



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

L'internato è un seducente strumento formativo che concorre all'acquisizione della competenza professionale. Inteso come periodo di permanenza dello studente in una determinata struttura, per approfondirne la conoscenza e condurre ricerche negli ambiti che le sono propri, ha sempre accompagnato la preparazione medica e conferito alla stessa caratteristiche di specificità.

Essere, nel passato, Allievo Interno – i posti erano numericamente limitati – era per lo studente progetto ambizioso che, una volta realizzato, diveniva motivo d'orgoglio e consapevolezza di far parte di una istituzione, di essere entrato nel sistema. Da chi ne stava fuori, si era guardati con un senso di ammirazione mista ad invidia.

Oggi l'internato è divenuto obbligatorio; nell'ordinamento ormai da venti anni in vigore, è stato formalizzato, etichettato e dotato di crediti; consiste, da noi, in due periodi distinti, ciascuno di sei settimane, di frequentazione di determinate strutture, periodi che consentono l'acquisizione finale di crediti; sono liberamente inseriti dallo studente in qualsiasi momento del proprio percorso formativo, preferibilmente uno nel primo ed un altro nel secondo triennio, il primo finalizzato ad una sia pur breve immersione nel mondo della ricerca – per conoscerla e possibilmente in futuro sceglierla –, il secondo nel campo assistenziale.

In realtà se noi guardiamo, nell'interno, le opzioni espresse dagli studenti, queste con grande maggioranza interessano il quinto e il sesto anno; ciò significa che l'internato viene avvertito come momento e sede della preparazione della tesi e viatico per la futura specializzazione, essendo lo stesso considerato nelle valutazioni per l'accesso alle Scuole.

Ma, a parte questo aspetto "venale", l'internato deve essere visto come quello che sempre è stato, cioè un'occasione proficua per conoscere, approfondire i campi che maggiormente rispondono alle proprie esigenze culturali e quindi non limitato alla preparazione della tesi.

Certamente, per ogni internato dovrebbero essere definiti e pubblicati gli obbiettivi che si vogliono raggiungere ed il programma per realizzarli, e giorno felice sarà, senza dubbio, quello in cui la Commissione didattica, nel presentare ad inizio d'anno l'elenco degli internati disponibili, ne precisi anche le caratteristiche, favorendo così nello studente scelte consapevoli.

Oltre che di internati, in questo fascicolo delle Lettere si parla di sicurezza, di tutela della salute e di sicurezza nei posti di lavoro, nel nostro caso aule, laboratori, corsie.

Anche in quest'ambito gli studenti entrino nello spirito delle cose e non considerino il corso che hanno seguito o gli appunti che oggi pubblichiamo come atti dovuti al rispetto di una legge, bensì come una guida chiara e sicura sui loro comportamenti, su come muoversi senza farsi del male, senza fare del male.

In ultima analisi, internati e norme sulla sicurezza non sono solo disposizioni dall'alto, ma parte integrante e irrinunciabile della propria formazione.

Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà

EDITORIALE 2

Le malattie rare di origine genetica.
Dal sospetto alla diagnosi
di *Orazio Gabrielli, Lucia Santoro*

VITA DELLA FACOLTÀ 5

Attività didattica elettiva - Dai Poli periferici - Internato
2008/2009 - Libri
a cura di *Giovanni Danieli*

DOCUMENTI 11

Corso sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori
di *Matteo Valentino, Lory Santarelli, Monica Amati, Massimo Bracci*

DIGNITÀ DI STAMPA 18

Validità e limiti del dosaggio degli anticorpi anti-peptide
citrullinato ciclico nell'approccio diagnostico all'artrite
idiopatica giovanile
di *Alessia Morganti, Orazio Gabrielli*

FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE 21

I processi di organizzazione del significato personale -
Prima parte
di *Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Marzia Di Nicolò, Sabrina Laurenzi*

STORIA DELLA MEDICINA NELLE MARCHE 25

L'Ospedale San Salvatore di Pesaro, quasi novecento
anni di storia
di *Luigi Maria Bianchini*

MANICOMI MARCHIGIANI 31

Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1649-1978)
di *Stefania Fortuna*
Ricordo di Emilio Mancini, ultimo direttore dell'Ospedale
Neuro-Psichiatrico Provinciale di Ancona
di *Enrico Mancini*

Le malattie rare di origine genetica Dal sospetto alla diagnosi

Sindromi malformative

Negli ultimi anni si è avuto da parte dei pediatri un notevole interesse per le malattie rare, in particolare per le sindromi malformative, grazie soprattutto ad una maggior conoscenza della loro storia naturale ed all'apporto di metodiche diagnostiche più sofisticate, quali la FISH, i *microarray* e la biologia molecolare. Sotto il profilo epidemiologico le sindromi malformative rappresentano un capitolo della patologia pediatrica particolarmente consistente, se teniamo conto che le sindromi secondarie ad anomalie cromosomiche possono osservarsi in 1 caso ogni 180 nati vivi, quelle dovute ad una mutazione monogenica nell'1% e quelle da cause multifattoriali nel 2,5% circa (Tab. 1).

In uno scenario di patologia pediatrica che sta sempre più restringendosi alle malattie croniche, si può pertanto affermare che le sindromi malformative occupino uno spazio sempre più rilevante nella pratica clinica.

Le sindromi malformative non sempre sono agevolmente diagnosticabili. Infatti, tranne che per un numero limitato di esse (es. sindrome di Down), la maggior parte richiede un impegno clinico, di laboratorio e strumentale non indifferente (Tab. 2). Va tenuto presente che, ancora oggi, circa il 40% di soggetti malformati è senza una diagnosi; di conseguenza non vi è la possibilità di formulare

Acondroplasia	1 : 28.000
Apert	1 : 65.000
Bardet-Biedl	1 : 160.000
Beckwith-Wiedemann	1 : 13.000
Crouzon	1 : 25.000-50.000
Cornelia de Lange	1 : 10.000
Facio-auricolo-vertebrale	1 : 25.000
Fryns	1 : 10.000
Holt-Oram	1 : 40.000
Marfan	1 : 10.000
Noonan	1 : 1.000-2.500
Ofd I	1 : 50.000
Poland	1 : 20.000-30.000
Prader-Willi	1 : 15.000
Seckel	1 : 10.000
Waardenburg	1 : 20.000-40.000
Williams	1 : 10.000
X-Fragile	1: 1.000 maschi 1: 1.600 femmine

Tab. 1 - Incidenza di alcune sindromi malformative su base genetica.

Orazio Gabrielli,
Lucia Santoro

Pediatria

Università Politecnica delle Marche

un consiglio genetico appropriato.

La difficoltà di formulare una diagnosi è dovuta a due concetti essenziali della sindromologia:

- la *phenotype variation*, cioè la variabilità del quadro dismorfo da caso a caso;
- il *changing phenotype*, cioè il cambiamento nel tempo del quadro dismorfo.

Queste variabili sono frequentemente responsabili di una mancata diagnosi "a prima vista".

Quando sospettare una sindrome malformativa

Vi sono casi in cui la diagnosi viene formulata sin dalla prima visita. Ciò accade quando la *facies* presenta caratteristiche dismorfiche inequivocabili, come, ad esempio, nella sindrome di Down. Questa elaborazione viene definita *gestalt*; è un processo istantaneo di analisi e sintesi di ciò che l'operatore vede ed un processo associativo con ciò che la sua esperienza di pediatra ha memorizzato (Tab. 3). Tale processo tuttavia non può essere sufficiente per formulare una diagnosi, che deve essere sempre suffragata da una verifica comprensiva di specifiche analisi di laboratorio.

Il sospetto di una sindrome malformativa può sorgere per la presenza di anomalie già evidenti alla nascita, che attirano l'attenzione del medico ed impongono un'assistenza medica o chirurgica immediata (es. cardiopatia congenita, labiopalatoschisi, ecc.). Dopo il periodo neonatale il sospetto può nascere per un dubbio da parte dei genitori o in occasione di una visita pediatrica per proble-

- Sospetto

- anomalie congenite
- ritardo psico-motorio
- problemi di crescita

- Analisi

- anamnesi familiare (albero genealogico, storia familiare, gravidanza, parto, crescita pre-postnatale, sviluppo psico-motorio, valutazione delle indagini già effettuate)
- esame obiettivo (paziente e genitori)
- esami di laboratorio e strumentali

- Sintesi

- riconoscimento del pattern (diagnosi "a prima vista")
- elementi clinici "cardine"
- comparazione con casi già osservati, esperti, trattativa specializzata, programmi computerizzati

- Conferma

- indagini di laboratorio
- decorso clinico
- nascita di altri soggetti affetti

Tab. 2 - Valutazione dismorfo logica: metodologia per la diagnosi.

mi di crescita o per un ritardo dello sviluppo psicomotorio. Sono questi i casi che saltano la "griglia" neonatale e ciò perchè possono presentare una espressione fenotipica minima alla nascita, o perchè la storia naturale della sindrome non prevede nel periodo neonatale e, a volte, neppure nei primi mesi di vita un fenotipo dimostrativo. Di fronte a questi soggetti il pediatra ha la "sensazione" che qualcosa non va; spesso è la *facies* che esprime una certa diversità; in altri casi alla *facies* possono associarsi altre anomalie, anche minime, tali tuttavia da rinforzare il sospetto di una sindrome.

Quindi il sospetto può avere protagonisti diversi, ora il neonatologo, ora il pediatra, ora i genitori stessi. In alcuni casi il fattore età gioca un ruolo determinante; infatti, una sindrome può delinarsi alla nascita, così come può maturare una sua espressione clinica solo dopo mesi od anni.

Altre volte il sospetto nasce dal rilievo di qualche anomalia osservata nei genitori. Se il pediatra ravvisa che il fenotipo del bambino presenta una qualche rassomiglianza con quello del genitore, egli deve cogliere, ad una contemporanea presenza di anomalie, il significato di una patologia malformativa dominante, compatibile con la sopravvivenza e la capacità procreativa. Tipico esempio è la sindrome di Noonan, il sospetto della quale è fortemente avvalorato dall'esame clinico di uno dei due genitori.

Crescita insufficiente, ritardo mentale ed obesità, come eventi ritenuti primari, possono, a volte, fuorviare dalla diagnosi di sindrome malformativa; tuttavia, se visti nel contesto di una situazione plurimalformativa, essi possono rappresentare un elemento di notevole importanza. Anche una anomalia singola (come ad esempio una malformazione cardiaca o renale), può essere "un appiglio" per sospettare una sindrome malformativa, che nel caso specifico non sia fenotipicamente appariscente, o non si sia ancora espressa per la giovane età del paziente.

L'analisi

L'importanza di un approccio sistematico alla sindrome malformativa è fondamentale; esso si basa essenzialmente su un'anamnesi dettagliata e su un esame obiettivo scrupoloso. In una prima fase il pediatra



Tab. 3 - Dal sospetto alla diagnosi.

cercherà di avere il maggior numero di notizie sulla famiglia, la gravidanza ed il parto. L'anamnesi familiare comprenderà informazioni sull'età dei genitori e sull'eventuale consanguineità, sull'esposizione in gravidanza a sostanze teratogene, su possibili malformazioni uterine. Si chiederà inoltre se alla nascita erano già evidenti anomalie e se vi siano stati percorsi anomali nello sviluppo psicomotorio e/o nella crescita. Dopo aver ottenuto queste informazioni, si eseguirà un esame obiettivo completo, corredato dalla compilazione delle curve dei percentili di specifici distretti corporei (distanza intercantale interna ed esterna, lunghezza delle mani e del pene, ecc.) e da fotografie del paziente, che sono da ritenersi un aiuto insostituibile per la diagnosi.

Va sottolineato che per riconoscere una sindrome è opportuno enucleare, durante la visita, quelle anomalie che possono essere di particolare utilità per la diagnosi. Queste ultime per essere ritenute importanti dovrebbero avere i seguenti requisiti:

- 1) essere difficilmente osservabili nei soggetti normali;
- 2) possedere i caratteri di gravità (anomalie renali, cardiopatie congenite, anomalie oculari, ecc.);
- 3) riscontrarsi raramente in altre sindromi.

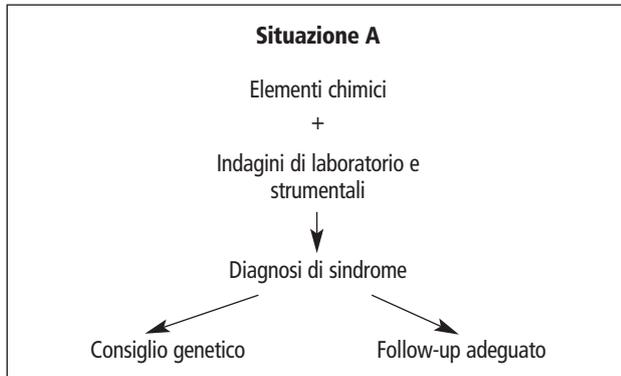
Portata a termine la fase clinica del processo di analisi si possono prospettare due situazioni:

- a) gli elementi clinici sono sufficientemente diagnostici; in tal caso le indagini di laboratorio o strumentali debbono essere selettive, mirate a confermare il sospetto clinico;
- b) la clinica non consente di formulare un'ipotesi

- Cariotipo standard (nel sospetto di una sindrome non meglio inquadrabile *microarray*, ibridazione *in situ* con fluorescenza (F.I.S.H.), analisi molecolare, ecc..)
- Dosaggio degli aminoacidi serici ed urinari, acidi organici urinari, enzimi lisosomiali, ecc..
- Radiografie dello scheletro
- TAC, RMN ed ecografia cerebrale (nei primi mesi di vita), cardiaca e renale
- Potenziali evocati visivi ed uditivi
- EMG e Velocità di conduzione del nervo (nei casi con iperipotonìa)

Tab. 4 - Indagini di laboratorio e strumentali da effettuarsi in un paziente con sospetta sindrome malformativa.





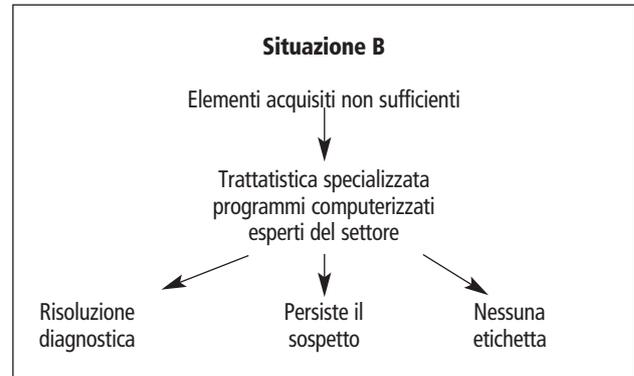
Tab. 5 - L'iter diagnostico di tipo analitico: gli elementi acquisiti sono sufficienti a formulare una diagnosi.

diagnostica; in questa circostanza un maggior numero di indagini è necessario per acquisire ulteriori informazioni.

La tabella 4 elenca le principali indagini di laboratorio e strumentali che si ritengono di doversi effettuare nei soggetti con una sindrome malformativa non ancora inquadrabile.

L'approccio alla diagnostica di laboratorio e strumentale deve essere criticamente valutato caso per caso. Chiedere, infatti, un cariotipo "standard" di fronte ad un sospetto generico di sindrome malformativa può non dare alcun frutto; sollecitare, invece, un'analisi con microarray può, a volte, essere dirimente nei casi dismorfici; altrettanto dicasi per la richiesta di indagini mediante la tecnica di ibridazione *in situ* in fluorescenza (F.I.S.H.) o di una analisi genetica-molecolare, quest'ultima nella eventualità di una specifica sindrome/malattia su base genetica.

Per quel che concerne gli esami strumentali, va sottolineato che la radiologia in dismorfologia è importante purché sia ben mirata. Certamente utile è l'esecuzione dello scheletro nei pazienti con bassa statura sia armonica che disarmonica allo scopo di evidenziare eventuali displasie scheletriche. Anche una semplice radiografia della mano può, a volte, essere di aiuto, dal momento che esistono sindromi sia con età ossea ritardata (Silver-Russel, Cornelia De Lange, ecc.) che avanzata (Weaver, Sotos, Marshall, ecc.). Al di là delle sindromi ove lo scheletro sia manifestamente coinvolto (acondroplasia, ecc.), si ritiene utile una documentazione radiologica? A nostro avviso alcuni distretti scheletrici (mani, cranio e colonna) andrebbero "radiografati" in tutti i bambini plurimalformati e ciò al fine di individuare quelle possibili alterazioni scheletriche, seppur minime, che potrebbero tuttavia essere un "appiglio" utile per il sospetto diagnostico.



Tab. 6 - L'iter diagnostico di tipo analitico: gli elementi acquisiti non sono sufficienti a formulare una diagnosi.

Sintesi

Con le indagini si conclude l'iter diagnostico di tipo analitico; a questo punto, di nuovo, possiamo trovarci di fronte a due situazioni (Tab. 5, 6): A) gli elementi acquisiti sono sufficienti a formulare una diagnosi o B) non lo sono. In quest'ultimo caso l'atteggiamento più saggio è quello di una vigile attesa (*watchful waiting*), controllando il paziente ad intervalli regolari. Nel frattempo potrebbero, infatti, manifestarsi quei segni clinici importanti (es. l'obesità nella sindrome di Prader-Willi, tratti grossolani del volto nelle mucopolisaccaridosi, ecc.) o usufruire di esperti del settore, della trattativa specializzata o dei programmi computerizzati (Possum, OMD, ecc.) dai quali attingere suggerimenti per la diagnosi.

Bibliografia essenziale

- 1) Aase J.M. A dysmorphic approach to the child with birth defects. In: Aase J.M., ed; *Diagnostic dysmorphism*; Plenum Medical Book Company, New York, 1990, 15-22.
- 2) Buyse M.L. *Birth defects encyclopedia*. Dover MA. Center birth defects inf services. Inc 1990.
- 3) Gabrielli O., Coppa G.V., Pellegrini C., Felici L., Oggiano N., Giorgi P.L. Sindrome di Noonan: storia naturale e follow-up. In: P. Balestrazzi, ed; *Linee guida assistenziali nel bambino con patologia malformativa*; Editrice C.S.H., Milano 1994, 135-144.
- 4) Giorgi P.L., Coppa G.V., Gabrielli O., Binifazi V. Le più comuni sindromi malformative. In: E. Bottone, ed; *Diagnosi differenziale in Pediatria*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1993, 419-717.
- 5) Gorlin R.J., Cohen M.M. Jr, Hennekam R.C.M.. *Syndromes of the head and neck*. Fourth edition, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- 6) Jones K.L: *Smith's recognizable patterns of human malformation*. Sixth edition, Philadelphia, Elsevier Saunders, 2006.
- 7) Mastroiacovo P., Dallapiccola B, Andria G., Camera G., Lungarotti M.S. *Difetti congeniti e sindromi malformative*. Mc Grow Hill, Milano, 1990.



Attività Didattica Elettiva

Febbraio 2009

CLM in Medicina e Chirurgia

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00167 - Fisica - *Onde acustiche in medicina* (10 ore)

Dott. F. Fiori - 3 febbraio 2009 ore 14.30 - Aula O

ADE00168 - Emergenze medico chirurgiche - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore) Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009, ore 14.00 - Aula D

2° Anno

ADE00168 - Emergenze medico chirurgiche - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore) Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00, Aula D

3° Anno

ADE00171 - Medicina di laboratorio - *Equilibrio acido base e stato elettrolitico* (10 ore)

Prof. Gian Paolo Littarru - 5 febbraio 2009 ore 14.30 - Aula O

ADE00172 - Fisiologia - *Metodiche di comune impiego nel moderno laboratorio di medicina cellulare e molecolare* (10 ore) Dott.ssa M.C. Tonnini - 5 febbraio 2009 ore 17.00 - Aula O

ADE00168 - Emergenze medico chirurgiche - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore) Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00 Aula D

4° Anno

ADE00027 - Patologia Sistemática III - *La malattia tromboembolica venosa* (12 ore)

Prof. F. P. Alò - 2 febbraio 2009 ore 15.00-18.00 Aula F

ADE00026 - Patologia Sistemática II - *Medicina: la sessualità di coppia* (10 ore)

Prof. M. Boscaro, Dott. G. Balercia, Prof. G. Muzzonigro 6 febbraio 2009 ore 14.30 Aula O

ADE00178 - Patologia Sistemática II - *Percorso diagnostico terapeutico metabolismo calcio-fosforo* (10 ore) Prof. G. Muzzonigro, Dott. Taccaliti, 3 febbraio 2009 ore 14.30 Aula P

ADE00024 - Igiene e sanità pubblica - *I profili assistenziali* (10 ore)

Prof. F. Di Stanislao - 6 febbraio 2009 ore 17.00 Aula O

ADE00179 - Patologia Sistemática III - *Le aritmie* (10 ore)

Prof. A. Capucci - 3 febbraio 2009 ore 17.00 Aula P

ADE00278 - Patologia Sistemática III - percorsi diagnostici in pneumologia: dal sintomo alla diagnosi (10 ore) Dott. S. Gasparini - 5 febbraio 2009 ore 14.30 Aula P

ADE00279 - Patologia Sistemática II - *Il processo di donazione nei trapianti di rene* (10 ore)

Dott. G. Frasca - 5 febbraio 2009 ore 17.00 Aula P

5° Anno

ADE00032 - Chirurgia generale e gastroenterologia *Insufficienza del pavimento pelvico* (10 ore)

Dott. R. Ghiselli - 4 febbraio 2009 ore 17.00 Aula P

ADE00188 - Malattie dell'apparato locomotore *Clinimetria e misure out come in reumatologia* (10 ore)

Prof. F. Salaffi - 2 febbraio 2009 ore 17.00 Aula P

ADE00189 - Malattie dell'apparato locomotore - *Traumatologia dello sport* (10 ore) Prof. L. De Palma - 3 febbraio 2009 ore 14.30 Aula Q

ADE00190 - Malattie del sistema nervoso - *Valutazione funzioni cognitive* (10 ore)

Dott. M. Bartolini - 6 febbraio 2009 ore 17.00 Aula P

ADE00192 - Malattie del sistema nervoso - *Schemi individuali di terapia delle malattie del sistema nervoso* (10 ore) Prof. L. Provinciali, Dott. M. Bartolini - 6 febbraio 2009 ore 14.30 Aula P

ADE00193 - Malattie del sistema nervoso - *Inquadramento e terapia delle neoplasie cerebrali* (10 ore)

Prof. M. Scerrati - 3 febbraio 2009 ore 17.00 Aula Q

ADE00194 - Malattie del sistema nervoso - *Approccio riabilitativo nelle disabilità croniche in età adulta* (10 ore) Prof.ssa M.G. Ceravolo - 5 febbraio 2009 ore 14.30 Aula Q

6° Anno

ADE00201 - Pediatria - *Aspetti chirurgici della patologia andrologica dell'età evolutiva* (10 ore) Prof. G. Amici - 6 febbraio 2009 ore 14.30 Aula Q

ADE00044 - Pediatria - *Malattie genetiche e metaboliche* (10 ore)

Prof. O. Gabrielli - 6 febbraio 2009 ore 17.00 Aula Q

ADE00045 - Pediatria - *Argomentazioni di nutrizione e gastroenterologia pediatrica* (10 ore)

Prof. C. Catassi - 3 febbraio 2009 ore 14.30 Aula S

ADE00046 - Pediatria - *Condizioni perinatali e patologia dell'età adulta* (10 ore)

Prof. V. Carnielli - 5 febbraio 2009 ore 14.30 Aula S

ADE00202 - Clinica Chirurgica - *La microchirurgia in chirurgia plastica* (10 ore)

Prof. A. Bertani - 3 febbraio 2009 ore 17.00 Aula S

ADE00204 - Clinica medica - *Diagnostica e terapia molecolare delle malattie genetiche* (10 ore)

Prof.ssa F. Saccucci - 5 febbraio 2009 ore 17.00 Aula S

00008 - *Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana*

Etica delle Infermiere volontarie

Sorella Giuseppina Breccia (15 ore)

6 Febbraio 2009 ore 16.00-19.00, Aula B





CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00167 - Fisica applicata - *Onde acustiche in medicina* (10 ore)
Dott. F. Fiori - 3 febbraio 2009 ore 14.30 Aula O

ADE00169 - Biologia medica - *Biologia e genetica del diabete* (10 ore)

