanitari hanno utilizzato per assumere specializzandi con l'obiettivo di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del virus e garantire i livelli essenziali di assistenza. Attraverso il Decreto Legislativo 9 marzo 2020, n. 14 e il Decreto Legislativo 17 Marzo 2020, n. 18 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" nonché il Decreto Legge 24 Aprile 2020, n.27 noto come Decreto Cura Italia sono state previste le misure straordinarie per il conferimento di incarichi e l'assunzione di medici specializzandi che di seguito si sintetizzano.



Viene introdotta la possibilità di attribuire agli specializzandi, iscritti all'ultimo o penultimo anno di corso, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa. I medici specializzandi così reclutati restano iscritti alla scuola di specializzazione e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico specialistica, integrato da parte dell'Ente sanitario dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta. Il periodo di attività, svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, sono tenute ad assicurare il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Nella norma è altresì mantenuta la possibilità di stipula di contratto di lavoro a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Decreto Calabria). La norma difatti prevede che nel periodo emergenziale gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Nazionale possano assumere specializzandi utilmente collocati nelle graduatorie separate delle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario, ai sensi della sopracitata legge 145 del 2018, anche in assenza dell'accordo quadro da stipularsi tra Università e Regione. Le assunzioni devono avvenire nell'ambito delle strutture accreditate della rete formativa e l'attività svolta dallo specializzando nell'ambito del contratto di lavoro sottoscritto deve essere coerente con il progetto formativo deliberato dal consiglio della scuola di specializzazione. Lo specializzando non ha diritto, per il periodo di sottoscrizione del contratto, al cumulo dei due trattamenti economici (contratto di formazione specialistica e contratto di lavoro). Il trattamento economico attribuito dall'azienda o ente del Servizio Sanitario Nazionale, con oneri a proprio esclusivo carico, se inferiore a quello previsto dal



contratto di formazione specialistica, deve essere rideterminato in misura pari a quest'ultimo.

In sede di conversione in legge (Legge del 24 aprile 2020, n. 27) viene introdotta una ulteriore forma di incarico individuale a tempo determinato. Il fine del legislatore rimane quello di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19. Le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono, durante la vigenza dello stato di emergenza conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo

avviso pubblico, ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione. Tali incarichi sono limitati alla durata di sei mesi, la proroga oltre i sei mesi è possibile in ragione del perdurare dello stato di emergenza, esclusivamente previa definizione dell'accordo di cui all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. Al pari di quanto previsto per gli incarichi di lavoro autonomo, i medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta. In merito al riconoscimento delle attività formative

permane quanto già stabilito per le altre forme di incarico, il periodo di attività è riconosciuto ai fini del ciclo di studi, la durata legale del corso rimane invariata e le università assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Infine la norma prevede che, nel perdurare dell'emergenza epidemiologica, i medici in formazione specialistica iscritti a qualsiasi anno di corso, possano assumere incarichi provvisori o di sostituzione dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica ed altresì possano assumere incarichi provvisori o di sostituzione dei pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sulla base della normativa vigente, allo specializzando era già consentito svolgere le attività di cui sopra seppur al di fuori dell'orario dedicato alla formazione.

La Legge del 24 aprile 2020, n.27 introduce il principio, al pari delle altre tipologie, per cui tale incarico possa essere assunto nell'ambito della frequenza alla Scuola di Specializzazione e pertanto il periodo di attività svolto relativamente a tale incarico, esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione.

Anche la recente Legge 18 dicembre 2020, n. 176 ha disposto la compatibilità della formazione con le attività svolte presso le Unità speciali di continuità assistenziale permettendo agli specializzandi lo svolgimento dell'attività presso le c.d. U.S.C.A. di cui all'articolo 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Fino a tale intervento normativo non era permesso ai medici iscritti alle Scuole di specializzazione di far parte delle U.S.C.A. che, in questo periodo emergenziale, hanno il ruolo, fondamentale, di garantire

la continuità assistenziali ai pazienti che non necessitano di essere ospedalizzati.

Per ultimo la Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di Bilancio) ha coinvolto i medici specializzandi, i quali, a partire dal primo anno di corso, sono chiamati a concorrere allo svolgimento dell'attività di profilassi vaccinale per la popolazione. La partecipazione dei medici in formazione specialistica all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 configura a tutti gli effetti attività formativa professionalizzante nell'ambito del corso di specializzazione frequentato.

Al netto di quanto esposto fin ora, se il decreto Calabria aveva già posto basi per uno stretto collegamento tra la formazione specialistica e l'inserimento dei medici in formazione nel Servizio Sanitario, oggi siamo di fronte ad un quadro normativo che risulta sapersi adattare con estremo dinamismo alle strette esigenze correlate alla situazione di eccezionale emergenza pandemica.



# LETTERE dalla FACOLTÀ on line

---

*Direttore editoriale* Marcello M. D'Errico

*Comitato editoriale* Fiorenzo Conti, Andrea Giovagnoni, Lory Santarelli, Adriano Tagliabracci

*Comitato di Redazione* Pamela Barbadoro, Anna Campanati, Rosanna Daniele, Francesco Di Stanislao, Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Alessandra Giuliani, Maurizio Mercuri, Alberto Pellegrino, Maria Rita Rippo, Andrea Santarelli, Cecilia Tonnini

*Direttore responsabile* Giovanni Danieli

*Consulenza tecnica* Giorgio Gelo Signorino, Andrea Cappelli