Prof. G. Principato, Prof.ssa F. Carle, Prof.ssa F. Saccucci - 3 febbraio 2009 ore 17.00 Aula O

ADE00168 - Clinica odontostomatologica - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore) Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00 Aula D

ADE00171 - Biochimica - *Equilibrio acido base e stato elettrolitico* (10 ore)

Prof. G.P. Littarru - 5 febbraio 2009 ore 14.30 Aula O

2° Anno

ADE00168 - Clinica odontostomatologica - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore) Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00 Aula D

3° Anno

ADE00168 - Clinica odontostomatologica - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore) Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00 Aula D

4° Anno

ADE00168 - Clinica odontostomatologica - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore)

Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00 Aula D

5° Anno

ADE00212 - Discipline chirurgiche del distretto cefalico - *chirurgia plastica del volto* (10 ore)

Prof. G. Di Benedetto, Dott. A. Scalise - 3 febbraio 2009 ore 14.00, Aula A

ADE00208 - Medicina legale - *Identificazione mediante lo schema dentario: metodi morfologici e modelli statistici* (10 ore) Prof. A. Tagliabracci, Prof. L. Ferrante - 2 febbraio 2009 ore 14.00, Aula 1 (4° piano)

ADE00168 - Clinica odontostomatologica - *Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base* (10 ore)

Dott.ssa E. Adrario - 2 febbraio 2009 ore 14.00 Aula D

CdL in Educatore Professionale

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00068 - Metodologie dell'educazione professionale I -

La mutualità come risorsa: i gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella realtà dei servizi sociosanitari

(10 ore) Dott.ssa D. Saltari - 3 febbraio 2009 ore 14.00-18.00, Aula L

CdL in Fisioterapia

Corsi Monografici

2° Anno

ADE00188 - Clinica del movimento - *Clinimetria e misure outcome in reumatologia* (12 ore)

Prof. F. Salaffi - 5 febbraio 2009, ore 14.30-17.30, Aula Biblioteca 4° piano

ADE00189 - Ortopedia e traumatologia - *Traumatologia dello sport* (10 ore)

Prof. L. De Palma - 3 febbraio 2009, ore 14.30-16.30 Aula Q

ADE00082 - Scienze Psichiatriche - *Relazione paziente Terapista* (10 ore)

Dott.ssa F. Mari - 5 febbraio 2009 ore 14.30-17.00 Aula ex Ft

CdL in Igienista Dentale

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00085 - Morfologia umana - *Anatomia funzionale della cavità orale* (10 ore)

Prof. A. Giordano - 2 febbraio 2009 ore 14.30-16.30, Biblioteca 4° piano

ADE00207 - Scienze propedeutiche - *Le biomolecole: nucleotidi e acidi nucleici* (10 ore)

Prof.ssa M. Emanuelli - 3 febbraio 2009 ore 14.00-17.00, Aula ex Ft

CdL in Infermieristica

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00088 - Morfologia umana - *Anatomia microscopica* (12 ore)

Prof. M. Castellucci - 6 febbraio 2009 ore 14.30-18.30 Aula R

2° Anno

ADE00234 - Chirurgia generale e specialistica - *Patologie urologiche: diagnosi e terapia* (12 ore)

Prof. G. Muzzonigro - 2-23 febbraio 2009, ore 14.30-17.30, Aula A

ADE00235 - Medicina interna generale e farmacologia - //





Laboratorio di immunologia clinica per la diagnosi di malattie immunomediate e di immunoproliferazioni neoplastiche e reattive (12 ore)

Prof. M. Montroni - 9-12-16-19 febbraio 2009 ore 14.30-17.30, Aula H

ADE00027 - *La malattia tromboembolica venosa (12 ore)*

Prof. F. P. Alò - 2 febbraio 2009 ore 15.00-18.00, Aula F

ADE00188 - *Clinimetria e misure outcome in reumatologia (12 ore)*

Prof. F. Salaffi - 5 febbraio 2009 ore 14.30-17.30, Biblioteca 4° piano

3° Anno

ADE00240 - *Chirurgia generale e specialistica - Le ulcere cutanee (12 ore)*

Dott. A. Scalise - 3-5-24 febbraio 2009 ore 14.30-18.30, Aula R

ADE00241 - *Chirurgia generale e specialistica - La ricostruzione della mammella (12 ore), Aula T*

Prof. G. Di Benedetto - 6-13-20 Febbraio 2009 ore 9.00-12.30

ADE00093 - *Infermieristica applicata alla medicina interna generale Abilità Counseling nella relazione di aiuto (12 ore)*

Dott.ssa A. Cucchi - 10-13-17-26 febbraio 2009 ore 14.30-17.30, Aula H

00008 - *Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana*

Etica delle Infermiere volontarie

Sorella Giuseppina Breccia (15 ore)

6 Febbraio 2009 ore 16.00-19.00, Aula B

CdL in Ostetricia

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00258 - *Travaglio parto - Patologia ginecologica e fertilità (12 ore)*

Dott. A. Ciavattini - 12-19-26 febbraio 2009 ore 11.00-14.00
Aula N

00008 - *Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana*

Etica delle Infermiere volontarie

Sorella Giuseppina Breccia (15 ore)

6 Febbraio 2009 ore 16.00-19.00, Aula B

CdL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00268 - *Morfologia umana - Neuroanatomia (10 ore)*

Prof. M. Morroni 6 febbraio 2009 ore 14.30-16.30 Aula A

2° Anno

ADE00161 - *Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini I - La RM nel sistema nervoso centrale (10 ore)*

Dott. G. Polonara 2 febbraio 2009 ore 16.30-19.00 Aula H

(Polo A); 3 febbraio 2009 ore 14.30-17.00 Aula I

Dai Poli Periferici

Polo didattico di Macerata

Corsi Monografici

2° Anno

ADE00252 - *Medicina interna generale e Farmacologia - Il ruolo del laboratorio di immunologia clinica nell'inquadramento delle patologie dell'immunità (12 ore)* Dott. A. Costantini

6 febbraio 2009 ore 8.30-11.30

Polo didattico di Fermo

Corsi Monografici

2° Anno

ADE00029 - *Radioprotezione (12 ore)*

Dott. L. Salvolini - 5-12 febbraio 2008 ore 9.30-13.30

ADE00292 - *Medicina interna generale e Farmacologia - La gestione del paziente affetto da malattie autoimmuni: inquadramento clinico, problematiche specifiche e uso di nuovi presidi terapeutici (12 ore)*

Dott. M. Lucchetti - 2 febbraio 2009 ore 10.00-13.00





Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia Internato 2008/2009

1° anno

Istologia: Romeo Kamta Atcholong, Marco Bartocci, Nicola Temperini, Modelle Yeugo Tchuente

2° anno

Anatomia: Giuseppe D'Erasmus, Juri Kiss, Redona Preshketa

Biochimica: Francesca Borroni

Immunologia: Paola Lodolini

3° anno

Fisiologia: Christos Boulionis Massimo Mattioli, Francesco Pierangeli, Sara Zagaglia

Metodologia clinica

Metodologia chirurgica (Clinica di Chirurgia generale e metodologia chirurgica): Matilda Dervisci, Indrit Kubolli, Angela Pasculli, Maria Pelloni, Alessandra Nella Piccioli, Lisa Ricci

Metodologia medica (Medicina interna e geriatria): Xhilda Bardhi, Devis Benfaremo, Denis Dulla, Annalisa Di Stefano, Paola Lodolini, Michela Marcheggiani, Michela Semproni

Microbiologia: Francesca Rovinelli, Camilla Faragona

Patologia Fisiopatologia gen. e Pat. Clin: Fernanda Paolucci, Georgia Papadopoulou, Lisa Ricci

Patologia Sistemática I

Clinica di Ematologia: Federica Bini, Chiara Gentili, Alexandra Teodora Colesnicenco, Giorgia Micucci, Cinzia Pulita

Servizio Regionale di Immunologia clinica: Vittoria Montecchini, Claudia Recanatini

4° anno

Chirurgia generale e Gastroenterologia -

Chirurgia Generale (Clinica Chirurgica INRCA): Manuela Bottoni, Roberto Calamita, Nicolò Clemente, Roberta Colonna, Luca Latini, Maria Murri, Ilaria Pergolini, Matteo Marconi

Clinica di gastroenterologia: Fabiana Andreini, Nicole Caporelli, Francesca Capretti, Francesca Guidi, Chiara Pellei

Farmacologia: Gaia Scarpini

Igiene e sanità pubblica: Claudia Ragaglia Silvia Roncinelli

Patologia sistemática II

Clinica di endocrinologia: Federica Agostani, Silvia Paolini, Laura Pazzaglia Riccardo Sansonetti, Davide Schembri, Alessia Smerilli, Lisa Tonelli, Gerlando Sara Frisoli, Alessandro Sgreggia

U.O. Nefrologia: Alessandro Betonica, Boulionis Christos Cognigni Miriam, Corvaro Benedetta, Giovanni Indri, Maria Stefania Pugliese, Giulia Sbröllini

Patologia Sistemática III

Cardiologia: Vittoria Arancini, Noemi Belleggia, Daniele Ciuffi, Letizia Del Bianco, Roberta Domizi, Valentina Falconi, Rosa Filingeri, Paola Lodolini, David Mazzoni, Marco Morelli, Enrico Paolini, Mario Papasso, Silvia Pierantozzi, Giulia Pongetti, Laura Rosa, Cristina Spagnoli, Admena Preshketa, Jenny Ricciotti, Jacopo Maria Tiranti, Cristina Traversi, Elisa Jane Watkins,

U.O. Pneumologia: Roberta Domizi, Giulia Luccarelli, Francesco Saraceni

Odonto-Otorinolaringoiatria

Clinica odontoiatrica: Matteo Gioacchini, Domenico Murri

Oftalmologia (Clinica Oculistica):

Francesca Lucadei, Michele Nicolai, Emanuele Orsini, Chiara Paci, Georgia Papadopoulou, Stefano Racchini





5° anno

Anatomia Patologica: Varsis Loth Hegamapon, Lorenzo Leonelli, Paola Lodolini, Malgari M.R. Movasseghi, Enrico Verdone

Diagnostica per immagini (Servizio di Radiologia): Francesca Cantucci, Francesco Gallo, Giovanni Ruggeri Grillo, Massimiliano Pelliccia, Domenico Vagni, Cristiana Corradini

Malattie cutanee e veneree (Clinica Dermatologica): Melania Giannoni, Ilaria Minuetti, Elisa Mulinelli

Malattie del sistema nervoso

Clinica neurologica: Cristina Ciarmatori, Eleonora Cursi, Alice Esposto, Chiara Fiori, Diego Illuminati, Giorgia Jorio, Martina Micheletti, Jacopo Scotucci, Renato Rossi, Riccardo Sansonetti

Neuroriabilitazione (Servizio di Neuroriabilitazione): Carlo Bottegoni, Sara Lenzi, Lorenzo Leonelli, Lorella Del Bello

Neurochirurgia (Clinica di Neurochirurgia): Alessio Bernardini, Denise Brunozi, Giuseppe Cappiello, Elisa Catani, Alessandra Marini, Michele Pucci

Malattie dell'apparato locomotore

Reumatologia (Clinica Reumatologica, Jesi): Lorenzo Leonelli, Georgia Papadopoulou, Mauro Borioni-Ortopedia (Clinica Ortopedica): Danya Falcioni, Andrea Panfighi

Malattie infettive: Matteo Oliva, Valentina Pierini

Medicina interna e Geriatria: Alex Alessi, Monica Amadaori, Paolo Barbatelli, Mara Bartolini, Katia Caucci, Valentina Cesari, D'Angelo, Mariangela Di Santo, Paola Durazzi, Simona Lattanti, Ilenia Luchetti, Nicoletta Mininno, Manuela Paparelli, Edlira Prapaj, Silvia Rinaldi, Simona Rossi, Matteo Rossini, Michele Servasi, Sarah Vallorani, Elisa Velardi, Rachele De Liberato, Sara Marini, Paola Morone

Medicina Legale: Camilla Faragona, Sara Galmozzi, Francesco Mafia, Sonia Nicoletti, Giuseppe Pio Martino

Psichiatria: Giacomo Agliata, Ilaria Barabucci, Alessandra Bestini, Cecchini Luca, Debora Cuini, Lorenzo Farinelli, Alessia Gentilotti, Alessandra Marini, Sara Nocella, Renato Rossi, Riccardo Sansonetti, Giulia Sforza, Viviana Vivenzio

6° anno

Clinica Chirurgica: Maria Battista, Virginia Boscarato, Emanuele Caprioli, Alessandra Cenci, Camilla Faragona, Rosa Filingeri, Matteo Gioacchini, Michele Pucci, Matteo Torresetti

Clinica Medica: Giacomo Damiani, Marco Guzzonato, Grazia Michetti, Lorenzo Nobili, Luca Piangerelli, Francesco Ramberti, Agnese Savini, Enrico Verdoni, Filippo Vici, Mauro Borioni, Matteo Marconi

Emergenze medico-chirurgiche (Rianimazione): Claudia Copponi, Jacopo Di Giuseppe, Rosa Filingeri, Sara Gerboni, Luca Piangerelli, Luigi Quaresima, Alessia Sciarpa, Stefania Tondi, Sabrina Vitali, Daniele Cioffi, Roberta Colonna, Rachele De Liberato, Maila Mancini

Ginecologia ed Ostetricia (Clinica ginecologica): Alessandro Betonica, Virginia Boscarato, Francesca Cartechini, Stefania Castellini, Sara Gerboni, Emanuele Principi, Fabrizia Santoni, Elisa Tidu

Medicina del lavoro: Paola Lodolini, Valerio Cigna

Oncologia medica: Francesca Cantucci, Daniela Mancini, Adele Stangoni

Pediatria (Clinica pediatrica, Salesi): Silvia Angeloni, Giuseppe Cappiello, Marco Guzzonato, Elena Montesi, Maria Laura Palazzi, Manuela Paparelli, Letizia Perini, Silvia Scali, Gaia Scarpini, Nicoletta de Rosa





Ottavo volume della collana *Scienze Umane* della Facoltà.
Un volume di 240 pagine,
Il lavoro editoriale, Ancona, 2009.

Nasce questo volume, come alcuni dei precedenti, dalla collaborazione tra la nostra Facoltà e *Le Cento Città*, un'associazione marchigiana molto attiva nel produrre e diffondere cultura, e da un Convegno che puntualmente la Facoltà promuove a giugno a chiusura del ciclo didattico.

Ci si è occupati, in passato, delle prime forme di Facoltà mediche espresse in questa Regione, delle Biblioteche marchigiane di tradizione, di Scienziati illustri - da Bartolomeo Eustachio ad Augusto Murri - nati in questa terra, di Confraternite come prima forma di assistenza pubblica e, quest'anno, di Manicomi Marchigiani, la storia lunga circa duecento anni degli ospedali psichiatrici.

Parlare di follia, la follia di una volta, vuol dire ritrovare le diverse sue interpretazioni, dall'uomo folle per volere degli dei al pazzo, tale in quanto posseduto dal demonio, al soggetto rifiutato dalla società perché diverso e quindi emarginato, rinchiuso per renderlo invisibile e non certo per curarlo, perché punizione e repressione fisica rappresentavano le uniche forme di trattamento.

Ma vuol dire anche seguire l'aspirazione dell'uomo verso la libertà, dalla segregazione, dal potere dispotico, dalle leggi inique, dalla stratificazione sociale. Anelito di libertà sino alla ribellione.

Si potevano, all'epoca, incontrare nei manicomi personaggi straordinari, come Giovanni Antonelli, furioso contestatore ma anche anima di poeta, nel quale è difficile stabilire il limite tra anarchia e follia e capire dove finisce l'una e l'altra incomincia; o pittori come Emilio Antonioni, le cui tele sono la documentazione poetica di un mondo sublimato per essere accettato; o ancora come Odoardo Giansanti, una delle massime espressioni della poesia dialettale nel nostro paese, meglio noto come Pasqualon perché in Romagna e in quella parte delle Marche, Pesaro, che le è maggiormente vicina, più che per il nome si è conosciuti per il soprannome.

Visitando i manicomi, ormai scomparsi ma ancora "vivi" nelle pagine di questo libro, si ritrova tutto ciò, ma tanto altro ancora, l'umanità nei suoi diversi aspetti, da quelli positivi - la generosità di tanti benefattori, la ricerca degli scienziati per nuovi mezzi di cura, la disponibilità dei medici ancora più ammirevole quando espletata in condizioni disagiate, l'abnegazione del personale di cura - a quelli negativi, la crudeltà delle leggi e degli uomini, il razzismo (i malati di mente segregati come appartenenti ad un'altra razza) le abominevoli condizioni di vita.

Sfogliando le pagine del libro sembra di viverlo, tanta è la bravura dei nostri autori, questo ambiente malsano ed avverso, sembra di avvertirsela addosso la sofferenza umana.

Alla fine, questo è un libro di scienza che si legge come un romanzo; di scienza vi è la ricerca storica che ne è alla base e qui ammirazione deve essere espressa agli autori, che sono medici o docenti o studiosi, ma non certo, con un'unica eccezione, storici della medicina, animati da tale entusiasmo da dedicare tempo ed energie per giungere ad una ricostruzione storicamente valida; ed è un romanzo, per il piacere con cui lo si legge e con cui si ricerca la fine.

Un ringraziamento quindi agli autori dei capitoli, per averli prima presentati brillantemente in Facoltà ed ora ordinati nella costruzione del libro.

Un altro aspetto, particolare, devo ancora segnalare: abbiamo avuto quest'anno il piacere di collaborare con la Sovrintendenza Archivistica per le Marche, nella persona della direttrice *pro-tempore* Dott.ssa Maria Palma; abbiamo quindi avuto l'opportunità di pubblicare l'inedito Censimento degli Archivi degli ex Ospedali Psichiatrici preparato, con la collaborazione della Regione Marche, nell'ambito del progetto nazionale *Carte da legare* che si prefigge lo scopo di identificare, recuperare e catalogare tutto il materiale, cartelle cliniche soprattutto e documenti a rischio di perdita per la chiusura dei nosocomi.

Perché, come scrive Maria Mercatili, "l'archivio rappresenta la memoria che permane nel tempo e continua l'opera di testimonianza oltre il periodo di vita di chi lo ha prodotto".

In piena armonia con i principi che hanno ispirato questa collana.

Tullio Manzoni

MATTEO VALENTINO, LORY SANTARELLI,
MONICA AMATI, MASSIMO BRACCI

Medicina del Lavoro
Università Politecnica delle Marche

Corso sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

Introduzione

Il nuovo decreto legislativo 81-08, recentemente emanato in tema della tutela della salute dei lavoratori che ha abrogato il D.Lgsvo 626-94, da un lato ha allargato la visione a tutti i rischi cui possono andare incontro i lavoratori, dall'altro ha posto l'accento sulla informazione e formazione da dare ai lavoratori, ribadendo al contempo che sotto l'aspetto della sicurezza gli studenti universitari sono del tutto equiparati ai lavoratori. Durante la settimana introduttiva di accoglienza ai nuovi studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia sono stati esposti i principali rischi professionali cui sicuramente gli studenti andranno incontro nel corso della loro attività formativa prima e lavorativa poi. Per una intera giornata gli studenti hanno avuto anche la possibilità di ascoltare quella che è l'attuale metodologia operativa nell'ambito preventivo, di raccogliere consigli e suggerimenti su come rendere quanto più limitati e minimi gli inevitabili rischi residui, di porre domande e avere risposte dai Medici della Medicina del Lavoro che hanno collaborato all'iniziativa.

Si presentano ora nuovamente, affinché la tematica possa essere raccolta anche da quegli studenti che non hanno avuto la possibilità di partecipare alla giornata informativa, i principali rischi che si possono trovare in ambito sanitario. Questi rischi sono prevalentemente di natura chimica, fisica (cosiddetta movimentazione manuale dei carichi, radiazioni ionizzanti, uso di videoterminali), biologica.

Vengono riesaminati per dar modo, anche a chi ha partecipato per intero alla giornata informativa, di poter riprendere l'argomento e verificarlo alla luce di quelle che sono state le prime settimane del "lavoro di studente". A tal proposito si deve ricordare, in ambito infortunistico, come i primi periodi di lavoro sono, in tutti gli ambiti lavorativi, quelli più pericolosi in quanto si è incoscientemente incauti verso rischi che con l'esperienza si impara invece a conoscere e quindi a prevenire.

Nel corso della loro attività professionalizzante gli studenti avranno la possibilità di verificare nei laboratori, negli ambulatori, nelle sale di degenza quanto è stato loro esposto e avranno anche il dovere, soprattutto etico oltre

che legale, di segnalare le situazioni che, in merito al rischio, non reputano pienamente attinenti a quanto è stato loro detto. Infatti il processo di valutazione del rischio è un continuo divenire che si interfaccia con la continua implementazione della tecnologia biomedica proponendo quindi nuovi rischi, che si interfaccia con il variare delle procedure sanitarie, che si interfaccia con le nuove possibilità messe in opera dalla tecnologia per misurare il rischio, che si interfaccia con i dispositivi di protezione individuale via via sempre più sofisticati e accurati anche se sempre più costosi. Pertanto gli studenti hanno il compito di interloquire, con coloro dai quali apprendono le arti sanitarie, allo scopo di chiarire gli aspetti sulla sicurezza; ogni loro suggerimento servirà a definire in misura sempre più precisa i rischi e porrà le ipotesi operative per permettere di effettuare il lavoro in condizioni di sicurezza sempre maggiori.

Diversi studenti frequenteranno poi ambulatori e ospedali collocati in città diverse da Ancona, verranno pertanto a contatto, anche nell'ambito della sicurezza, con realtà diverse e avranno così la possibilità di verificare come, alla luce della attuale realtà, la sicurezza possa rappresentare un processo simile per molti aspetti, ma con varianti e sfaccettature proprie e specifiche del sito dove si opera.

Rischio chimico

Con l'introduzione del D. Lgs.vo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Supplemento Ordinario n. 108 si è definita la valutazione del rischio che si delinea attraverso l'analisi dei cicli lavorativi e che ha lo scopo di effettuare interventi di prevenzione atti all'eliminazione o riduzione dei rischi mediante interventi tecnici, organizzativi e procedurali, di effettuare interventi di protezione volti a privilegiare interventi di tipo collettivo, prima di passare a quelli individuali.

La valutazione del rischio porta ad elaborare una relazione sui rischi che è il *Documento di Valutazione dei Rischi* che ogni unità produttiva, e pertanto ogni struttura sanitaria, redige.

Nel documento i rischi lavorativi sono suddivisi in:

- rischi per la sicurezza o infortunistici
- rischi per la salute o igienico-ambientali
- rischi trasversali o organizzativi (rapporto tra operatore e organizzazione del lavoro).

Preme chiarire i concetti di pericolo e di rischio. Nel

Appunti dal Corso sulla sicurezza, svolto nell'Aula Magna d'Ateneo il 3 ottobre 2007.

pericolo si identifica la proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni, cioè la possibilità di avere un danno.

Nel *rischio* si vuole avere la probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente. Nel rischio possono poi sussistere i vari aspetti tra loro in combinazione. Nel computo del rischio va poi inserita la variabile gravità dell'evento potenzialmente lesivo nonché la variabile probabilità di accadimento.

Nell'ambito del rischio chimico, rischio cui è esposto l'operatore sanitario allorchè si appresta a manipolare farmaci, disinfettanti o semplicemente i guanti in lattice usati per proteggersi da rischio di ben altra natura, il processo di valutazione è ben delineato in quanto le sostanze chimiche hanno effetti tossicologici noti e definiti. Da anni abbiamo imparato ad effettuare monitoraggio ambientali per misurare la concentrazione di xenobiotici, sostanze di derivazione non umana, presenti nell'aria che respiriamo. Abbiamo perciò conoscenze tanto sufficienti per poter delineare, per ogni sostanza, un valore di riferimento della concentrazione che è in

grado di poter permettere una esposizione occupazionale sicura. Sotto a questa concentrazione soggetti definibili come normali, o comunque non suscettibili e facilmente vulnerabili verso la specifica azione nociva della sostanza, possono esporsi senza per questo avere una maggiore probabilità di avere conseguenze dannose per la salute.

Ovviamente nelle professioni sanitarie i rischi chimici sono maggiormente presenti laddove si utilizzano abitualmente prodotti chimici - p.es. laboratori di analisi e ricerca, sale per la preparazione di farmaci antiblastici, sale operatorie dove si potrebbero ritrovare gas anestetici -, ma possono essere presenti in ambienti dove apparentemente il loro uso è più limitato e circoscritto p. es. quegli ambienti dove si disinfettano con liquidi a freddo strumenti medici che non possono subire altri processi di disinfezione. Ma il rischio chimico si ritrova anche in ambienti dove è prevista la quotidiana presenza del paziente. Infatti è noto che l'utilizzo dei guanti di lattice porta alla dispersione aerea di molecole che possono scatenare, ovviamente in soggetti predisposti perchè allergici,

Xn = Nocivo: le sostanze ed i preparati che in caso di inalazione, ingestione o assorbimento cutaneo, possono essere letali oppure provocare lesioni acute o croniche

T = Tossico: le sostanze ed i preparati che in caso di inalazione, ingestione o assorbimento cutaneo, in piccole quantità possono essere letali oppure provocare lesioni acute o croniche

T+ = Molto tossico: le sostanze ed i preparati che in caso di inalazione, ingestione o assorbimento cutaneo, in piccolissime quantità possono essere letali oppure provocare lesioni acute o croniche

O = Comburente: le sostanze ed i preparati che a contatto con altre sostanze, soprattutto se infiammabili, provocano una forte reazione esotermica.

F = Facilmente infiammabili: le sostanze ed i preparati che, a contatto con l'aria, a temperatura ambiente e senza apporto di energia, possono subire innalzamenti termici e da ultimo infiammarsi; le sostanze ed i preparati solidi che possono facilmente infiammarsi dopo un breve contatto con una sorgente di accensione e che continuano a bruciare o a consumarsi anche dopo il distacco della sorgente di accensione; le sostanze ed i preparati liquidi il cui punto di infiammabilità è molto basso; le sostanze ed i preparati che a contatto con l'acqua o l'aria umida, sprigionano gas estremamente infiammabili in quantità pericolose.

F+ = Estremamente infiammabili: le sostanze ed i preparati liquidi con il punto di infiammabilità estremamente basso ed un punto di ebollizione basso e le sostanze ed i preparati gassosi che a temperatura e pressione ambiente sono infiammabili a contatto con l'aria

C = Corrosivo: le sostanze ed i preparati che, a contatto con i tessuti vivi, possono esercitare su di essi un'azione distruttiva.

Xi = Irritanti: le sostanze ed i preparati non corrosivi, il cui contatto diretto, prolungato o ripetuto con la pelle o le mucose può provocare una reazione infiammatoria

E = Esplosivo: le sostanze ed i preparati solidi, liquidi, pastosi o gelatinosi che, senza l'azione dell'ossigeno atmosferico, possono provocare una reazione esotermica con rapida formazione di gas e che, in determinate condizioni di prova, detonano, deflagrano rapidamente o esplodono in seguito a riscaldamento in condizioni di parziale contenimento.

N = Pericolosi per l'ambiente: le sostanze ed i preparati che, qualora si diffondano nell'ambiente, presentano o possono presentare rischi immediati o differiti per una o più delle componenti ambientali

Tab. 1 - Significato dei simboli di pericolosità utilizzati per le sostanze chimiche.

reazioni allergiche che possono sfociare in crisi asmatiche anche gravi e imponenti.

Pertanto lo staff che si occupa della prevenzione ovviamente ha predisposto che il rischio chimico, così come tutti gli altri rischi, sia quanto mai contenuto e ridotto al minimo. Nonostante questo non si può evitare che, se un soggetto suscettibile si trova esposto a concentrazioni ritenute insignificanti per la maggior parte della popolazione, sviluppi invece una reazione con un processo patologico.

Rimane sicuramente la necessità che ogni lavoratore, esposto a rischi chimici bassi o irrilevanti, abbia nozione della simbologia che trova sui prodotti che utilizza (Tab. 1), sia in grado di utilizzare i prodotti in maniera adeguata e appropriata in maniera da non disperderli e non creare rischi indebiti verso i colleghi di lavoro (art. 20 del D.Lgs. 81/08). Ognuno deve essere consapevole che se ritiene di trovarsi in una condizione di suscettibilità individuale verso una determinata sostanza chimica, ha l'opportunità di informare immediatamente il preposto per avvisarlo della situazione: per esempio in caso di allergia a lattice è importante che il lavoratore riferisce questa situazione per poter permettere che sia approntata una adeguata strategia in ambito prevenzionistico che gli dia la possibilità di continuare la sua attività lavorativa.

Ad alcuni potrà essere chiesto di collaborare nell'effettuare il monitoraggio biologico, cioè nella raccolta di campioni biologici, solitamente urine o sangue, che saranno analizzati per valutare la concentrazione dello xenobiotico o del suo metabolita. Questa misura ha finalità preventive e organizzative. Le *finalità preventive* sono non solo nei confronti del singolo lavoratore, che ha la possibilità di verificare la reale dose di xenobiotico che ha assorbito ma soprattutto nei confronti di coloro che possono venire a trovarsi esposti alla medesima situazione lavorativa. Dall'elaborazione statistica dei risultati gli addetti alla sicurezza sapranno interpretare i risultati, confrontandoli con quelli che sono i valori riscontrabili nella popolazione generale non professionalmente esposta allo xenobiotico, per migliorare il sistema sicurezza.

Rischi fisici

Rischio fisico peculiare delle strutture sanitarie è il rischio da radiazioni ionizzanti. Ovviamente questo

rischio interessa una minoranza delle svariate professioni sanitarie, tuttavia rappresenta un rischio molto serio in quanto in grado di determinare danni anche letali anche a più persone. Per questo le radiazioni ionizzanti hanno cominciato a ricevere una specifica legislazione con il DPR n.185 già nel 1964 quando si è delineato il percorso prevenzionistico per ridurre il rischio in misura tale da renderlo accettabile.

La *radiazione ionizzante* è una forma di energia radiante capace di rimuovere (distaccare) un elettrone orbitale periferico dall'atomo con cui interagisce; nell'interazione la radiazione incidente trasferisce energia all'elettrone dell'atomo bersaglio, una parte dell'energia viene spesa per superare l'energia di legame che mantiene l'elettrone nell'orbitale atomico e una parte viene trasferita come energia cinetica all'elettrone stesso. Da questa interazione si forma una coppia di ioni: uno ione negativo (l'elettrone libero) e uno ione positivo (l'atomo rimanente).

La protezione dalle radiazioni ionizzanti deve esistere per il lavoratore così come per la popolazione generale. Nei lavoratori l'esposizione alle Radiazioni ionizzanti come fonte di rischio può essere dovuta a *irradiazione esterna e/o irradiazione interna*: la prima deriva dall'impiego di macchine radiogene o di sorgenti radioattive. In radiologia vengono utilizzati fasci di radiazione X di diversa energia a seconda dell'impiego clinico, prodotti da tubi radiogeni. I rischi connessi a tale impiego sono limitati solo al periodo di reale erogazione degli apparecchi, poichè ad apparecchio spento non vi è emissione di radiazione. I metodi di base per ridurre l'irradiazione esterna sono: le schermature, il tempo, la distanza.

Le schermature sono barriere di idoneo materiale, come piombo e calcestruzzo, interposte tra la sorgente e l'operatore che permettono di ridurre drasticamente i livelli di esposizione. Durante l'uso di sorgenti o durante l'erogazione di una apparecchiatura RX l'operatore deve mantenersi protetto dietro alle barriere.

L'esposizione alle radiazioni è proporzionale al tempo, quindi per ridurre l'esposizione occorre rimanere il minor tempo possibile in presenza della sorgente di radiazione. I tempi di esposizione devono essere rigorosamente limitati a quelli necessari a compiere le manualità del caso.

L'esposizione alle radiazioni diminuisce fortemente con l'aumentare della distanza dalla sorgente (il raddoppio della distanza diminuisce l'esposizione di quattro volte). È opportuno che l'operatore si trovi alla mag-

gior distanza possibile dalla sorgente di radiazioni, ciò si ottiene con l'uso di telecomandi o quadri comando posti sufficientemente lontani dalle apparecchiature o con l'uso di telemanipolatori, pinze lunghe, ecc. nel corso di manipolazione di sorgenti. Qualora non sia possibile utilizzare barriere protettive fisse è necessario che l'operatore indossi indumenti protettivi idonei come grembiuli, occhiali, guanti piombati.

L'irradiazione interna può avvenire tramite ingestione, inalazione o per assunzione transcutanea (ferite e/o abrasioni) di sostanze radioattive. La protezione si realizza impedendo la contaminazione ambientale. Le sorgenti non sigillate debbono essere conservate in contenitori ermetici, gli operatori che le manipolano debbono indossare indumenti protettivi (guanti monouso, camici), le operazioni che possono sviluppare vapori o gas debbono essere eseguite sotto cappa dotata di filtro assoluto, le superfici su cui si opera devono essere facilmente ripulibili, tutti i materiali che possono essere venuti a contatto con la sostanza radioattiva debbono essere allontanati come rifiuto radioattivo. Questo tipo di esposizione si può anche riscontrare per personale sanitario che assiste i pazienti che hanno ricevuto trattamenti sanitari con sostanze radioattive e che per brevi periodi dopo il trattamento emettono il contaminante radioattivo con le feci, le urine, il sudore.

La radioprotezione ha l'obiettivo di preservare lo stato di salute e di benessere dei lavoratori e della popolazione riducendo i rischi da R.I.: secondo le linee legislative del 1964 e comunque sempre confermate nelle sue linee essenziali fino al D.Lg.svo 241 del 2000 tuttora vigente, due sono le figure professionali implicate: l'Esperto Qualificato, che classifica i lavoratori, e il Medico Autorizzato che effettua la sorveglianza

Popolazione generale (<1mSv/anno)	==>	nessuna visita medica
Lavoratori di categoria B (>1mSv/anno)	==>	visita medica annuale
Lavoratori di categoria A (>6mSv/anno)	==>	visita medica semestrale
Superamento valori	==>	visita medica immediata

Tab. 2 - Radioprotezione: classificazione dei lavoratori e sorveglianza sanitaria.

sanitaria (Tab. 2).

L'Esperto Qualificato ha il compito di classificare la popolazione in base all'entità dell'esposizione al rischio, di intervenire in caso di sovraesposizioni, di comunicare al Medico Autorizzato i suoi risultati. Il Medico Autorizzato, che può richiedere la collaborazione del Medico Competente, ha il compito di estrinsecare la sorveglianza sanitaria secondo un protocollo sanitario che già nelle parti minime è stato delineato dal legislatore.

Nel corso degli ultimi decenni, quarantacinque anni, dopo l'emanazione della Legge del 1964, le malattie da radiazioni ionizzanti si sono pressochè annullate, segno evidente che la prevenzione affrontata in questi termini ha portato ad un successo più che buono.

Nell'ultimo decennio sono invece comparse, anche perchè inserite negli elenchi delle malattie professionali e pertanto facilmente evidenziabili, le affezioni legate alla movimentazione manuale dei carichi. Si tratta di patologie, fortunatamente di gravità di gran lunga inferiore a quelle determinate da radiazioni ionizzanti, che però sono assai diffuse in quanto assai diffuse sono anche le patologie dell'apparato osteoarticolare.

In Italia, secondo alcune stime epidemiologiche, almeno cinque milioni di lavoratori svolgono abitualmente attività lavorative che prevedono la movimentazione manuale di carichi; fra questi figurano quegli operatori sanitari che hanno compiti assistenziali per i quali devono aiutare i pazienti a spostarsi e muoversi. Per questi operatori i disturbi e le malattie acute e croniche della schiena sono più diffuse che in altre collettività lavorative. Le conseguenze delle patologie a carico della schiena sono pesanti da un punto di vista sociale ed economico: 1) per i lavoratori, ai quali procurano sofferenza personale e possibile riduzione di reddito; 2) per i datori di lavoro, perchè riducono l'efficienza aziendale; 3) per il Paese, perchè incidono sulla spesa sanitaria e previdenziale.

Vi è la necessità di sensibilizzare e coinvolgere tutti nell'attività di prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici, attraverso un corretto comportamento individuale, rispettoso della salute propria e altrui.

Il rachide, costituito da vertebre e dischi intervertebrali, ospita al suo interno un'importante struttura nervosa, il midollo spinale, da cui partono i nervi che raggiun-
go-

no le diverse parti del nostro corpo. Il disco intervertebrale è la parte maggiormente soggetta ad alterarsi dal momento che la sua funzione è di garantire la flessibilità del rachide nei diversi movimenti e di sopportare carichi notevoli. Con l'avanzare dell'età il disco intervertebrale tende a perdere la sua capacità ammortizzatrice: la schiena diventa più soggetta a disturbi, soprattutto a livello lombare.

Tale processo è comunque accentuato non solo da sforzi eccessivi, ma anche dalla vita sedentaria. Le alterazioni delle curve della colonna (la scoliosi, il dorso piatto, il dorso curvo o ipercifosi, l'iperlordosi) se presenti in forma rilevante, possono aumentare le probabilità di avere disturbi alla schiena connessi con il lavoro.

In ambito prevenzionistico è necessario valutare il rischio e poterlo quantificare.

Le caratteristiche del carico rappresentano il primo elemento da considerare: è troppo pesante; è ingombrante o difficile da afferrare; è in equilibrio instabile o il suo contenuto rischia di spostarsi; è collocato in una posizione tale per cui deve essere tenuto o maneggiato ad una certa distanza dal tronco o con una torsione o inclinazione del tronco; l'entità della forza richiesta è eccessiva; può essere effettuato soltanto con un movimento di torsione del tronco; può comportare un movimento brusco del carico; è compiuto con il corpo in posizione instabile; prevede alte frequenze e/o tempi prolungati di sollevamento.

Ma anche le caratteristiche dell'ambiente di lavoro sono un elemento importante da: lo spazio libero insufficiente per lo svolgimento dell'attività richiesta; pavimento è ineguale, quindi presentante rischi di inciampo o di scivolamento per il lavoratore; il posto o l'ambiente di lavoro che non consentono al lavoratore la movimentazione manuale di carichi a un'altezza di sicurezza o in buona posizione; il pavimento o il piano di lavoro che presentano dislivelli che implicano la movimentazione del carico su piani di diversa altezza; pavimento o punto di appoggio instabili; temperatura, umidità o circolazione dell'aria inadeguate.

Analogamente per le esigenze connesse all'attività: sforzi fisici, che sollecitano in particolare la colonna vertebrale, troppo frequenti o troppo prolungati; periodo di riposo fisiologico o di recupero insufficiente; distanze troppo grandi di sollevamento, di abbassamento o di trasporto; ritmo imposto che non può essere modulato dal lavoratore.

Ma nel processo valutativo oltre a questi fattori oggettivi vi sono fattori individuali di rischio legati alla singolarità dell'operatore sanitario: affezioni preesistenti, indumenti, calzature o altri effetti personali indossati dal lavoratore inadeguati, insufficienza o inadeguatezza delle conoscenze o della formazione, debolezza costituzionale.

La misurazione del rischio risente di molti fattori, alcuni anche di difficile rilievo. Ne deriva, a differenza del rischio fisico da radiazioni ionizzanti in cui la misura si ottiene mediante una specifica strumentazione fisica, che l'indice di misura, definito indice di sollevamento dei carichi, vari anche in relazione al misuratore. Nell'ambito sanitario, dove il cosiddetto carico da movimentare altro non è che il paziente che aiutiamo a spostarsi, un ulteriore imprevedibile variabile deriva proprio dal "carico".

Infatti il paziente è una persona che interagisce con ogni singolo operatore sanitario in maniera specifica. Il paziente è spesso in grado di collaborare e la capacità di aiuto che il paziente può offrire varia. Il paziente può essere più o meno collaborante nell'aiutarsi a muoversi, ma soprattutto può far mancare, in maniera improvvisa ed inaspettata, la sua collaborazione determinando una immediata conseguente sollecitazione sull'operatore sanitario. Ne deriva che la parametrizzazione di questo aspetto è quanto mai difficile, pur tuttavia si suole oggi valutare questo rischio mediante un indice definito come MAPO (Mobilizzazione Assistita Pazienti

Spedalizzati), sul quale spesso ci si basa per effettuare ulteriori misure prevenzionistiche tra le quali la sorveglianza sanitaria.

Si ricordi che l'indice MAPO viene parametrato anche in relazione ai gradi di informazione e di formazione raggiunti dagli operatori sanitari che devono quindi ricevere adeguate ed esaustive informazioni sulle manovre di spostamento sul letto o dal letto alla carrozzina e viceversa (Tab. 3) così come su tanti altri spostamenti.

Rischio biologico

Questo rischio è praticamente inevitabile nella professione sanitaria che ha lo specifico obiettivo di entrare quanto più possibile a contatto con il paziente per poterlo aiutare a risolvere le sue difficoltà. I segni semeiologici estraibili mediante il tatto sono sicuramente un aiuto che non può essere precluso. Il rischio biolo-

A) Spostamenti sul letto

Lo spostamento va scomposto in due fasi:

1 - *Far prima sedere il paziente.* Gli operatori: - tengono gli arti inferiori semipiegati e divaricati quanto la larghezza delle proprie spalle; - appoggiano il dorso di una mano dietro la spalla del paziente (A); - sollevano il paziente facendo forza sugli arti inferiori e sul braccio libero.

2 - *Spostare il paziente verso il cuscino.* Gli operatori: - appoggiano un ginocchio sul letto dietro il bacino del paziente; - mettono il paziente a braccia conserte; - effettuano la presa crociata afferrando saldamente con una mano entrambi gli arti superiori; - con l'altra mano afferrano l'arto inferiore dietro il ginocchio; - sollevano e spostano il paziente verso il cuscino.

B) Trasferimento letto - carrozzina (due operatori)

Occorre ricordare che: - per i pazienti pesanti vanno prioritariamente utilizzati i sollevatori meccanici e in loro assenza sono necessari quattro operatori; - la carrozzina deve avere i braccioli estraibili, lo schienale basso e i poggiatesta reclinabili.

Il trasferimento va scomposto in due fasi:

1 - *Mettere il paziente seduto sul letto* Presa del paziente: il primo operatore (A) sostiene il paziente posizionandosi dietro la sua schiena, appoggia un ginocchio sul letto, quindi effettua da solo una presa crociata.

Il secondo operatore posiziona la carrozzina accanto al letto, dopo aver estratto il bracciolo dal lato del letto.

2 - *Trasferimento letto/carrozzina* Il primo operatore (A) solleva il paziente facendo leva sul ginocchio appoggiato sul letto. Il secondo operatore (B) sostiene gli arti inferiori durante il trasferimento, afferrandoli sotto le ginocchia: deve ricordare di piegare i propri arti inferiori durante l'operazione.

3 - *Trasferimento carrozzina/letto* La prima fase comporta il posizionamento sul letto dei piedi del paziente (B). I movimenti e le prese utilizzate dagli operatori nelle fasi successive sono gli stessi già indicati per il trasferimento letto/carrozzina.

Tab. 3 - Modalità di spostamento del paziente (due operatori).

gico va poi visto bidirezionalmente: rischio per il lavoratore che entra in contatto con il paziente, ma anche rischio per il paziente che entra in contatto con il lavoratore. Anche per questo in relazione al rischio biologico già dal 1990 il Ministero della Sanità ha lasciato delle Linee Guida pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 235 del 28/08/1990, cui ovviamente si rimanda per una maggiore completezza.

Gli elementi fondamentali della prevenzione si basano anche qui sulla informazione e formazione dei dipendenti da parte del datore di lavoro circa i rischi per la salute da agenti biologici, sul rispetto di norme di precauzione universale, sull'uso di particolari attrezzature e mezzi tecnologici e sull'applicazione di particolari metodi di lavoro in determinati settori.

Le malattie professionali di natura infettiva, anche se sicuramente non frequenti, costituiscono tuttavia un pericolo costante e soprattutto grave, specie per malattie croniche come l'epatite virale C.

È opportuno ricordare le norme di precauzione universale che portano alla continua attenzione dell'operatore che non può mai sapere con certezza se del sangue o dei campioni biologici manipolati provengano da un paziente infetto o meno; si devono considerare come potenzialmente infetti tutti i campioni di sangue e di liquidi corporei, da qualunque paziente provengano.

Va ricordato che per alcune malattie, p.es. epatite virale B, è altamente consigliata, se non obbligatoria, la vaccinazione. Le vaccinazioni obbligatorie sono effettuate dalla Azienda Sanitaria Locale: senza la vaccinazione non è possibile lavorare. Altre vaccinazioni sono consigliate, ma non sono obbligatorie. In questo settore le strutture sanitarie possono dare, abitualmente mediante il proprio medico competente, consigli diversi ai propri lavoratori. Questi consigli derivano dalla specifica tipologia dell'attività sanitaria dal momento che ben diverso è il rischio in un'unità di malattie infettive

rispetto ad un'unità di dietologia, dall'abituale provenienza dei pazienti, dalle caratteristiche organizzative e strutturali della struttura.

Preme ancora ricordare, al di là dell'uso dei guanti che a sua volta potrebbe determinare rischi chimici di tipo allergico, l'importanza di misure elementari di protezione e tra queste il lavaggio frequente e accurato delle mani.

È di fondamentale importanza contro molti tipi di infezione rimuovere i germi presenti sulla pelle tramite un accurato lavaggio delle mani. Bisogna lavarsi sempre le mani prima e dopo il contatto con un paziente.

Bisogna anche lavarsi le mani prima di mangiare, bere, fumare, truccarsi o maneggiare lenti a contatto.

Per lavarsi le mani si usano sapone non abrasivo ed acqua corrente, si cerca di sviluppare un'abbondante schiuma strofinando accuratamente tra le dita e intorno alle unghie. È infine opportuno un prolungato risciacquo.

Se le mani o altre parti del corpo sono venute a contatto con sangue od altri liquidi corporei, bisogna lavare accuratamente e completamente la pelle esposta.

Nel caso vi sia stata contaminazione delle mucose (es. schizzo di sangue nell'occhio o in bocca) bisogna lavare con acqua corrente senza strofinare con le dita. Ricordarsi poi di avvisare il preposto e comunque di denunciare l'evento all'INAIL come infortunio lavorativo, che ovviamente non darà luogo a giorni di riposo per inabilità temporanea. Frequenti sono gli infortuni per puntura da ago o da taglio: questi infortuni vanno ovviamente denunciati all'INAIL e il lavoratore ha la possibilità di essere seguito per mesi per evidenziare una eventuale infezione non presente al momento del-

l'infortunio. I dati epidemiologici raccolti in Italia negli ultimi 10 anni, grazie all'emanazione del D.L.so 626-94, indicano che la probabilità di contrarre una infezione dopo contatto accidentale con fluido biologico di un paziente è di meno di 5 casi per ogni 1000 eventi.

Spesso gli infortuni con puntura di ago avvengono per una cattiva manipolazione degli stessi aghi o per una impropria gestione dei contenitori di sicurezza dove sono riposti strumenti acuminati o taglienti. In tal caso a volte l'infortunio è causato da un cattivo comportamento di un altro operatore sanitario che ripone in modo incongruo l'ago e determina l'infortunio del collega che invece agisce correttamente.

Questo tipo di infortunio può essere pertanto risolto solo attraverso il controllo quotidiano della prassi lavorativa. Ogni operatore sanitario deve riconoscere in se stesso la prima arma contro questo genere di rischio; la segnalazione di un infortunio mancato deve costituire la base prevenzionistica primaria, va segnalata, discussa per poter riscontrare quello che è stato l'errore del singolo o per evidenziare una mancanza nel processo di valutazione del rischio che deve così essere migliorato e implementato. Ma questo obiettivo si raggiunge solo grazie alla collaborazione di tutti gli operatori sanitari e di qui la necessità che ciascuno abbia coscienza di ciò che sta effettuando durante ogni momento della propria attività.

Nota finale: le immagini presentate al Corso sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori il 3-10-08, che per ovvi motivi di spazio sono molto più complete ed esaustive di quanto è stato riportato in questa nota, possono essere richieste alla Medicina del Lavoro che potrà trasmetterle in formato elettronico.

Validità e limiti del dosaggio degli anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico nell'approccio diagnostico all'artrite idiopatica giovanile

L'Artrite Idiopatica Giovanile (AIG) rappresenta la più comune malattia tra le affezioni reumatologiche dell'infanzia e, in questa fascia d'età, una delle più frequenti patologie croniche.

A tutt'oggi la diagnosi di tale affezione si basa sulla storia clinica e sull'esame fisico perché non sono ancora disponibili test di laboratorio specifici.

Nella continua ricerca di markers di laboratorio non invasivi ha destato interesse tra i pediatri reumatologi, il dosaggio degli auto-anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico (a-CCP), che presentano un particolare valore predittivo nell'artrite reumatoide dell'adulto (AR) e quindi per la forma di AIG poliarticolare positiva al fattore reumatoide (FR+), considerata, come noto, uno dei sottotipi più aggressivi ed a rischio di erosioni; per la stessa è pertanto auspicabile una precoce identificazione dei fattori prognostici per individuare i pazienti che possano beneficiare precocemente di un trattamento più "aggressivo".

Materiali e metodi

Scopo della tesi è stato pertanto quello di valutare retrospettivamente, dal 1 gennaio 2004, in tutti i bambini affetti al Centro di Reumatologia Pediatrica dell'Ospedale "G. Salesi" di Ancona, il dosaggio degli a-CCP nelle varie forme di AIG e, per controllo, in altre affezioni reumatologiche e non, per stabilirne sensibilità (SE), specificità (SP), valore predittivo positivo (VPP), valore predittivo negativo (VPN) e confrontarli con l'FR; inoltre, è stata ricercata la loro eventuale correlazione con i vari sottotipi di malattia, in particolare con la forma poliarticolare FR+ ed anche l'eventuale associazione degli a-CCP con gli anticorpi anti-nucleo (ANA) e con l'aplotipo HLA DR4.

La casistica comprende 73 pazienti reclutati consecutivamente, omogenei per sesso ed età (30 M e 43 F, età minima 11 mesi, massima 17 anni, media 7 anni e 1/12; mediana 6 anni e 8/12): 33 pazienti erano affetti da AIG (3 forme sistemiche, 3 poliarticolari FR-, 2 poliarticolari FR+, 23 oligoarticolari persistenti, 1 oligoarticolare estesa,

Tesi di Laurea della Dott.ssa Alessia Morganti, presentata e discussa l'11 ottobre 2007, Relatore il Chiar.mo Prof. Orazio Gabrielli.

ALESSIA MORGANTI, ORAZIO GABRIELLI

Pediatria

Università Politecnica delle Marche

1 spondiloartropatia), 22 bambini presentavano altre affezioni reumatologiche (12 artriti reattive post-infettive, 1 malattia reumatica, 6 artriti post-streptococciche, 3 Schönlein-Henoch) e 18 erano affetti da malattie non reumatologiche.

Ogni paziente ha eseguito almeno due dosaggi degli a-CCP, il primo al momento della diagnosi ed il secondo dopo sei mesi.

Per la determinazione degli a-CCP è stato utilizzato il kit anti-CCP-ELISA DIASTAT™ (Axis-Shield Diagnostic Limited, UK) di seconda generazione con cut-off fissato a 5 UE/ml; si tratta di un dosaggio immunoenzimatico semiquantitativo/qualitativo per la rilevazione della classe IgG di autoanticorpi sierici specifici verso il peptide citrullinato ciclico.

I risultati sono stati analizzati tramite la comparazione di due gruppi di pazienti: il primo composto da 33 affetti da AIG ed il secondo, di controllo, costituito da 40 bambini, 22 dei quali con altre malattie reumatologiche e 18 con affezioni non reumatologiche. (Tabelle 1,2,3)

Risultati

In generale gli a-CCP sono risultati positivi in 5 pazienti (6,8%), in particolare solo uno di questi era affetto da AIG monoarticolare (3%).

Nel gruppo di controllo gli a-CCP erano positivi in 4 bambini (10%): si trattava di 4 artriti post-infettive (2 da SBEGA, 1 da EBV, 1 da Salmonella).

La sensibilità e la specificità del test sono pertanto risultate, rispettivamente, del 3 e 90%.

I valori di VPP e VPN erano pari, rispettivamente, al 20 ed al 53%.

Un solo paziente, affetto da AIG poliarticolare FR+, era positivo sia per gli ANA che per la presenza dell'aplotipo HLA DR4.

Conclusioni

Fino al 2006, almeno 8 importanti lavori hanno cercato di determinare le stesse correlazioni da noi studiate permettendo di stabilire che la positività degli a-CCP nell'età infantile varia dal 2 al 5%^{[1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9]}.

A differenza di quanto riportato da alcuni Autori^[1], [10] non abbiamo osservato la stessa correlazione positiva con gli alleli HLA e non abbiamo inoltre rilevato l'associazione tra positività degli a-CCP e quella degli ANA^[4]: peraltro ciò non contrasta con i dati della letteratura che, per quest'ultimo aspetto, sono piuttosto discordi^[10]. La correlazione da noi osservata tra i valori di

Cognome e nome	Sesso	Età	Sottoforma di AIG	a-CCP (UE/ml)
G.A.	F	14	Poliarticolare, FR-	1,9
G.C.	F	17	Poliarticolare, FR+	1,4
U.R.	F	13	Poliarticolare, FR-	0,6
F.G.	F	10	Poliarticolare, FR- (e glicogenosi tipo I)	0,5
B.M.H.	M	12	Poliarticolare, FR+	0,9
R.A.	M	11	Oligoarticolare persistente	1,0
C.M.	M	15	Oligoarticolare persistente	0,2
M.L.	F	3	Oligoarticolare persistente	1,0
G.J.	F	8	Oligoarticolare persistente	2,1
M.M.	M	13	Oligoarticolare persistente	1,7
I.G.	F	4	Oligoarticolare persistente	3,7
P.S.	F	2	Oligoarticolare persistente	2,4
G.M.	M	13	Oligoarticolare persistente	1,6
D.E.	F	6	Oligoarticolare persistente	1,3
R.B.	F	8	Oligoarticolare persistente	1,3
R.L.	F	8	Oligoarticolare persistente	0,8
N.A.	F	15	Oligoarticolare persistente	1,1
M.G.	F	10	Oligoarticolare persistente	1,1
S.C.	F	5	Oligoarticolare persistente	0,9
B.O.	F	11	Oligoarticolare persistente	0,7
P.M.	F	2	Oligoarticolare persistente	6,3
D.S.	F	14	Oligoarticolare persistente	0,7
M.A.	F	3	Oligoarticolare persistente	0,6
Cognome e nome	Sesso	Età	Sottoforma di AIG	a-CCP (UE/ml)
B.P.	M	3	Oligoarticolare persistente	0,6
B.M.	M	7	Oligoarticolare persistente	3,1
G.E.	M	11	Oligoarticolare persistente	0,7
T.M.	F	11	Oligoarticolare persistente	0,7
A.J.K.	F	1	Oligoarticolare persistente	1,3
R.M.	M	10	Oligoarticolare estesa	1,0
T.J.	F	3	Artrite correlata ad entesite	1,6
C.E.	F	3	Sistemica	3,3
B.M.	F	5	Sistemica	1,3
T.A.	F	17	Sistemica	2,1

Tab. 1 - Trentatré pazienti affetti da artrite idiopatica giovanile.

VPP e VPN del FR rispetto a quelli degli a-CCP è invece sovrapponibile a quanto riportato da altri Autori^[11] e ne inficia in ultima analisi, l'eventuale uso routinario di tali anticorpi al posto del FR nell'approccio laboratoristico dell'AIG, né sembrano avere un'influenza sia su un even-

Cognome e nome	Sesso	Età	Malattia	a-CCP (UE/ml)
B.A.	F	3	Porpora di S-H	1,2
M.N.	F	4	Porpora di S-H	0,8
P.C.	F	8	Porpora di S-H	1,2
P.A.	M	6	Malattia Reumatica	1,5
R.C.	F	10	Artrite Post-Streptococcica	1,2
G.A.	M	12	Artrite Post-Streptococcica	1,0
M.I.	M	3	Artrite Post-Streptococcica	1,1
F.E.	F	9	Artrite Post-Streptococcica	1,5
B.F.	M	5	Artrite Post-Streptococcica	6,9
T.M.	M	10	Artrite Post-Streptococcica	1,0
N.S.	F	6	Artrite Post-Infettiva	0,9
C.M.	F	1	Artrite Post-Infettiva	4,3
D.L.	M	5	Artrite Post-Infettiva	0,3
S.M.	M	9	Artrite Post-Infettiva	0,8
M.S.	F	6	Artrite Post-Infettiva	1,4
S.S.	M	5	Artrite Post-Infettiva	0,6
I.D.	M	13	Artrite Post-Infettiva	16
P.G.	M	12	Artrite Post-Infettiva	10
D.F.M.	M	2	Artrite Post-Infettiva	6,2
R.E.	F	1	Artrite Post-Infettiva	0,3
G.L.	M	7	Artrite Post-Infettiva	1,1
L.N.	M	9	Artrite Post-Infettiva	1,6

Tab. 2 - Ventidue pazienti con patologie reumatiche diverse dall'artrite idiopatica giovanile.

tuale avvio precoce della terapia, sia sulla prognosi a lungo termine.

Alla luce dei contrastanti risultati delle casistiche pediatriche è auspicabile, infine, che il dosaggio sierico degli a-CCP, che dovrebbe essere riservato esclusivamente ai pazienti affetti dalla forma poliarticolare FR+, vada effettuato su coorti sempre più ampie di pazienti sottoposti a prolungati periodi di follow-up, per stabilire definitivamente la validità del test ed il valore ottimale del cut-off.

Cognome e nome	Sesso	Età	Malattia	a-CCP (UE/ml)
S.M.	F	1	Infezione delle vie urinarie	1,6
B.L.	M	9	??	5
R.S.	F	6	Difficoltà deambulatoria	0,1
S.A.	M	11	Artralgie	0,4
P.F.	F	6	Artralgie	0,5
P.M.	F	4	??	0,4
A.I.	M	10	??	1,6
P.K.	F	6	Coxalgia	1,0
B.S.	F	8	Artralgie	1,0
R.S.	F	6	Dolori addominali	0,6
C.C.	F	7	Febbre	0,6
P.M.	M	7	Febbre	2,5
F.E.	M	9	Sinovite transitoria dell'anca	0,7
T.P.	F	7	??	0,6
T.M.	M	4	Osteoma osteoide	0,4
T.L.	M	11 mesi	??	0,8
Z.S.	F	12	??	2,4
C.D.	M	11	??	0,8

Tab.3 - Sedici pazienti con malattie non reumatiche.

Bibliografia

1) Ferucci ED, Majka DS, Parrish LA *et al*: "Antibodies against cyclic citrullinated peptide are associated with HLA-DR4 in simplex and multiplex polyarticular-onset juvenile rheumatoid arthritis". *Arthritis Rheum* 2005;52(1):239-46.

2) van Rossum M, van Soesbergen R, de Kort S *et al*: "Anti-cyclic citrullinated peptide (anti-CCP) antibodies in children with juvenile idiopathic arthritis". *J Rheumatol* 2003; 30(4):825-8.

3) Kasapcopur O, Altun S, Aslan M *et al*: "Diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in juvenile idiopathic arthritis". *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1687-89.

4) Avcin T, Cimaz R, Falcini F *et al*: "Prevalence and clinical significance of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in juvenile idiopathic arthritis". *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 608-11.

5) Low JM, Chauhan AK, Kietz DA *et al*: "Determination of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in the sera of patients with juvenile idiopathic arthritis". *J Rheumatol* 2004; 31:1829-33.

6) Bizzaro N, Mazzanti G, Tonutti E *et al*: "Diagnostic accuracy of the anti-citrulline antibody assay for rheumatoid arthritis". *Clin Chem* 2001; 47: 1089-93.

7) Brunner J, Sitzmann FC: "The diagnostic value of anti-cyclic citrullinated peptide (CCP) antibodies in children with Juvenile Idiopathic Arthritis". *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24(4): 449-51.

8) Hromadnikova I, Stechova K, Pavla V *et al*: "Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in patients with juvenile idiopathic arthritis". *Autoimmunity* 2002; 35: 397-401.

9) Lee DM, Schur PH: "Clinical utility of the anti-CCP assay in patients with rheumatic diseases". *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 870-4.

10) Gerloni V, Teruzzi B, Lurati A *et al*: "Anticorpi anti-citrullina nell'artrite idiopatica giovanile: uno studio di coorte su 243 pazienti". *Atti del Congresso Nazionale del Gruppo di Studio di Reumatologia Pediatrica della Società Italiana di Pediatria. Firenze, 18-20 Maggio 2006.*

11) Schellekens GA, Visser H, de Jong BA *et al*: "The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide". *Arthritis Rheum* 2000; 43: 155-63.

**BERNARDO NARDI, EMIDIO ARIMATEA,
MARZIA DI NICOLÒ, SABRINA LAURENZI**

Psicologia Clinica e Psicopatologia
Università Politecnica delle Marche

I processi di organizzazione del significato personale

Prima parte - Dalla personalità studiata come struttura alla messa a fuoco dei processi di costruzione del significato personale

Personalità e sviluppo organizzazionale

La *personalità*, sia nei suoi tratti fisiologici che in quelli psicopatologici, viene generalmente studiata come una *struttura*. Essa è descritta, infatti, come l'insieme delle caratteristiche, sostanzialmente stabili (definite, appunto, "*tratti di personalità*"), che consentono di riconoscere ciascun individuo e di dare stabilità alla sua identità, ai suoi modi di pensare, di sentire e di agire sul versante comportamentale (Marchesi et al., 1986; Nardi 2001).

Come la maschera del teatro classico, da cui deriva il nome (Fig. 1), la personalità consente di cogliere le caratteristiche di chi la "indossa": attraverso essa risuona la voce degli stati interni (latino "*per?*" + "*sonare*") e se ne coglie il volto interiore (greco "*pros*" + "*opo-poieo*"). Pertanto, comunemente, in essa vengono inclusi sia gli aspetti più direttamente connessi con la costituzione genetica (definiti "*temperamentali*"), sia quelli appresi ("*caratteriali*"). I diversi aspetti vengono poi inclusi all'interno di macroaree, che definiscono le *funzioni istintive*, la *volontà*, le *funzioni emotive ed affettive*, le *funzioni cognitive* (di base e superiori).

Questi approcci descrittivi strutturalisti hanno il vantaggio di definire in maniera oggettiva, sufficientemente chiara ed univoca aspetti che, in altro modo, possono generare confusione o arbitrarie interpretazioni; fanno dunque da sostegno alla definizione dei parametri clinici di diagnosi e cura e sono il riferimento per allestire e verificare i protocolli di ricerca.

Tuttavia, gli approcci descrittivi possono operare semplificazioni eccessive.



Fig. 1 - Mosaico con due maschere teatrali. Da Villa Adriana, ora ai Musei Capitolini.

Il Forum si svolgerà in Facoltà,
Polo Murri il 4 Marzo p.v.

Anzitutto, non è mai possibile fare fino in fondo una distinzione tra ciò che è emozionale e ciò che è cognitivo (la stessa memoria ha componenti emozionali inconsapevoli ed altre più legate agli schemi cognitivi); inoltre, la lettura cognitiva modifica le componenti emozionali di una stessa esperienza, così come un'attivazione emozionale associata ad una percezione ne orienta la lettura cognitiva.

Inoltre, il nucleo di ogni esperienza è nelle sue modalità soggettive di percepirla e riferirla a sé. Sotto questo punto di vista, la conoscenza umana, nei suoi aspetti personali profondi, risponde più al bisogno di dare continuità alla costruzione soggettiva del senso di sé piuttosto che a quello di ottenere una rappresentazione interna, univocamente oggettiva, della realtà esterna percepita. Un chiaro esempio in proposito è dato dal fatto che ogni bambino, che inizia a costruirsi un'identità positiva o negativa dai messaggi che ricava dall'ambiente in cui cresce, tende a mantenere la stessa lettura di fondo affrontando ogni esperienza successiva, inserendovi, finché gli è possibile, le novità sulla base di quest'idea – vincente o perdente – che si è fatta di sé.

Infine, il ridurre le esperienze psicologiche o psicopatologiche ad una oggettività imparziale può bastare per fare una diagnosi clinica o per impostare una terapia farmacologica, ma non consente di ricavare quelle informazioni fondamentali alla comprensione del mondo interno e della coscienza dell'altro (accessibile esclusivamente a quest'ultimo); anzi, può essere fuorviante se si deve valutare "quanto" e come venga percepita un'esperienza perturbante o "cosa" stia provando il soggetto, con il rischio, oltre tutto, di confondere l'esperienza (e, quindi, il "sapere" soggettivo) dell'osservatore con quella del soggetto che ha in cura.

Per ovviare a tutti questi aspetti, sono stati individuati approcci centrati sulla valutazione dei processi che caratterizzano la vita psichica normale e patologica di un individuo, studiandone l'adattamento nella costruzione della sua complessità (Nardi, 2007).

Questi approcci, noti come cognitivi costruttivisti

o post-razionalisti, preferiscono lo studio in divenire ("*processuale*") di come viene organizzato il *significato personale*: la conoscenza (nel suo complesso emotivo-affettivo e cognitivo) è indagata come "*scienza del significato*", attraverso il quale ogni soggetto mantiene un senso coerente di unicità, pur andando incontro a nuove esperienze nel corso della vita.

Il concetto di "*organizzazione di significato personale*", introdotto da Vittorio Guidano (1988, 1992), esprime la capacità che ha ciascun individuo – in quanto sistema complesso in grado di riferire a sé l'esperienza che vive – di mantenere il suo senso di *unicità personale* e di *continuità storica*, nonostante le numerose *trasformazioni* e le evoluzioni maturative alle quali va incontro; *continuità* e *cambiamento* sono interdipendenti ed entrambi fondamentali: il loro equilibrio dinamico è reso possibile dalla comparsa, nel corso dello sviluppo, di alcuni processi organizzativi di base, connessi con la gestione del repertorio emozionale. Questi processi, facendo emergere e mantenendo un senso coerente ed unitario di sé, unico e irripetibile in ciascun individuo, forniscono "aperture" evolutive, più o meno

numerose, flessibili e diversificate, nei modi di percepire e di assimilare le novità affrontate.

Pertanto, di fronte alle competenze richieste dalle necessità di sopravvivere in un determinato ambiente, si selezionano e definiscono quegli assetti personali che risultano in grado di fornire soluzioni vantaggiose e di esprimere comportamenti adeguati rispetto alla realtà percepita. Nel testo seguente, si farà riferimento alla cornice teorica proposta da Nardi (Nardi, 2007; Nardi e Bellantuono, 2008; Nardi e Molitodo, 2008), cui si rimanda per i vari approfondimenti.

Sviluppo delle organizzazioni "*inward*"

Nel corso della vita, attraverso la messa a fuoco per contrasto tra il fluire dell'esperienza e gli schemi ideofettivi memorizzati fino a quel momento, ciascun soggetto stabilizza la coerenza interna, sulla quale poggiano i contorni dell'identità personale e, quindi, il senso di sé. Diviene così possibile condividere gli aspetti di base del funzionamento con quanti hanno la stessa organizzazione, mantenendo comunque quelle modalità specifiche che fanno di ciascuno una perso-

1. Per sentirmi adeguato/a è molto importante per me non deludere le aspettative degli altri
2. Quando non mi posso muovere liberamente mi manca l'aria
3. Mi fa star meglio l'impegno che metto nel fare una cosa, piuttosto che la considerazione da parte degli altri
4. Per me la solitudine è la condizione di base della vita
5. Per me è importante capire se gli altri mi approvano o meno
6. Mi fa sentire libero/a e non costretto/a avere il controllo di una situazione
7. Per sentirmi equo/a ed imparziale, mi capita abitualmente di tenere più in considerazione le mie norme interne, piuttosto che il parere di chi mi circonda
8. È una mia tendenza costante pensare di essere solo/a e che tra me e gli altri ci sia un distacco notevole
9. Per me è importante che il mio punto di vista venga condiviso dalle persone alle quali tengo
10. Abituamente, se vengo controllato/a, più che sentirmi svalutato/a dagli altri, mi sento costretto/a e non libero/a
11. Non tendo a cambiare le mie convinzioni quando vengo criticato/a dagli altri
12. Visto che non posso contare su nessuno, quando devo affrontare qualcosa cerco di mettercela tutta, tanto dipende solo da me
13. Quando gli altri mi criticano o mi disapprovano mi fanno sentire a disagio e inadeguato/a
14. Per me è fondamentale poter entrare e uscire da una situazione liberamente
15. Nelle situazioni di dubbio le idee degli altri pesano meno rispetto alle mie
16. Per riuscire nella vita uno/a si deve impegnare a fondo confrontandosi con il proprio destino di solitudine
17. Essere apprezzato/a e ricercato/a dagli altri mi fa sentire importante
18. Sto bene con persone affidabili che non mi opprimono con le loro richieste
19. Quando ho una incertezza tendo ad ignorare le aspettative degli altri
20. Nella mia vita, ho sempre dovuto cavarmela da solo/a non potendo contare sull'aiuto degli altri

Tab. 1 - Mini Questionario di indagine delle Organizzazioni di significato Personale (MQOP), messo a punto da Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Sara Giovagnoli e Stefano Blasi.

na assolutamente unica e irripetibile.

I segnali del bambino orientano il comportamento della figura accidentale, la quale risponde ad essi in base alle tonalità soggettive di cui dispone la sua organizzazione.

Quando la figura accidentale è percepita come tendenzialmente stabile nelle sue attivazioni emozionali e, quindi, prevedibile, in contesti e situazioni quotidiane simili che si ripetono (pianto, fame, sonno, gestualità), viene facilitata la decodifica precoce dell'esperienza. La ripetitività e la sovrapponibilità delle risposte provenienti dall'ambiente (presenza o assenza di vicinanza, disponibilità o meno verso i bisogni fisiologici del bambino e le richieste da lui espresse) delimitano e selezionano i segnali da apprendere, ne facilitano il riconoscimento e ne consentono, a loro volta, l'espressione. In particolare, vengono focalizzate precocemente quelle attivazioni soggettive indicate come *emozioni di base* (paura, rabbia, tristezza, gioia), in quanto appaiono comuni e decodificabili da soggetti in età infantile, a qualsiasi contesto socio-culturale e geografico appartengano.

Il riconoscimento di queste attivazioni, che si ripetono nelle medesime circostanze, consente sia di prevedere la risposta accidentale e la sua disponibilità a corrispondere o meno ai propri bisogni, sia di formare, mediante queste situazioni prototipiche, una serie di "scene nucleari", che iniziano a fare da base alla costruzione di un primo senso di sé. La costanza e la prevedibilità degli atteggiamenti e delle espressioni emozionali dell'accidente facilita quindi una precoce decodifica delle attivazioni analoghe del bambino. Quest'ultimo, ad esempio, comincia a percepire se e in quali contesti e situazioni si può sentire protetto o abbandonato, tranquillo o in pericolo, sostenuto da basi sicure o solo, gratificato o frustrato; in questo modo, ricava da quello che

prova le informazioni sull'ambiente che lo circonda (*messa a fuoco dall'interno: "inward"*).

Sviluppo delle organizzazioni "outward"

In contesti nei quali i comportamenti della figura di riferimento vengono percepiti come complessi, variabili in rapporto alle situazioni e, in definitiva, poco prevedibili, le attivazioni emozionali dell'esterno appaiono anch'esse variabili e da decodificare; il bambino ha bisogno di verificare i messaggi che riceve e di aggiornarli, costruendo scene nucleari più volte rimodellate, man mano che le percezioni che le riguardano cambiano. Anche le attivazioni emozionali hanno una componente percettivo-cognitiva che ne entra integralmente a far parte: le emozioni di base sono evidenti solo in situazioni specifiche, mentre prevalgono le *emozioni secondarie* le quali, per essere attivate, richiedono una preventiva valutazione e riflessione sul proprio comportamento: la paura di sbagliare o di fare

qualcosa che non va, la vergogna o la colpa quando si è fatto male qualcosa, l'orgoglio e la soddisfazione per avere raggiunto un risultato positivo. In questi contesti il senso di sé si sviluppa partendo da una marcata attenzione ai riferimenti esterni, che possono essere confermantici o disconfermantici volta per volta, oppure che possono indicare costantemente le regole di comportamento, i valori da rispettare e le mete da raggiungere; in tutti questi casi, il riconoscimento delle attivazioni interne e la percezione di sé avvengono a partire dalle richieste o dai criteri forniti dall'ambiente di appartenenza (*messa a fuoco dall'esterno o "outward"*).

Un riscontro sperimentale al diverso modo di percepire la realtà nelle orga-

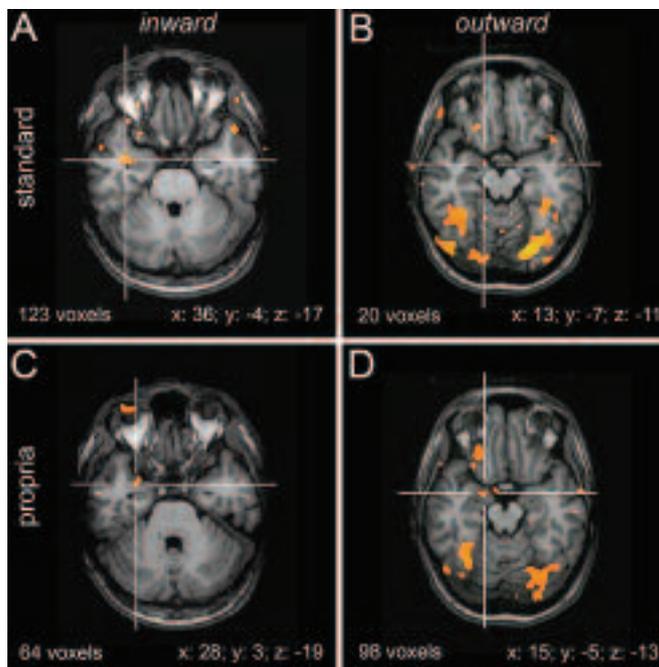


Fig 2. Attivazione nell'amygdala di destra, evidenziata dall'intersezione degli assi, evocata dalla presentazione di facce con espressione di rabbia. A, attivazione osservata in un soggetto con stile di personalità inward alla presentazione di facce standard (esperienza in terza persona); B, attivazione evocata dallo stesso stimolo in un soggetto outward. C, attivazione evocata nel soggetto inward, lo stesso mostrato in A, dalla presentazione di facce proprie (esperienza in prima persona); D, attivazione evocata dallo stesso stimolo nel soggetto outward mostrato in B. Secondo la convenzione radiologica, l'emisfero sinistro è raffigurato a destra (da: Nardi et al., 2008).

nizzazioni inward ed outward è stato da noi ottenuto con uno studio di risonanza magnetica funzionale condotto in collaborazione con l'Istituto di Radiologia e la Sezione di Fisiologia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Ateneo. Come si può vedere dalla Fig. 2, se si presentano facce che esprimono emozioni differenti, gli inward attivano precocemente e primariamente l'amigdala (specie quella destra), mentre gli outward attivano molte più aree, incluse quelle corticali: nei primi si verifica una prioritaria attivazione emozionale che guida il comportamento, mentre nei secondi l'elaborazione dell'espressione facciale percepita è essenziale per determinare ciò che si prova. Sia nei soggetti *inward* che in quelli *outward*, l'emozione espressa da un volto estraneo produce una maggiore attivazione ("effetto sorpresa") di quella ottenuta vedendo la stessa emozione espressa dalla propria faccia.

La valutazione testistica delle OSP

Le polarità *inward* ed *outward* possono essere collocate agli estremi di un unico asse di sviluppo, per cui possono apparire più o meno marcate ed evidenti da soggetto a soggetto. In diversi casi, infatti, si osservano situazioni intermedie, sebbene comunque una delle due prevalga sull'altra, che si manifesta attraverso aspetti e atteggiamenti secondari e subalterni. In ogni caso, gli aspetti invariati delle organizzazioni di significato personale esprimono, sul piano dell'adattamento, le modalità che il bambino ha sperimentato come più vantaggiose e percorribili per rispondere ai suoi bisogni.

Negli *sviluppi inward*, sulla base di questi aspetti invariati, le *relazioni di reciprocità* vengono costruite *in termini prevalentemente fisici* (percezione e gestione della distanza fisica); negli *sviluppi outward in termini prevalentemente semantici* (verifica delle conferme/disconferme ricevute o dell'adesione alle regole ed ai valori da rispettare). Il significato adattivo della ricerca del miglior accudimento possibile è quindi la base del senso di unicità e di continuità storica di ciascun individuo, definendogli i contorni della sua identità.

Allo scopo di disporre di uno strumento operativo semplice e rapido, per individuare le diverse organizzazioni, è stato messo a punto dal nostro gruppo un test di autovalutazione (Tab. 1), il *Mini Questionario sull'Organizzazione Personale (MQOP)*. Si tratta di uno strumento che comprende venti affermazioni, relative a stati d'animo legati a situazioni o a comportamenti, in modo da cogliere gli aspetti soggettivi di ciò che si sperimenta. Le risposte alle diverse affermazioni vanno da "completamente falso per

me" (un punto) a "completamente vero per me" (sei punti). Ciascuna organizzazione è individuata da cinque item del test, mentre la scala *inward/outward* emerge dalla combinazione e dalla sovrapposizione per costruito degli item, che si basano sulla lettura delle emozioni e dei comportamenti in termini di sicurezza o distacco (organizzazioni *inward*) o di approvazione o adesione a norme esterne (organizzazioni *outward*).

In definitiva, ogni organizzazione, proprio in quanto esprime una specifica modalità di sviluppo in relazione alle pressioni percepite dall'ambiente, ha valenze adattive, consente di fronteggiare e di risolvere molteplici problemi e fornisce una serie di potenzialità e risorse. D'altro lato, per le stesse ragioni, può presentare determinate fragilità e può andare incontro a scompensi quando gli stimoli ambientali risultano preponderanti, superando le capacità di mantenimento dell'equilibrio interno e non essendo quindi integrabili nel senso di sé. Pertanto, una percezione più o meno positiva o negativa di sé e del mondo, con conseguente lettura del presente, del passato e del futuro, non dipende dal tipo di organizzazione, ma dalle fragilità costituzionali e dagli itinerari evolutivi che il soggetto ha avuto, assimilando l'esperienza ed i messaggi esterni e trasformandoli attivamente in senso di sé.

Riferimenti bibliografici

- 1) Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- 2) Guidano V.F. *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- 3) Marchesi G.F., Nardi B., Rocchetti G.: Disordini mentali: inquadramento psicopatologico. In: Angeleri F., Ferrari E., Muratorio A. (Eds.), *Guida alla Neurologia Clinica*, Jp1, 1-9. Monduzzi, Bologna, 1986.
- 4) Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- 5) Nardi B.: *CostruirSi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.
- 6) Nardi B., Bellantuono C.: A new Adaptive and evolutionary conceptualization of the Personal Meaning Organization (P.M.O.) framework. *Europ Psychother*, 8(1), 5-16, 2008.
- 7) Nardi B., Capecci I., Fabri M., Polonara G., Mascioli G., Cavola G., Di Nicolò M., Laurenzi S., Rocchetti D., Brandoni M., Rocchetti G., Salvolini U., Manzoni T., Bellantuono C.: Studio mediante fMRI delle attivazioni emotive correlate alla presentazione di volti estranei o del proprio volto in soggetti con personalità inward e outward. *Riv Psic*, 43(4), 233-241, 2008.
- 8) Nardi B., Moltedo A.: Rol de la relacion de reciprocidad en el desarrollo de las diversas organizaciones de significado personal. *Gac Psiquiat Univ (Universidad de Chile, Facultad de Medicina)*, 4(4), 3, 345-358, 2008.

LUIGI MARIA BIANCHINI

Neurologia

Ospedale San Salvatore Pesaro

L'Ospedale San Salvatore di Pesaro, quasi novecento anni di storia

La storia dell'ospedale pesarese risale a oltre ottocento anni fa, traendo origine dalle istituzioni sanitarie dei primi secoli dell'era cristiana, ricordando sempre, però, che la mutua assistenza, gli ospedali, i medici di quartiere già esistevano nella Roma imperiale.

Pesaro era un Comune medio-piccolo con qualche migliaio di abitanti e, come in tutto l'occidente cristiano, l'origine dell'ospedale è anche qui nelle *confraternite*, che, grazie a devoluzioni volontarie, testamenti, lasciti, erano organizzate in *luoghi laicali dipendenti dalla Comunità* e che avevano come scopo di soccorrere le persone meno abbienti, dare sepoltura ai morti poveri, accogliere pellegrini e romei, curare i malati che non potevano pagare i medici privati.

Tra 1200 e 1300, compare la *condotta*: il Comune stipulava un contratto con un medico che *conduceva* nel paese per curare i malati poveri, ecc. Le congregazioni avevano una sede propria, perlopiù presso chiese, da cui traevano il nome, e questi luoghi di accoglienza prendevano il nome di *hospitali*, in cui all'assistenza inizialmente religiosa si sostituì progressivamente quella laica dei condotti, esterni alla struttura, aiutati all'interno dai *conversi*, con funzioni similinfermieristiche.

La prima citazione storica relativa all'ospedale di Pesaro è del 1154, quando Adriano VI, Nicola Breakspear, finora l'unico inglese salito al soglio pontificio, in una bolla cita un *ospedale della Serra degli Olmi*, di cui non si hanno altre notizie.

Un documento del 25 ottobre 1183 menziona la vendita di un terreno presso la chiesa di *S. Ermete* a

Gabicce -paese a pochi chilometri dalla città-, appezzamento che confinava con un *Campus Hospitalis*, l'*Ospedale dei Pellegrini*, in cui alloggiavano i viandanti, i maschi a piano terra, le femmine nel solaio. Nel 1374 in un *istromento* è citato l'*hospitalis Candelarie*, a Candelara, nei colli pesaresi.

A Pesaro città, la chiesa di *S. Agostino*, allora intitolata a *S. Lorenzo*, eretta nel 1257, era *loco d'ospedale*; poi sarà trasferito a *S. Spirito*, ove, come *S. Maria delle Fabbreccie*, trovavano ricovero i pellegrini. Nel 1263, *Andrea del fu Tolomeo* dona *due soldi agli ospedali cittadini di S. Claudio, e S. Giovanni*; come pure nel 1330, un tale *Uomosanto di Giacomo*, istituì un ospedale nella stessa sede in cui ora si trova la *Pescheria Monumentale*, ampliando l'ospedale preesistente. Di fronte a questo, venticinque anni dopo fu edificato un altro ospedale più grande che prese il nome di *S. Maria della Misericordia*. Un altro ospedale, presso la chiesa di *S. Antonio Vecchio*, si trovava in fondo all'attuale via Branca, presso Porta Collina o Curina.

Le confraternite con finalità strettamente connesse con l'assistenza ospedaliera erano numerose: *della Nunziata* – fondata nel 1347 dai beati Cecco e Michelina, la cui salma è sepolta in *S. Francesco* in una tomba fatta edificare da Pandolfo Malatesta, scampato a un naufragio-, *della Misericordia, di S. Andrea, di S. Antonio, del Buon Gesù*, che si fuse con quella *del Sacramento*.

Negli *hospitali* erano ricoverati poveri, pellegrini, trovatelli, malati poveri: ognuno aveva una specializzazione:

a esempio, quelli affetti da *morbo pestifero* andavano, assieme ai viandanti, all'ospedale della *Pietà*, in Valmanente; il Lazzaretto, o *Casone*, era fuori *Porta Fanestra* o *Fanese*, alla fine di via *S. Francesco*, ecc.

Nel 1469, per le cattive condizioni



Fig. 1 - Il primo Ospedale dell'Unione del San Salvatore, nato dalla confluenza delle confraternite, riunite nella sede della più grande di esse, quella di Santa Maria della Misericordia. Il palazzo fu abbattuto nel 1914 e, al suo posto, fu edificata la scuola elementare Perticari, ora Istituto d'arte Mengaroni.



Fig. 2 - Facciata del Conservatorio delle Zitelle, fondato nel 1581 dalla duchessa Vittoria Farnese, nel quale saranno ospitati anche i maschi dopo la fondazione dell'orfanotrofio maschile nella seconda decade dell'Ottocento.

economiche dei vari ospedali, fu presentata all'allora duca Alessandro Sforza una petizione per l'assunzione della gravosità delle spese: il duca decise di unire le forze delle fratrie, dalla cui fusione nacque l'Ospedale dell'Unione del San Salvatore. In quel periodo ospedali maggiori, dalla fusione di altri più piccoli nascevano in tutt'Italia (Milano, Ferrara, Pavia, Mantova, ecc.). La direzione era esercitata da dieci deputati, due per confraternita; fu concessa l'esenzione dalle tasse, ma fu revocata già nel 1472. Costanzo, Giovanni Sforza, Cesare Borgia dal 1550 al 1503, di nuovo Giovanni, il figlio Costanzo II, Giuliano Della Rovere, nipote di Giulio II, Lorenzino de' Medici - padre di Caterina di Francia, nipote di Leone X -, Giulio de' Medici e di nuovo Francesco Maria II e Federico Ubaldo, che morì prima del padre, alla cui scomparsa, nel 1631, il ducato passò alla diretta amministrazione dello Stato della Chiesa.

Nel 1468 è istituito il Monte di Pietà; nel 1513 furono istituite le figure dei due revisori dei conti; nel 1514 la carica di rettore e quella dei fattori che sovrintendevano ai beni agricoli e alle strutture murarie. Nel 1532, i rettori dell'ospedale diventano dodici. Nel 1582, Vittoria Farnese, moglie di Guidubaldo II, fonda il Conservatorio delle Zitelle, l'istituto che accoglieva le trovatelle.

Francesco Maria fu il primo a promulgare un regolamento scritto: Capitoli per il governo dell'Hospitale di Pesaro mandati con lettera da S.A.S. il Signor Duca, li X aprile 1606. I nomi dei rettori erano inseriti in un bussole da cui ne erano estratti tre che avrebbero tenuto quattro mesi ciascuno le chiavi di masserie, olio, grano, farina, carne, ecc., avrebbero dovuto pagare i



Fig. 3 - Frontespizio dei Regolamenti del 1837, Biblioteca Oliveriana, Pesaro.

salariati e uisitare spesso la casa e almeno due volte la settimana, l'Hospitale per vedere da vicino come passano le cose, et imparticolare dell'Infermi.

Nel 1689, nuovo regolamento, i rettori non giuravano più in mano del Cancelliere della camera, ma del Cancellerie della Città, venendo confermati non dal duca, ma dall'Eminentissimo Legato pro tempore. I reggenti restavano in carica due anni, visitavano le infermerie due volte la settimana; il priore - un laico, non un religioso -, che doveva badare in particolare che la Cucineria eserciti la sua carica con puntualità, e carità, a ciò li poveri infermi sijno ben serviti, presentava loro settimanalmente il rendiconto. Doveva anche recarsi mattina e sera nelle infermerie, per controllare se ai malati occorra cosa alcuna, se gl'infermieri esercitano il loro debito, et obbligo, se fossero in ordine gl'unguenti, acque, ceroti, et ogn'altro, che dalla Spetieria sarà dato per gl'Infermi, sij di tutta perfettione e di profitto per li amalati o feriti. Ricoverava gli ammalati inviati da signori Medici, o Chirurghi, che godono la condotta di questa città di Pesaro, assisteva alla loro svestizione, prendeva in consegna tutte le robbe di ognuno, mettendole in una cassa (còmpiti svolti nell'800 dal Chirurgo Astante).

Annesso all'ospedale era l'orfanotrofio, suo compito era anche di cura, et disciplina, d'educare le Putte, e i Gioueni, che dimorano nell'Hospedale con farle applicare alli lavori del telaro, filare, far calzetti et ogn'altra



Fig. 4 - Il fronte di una cartolina del 1906 con intestazione Farmacie dell'Ospedale relativa alla spedizione di un prodotto depilatorio richiesto dal Sig. Troisi Dottor Bonaventura di Montefalcione in provincia di Avellino (Fondo Dassori, Pesaro, Foto Castellani).

cosa per risparmio della Casa e per loro amaestramento, evitando di frequentare chiunque (huomini, donne, balie) e ogni quindici giorni si recava a controllare Putti e Putte affidati alle nutrici, se lattanti, o alle famiglie cui erano stati affidati.

Dai Regolamenti del 1837, apprendiamo che i posti di ricovero erano cinquanta per maschi e femmine, divisi in due corsie. Il personale era costituito da impiegati: priore, segretario, computista, depositario o cassiere, chirurgo astante - in sostanza, un medico di guardia ventiquattr'ore su ventiquattro -, cappellano delle infermerie, confessore del conservatorio, coadiutore del cappellano, priora del conservatorio - sempre laica -, fattore spenditore e magazzinoiere, fattore sorvegliante; inservienti: tre infermieri per la camerata degli uomini, due infermiere per quella delle donne, un barbiere, una balia per i neonati esposti, un chierico della chiesa, un becchino, una becchina.

La visita e le cure erano praticate da medico e chirurgo condotti di Pesaro, coadiuvati dall'astante sempre presente, che, quando gli ammalati si aggravavano particolarmente, li ricoveravano per seguirli in ricovero.

L'ospedale disponeva di una propria farmacia cui faceva ricorso anche la cittadinanza, ma la cura essenziale per i ricoverati era rappresentata dall'alimentazione e per la carenza di terapie e per essere molto spesso la fame alla base di molte patologie. Le diete erano distinte in *Dieta, Quarta, Mezza, Tre quarti, Intera*, contenenti tutte minestra, carne, pane, vino in quantità diverse a seconda delle diete, delle stagioni, ecc.

Ancora non c'erano le cartelle cliniche, che erano sostituite da *module* indicate con lettere diverse (A,



Fig. 5 - Modulo A. Biglietto di entrata allo Spedale (dai Regolamenti del 1837).

biglietto di ricovero, B registro generale dei ricoverati, H per l'ordinazione delle diete alimentari, K per la spesa quotidiana, G con tutti i malati defunti, addirittura una, la I, era un *Registro nosografico in cui dal Chirurgo astante del Ven. Ospedale di San Salvatore di Pesaro vengono notati i principali, e più singolari casi di malattie sofferte dagli'Infermi che furono ricevuti, e curati nello Spedale medesimo, ecc.*).

L'11 settembre 1860 le truppe italiane entrarono in Pesaro, a novembre le Marche furono annesse al Regno d'Italia mediante plebiscito. Con decreto 24 ottobre 1860 i luoghi pii furono sottoposti all'amministrazione della *Congregazione di Carità*; nel 1863 vennero rivisti gli statuti. I primi cinque anni furono impiegati a prendere possesso dei vari istituti di beneficenza senza apportare modifiche. Nei vent'anni successivi si procedette alla sistemazione amministrativa e al concentramento dei vari servizi e al raggruppamento dei vari uffici, delle contabilità, riducendo a sette i conti che per lo innanzi erano ben ventuno.

Nel 1877 s'instaurò un regolare registro patrimoniale dell'ospedale. Si accorciarono le degenze, si aumentò il numero dei ricoveri. Nel 1888 erano stati forniti *non solo dei moderni apparecchi chirurgici, ma dei ferri operatori più comuni, di cui si era del tutto sforniti*, si erano costruite due case coloniche e risanati parecchi debiti e il bilancio era sostanzialmente in pareggio (entrate 61.217,23 lire, uscite 62.015,30). Per ogni malato cronico, il comune corrispondeva 40 cent. al giorno, per i soldati da 1,30 a 1,50 lire.

Il 28 novembre 1889 il consigliere comunale Alessandro Simoncelli pronunciò un discorso sulla

Il Consiglio Comunale di Pesaro
 ritenuto che l'ospedale di S. Salvatore
 si trova in tale stato da non corrispon-
 dere alle esigenze della igiene e della
 scienza medica, ritenuto che è necessario
 provvedere alla fondazione di un altro
 fabbricato che sia in tale condizione
 da soddisfare i bisogni ed i giusti desideri
 della popolazione.

Incarica la giunta di prendere
 accordi con la Congregazione di carità
 per formulare un progetto di nuovo
 ospedale.

e intanto stabilisce che la somma
 di L. 9700 ricavate dalla Chiesa ricettoria
 sia destinato al fondo per la costruzio-
 ne del nuovo ospedale.

Terenzio Cinotti
 Alessandro Simoncelli
 Alfredo Faggi

Fig. 6 - Manoscritto autografo del discorso di Alessandro Simoncelli sulla necessità di un nuovo ospedale a Pesaro, firmato anche dai consiglieri Terenzio Cinotti ed Alfredo Faggi (Archivio privato professor Riccardo Paolo Uguccioni).

necessità di un nuovo nosocomio a Pesaro, non più sufficiente, quello vecchio, per le mutate esigenze della città e per i nuovi livelli di terapie. La struttura era sempre quella primitiva di Corso XI settembre ed era ormai carente e inadeguata. La riforma sanitaria del 1888 e le modifiche degli anni successivi comportarono grossi progressi su tutto il territorio nazionale. Fu indetta una pubblica sottoscrizione tra la popolazione, ci furono i sostanziali contributi della Cassa di Risparmio e della famiglia Albani.

Nel 1903 iniziarono i lavori per la realizzazione del nuovo ospedale nella sede in cui ancora si trova, al posto del convento dei Cappuccini, la cui prima pietra era stata posta nel 1656 dalla regina Cristina di Svezia.

Domenica 5 agosto 1906 fu inaugurato il nuovo ospedale, che mantenne lo stesso nome *San Salvatore*:



Fig. 7 - Dietro il monumento a Garibaldi, il convento dei Cappuccini – la cui prima pietra fu messa da Cristina di Svezia – al posto del quale fu costruito il San Salvatore, inaugurato nel 1906.

primo presidente Dante Oliva, primo direttore Artirolo Venturoli. Erano state abolite le grandi corsie, sostituite da stanze con più letti, ma anche singole per i paganti, i padiglioni erano organizzati secondo le moderne concezioni dell'ingegneria sanitaria. Pronto Soccorso, gabinetto idroterapico, sezione militare, sala operatoria, stanza per la sterilizzazione di medici e infermieri operatori, per la sterilizzazione dei ferri, per le medicazioni, la cucina, la dispensa, la cantina, il guardaroba (tutte le attività relative alle ultime quattro, in precedenza, erano state svolte nel *Conservatorio delle Zitelle*, adiacente al vecchio ospedale). Illuminazione a gas, addirittura, impianto telefonico, campanelli elettrici; l'acqua proveniva da due fonti. Un gabinetto d'analisi, con un microscopio e un apparecchio centrifugatore; l'elettroterapia e il gabinetto radiologico sarebbero stati realizzabili solamente nel 1921 (contributi ancora di Cassa di Risparmio e Albani); sempre nel '21, la farmacia, fondata nel 1746, esterna all'ospedale, data sempre in affitto, fu gestita direttamente.

Costo dell'ospedale 300.000 lire, ne erano state raccolte 170.000.

Nel 1923 i consiglieri divennero nove: cinque eletti dalla Prefettura, quattro dal Comune.

Un'altra camera operatoria e ristrutturazione e ampliamenti nel 1934, costruzione del padiglione per i tubercolosi: complessivamente 200 posti letto. Mille interventi l'anno, 40.000 giornate di degenza: disponeva di beni per 7.095.534,60 lire.

Nel '35, Categoria I, malati a carico del Comune:

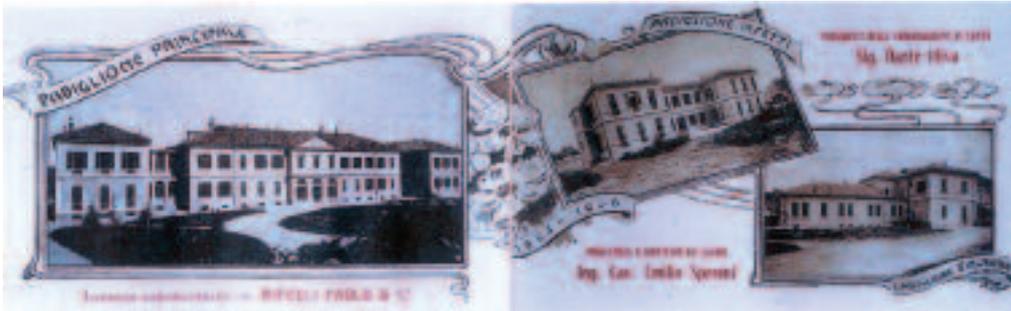


Fig. 8 - Cartolina commemorativa dell'inaugurazione del nuovo Ospedale San Salvatore (Fondo Dassori – Foto Castellani).

retta di 10 lire; II, poveri di altri Comuni lire 18 per la medicina, 20 per la chirurgia; III, paganti in proprio con ulteriori suddivisioni dalla I alla III classe, se residenti e da quanto tempo a Pesaro, ecc. Salvo le urgenze, si veniva ricoverati di pomeriggio, si pagava una tassa d'ingresso e una tassa di cura medica o di operazione chirurgica, suddivisa in 316 voci (prezzo massimo, 480 lire per la prostatectomia per tumore maligno della prostata). La quota andava per il 41 % all'amministrazione, per il 50 % al primario, per il 5 % all'aiuto, per il 4 % all'assistente. Presidente G. Maurel.

Nel '37, nasce l'ECA, ente comunale d'assistenza, al posto della Congregazione di Carità. Nel '39, l'ospedale, l'orfanotrofio, gli ospizi, i ricoveri di mendicizia, ecc. confluirono nell'IRAB (Istituzioni Riunite di Assistenza e Beneficenza): l'ospedale è classificato di seconda categoria. Fu erroneamente bombardato durante l'ultima guerra.

Nel periodo post-bellico, oltre Medicina, Chirurgia, Malattie Infettive, Laboratorio, Radiologia, Farmacia, comparvero Otorinolaringoiatria, Oculistica, Ostetricia,

Pneumologia, Ortopedia, Urologia, Nefrologia, il Servizio Autonomo di Pronto Soccorso, Rianimazione, Neurologia, Ematologia, Psichiatria, Pneumologia, Dermatologia.

Nel '78, con la legge 833 scomparve l'Ente Ospedaliero, assorbito dalle Unità

Sanitarie Locali (USL), 24 nelle Marche, la numero 3, quella di Pesaro.

Nel 1993 l'ospedale *San Salvatore* è stato giudicato uno dei pochi nella nostra regione in grado di divenire azienda ospedaliera capace di amministrazione autonoma e, dall'1 febbraio 1995, ha assunto la denominazione di *Azienda Ospedaliera - Ospedale San Salvatore*, separandosi amministrativamente dalla USL n° 3, diventa, a sua volta, ASL (Azienda Sanitaria Locale) n°1.

Dalla costituzione dell'azienda, sono stati istituiti i Dipartimenti, ognuno con un proprio dirigente, *Tecnico-amministrativo, Chirurgico, Diagnostico, di Emergenza e accettazione, Materno-infantile, Medico, Onco-ematologico*, delle *Tecnostrutture sanitarie*, delle *Professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, riabilitative, ostetriche*. La *Medicina Nucleare* è diventata un servizio autonomo. Sono stati istituiti il *Polo endoscopico-Day surgery*, il servizio di *Gastroscopia ed endoscopia digestiva*, un centro di *Emodinamica interventiva*, uno per le *Dimissioni protette*, per i pazienti cronici bisognosi di un supplemento di rico-



Fig. 9 - L'Ospedale San Salvatore sullo sfondo di Porta Rimini, prima dell'abbattimento parziale delle mura.



Fig. 10 - La Scuola in Ospedale presso il Reparto di Ematologia.



Fig. 11 - Il Reparto di Radioterapia di recente inaugurazione.

vero superata la fase di acuzie, la *Radioterapia*, i letti di degenza per l'*Oncologia*. La Radiologia dispone della RMN e della TAC spirale. Ancora, il servizio di *Diabetologia* e di *Dietologia*, *ORL* e *Oculistica* sono divenuti servizi con possibilità di ricovero in *day-hospital*.

Dall'anno scolastico '95-'96, presso l'*Ematologia*, è in funzione la *Scuola in ospedale*, comprensiva di scuola materna, elementare e media per i ragazzi in attesa di trapianto di midollo osseo e per i loro fratelli donatori. Lo scopo è di non interrompere l'iter scolastico, ridurre il trauma dell'ospedalizzazione, continuando le attività precedenti, socializzare e superare le differenze culturali e linguistiche, provenendo i giovani pazienti da molte regioni italiane, ma anche da varie parti del mondo.

Sempre nel 1995, appena prima dell'azienda, alcuni medici dell'ospedale hanno fondato la rivista scientifica medica *Diario del San Salvatore*, che con cadenza quadrimestrale, ha pubblicato articoli originali di specialisti dei vari reparti dello stesso, ma anche di altri nosocomi e università della regione e di molte altre città italiane - Roma, Ancona, Bologna, Urbino, Fano, ecc.-. La rivista, finanziata in tempi diversi da *sponsors* privati o enti - Fondazione Cassa di Risparmio di Pesaro, Ordine dei Medici, AIL, Comune di Gabicce, Fondazione Berloni, ecc.-, era inviata a tutti i medici della provincia di Pesaro e Urbino. La pubblicazione è cessata dopo sette anni, quando il direttore del giornale ha chiesto all'Azienda Ospedaliera, proprietaria della testata, di assumerne l'onere in prima persona.

L'ottimismo non manca, le promesse nemmeno...

ma ancora siamo in attesa, confidando nella serietà di quelle dell'attuale Direttore Generale.

Per quanto riguarda reperti artistici o con effettivo valore d'antiquariato, all'interno del nosocomio, salvo qualche ritratto dei primi presidenti e qualche mobile, rimasti nella direzione, prima comune, dell'ASL, le lapidi delle donazioni ai trovatelli, lungo le scale e nell'atrio dell'ospedale, non è rimasto molto.

Bibliografia

- 1) D. Trebbi, *Pesaro, storia dei sobborghi e dei castelli*, II e III, Fano 1989 e 1991.
- 2) G. Calegari, *Memorie di Candelara*, Pesaro 1993
- 3) S. Caponetto, *Pesaro e la Legazione di Urbino nella seconda metà del secolo XVIII*, "Studia Oliveriana", VII, 1959
- 4) D. Ceccherelli, *Cenni storici dell'Ospedale San Salvatore*, Bibl. Oliveriana, Pesaro, 1960
- 5) G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari, 1992
- 6) A. Celli (a cura di), *Manuale dell'ufficiale sanitario - corso di perfezionamento-*, Società Editrice Dante Alighieri, Roma 1899.
- E. Fazio, *Trattato d'igiene (Atavismo e Mesologia)*, Napoli 1887
- 7) M. Frenquellucci, *La storia urbana di Pesaro nel Medioevo: mille anni di trasformazione*, AA VV, *Pesaro tra Medioevo e Rinascimento*, Venezia 1989.
- 8) G. Gabucci, *I santi di Pesaro*, Pesaro, 1936.
- 9) L'Adriatico, *L'inaugurazione del nuovo ospedale*, 9/VIII/1906.
- 10) G. Penso, *La medicina romana, l'arte di Esculapio nell'antichità*, Ciba-Geigy, Saronno 1991.
- 11) *Regolamenti Stabilimento di S. Salvatore*, Tipografia Nobili, Pesaro 1837.
- 12) *Statuti organici della Congregazione di carità di Pesaro e Luoghi pii da essa dipendenti*, 1873, Archivi ASL n°1 Pesaro.
- 13) Congregazione di carità di Pesaro, *Elenco delle offerte raccolte pro Cucine Economiche (inverno 1929-1930)*, 1931, Archivio ASL n°1 Pesaro.
- 14) Congregazione di carità di Pesaro, *Tariffa per le rette di spedalità*, 1935, Archivio ASL n°1 Pesaro.
- 15) Congregazione di carità di Pesaro, *Relazione sulle Opere pie*, 1889, Archivio ASL n°1 Pesaro.
- 16) L.M. Bianchini, M. Gunelli, *Pesaro e il suo ospedale. Notizie storiche*, Pesaro, 1995.
- 17) L.M. Bianchini, *La documentazione prima della cartella clinica: in particolare le "Module" dell'ospedale San Salvatore di Pesaro nel 1837*, in *La cartella clinica. Profili strumentali, gestionali, giuridici ed archivistici*, a cura di Oddo Bucci -per il Convegno nazionale organizzato dall'Università di Macerata a Fermo- Maggioli Editore, San Marino, 1999.
- 18) L.M. Bianchini, *Il conservatorio della zitelle. L'assistenza alle trovatelle nella tradizione pesarese della solidarietà*, CM Arti Grafiche, Civitanova Marche, 2001.
- 19) Servizio Sanitario Nazionale - Regione Marche - Az. Osp. San Salvatore, Pesaro, *Carta dei Servizi*, 2007.

STEFANIA FORTUNA

Storia della Medicina
Università Politecnica delle Marche

Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1749 - 1978)

Il Casone e l'Ospizio di San Ciriaco

Le prime notizie sul trattamento dei malati mentali ad Ancona sono abbastanza recenti e risalgono al 1749, quando, su sollecitazione del papa Benedetto XIV, la città destina loro una piccola struttura nota come il Casone, vicino al convento dei Cappuccini, sul monte omonimo, oggi parco del Cardeto. I malati mentali, chiamati allora pazzi o mentecatti, sono tenuti qui fino al 1799, quando il Casone è distrutto durante gli attacchi che le truppe austro-russe sferrano contro i francesi che occupano la città. In seguito i pazzi sono trasferiti in due locali nei pressi della chiesa di San Ciriaco, di proprietà della chiesa stessa, che prima servivano come deposito. Questa sistemazione doveva essere temporanea, ma rimane in funzione fino al 1918, per vent'anni, durante i quali la città è teatro di violenti conflitti e di rapidi cambiamenti di governo. Dal 1749 al 1818 i malati mentali sono trattati ad Ancona - come anche altrove - allo stesso modo: in genere meno di dieci, tra uomini e donne, sono tenuti insieme, reclusi dalle autorità cittadine o ecclesiastiche, e affidati ad un custode che si occupa di cibo e pulizie, scarso il primo, sommarie le seconde, e che utilizza percosse e catene per i più irrequieti ed aggressivi; sono visitati solo occasionalmente da un medico, che deve comunque attestare la loro sanità di mente, se sono rilasciati.

Nel 1818 l'ordine dei Fatebenefratelli, fondato nel Cinquecento da San Giovanni di Dio in Spagna e impegnato principalmente nell'assistenza ai malati, compresi quelli mentali, riceve in gestione dalla città di Ancona l'ospedale di San Francesco delle Scale, sul colle del Guasco, posto all'interno dei locali della chiesa che era stata sconosciuta durante il periodo napoleonico oggi ricon-

segnata al culto dal 1953. L'anno successivo i Fatebenefratelli ricevono l'incarico, sempre dal governo della città, di occuparsi anche dei pazzi, che sono quindi trasferiti nel complesso di San Francesco delle Scale. Al momento del loro arrivo nella nuova sede, nel gennaio 1919, i pazzi sono in tutto sei, cinque uomini e una donna; tra i pochi arredi inventariati nella vecchia sede di San Ciriaco "quindici catene di ferro, due ceppi, cinque manette, tredici gambetti di ferro".

Il manicomio di via Fanti

Nell'ospedale di San Francesco delle Scale, le condizioni di vita dei pazzi non cambiano in modo significativo. Padre Benedetto Vernò (m. 1858), priore dell'ordine dei Fatebenefratelli ad Ancona e padre generale a Roma dal 1837 al 1850, uomo illuminato ed esperto di medicina, decide quindi di costruire per loro una struttura specifica, che tenga conto dei più moderni criteri di trattamento e di cura. Questi erano stati già affermati e realizzati almeno in parte da Vincenzo Chiarugi (1759-1820) a Firenze, nella seconda metà del Settecento, all'epoca del granduca Pietro Leopoldo di Lorena, e successivamente si erano diffusi in tutta Europa a partire dall'esperienza francese di Philippe Pinel (1745-1826) e del suo allievo Jean-Étienne Esquirol (1742-1840). Nel 1840 è finalmente inaugurato ad Ancona il manicomio, chiamato di San Giovanni di Dio, in onore del fondatore dei Fatebenefratelli, progettato dall'architetto Antonio Papis (1785-1878), all'interno dell'ampio complesso di San Francesco delle Scale, in via Fanti. Di questa struttura oggi non rimane niente, dopo i bombardamenti della seconda guerra mondiale, se non i disegni.

L'edificio, su tre piani, era diviso in due parti, non in comunicazione tra loro, l'una per le donne e l'altra per gli uomini, e si articolava in diversi locali, con orto, in modo tale che i pazienti fossero distinti per tipologia della malattia e per censo. I paganti avevano infatti vitto e alloggio diversi e migliori rispetto a quelli che erano a carico della città.

Al momento dell'inau-



Lo studio di Stefania Fortuna e quello successivo di Enrico Mancini sono stati presentati, il 6 giugno 2008, al Convegno Annuale della Facoltà di Medicina.

gurazione, padre Benedetto Vernò pronuncia un discorso, in cui con orgoglio afferma che il manicomio di Ancona era stato costruito nel migliore dei modi, perché ci fossero tutti gli strumenti che la medicina suggeriva per la cura delle malattie mentali:

In questo io mi sono adoperato, per quanto era in me, di riunire, sì per l'architettura ... e la distribuzione delle varie parti onde è composto, come per tutta quella varietà di mezzi e di soccorsi che la scienza di questa altissima parte della medicina ha insegnato proficui, ogni richiesta condizione perché esso in ogni varietà di casi di malattie mentali possa riuscire al suo fine; ed oso dire che quivi nulla manca a cotanta opera si richiede.

Padre Benedetto Vernò chiarisce, innanzi tutto, che nel manicomio di Ancona tutti i malati di mente sono trattati con umanità, e che ogni forma di violenza corporale è bandita, percosse e catene, che erano altrimenti consuete:

In questo pio ospizio sono abolite le catene, le bastonate e qualunque offesa corporale ... Giammai avvenga che i custodi ed i serventi si facciano lecito di usare le minime durezza verso i poveri mentecatti ... Sarà tosto e sul fatto licenziato qualunque servente, il quale obliasse una sola volta questa essenzialissima legge.

L'amministrazione del manicomio è controllata dal priore dei Fatebenefratelli, ma i malati di mente sono trattati e curati dal direttore, che è un medico. Padre Benedetto Vernò descrive come debba essere il direttore, un uomo irreprensibile e speciale, di grandi qualità intellettuali e morali, esperto della vita, del mondo, dell'uomo e dell'animo umano in tutte le sue più varie manifestazioni, con una vocazione non comune per la filantropia; descrive inoltre quale rapporto i pazienti debbano avere con lui, di completa fiducia e di profonda ammirazione:

In un ospizio destinato alle cure fisico-morali dei pazzi, egli è mestieri che il medico direttore sia in esso come lo spirito intelligente che tutto muove, determina e dirige questi miseri uomini ... Egli è bisogno, acciocché questi felici risultati non manchino, che i pazzi sentano che il loro destino è interamente nelle mani del medico, e che credano - se la cosa è possibile - che non

esista persona sopra di esso... le qualità intellettuali e morali, che debbono essere ricercate in un medico direttore, debbono essere speciali ... Un medico destinato a questo altissimo ufficio deve inoltre possedere la conoscenza del mondo e degli uomini, quella della maniera di vivere delle varie classi di cittadini, i vari caratteri intellettuali e morali degli uomini, e debba essersi lungamente versato nello studio dei fenomeni con cui si manifestano le varie energie dello spirito umano nello stato di salute. Infine egli è necessario che il medico direttore di un ospizio dei pazzi abbia una naturale e speciale vocazione a questo ufficio e che egli sia animato da una filantropia ardente ... Medicus philosophus Deo aequalis.

Il direttore deve aiutare i suoi pazienti a recuperare la ragione, in un ambiente razionale, ordinato e tranquillo, come il manicomio deve essere. Gli strumenti che ha a disposizione sono molto poco medici - la farmacologia è ancora troppo arretrata a quei tempi - ma principalmente morali, e consistono in premi e punizioni, a seconda dei progressi o delle regressioni che essi compiono:

I mezzi di correzione possono essere, secondo la gravità dei casi e le recidive, o semplici riprensioni o l'interdizione della libertà, delle passeggiate, dei giochi, il cambiamento della dimora da una camera ammobiliata ad una camera nuda, la reclusione, la privazione degli alimenti o delle bevande, il bagno freddo, la doccia e infine il carcere o la camera oscura. La punizione deve essere sempre relativa al delitto e soprattutto all'intenzione che lo ha prodotto.

Le punizioni debbono essere commisurate ai comportamenti che i malati di mente di volta in volta assumono, di cui comunque sono ritenuti sempre responsabili. Le punizioni sono varie e graduali: vanno dal rimprovero alla limitazione o privazione della libertà e dei momenti di svago, pure previsti nel manicomio - passeggiate, musica, attività e giochi, tra cui

il biliardo per gli uomini, il telaio per le donne - fino alla riduzione o sospensione degli alimenti, alla doccia o al bagno freddo e alla camera oscura, una sorta di luogo del terrore, su cui anni fa Gianni Orlandi ha scritto un articolo. Le punizioni corporali sono dunque contemplate nel trattamento dei malati mentali, ma si giustificano perché utilizzate con lo scopo di rieducarli.

Il primo direttore del manicomio di Ancona, dal



1840 al 1858, è Benedetto Monti, un ippocratico e spiritualista che aveva studiato a Roma e a Bologna, e che in seguito, grazie al clinico Maurizio Bufalini (1787-1875), ha la cattedra di patologia ad Urbino, quindi di igiene a Bologna, nel 1859, e a Bologna due anni dopo diventa direttore della clinica delle malattie mentali, appena aperta. Il manicomio di via Fanti continua ad essere in funzione ad Ancona fino al 1901. Dopo Monti, si succedono a dirigerlo Francesco Cardona soltanto per un breve periodo, dal 1861 al 1864, perché presto entra in contrasto con l'amministrazione; quindi Giovan Battista Mencucci, dal 1865 al 1887, con cui per qualche tempo, dal 1871 al 1873, lavora il giovane Augusto Tamburini (1848-1919), che, nato ad Ancona, ad Ancona ha la sua famiglia, e che poi è chiamato da Carlo Livi (1823-1876) al manicomio di San Lazzaro a Reggio Emilia; infine Gaetano Riva (1845-1931) dal 1888. I grandi cambiamenti politici che avvengono in Italia coinvolgono anche il manicomio di Ancona: gestito dall'ordine dei Fatebenefratelli dalla sua fondazione fino all'Unità d'Italia, il manicomio passa dal 1865 alla Provincia, appena istituita. Quanto al personale di assistenza, dal 1870 vi sono utilizzate le suore di Carità di San Vincenzo d'È Paoli, note come suore Cappellone.

Il manicomio di via Fanti nel 1840, al momento della sua apertura, ospita in tutto 32 ricoverati, tra uomini e donne, ed è progettato per contenerne una quarantina circa. Ma il loro numero cresce ad Ancona, come altrove, in maniera progressiva ed inesorabile: sono 141 nel 1860, 261 nel 1880, 395 nel 1900. L'aumento dei ricoverati rende difficile per tutti i direttori la gestione complessiva del manicomio: l'emergenza è quotidiana; continua è la ricerca di nuovi spazi da utilizzare come dormitori per i pazienti, con la riduzione di quelli prima destinati alle attività, allo svago o all'intrattenimento, e con il ricorso ad altri impropri e improvvisati. Non è inoltre sempre facile garantire la sorveglianza, perché il personale di assistenza è lo stesso e non cresce in proporzione ai ricoverati. Inevitabile è quindi l'uso frequente di strumenti di contenzione o di "restrizione", che sono descritti anni dopo da Gustavo Modena (1876-1958) nella sua pubblicazione su *L'Assistenza dei malati di mente nella Provincia di Ancona*, pubblicata nel 1915 e

poi ripubblicata in un'edizione più ampia nel 1929:

Si ricordano ancora alcuni cassoni che servivano a frenare le agitazioni improvvise. Erano casse di legno con fori per cui passavano delle corde che terminavano con delle manopole e dei gambali che venivano fermati alle braccia ed alle gambe degli alienati e dal di fuori venivano poi tirate e saldamente legate. Oltre a questi cassoni vi erano in uso catene e manopole che venivano fissate a muro nell'unico cortile che serviva per tranquillizzare e per agitare; cinture e baveri per i laceratori, e anche museruole per quelli che mordevano, costruite con le maschere che servono per la scherma, fissate posteriormente da cinte di pelle e da serrature a lochetto.

Difficile dire quando questi strumenti siano entrati in uso nel manicomio di via Fanti e se fossero già tra quelli che padre Vernò con un certo orgoglio affermava che erano in dotazione dell'"ospizio" da lui fondato:

... nei casi in cui i pazzi si abbandonano alla violenza, si farà uso dei soli mezzi che sono bastevoli a far sì che essi non nuociano né a loro stessi né agli altri. Questo ospizio è fornito di tutti i mezzi di repressione che sono stati immaginati, a tal fine, da uomini abilissimi nel trattamento degli alienati.

In ogni caso Gustavo Modena racconta di aver trovato lui stesso "due esemplari di queste [museruole] e manopole, catene e braccioli", e di averli mandati tutti al famoso collega Emil Kraepelin (1856-1926) a Monaco, per il suo museo di antichità manicomiali.

Il manicomio di piano San Lazzaro

Il consiglio della Provincia di Ancona, dopo il suo insediamento nel 1865, deve presto affrontare la questione del manicomio di via Fanti, che appare inadeguato e superato: è meglio mantenere in funzione questo manicomio, che è di proprietà del Comune, riparandolo con lavori modesti, i più urgenti, oppure investire subito in un nuovo manicomio, gestito direttamente dalla Provincia, che nell'immediato richiederebbe un grande investimento, ma nel tempo potrebbe rappresentare un risparmio per la Provincia stessa, e



soprattutto sistemerebbe una volta e per tutte i malati mentali del territorio? Prevale inizialmente la prima soluzione, ma le discussioni non si spengono. Qualche anno dopo, nel 1888, quando il progetto di costruire un nuovo manicomio è ripreso, si presentano altri ostacoli da superare, perché i lavori possano iniziare, tra cui il reperimento dei finanziamenti necessari e la scelta del terreno su cui edificare.

Il 24 aprile 1898, con cerimonia solenne, è posta la prima pietra del nuovo manicomio in piano San Lazzaro, tra le colline dello Scrima e del Pinocchio, a circa due chilometri e mezzo dal centro della città, in un'area di oltre 23 ettari, di cui 13 circa destinati a colonia agricola e gli altri 10 ad edifici. In seguito, Gaetano Riva scrive in un libretto pubblicato nel settembre 1901:

La posizione è amena perché circondata da vaghe colline, sul pendio delle quali, in mezzo al verde esuberante, scorgonsi superbi villini e linde casette rustiche che rendono il paesaggio circostante grazioso e pittoresco.

Il progetto è dell'ingegnere Raniero Benedetti, responsabile dell'ufficio tecnico della Provincia di Ancona, "costruttore geniale, uomo di seria cultura e di valore non comune" - come scrive su di lui Gaetano Riva - che aveva lavorato sui disegni del predecessore Alessandro Benedetti - lo stesso che ad Ancona aveva progettato il Palazzo di Giustizia in corso Mazzini, costruito tra 1883 e il 1884 - e che aveva collaborato con una commissione scientifica, nominata appositamente. Tra i componenti di questa commissione Augusto Tamburini, direttore del famoso manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia e professore all'Università di Modena, che avrebbe pubblicato qualche anno dopo, con i suoi collaboratori, un'opera sui manicomi in Italia e nel mondo, Americhe comprese, sulla loro struttura e organizzazione; Gaetano Riva, direttore del manicomio di Ancona, che era nato a Modena, a Modena si era laureato nel 1868, e aveva poi lavorato con Cesare Lombroso al manicomio di Pesaro e con Augusto Tamburini al manicomio di Reggio Emilia per 12 anni, dal

1876 al 1888. Al suo arrivo ad Ancona, nel 1888, Gaetano Riva si era molto impegnato perché fosse costruito un nuovo manicomio, facendo pressione sull'amministrazione e sensibilizzando in vario modo l'opinione pubblica, anche con articoli sui quotidiani della città. Intanto aveva provveduto a sfollare il vecchio manicomio, per quanto possibile, dislocando altrove alcune tipologie di malati cronici, uomini e donne, e aveva aperto una colonia agricola a Posatora, dove utilizzare i malati cosiddetti "tranquilli".

La costruzione del manicomio di piano San Lazzaro dura tre anni. Nel maggio 1901 Gaetano Riva organizza il trasferimento di circa 400 pazienti dal vecchio al nuovo manicomio, che è inaugurato nel luglio successivo, in occasione dell'XI Convegno della Società di Freniatria, e che è presentato da Riva stesso nel citato libretto pubblicato due mesi dopo, nel settembre 1901. Il manicomio di piano San Lazzaro rimane in funzione per circa un secolo. Nel 1978 la legge 180 - nota anche come legge Basaglia, dal nome dello psichiatra di Trieste Franco Basaglia che l'aveva proposta - sancisce la chiusura dei manicomi in Italia. Ad Ancona, come altrove, sono rapidamente dimessi numerosi pazienti, che negli ultimi anni erano già diminuiti nel numero; alcuni tuttavia continuano a vivere nel manicomio fino agli anni Novanta.

La seconda guerra mondiale segna un cambiamento nella direzione e nella gestione del manicomio di Ancona, e ha per questo conseguenze devastanti. L'8 dicembre 1943 un bombardamento degli alleati colpisce in pieno il manicomio: diversi edifici crollano e muoiono numerosi pazienti, infermieri e tre medici, tra cui Arrigo Tamburini (1878-1943), il figlio del grande Augusto, che aveva iniziato a lavorare al manicomio di Ancona nel 1909. Giovanni De Nigris, che è direttore del manicomio dal 1939 al 1947, si preoccupa di trasferire alcuni pazienti in altri manicomi, in quelli di Macerata, di Pesaro e di Perugia, e di aprire per gli altri una sede provvisoria a Sassoferrato, che è utilizzata fino al 1948, e



che nell'estrema emergenza fa sperimentare nuove forme di convivenza e interessanti rapporti tra gli stessi pazienti, i medici e la comunità. Il manicomio di Ancona riapre soltanto nel 1948, quando è direttore Alessandro Alessandrini (1892-1959), esperto di malarioterapia e di elettroshockterapia; nel 1959 gli succede Ignazio Passanisi; gli altri direttori sono di seguito Emilio Mancini, Mario Rossi e Adriano Battisti. Dagli anni Cinquanta il manicomio - che arriva ad ospitare oltre 900 o 950 pazienti - dispone di una sezione di neurologia, con neurochirurgia, dove sono eseguiti anche interventi di lobotomia. L'introduzione degli psicofarmaci, a partire dagli stessi anni Cinquanta, permette di curare o di controllare in modo più efficace le malattie mentali, e nel tempo di ridurre il numero dei ricoveri a favore di un trattamento domiciliare.

Anni 1901-1939

Dal 1901 al 1939 il manicomio di Ancona, diretto prima da Gaetano Riva e da Gustavo Modena poi, dal 1913, è considerato "uno dei migliori d'Italia". Nei primi anni il manicomio è ancora un cantiere aperto, e negli anni successivi l'utilizzazione di alcuni spazi cambia, senza però che l'assetto originario complessivo venga meno. Sul manicomio di Ancona di questo periodo, oltre alle citate pubblicazioni di Riva del 1901 e di Modena del 1915 e 1929, importante documentazione è rappresentata dall'*Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona*, di cui sono pubblicati 13 volumi dal 1903 al 1929, difficilmente reperibili. Questa rivista, simile a quelle pubblicate da altri manicomi italiani negli stessi anni o anche prima, ha lo scopo di segnalare le esperienze cliniche e scientifiche del manicomio di Ancona, nell'ambito della psichiatria italiana. Gaetano Riva scrive infatti, nella presentazione del primo numero, che l'*Annuario* fa "conoscere le condizioni del manicomio di Ancona, i metodi di assistenza dei malati e gli espedienti che la scienza e l'arte suggeriscono e a cui

ricorriamo per soddisfare alle esigenze di una cura razionale e di sicuro effetto. Infine riferisce le osservazioni che sono state fatte nel campo scientifico".

Importante è inoltre un album fotografico sul manicomio di Ancona di grande impatto, conservato presso l'Istituto di Storia delle Marche, che mi è stato gentilmente segnalato da Franca Orazi, e messo a disposizione dal direttore Massimo Papini su CD. Contiene circa ottanta foto, firmate alcune da Gustavo Modena, altre da Carlo Goria, e probabilmente scattate in tempi non lontani tra loro, principalmente tra il 1911 e il 1912. Infatti Carlo Goria, che era nato a Trofarello in provincia di Torino nel 1886, si laurea nel luglio 1910, e lavora quindi al manicomio di Ancona per un breve periodo, dal gennaio 1911 fino al giugno 1912, prima come medico interino e poi come medico assistente; lascia suo malgrado Ancona per Brescia, su pressione del padre che, rimasto vedovo, vuole averlo più vicino. Queste foto compaiono in parte, con didascalia, nei volumi dell'*Annuario* e nelle pubblicazioni di Modena del 1915 e del 1929.

Il manicomio di Ancona nasce come una struttura nuova e d'avanguardia. Gaetano Riva ha ragione quando scrive che l'ingegnere della Provincia Raniero Benedetti, responsabile del progetto, "si dedicò all'alto, difficile compito con fervore ammirabile e con vero intelletto di amore, studiandosi di apportare all'edilizia manicomiale quelle innovazioni che l'esperienza ha dimostrato utili e necessarie". Infatti il manicomio di Ancona rappresenta un esempio originale del sistema a padiglioni disseminati, successivo e più avanzato rispetto al sistema chiuso, che è costituito "da un solo vasto

edificio a tre o quattro piani con corti e giardini interni". Il sistema a padiglioni disseminati - scrive Riva - "dal punto di vista della cura morale ha pregi grandissimi", perché permette di distinguere e separare i pazienti per tipologia di malattia, come voleva la psichiatria di allora, in modo tale che "i malati non si disturbino reciprocamente e si trovino nell'ambiente più proprio ed opportuno".



Il sistema a padiglioni disseminati "ha però difetti non lievi riguardo alla sorveglianza, perché la disseminazione dei fabbricati implica la disseminazione dei malati ed una maggiore mole di lavoro e di responsabilità, che deve essere suddivisa fra un maggior numero di persone a scapito dell'esercizio economico". Nel manicomio di Ancona "si cercò quindi di evitare tanto l'eccessiva disseminazione dei fabbricati come il soverchio loro concentrazione", con la soluzione dei padiglioni simmetrici, collegati da portici aperti, belli e ancora oggi di grande suggestione, forse anche per le memorie che conservano tra le coperture in legno e i mattoni d'argilla. Questo sistema è presente in altri manicomi italiani, come risulta dalla pubblicazione di Modena del 1935.

Il manicomio di Ancona inoltre "non è circondato da mura", alla sua fondazione - come scrive con un certo orgoglio Gaetano Riva sempre nella sua pubblicazione del 1901 - "ma soltanto da una siepe, di molto spessore, di biancospino, ed altra esterna di filo di ferro spinato che la protegge". Non era stato facile fare questa scelta e soprattutto difenderla dopo la prima evasione, quando i cittadini di Ancona richiedono a gran voce una cinta muraria che li separi e li protegga meglio dai "matti" che temono. Lo stesso Riva racconta la vicenda nel primo numero dell'*Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona* del 1903, minimizzando le conseguenze dell'evasione e dando assicurazioni sulla non pericolosità di molti malati mentali che vivono in manicomio e godono di una certa libertà. Del resto Riva, nel numero successivo dell'*Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona* del 1904, auspica per i cosiddetti malati mentali "innocui" un trattamento diverso da quello manicomiali, di carattere domiciliare, che si ispiri al modello belga conosciuto e famoso soprattutto per l'esperienza di Gheel, dove famiglie di contadini, dietro compenso, ospitano tradizionalmente malati mentali nelle loro case e li curano impiegandoli nei lavori domestici o dei campi. Riva sembra che abbia fatto qualche tentativo di ricovero domiciliare ad Ancona - come

era avvenuto anche a Reggio Emilia - coraggioso e prematuro nello stesso tempo. La popolazione manicomiali aumenta infatti progressivamente e vertiginosamente negli anni successivi ad Ancona, come altrove: i ricoverati del manicomio di Ancona sono 404 nel 1901; 604 nel 1926; 816 nel 1933.

Ora una visita al manicomio di Ancona, così come si presentava nei primi decenni del Novecento. Superato l'ingresso, un viale alberato conduce alla palazzina della direzione, su tre piani, dove ci sono la portineria, gli uffici, gli appartamenti del direttore e dei medici, e altre strutture, compresa la biblioteca. Lungo il viale sono visibili due villini per paganti, l'uno a destra e l'altro a sinistra. Oltre la palazzina della direzione, si susseguono sedici padiglioni simmetrici, otto a destra per le donne e otto a sinistra per gli uomini, dove i pazienti sono collocati in base alla loro tipologia e secondo questo ordine: tranquilli; epilettici, sudici e cronici; semiagitati; e infine agitati. Al centro e separati da ampi giardini, ci sono di seguito i servizi generali, la chiesa, le infermerie e i bagni; in fondo e isolati la sala per la necropsia e i laboratori, costruiti quest'ultimi nel 1905. Iniziano quindi, sul retro, i terreni della colonia agricola che risalgono i colli, con case coloniche; "sulla punta di un grazioso poggio, in una posizione incantevole, sorge un villino", destinato ai "malati paganti di prima classe", che però non entra mai in funzione. Dei portici collegano gli edifici centrali, le cui "linee architettoniche sono semplici e svelte", ma comunque "eleganti", come Riva scrive nel 1901.

Il manicomio è nel suo insieme "di aspetto piacevole". Il sistema di chiusura - come lo stesso Riva scrive - "è dei più semplici e diremo anche dei più arditi, perché nella maggior parte dei padiglioni, al pianterreno specialmente, le finestre non si distinguono da quelle di una casa privata". "Uno dei criteri che guidò nella costruzione del manicomio" - racconta Riva - "fu quello di cercare che avesse il meno possibile le apparenze penose di un ospizio per alienati e di un luogo di sventura"; fu insomma evitato



quanto "avrebbe servito soltanto a togliere tutte le apparenze di una casa di salute per sostituirvi quelle di un luogo di reclusione o di punizione". In seguito, tuttavia, è costruito un muro alto 4 metri, almeno per un tratto, con lo scopo di isolare il manicomio dalla strada e di "impedire che i ricoverati abbiano contatti con i passanti". Gustavo Modena lo afferma nella sua pubblicazione - non in quella del 1915, ma del 1929 - dove pure mostra di ammirare il sistema di tutela, di trattamento e di inserimento sociale dei malati mentali promosso in America da Clifford Beers (1876-1943), chiamato "novello Giovanni Ciudad".

All'interno, i diversi padiglioni hanno cortili, refettori e dormitori, quest'ultimi più grandi per i tranquilli, più piccoli e sorvegliati per i semiagitati e per gli agitati, con camere singole, d'isolamento, all'occorrenza. Le cure farmacologiche per i malati mentali sono molto limitate in tutta la prima metà del Novecento. Fondamentale è quindi l'idroterapia, che ha una sezione specifica: docce, dotate di gettiti in diverse direzioni, vasche sia per bagni prolungati, caldi e freddi, sia per bagni elettrici. In una stanza accanto, ci sono inoltre gli strumenti per applicazioni elettriche direttamente sul paziente. Negli anni successivi si pratica anche nel manicomio di Ancona la malarioterapia o la piretoterapia, sulla cui efficacia Gustavo Modena e i suoi collaboratori pubblicano diversi articoli. Inoltre una sala chirurgica è sempre attrezzata per gli interventi che si rendono via via necessari; in questi casi è chiamato il chirurgo esterno. I pazienti sono infine controllati di tanto in tanto in un ambulatorio che dispone di molteplici strumenti di misurazione: craniometro, innanzi tutto, estensimetro, dinamometro e altro ancora.

Il manicomio ha tutti i servizi interni di lavanderia e di cucina, compresi il forno e il pastificio: pane e pasta si producono qui. In questi servizi sono impiegati i pazienti tranquilli, sorvegliati dagli infermieri operai. I pazienti tranquilli sono pure impiegati nei vari laboratori, che si affacciano sul primo cortile: falegnameria, sartoria e calzaturificio per gli uomini;



sartoria, tessitoria e filatoio per le donne. I laboratori nel tempo si accrescono nel numero e nella varietà, contemplando anche la rilegatura dei libri, la lavorazione della paglia, la produzione di mobili in vimini e di oggetti in cemento. Gustavo Modena scrive nel 1929 che la lavorazione della paglia era stata sospesa "per le difficoltà di smercio dei prodotti esuberanti". Continua affermando: "Avremmo voluto dare alle lavorazioni un carattere industriale, ma le difficoltà dell'organizzazione e del commercio non rendono costante la produzione e non si può per ragioni amministrative tenere materiale in eccesso nei magazzini".

Il nuovo manicomio di Ancona vanta una grande colonia agricola, di oltre 13 ettari, che Gaetano Riva organizza subito "su larga scala". Il lavoro è fondamentale nel trattamento dei malati mentali, secondo la psichiatria del tempo, perché ha una doppia "azione curativa, morale e fisica". Gaetano Riva scrive infatti: "Questa questione così importante del lavoro degli alienati, che muove da elevati scopi umanitari, curativi ed anche economici, ha attirato sempre tutta la nostra attenzione ed ha formato uno dei capi saldi del nostro programma". I pazienti non possono però essere impiegati in un lavoro qualsiasi, come "nella pulizia dei locali o in altre occupazioni per loro nuove o anche ripugnanti", perché "il più delle volte o si ricusano o accettano con esitanza e con evidente disgusto". I pazienti devono piuttosto essere impiegati nei lavori che sono in accordo "colle loro tendenze e abitudini", perché si sentano nelle "condizioni che più si avvicinano alle loro usuali della vita libera". Siccome i pazienti del manicomio di Ancona vengono in gran parte dalla campagna, nella campagna

debbono essere impiegati. Nella colonia agricola sono quindi coltivati ortaggi, verdure, legumi, grano, fieno; sono inoltre allevati buoi, mucche da latte, maiali, polli, galline, tacchini, conigli, e per un certo tempo anche bachi da seta. I prodotti della colonia agricola soddisfano i bisogni alimentari dei ricoverati, con evidenti vantaggi economici.

Nelle sue pubblicazio-

ni sul manicomio di Ancona, Gustavo Modena scrive che ormai i manicomi si stanno trasformando "in case di lavoro e in ospedali di cura", mentre in passato erano "luoghi di pena e di reclusione". All'inizio del Novecento i manicomi in Italia erano certamente "case di lavoro", anche molto produttive, ma meno "ospedali di cura", per gli scarsi strumenti terapeutici che la medicina aveva allora a disposizione. I medici nei manicomi erano pochi e con pochi compiti di cura. All'apertura del manicomio di Ancona i medici sono in tutto tre, per oltre 400 ricoverati: il direttore Gaetano Riva, un medico effettivo - chiamato di reparto o coadiutore o primario - e un medico praticante. Il medico di reparto è Aroldo Tamburini, nipote di Augusto, che aveva prima lavorato nel manicomio di via Fanti per nove anni, e che muore a 40 anni il 24 aprile 1907 per complicanze cardiache, dopo un'influenza iniziata in gennaio; lascia un testamento olografo, in cui dà disposizioni sui suoi beni, pochi, sul suo funerale, che deve essere senza "preti" e il più modesto possibile, poi saluta e ringrazia per l'affetto, nell'ordine, lo zio, la madre, la sorella e il fratello, ma non il padre Luigi, di cui possiede un libretto postale che gli restituisce. In seguito i medici aumentano di numero nel manicomio di Ancona, ma non in proporzione ai ricoverati. Nel 1926 sono infatti cinque per circa 600 ricoverati: oltre al direttore, due medici primari e due medici praticanti.

I manicomi devono essere "luoghi di studio" - ripete Gustavo Modena nelle sue pubblicazioni - di osservazione clinica, dato il grande numero di pazienti, e di ricerca di laboratorio, che deve essere sviluppata: "ce lo impongono la gravità delle malattie che si curano, l'ignoranza che ancora abbiamo su l'origine di moltissime di esse", "la terapia ... ancora infantile", e infine la profonda convinzione che "è erronea e semplicistica affermazione che le malattie mentali non potranno mai essere curate". Nel manicomio di Ancona i laboratori sono organizzati proprio da Gustavo Modena, che è assunto con questo compito primario, come medico settore, il 21 luglio 1902.

Gustavo Modena era

nato a Reggio Emilia nel 1876 da un'agiata famiglia ebrea che faceva parte dell'élite della città: suo padre Flaminio (n. 1836) aveva ereditato con i fratelli, dal padre Bonajuto, una conceria e una filanda tra le più importanti della regione, e aveva poi acquistato terreni, in particolare nella vicina località di Pratofontana, che sarebbero diventati di grande valore dopo le bonifiche; sua madre Arianna (1851-1925) era figlia di Donato Beer, un ricco ebreo di Ancona, che aveva lasciato in eredità le sue fiorenti attività nella produzione e nel commercio della seta al figlio minore Carlo, proprietario tra l'altro della villa di Colleverde ad Ancona. Gustavo è il primo di sei figli, e diventa un sorta di capofamiglia dopo la morte prematura del padre, avvenuta già nel 1894. Frequenta a Reggio Emilia il liceo classico; studia quindi medicina a Modena, e a Modena si laurea con Augusto Tamburini il 5 luglio 1901. Subito dopo trascorre un periodo di otto mesi a Vienna, dove fa ricerche sul tessuto nervoso presso il prestigioso istituto neurologico di Heinrich Obersteiner (1847-1922), e dove frequenta la clinica delle malattie mentali e nervose di Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) e l'ambulatorio neurologico di Lothar Ritter von Frankl-Hochwart (1862-1914). Torna quindi a Reggio Emilia e per due mesi è medico praticante nel manicomio di San Lazzaro, diretto sempre da Augusto Tamburini, prima di arrivare ad Ancona.

Una volta ad Ancona, Gustavo Modena mette a frutto la sua esperienza e i risultati non mancano. Il manicomio dispone presto di laboratori ben attrezzati di anatomia patologica, di istologia, di chimica e di batteriologia, con museo craniologico e gabinetto fotografico, frequentati non solo dai medici interni, ma anche dai medici più brillanti della città, da studenti universitari o degli

ultimi anni di liceo. Tra i primi collaboratori di Modena due giovani medici che non erano di Ancona, ma ad Ancona praticavano la professione, suoi coetanei e amici: Urbano Salvolini (1873-1951) e Goffredo Sorrentino (1876-1964), l'uno titolare di diverse condotte e dal 1916 al 1945 di quella del quartiere popolare degli Archi, dove si fa apprezzare per competenza e



umanità; l'altro dermatologo, libero docente per alcuni anni a Bologna e pioniere della medicina dello sport. Tra gli studenti universitari c'erano Diego Siccardi e Luigi Duranti, in seguito l'uno assistente a Padova, l'altro radiologo a Pisa; c'erano pure i figli di Geremia Fuà (1853-1942), uno dei medici più noti e stimati in città, presidente dell'ordine dal 1901 al 1912: Riccardo (1884-1980), che si specializza in pediatria nel 1910 a Firenze, all'ospedale Meyer, dopo un tirocinio a Vienna e a Berlino, ed è poi a lungo direttore del brefotrofio di Ancona, di cui contribuisce a ridurre la mortalità e abolisce la ruota nel 1923; Emilio (1886-1969), che diventa gastroenterologo e ha un ambulatorio ad Ancona molto affollato, dove esegue innovativi esami gastroscopici e radioscopici che aveva appreso a Berlino. Le ricerche di tutti sono pubblicate nell'*Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona*, ma anche in riviste scientifiche di maggiore diffusione.

Fin dalla sua fondazione il manicomio di Ancona è fornito di una biblioteca, che è utilizzata anche come stanza per le riunioni dei medici. Inizialmente i volumi non sono numerosi: soltanto alcuni libri e riviste, di cui erano stati appena sottoscritti gli abbonamenti. La biblioteca si accresce notevolmente in seguito alla donazione dei libri di Augusto Tamburini, morto nel 1919, fatta dalla moglie Emilia Trebbi e dai tre figli, Antonio, Cesare e l'ultimo, Arrigo, che lavora al manicomio di Ancona, come si è già detto. Questi volumi vanno ad aggiungersi a quelli che si erano intanto accumulati; sono in tutto 3000 e contengono le principali opere di neurologia e psichiatria, pubblicate in Italia e in Europa, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento. La biblioteca, disposta in due stanze e intitolata ad Augusto Tamburini, è inaugurata il 17 ottobre 1920, ed è l'occasione per commemorare il grande maestro da poco scomparso: Arturo Donaggio (1868-1942), nato a Falconara, allievo e successore di Tamburini a Modena, pronuncia un discorso intenso e commovente che lo ricorda; è inoltre scoperta una lapide con la sua effigie, fatta dallo scultore Vittorio Morelli (1886-1968) di Ancona.



Di questa biblioteca, accrescita e spostata nel tempo, un grande patrimonio per la città, tra l'indifferenza e l'incuria è stato fatto uno scempio terribile negli ultimi anni, che non sembra arrestarsi.

Il manicomio di Ancona è segnalato dal Ministero della Sanità in una circolare del 1928, perché sia preso a modello dagli altri manicomi italiani per le sue importanti iniziative di igiene e di profilassi delle malattie mentali. Dal 1910 è infatti qui in funzione un ambulatorio per le malattie neurologiche e mentali, gratuito e aperto a tutti i cittadini della Provincia di Ancona, ispirato alla medicina sociale. L'ambulatorio neurologico è molto apprezzato e frequentato dalla popolazione, come risulta dalle oltre 8.000 cartelle cliniche compilate in quindici anni di attività. L'istituzione di questo ambulatorio avviene sotto la direzione di Gaetano Riva, ma su proposta e successivo impegno di Gustavo Modena, che nello stesso anno, nel 1910, ha la libera docenza all'Università di Roma, e dall'anno precedente, dal 1909, è vice-direttore del manicomio di Ancona.

Nel 1911 Gaetano Riva raggiunge i limiti di età previsti dal regolamento, ma ottiene di posticipare di due anni il pensionamento per ragioni economiche; lascia la direzione del manicomio di Ancona e Ancona stessa soltanto alla fine del marzo 1913, per ritornare a Modena, sua città natale, con un generoso vitalizio che la Provincia gli accorda per i suoi indiscussi meriti di "scienziato e filantropo". Il suo impegno per un miglioramento significativo del trattamento dei malati mentali ad Ancona è già evidente; la sua opera scientifica deve essere ancora studiata, ma almeno per quanto riguarda la tecnica manicomiale sembra ispirata a quelle che erano le tendenze più avanzate della psichiatria del

tempo. Da segnalare intanto il suo nome nella loggia massonica "Giuseppe Garibaldi" di Ancona, insieme con quelli di altri medici della città e del farmacista del manicomio Dante Celli.

Nell'agosto 1913 Gustavo Modena è nominato direttore del manicomio di Ancona, a conclusione di un concorso per il quale era stata convocata una

commissione d'eccellenza, composta dal citato Arturo Donaggio e da Giovanni Mingazzini (1859-1929), nato ad Ancona, ma allora professore a Roma e direttore del manicomio Santa Maria della Pietà. Modena risulta nella graduatoria finale "primo a distanza dal secondo", che è Guido Garbini (1873-1923), suo coetaneo e anche lui libero docente, diventato dopo la grande guerra direttore del manicomio di Pergine, in provincia di Trento. La commissione loda Modena per la sua "instancabile attività", per le sue iniziative all'interno del manicomio - laboratori, ambulatorio, scuola di formazione per infermieri - per i suoi soggiorni di ricerca e di aggiornamento all'estero, per le sue pubblicazioni scientifiche in istologia normale e patologica, in clinica psichiatrica e neurologica e in tecnica manicomiali. Intanto Gustavo Modena è da tempo conosciuto e apprezzato in città per i suoi "meriti scientifici non comuni" e per il suo "carattere amabilissimo e pregevole sotto ogni rapporto". Il 9 dicembre 1911 sposa Giulia Bonarelli (1892-1936), una donna bella e intelligente, di sedici anni più giovane di lui, discendente da una famiglia nobile e in vista di Ancona: suo padre Guglielmo (1862-1933), avvocato, è sindaco della città per due brevi periodi tra il 1910 e il 1911. Giulia si era iscritta l'anno precedente, nell'autunno del 1910, alla Facoltà di Medicina di Bologna e a Bologna si laurea a pieni voti il 4 aprile 1916: è l'unica donna a laurearsi in medicina in quell'anno.

Nell'ottobre 1916 Gustavo Modena va in Francia con la moglie, a visitare gli ospedali neurologici che erano stati organizzati al fronte e sul territorio, per incarico dell'Ispettorato di Sanità Militare e probabilmente su segnalazione di Augusto Tamburini, consulente psichiatrico del Ministero della Guerra. Nel mese successivo prepara una relazione dettagliata, pubblicata nella *Rivista Sperimentale di Freniatria* nell'agosto 1917, in cui esprime grande ammirazione per la Francia, sia per la qualità e quantità di studi scientifici sia per le iniziative e le attività in ambito neurologico, che dimostrano "quanta vitalità e genialità possessa la Nazione nostra alleata".

Al ritorno ad Ancona Modena trasforma l'ospedale militare, che era stato aperto nel giugno 1915 all'interno del manicomio, in un centro neurologico, istituito ufficialmente nel maggio 1917 e chiuso alla fine della guerra. Per il periodo in cui rimane in funzione, il centro ospita oltre 2000 militari tra soldati e ufficiali, ai quali offre terapie di riabilitazione, protesi, se necessarie, corsi di formazione e laboratori professionali. Il personale è molto limitato; per un tempo prolungato vi presta servizio soltanto due medici, Arrigo Tamburini e Riccardo Fuà, già citati: quest'ultimo era partito per il fronte allo scoppio della guerra, ma presto era tornato a casa perché aveva riportato una brutta ferita, cadendo da un cavallo imbizzarrito. Gustavo Modena conta principalmente sulla moglie Giulia, che come volontaria e assimilata a sottotenente medico si occupa di elettroterapia e di riabilitazione. Le aveva apprese in Francia, all'ospedale della Salpêtrière, dove si era fermata con il marito per un tirocinio, ma ad Ancona le applica in modo originale, attraverso un metodo da lei stessa definito "dolce" e basato sulla collaborazione con il paziente, che eviti sedute iniziali violente e traumatiche, ritenute altrimenti necessarie. Nel 1920 Modena pubblica con la moglie una relazione sul centro neurologico di Ancona - che è un importante documento nella perdita complessiva del materiale d'archivio di questo, come degli altri centri neurologici attivi in Italia durante la Grande guerra - sull'attività svolta, sulle tante difficoltà e inefficienze incontrate e sulle poche prospettive riservate ai numerosi invalidi.

Dopo la guerra Gustavo Modena è tra le persone più influenti ad Ancona. Dirige infatti il manicomio, che continua ad essere la struttura sanitaria più rilevante della città, anche dopo il decollo dell'ospedale civile Umberto I e di quello dei bambini, sia per il numero di persone ricoverate e impiegate, sia per i laboratori diagnostici e scientifici, che sono di riferimento per la popolazione e per i medici della Provincia. È inoltre presidente, per un certo tempo, della Società Medica Anconetana, da lui fondata con altri nel 1906, e poi trasformata



in Accademia Medico-Chirurgica del Piceno nel 1929. È infine membro, con incarichi diversi, di istituzioni cittadine di cultura e di formazione: la Società Dante Alighieri, la Deputazione di Storia Patria, l'Istituto di Scienze, Lettere ed Arti, chiamato in seguito Accademia di Scienze, Lettere ed Arti, l'Università Popolare; di quest'ultima è presidente dal 1920 al 1923. Ma Gustavo Modena è soprattutto in questo periodo uno degli psichiatri più in vista d'Italia, e dal 1919 al 1939 è vice-presidente della Società Italiana di Freniatria.

Nel 1923, al XVI Convegno della Società Italiana di Freniatria, Modena interviene con una relazione carica di significato e conseguenze per la medicina e la cultura italiana, in cui condanna senza appello le teorie psicanalitiche di Sigmund Freud (1856-1939), perché prive di scientificità ed efficacia terapeutica. Di queste Modena era pure stato uno dei primi divulgatori in Italia per un certo tempo, da quando, nel 1907, ne era venuto a conoscenza tramite il collega gallese Ernest Jones (1879-1958), che aveva incontrato a Monaco, in un corso di perfezionamento organizzato presso la clinica di Kraepelin, e con cui in seguito era rimasto in contatto. In pubblico Gustavo Modena non torna più diffusamente né su Freud né sulla psicanalisi, ma in privato continua a comprare e forse a leggere, ancora negli anni Trenta, traduzioni in francese e in italiano di opere di Freud che possiede già in tedesco, e opere dello psicanalista italiano Edoardo Weiss. Superate le seduzioni della psicanalisi, Modena si affida piuttosto alla concretezza dei numeri per la lotta contro le malattie mentali, e fonda nel 1925 ad Ancona il Centro Nazionale di Statistica delle Malattie Mentali, che rimane attivo in questa città fino al 1939, e che poi è spostato a Roma, al manicomio di Santa Maria della Pietà.

Il 30 ottobre 1930 un violento terremoto provoca lesioni e crolli parziali nel manicomio di Ancona, ma fortunatamente nessuna vittima. Iniziano subito i lavori di ricostruzione che durano tre anni: sono diretti da Giacomo Beer, ingegnere stimato in città, vice-presidente della Provincia e zio di Gustavo Modena, e sono costantemente

seguiti dallo stesso Modena, che sostituisce "il metro alla stetoscopia" e nello stesso tempo si preoccupa di limitare i disagi per i ricoverati, rimasti nella struttura, ma necessariamente sottoposti a continui spostamenti. È l'occasione per rimodernare alcuni servizi del manicomio e conformare gli edifici alle norme antisismiche. La palazzina della direzione, per esempio, è abbassata di un piano e assume le linee neoclassiche che ancora conserva. L'inaugurazione è solennemente celebrata il 4 novembre 1934, durante la quale Modena pronuncia un discorso pieno di entusiasmo per il Duce e il fascismo.

La direzione del manicomio da parte di Gustavo Modena non è tuttavia destinata a durare a lungo. Il 19 agosto 1936 muore la moglie Giulia, ancora giovane, a 44 anni, nell'ospedale di Bolzano, dove si era ricoverata d'urgenza, mentre era in vacanza, come tutti gli anni, a Selva di Val Gardena: la morte giunge improvvisa, ma è da tempo annunciata. Gustavo ne è devastato e non riesce a tornare alla vita e agli impegni di lavoro consueti. Lascia il manicomio al fedele Nino De Paoli, che lavora con lui da tempo, dal 1909, e dal 1915 è vice-direttore, e che in passato lo aveva sempre sostituito con diligenza. Prende un primo congedo, a cui ne seguono altri, tutti retribuiti almeno parzialmente dall'amministrazione comprensiva. I vari certificati medici, che di volta in volta presenta, sono firmati da Urbano Salvolini, di cui è paziente e soprattutto vecchio amico. Il primo è un dettagliato esame delle sue condizioni di salute, dei problemi epatici e cardiaci aggravati dalla "recente sventura familiare", che richiedono quindi "riposo e cure". Le leggi razziali del 17 novembre 1938 raggiungono Modena mentre è a Roma, nella sua casa in via Belluno 1, che guarda sul giardino di villa Torlonia, dove si era

ufficialmente trasferito dal giugno 1937. Su sua richiesta, è allontanato dal manicomio alla fine del febbraio 1939: ha 62 anni e 36 di servizio. Vi ritorna come direttore emerito e consulente nel 1944, quando il manicomio è un cumulo di macerie, ma con rinnovate energie.

Nel 1946, in occasione del XXIII Congresso della Società Italiana di Psichiatria, il primo del



dopoguerra, pronuncia come decano il discorso inaugurale, in cui tra l'altro afferma: "lo spirito non è soffocato ... L'Italia risorgerà ... La storia di un popolo non viene scritta solo dal fuoco di un cannone, ma più salda e nobile dal progresso della scienza e dal fiorire dell'arte, che procurano benessere e gioia ... E noi medici della complessa psiche umana dobbiamo essere all'avanguardia ... durante il XX secolo si assisterà a una più vasta evoluzione. Gli istituti di cura, trasformati in ospedali, senza le restrizioni di una ormai superata legge che, oltre a limitare l'opera, offende la dignità del medico; un opportuno decentramento dell'assistenza con criteri di maggiore utilizzazione dei cronici in case di lavoro e in colonie agricole, una precoce cura e una larga rete di consultori di igiene mentale varranno a rendere più tempestiva, più proficua l'opera dell'alienista. Questo compito non ammette pericolosi frazionamenti di iniziative e di attività. Le varie società connesse con la nostra disciplina devono collaborare con coerente e concorde programma. La Società Italiana di Psichiatria cerca una cordiale e fattiva intesa con la Lega di Igiene Mentale, con la Società di Neurologia, con quelle di Psicologia e di Psicanalisi e con altre associazioni affini ... E io faccio voti ... perché la Repubblica Italiana abbia una completa ed esemplare organizzazione sanitaria che contempli la necessaria funzione sociale affidata alla neuropsichiatria".

I tempi sono cambiati. La lotta contro le malattie mentali deve essere ripresa in Italia, e Modena auspica la collaborazione di tutti, psicanalisti compresi.

Archivi e fondi

Archivio dell'Istituto di Storia delle Marche, Ancona
Archivio Storico della Provincia di Ancona
Archivio Storico dell'Università di Bologna
Archivio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito, Roma
Biblioteca Comunale di Ancona, Collezione Modena
Documenti appartenuti a Gustavo Modena e conservati da Luciano Benadusi, Roma
Ufficio Anagrafe del Comune di Reggio Emilia

Bibliografia

- 1) *Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona, 1903-1925.*
- 2) Bonarelli Modena G., *Terapia delle forme fisiopatiche.* Atti del I

- Convegno Nazionale per l'Assistenza agli Invalidi della Guerra (Milano, 16-20 dicembre 1918). Milano, A. Koschitz, 1919, p. 195.
- 3) Carnevali M. e M. De Federicis, I luoghi della malattia mentale. L'assistenza psichiatrica nelle leggi italiane e nella storia della città di Ancona dal 1700 fino al 1978. *Meridiana*, 3, 1996, pp. 71-80.
- 4) Ciani M. e E. Sori, *Ancona contemporanea, 1860-1940.* Ancona, Clua edizioni, 1992.
- 5) Ferraboschi A., L'eredità del ghetto. Gli ebrei a Reggio Emilia. *L'Almanacco. Rassegna di Studi Storici e di Ricerche sulla Società Contemporanea*, 50, 2007, pp. 7-47.
- 6) Fortuna S., Il manicomio di Ancona e la biblioteca "Augusto Tamburini". In *SISM, 1907-2007. 46° Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina* (Siena, 24-27 ottobre 2007), a cura di S. Colucci. Siena, Edizioni Cantagallo, 2007, pp. 151-155.
- 7) Guazzati L., *L'Oriente di Ancona. Storia della massoneria dorica (1815-1914).* Ancona, Affinità elettive, 2002.
- Modena G., L'Assistenza dei malati di mente nella Provincia di Ancona. *Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona*, 8, 1915 [Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona. Ancona, Officine Poligrafiche della Federazione Fascista, 1929].
- 8) Modena G., L'organizzazione dei centri neurologici in Francia. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 42, 1917, pp. 344-355.
- 9) Modena G. e G. Bonarelli Modena, *Il centro neurologico di Ancona.* Ancona, Stab.Tip. del Commercio, 1920.
- Modena G., *La commemorazione di Augusto Tamburini. L'inaugurazione della biblioteca del manicomio.* Ancona, Stab.Tip. del Commercio, 1922.
- 10) Modena G., *L'ospedale psichiatrico provinciale di Ancona rinnovato dopo il terremoto del 30 ottobre 1930.* Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona. Ancona, Tipografia S.I.T.A., 1935.
- 11) Modena G., *L'assistenza psichiatrica in Italia.* Mostra degli Ospedali Italiani in occasione del IV Congresso Internazionale degli Ospedali (Roma, 19-26 maggio 1935). Ufficio Statistico Malattie Mentali, Ancona. Roma, Editrice Romana Medica, 1935.
- 12) Modena G., *Parole dette alla seduta inaugurale del XXIII Congresso della Società Italiana di Psichiatria.* *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 35, 1946, pp. 3-4.
- 13) Orlandi G., La camera oscura. Nascita e vicende della casa dei pazzi in Ancona. In *Studi Anconitani*, a cura di A. Mordenti. Archivio Storico, 4, 1986, pp. 163-216.
- 14) Pierpaoli C. e G. Ceccarelli, *Gustavo Modena: tra psichiatria e psicoanalisi.* In *La psicologia in Italia. Nuovi saggi storiografici.* Urbino, Quattro Venti, 2003, pp. 53-107.
- 15) Pierpaoli C., Gustavo Modena e la psicoanalisi in Italia. *Lettere dalla Facoltà*, 11, 2, 2008, pp. 41-46.
- 16) Riva G., *Il manicomio provinciale di Ancona.* Ancona, Marchetti, 1901.
- 17) Rocca G., *Alle origini del manicomio. L'ospedale dei pazzi di Ancona.* Milano, F. Angeli, 1998.
- 18) Rocca G., L'impossibile anormalità, l'impossibile integrazione. Gustavo Modena e le origini della psicoanalisi in Italia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 2003, pp. 97-111.
- 19) Tamburini A., G.C. Ferrari e G. Antonini, *Assistenza degli alienati in Italia e nelle altre nazioni.* Torino, UTET, 1918.

Le foto del Manicomio di Ancona, qui riprodotte, fanno parte di un album, 1911-1912 conservato presso l'Istituto di Storia delle Marche di Ancona.

ENRICO MANCINI
Psichiatra
Ancona

Ricordo di Emilio Mancini, ultimo direttore dell'Ospedale Neuro Psichiatrico Provinciale di Ancona

Tratteggiare il periodo della direzione di Emilio Mancini significa addentrarsi in una delle fasi più tumultuose ed esaltanti della psichiatria italiana. Mancini, infatti, sarà l'ultimo direttore dell'Ospedale Neuro Psichiatrico Provinciale di Ancona, traghettando l'istituzione manicomiale verso il suo superamento.

Essendo suo figlio, nel mio compito, per quanto sinteticamente affrontato, cercherò di evitare quelle spinte agiografiche che inquinano tanti ritratti firmati da congiunti, senza per questo cadere nell'opposta forzatura distanziante di certa storiografia senz'anima che annulla l'uomo dietro la presunzione dei fatti. Più che attingere ai ricordi personali, mi atterro pertanto ai dati e alle notizie che raccolsi per la mia tesi di specializzazione in psichiatria (discussa nel 1988), tesi che volli dedicare alle origini e al profilo storico-critico dell'Ospedale Psichiatrico di Ancona proprio perché avrebbe rappresentato per me l'opportunità di ripercorrere le tappe dell'ultima stagione manicomiale con l'aiuto di mio padre, che di tale rivoluzione culturale e sociale è stato innegabilmente uno dei protagonisti. Lascerò poi ad altri la parola per ricordare le qualità dell'uomo e dell'intellettuale, essendo in ciò tuttora troppo coinvolto.

Emilio Mancini ottiene la maturità classica presso il Liceo Ginnasio "Annibal Caro" di Fermo nel 1935 con un gesto spavaldo: tradurre la versione dal greco direttamente in latino.

Questa "bravata" gli fece meritare un premio nazionale come miglior diplomato, consistente in una gita a Parigi, poi negatagli (nell'ottica 'federalista'...) in quanto non marchigiano. Era nato, infatti, il 27 ottobre 1916 in un comune molisano (Acquaviva Collecroce) di origine dalmata, dove il croato era parlato anche a scuola, e mio nonno, insegnante di formazione umanistica, conoscendo il prestigio del liceo fermano, scelse di far frequentare lì il quinquennio delle superiori all'unico figlio, segnando così il suo futuro nelle Marche. Quel bilinguismo nativo permetterà a mio padre di maneggiare con facilità, accanto alle lingue neolatine e germaniche, anche quelle slave.

A ventiquattro anni si laurea in medicina e chirurgia all'università di Roma, specializzandosi poi in "Clinica delle malattie nervose e mentali" in quella di Bologna. Nel '41-'42 è "Medico Assistente" dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Ascoli Piceno in Fermo, poi, dopo un periodo di servizio presso l'Ospedale Civile "Umberto I" di Ancona (come "Assistente Interino" prima nel "Laboratorio patologico", quindi nel "Reperto chirurgia"), nel '43, all'indomani della tragica scomparsa di tre sanitari dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Ancona nel bombardamento dell'8 dicembre (dove perirono anche trentadue ricoverati, quattro suore e sei infermieri), viene assunto da tale istituto come "Medico Primario Interino" (sarà nominato "Medico Primario di ruolo" nel '51). In quel drammatico momento si prodiga nel fronteggiare lo sfollamento e il trasferimento del nosocomio (allora diretto da Giovanni De Nigris) nella località interna di Sassoferrato.

Gli eventi bellici (che lo vedranno "partigiano combattente") costringevano l'assistenza in condizioni di eccezionalità, che a sua



Fig. 1 - Emilio Mancini (a destra) con l'ispettore Giovanni Romani, capo del personale infermieristico dell'O.N.P.P.

volta era stimolo creativo per tutti i componenti di quella gigantesca famiglia (circa metà della popolazione ospedaliera) accolta nel grande edificio scolastico che svettava sull'abitato con un antistante piazzale a strapiombo limitato da una ringhiera e che non poteva assoggettarsi ad alcuna tecnica manicomiale nei cinque anni di permanenza. Tale esperienza costituì una lezione di vita per tutti i partecipanti, rivelando in maniera vistosa il fantasma assente della repressione e, inversamente, i benefici della vita associata, in rapporto spontaneo con la popolazione del paese. Il numero dei malati bisognosi di assistenza continua si riduceva progressivamente; qualche malato veniva richiesto all'istituto per lavori campestri o edili, e veniva affidato per il tempo necessario, ricavandone fiducia, simpatia e moneta.

Vent'anni dopo - in pieno Sessantotto - su reiterata insistenza di Franco Basaglia (che dirigeva allora l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia) quell'esperienza comunitaria veniva descritta da Mancini col collega Mario Rossi in una relazione monografica (con testimonianze di malati, infermieri e religiosi) di forte impatto nel mondo psichiatrico, che riconoscerà in quel modello i presupposti di un futuro rinnovamento assistenziale.

Il ventennio successivo al periodo bellico (che vede succedersi come direttori Alessandro Alessandrini e Ignazio Passanisi) contemplava da un lato il rientro da una situazione 'libertaria' a quella regolamentata dall'antica disciplina, dall'altro la partecipazione ai fermenti di novità, di conoscenza e di progresso che il fiorire degli studi psichiatrici, neurologici e psicofarmacologici sollecitava. Durante la direzione di Alessandrini erano entrati in funzione un reparto neurologico e poi uno neurochirurgico (diretto da Riccardo Brizzi) in cui si effettuavano anche alcuni interventi di leucotomia prefrontale. Le attività neurologiche e

neurochirurgiche sono poi abbandonate nella direzione di Passanisi, nel corso della quale i malati vengono per breve tempo trasferiti in altre località a seguito del terremoto del '72. La legge stralcio 18 maggio 1968 n. 431, con la possibilità del ricovero volontario e l'abolizione dell'obbligo dell'annotazione sul casellario giudiziario, rappresentava per i malati dell'O.N.P.P. di Ancona uno spiraglio di ritorno alla situazione di Sassoferrato.

Nel 1973 l'incarico di direttore (confermato l'anno successivo in ruolo da regolare concorso pubblico) viene affidato a Emilio Mancini. Da subito provvede alla costituzione di reparti misti, eliminando l'antica separazione uomo-donna e permettendo il comune incontro in refettorio, nei luoghi di divago, nella vita esterna ai reparti. Anche le *équipes* infermieristiche diventano miste. In Ancona e nelle località maggiori della provincia (Falconara, Osimo, Senigallia, Jesi, Fabriano) si istituiscono le prime attività ambulatoriali, anticipando di vari anni la nuova legge psichiatrica (pur senza clamori promozionali). Nella stagione balneare numerosi malati frequentano regolarmente la popolare spiaggia di Palombina. Un'intensa attività di convegni si sussegue in tutto l'ambito territoriale, con la partecipazione ampia di pubblico e personalità significative di ogni settore sociale. Si moltiplicano i contatti con gli altri ospedali psichiatrici della regione, mantenendo i collegamenti di visite e congressi in campo nazionale. In questi anni la popolazione psichiatrica diminuisce di oltre un

terzo per il numero delle dimissioni pilotate in stretto rapporto con i famigliari, mentre le visite periodiche condotte nelle varie località garantiscono la buona reintegrazione dei malati nelle famiglie.

La prima applicazione della legge stralcio 13 maggio 1978 n. 180 consisterà nell'apertura di "servizi di diagnosi e cura" presso



Fig. 2 - "Si abbattono le mura dell'Ospedale Neuro-Psichiatrico di Ancona" (da Ancona Provincia, *periodico dell'Amministrazione Provinciale di Ancona*, Gennaio 1975).

l'Ospedale Civile "Umberto I" di Ancona e gli ospedali civili di Jesi, Senigallia e Chiaravalle. Dalla fitta corrispondenza ufficiale di quel periodo tra la direzione e l'Amministrazione Provinciale emergono una ricerca febbrile e fruttuosa di "strutture alternative", richieste pressanti (e andate a buon fine) di regolamentare le condizioni di numerosi ospiti impegnati nella colonia agricola, in cucina e dispensa, in giardino, in falegnameria, come funeraristi, al Centro Sociale dell'O.N.P.P. ecc., "nel rispetto della legislazione sul lavoro, e ciò sia nei riguardi del controllo effettivo delle ore lavorative, sia nell'ossequio ai doveri contributivi assicurativi spettanti a queste persone".

Questo sguardo - per quanto sinottico e certamente lacunoso - alla direzione di Mancini (che, ultimo direttore dell'Ospedale Neuro-Psichiatrico Provinciale di Ancona, terminerà il suo mandato come "direttore dei Servizi di Assistenza Psichiatrica Provinciale di Ancona" nel 1981, al compimento del 65° anno d'età) credo renda ragione, almeno in parte, di come tale coraggiosa attività nel volgere di pochi anni cambiò il volto della psichiatria anconetana, in un momento in cui l'ideologia curativa subiva l'effervescente contaminazione dei più ampi contesti culturali, filosofici, letterari, psicologici, sociologici, politici (fino agli orientamenti vicini a quelle organizzazioni eversive le cui frange s'infiltreranno anche tra il personale sanitario locale). Tutto ciò non poteva realizzarsi se non in presenza di un orizzonte culturale di respiro 'rinascimentale' e di una tensione etica imprescindibile (che, nonostante il clima imperante, lo terrà lontano da protezioni di tessere di partito, dall'allineamento a seducenti modelli concettuali di stampo antipsichiatrico, dall'adesione a Psichiatria Democratica come a qualunque altra forma di potere associazionistico): qualità certo già apprezzate

in Mancini da decenni di primariato, in cui però l'afflato pionieristico non poteva esprimersi se non indrettamente.

Ma mi sono ripromesso di non cedere a tentazioni biografiche che, proposte da me, potrebbero apparire poco obiettive. Mi limito pertanto a ricordare come le citazioni e le sparse tracce epistolari fortunosamente rinvenute (mio padre non era solito mostrarle né conservarle) attestino l'interesse e la stima dei nomi più illustri della neuropsichiatria internazionale dell'epoca (a partire dai Baruk, Cerletti, Gozzano ecc.), di personaggi di spicco del mondo culturale (letterati, scrittori, poeti, storici, critici, giornalisti, psicoanalisti, artisti, fisici...) nell'arco di tutta la sua attività professionale e di ricerca, riversata in oltre 200 pubblicazioni che spaziano dalla neurofisiologia clinica all'istologia sperimentale e patologica del sistema nervoso, dall'epilettologia alla semeiotica e clinica neurologica, dalla psicopatologia alla psichiatria nelle sue declinazioni epidemiologiche, farmacologiche (nella posizione 'scomoda' di chi denuncia gli "effetti indesiderati"), storiche, antropologiche, fino agli indirizzi terapeutici più attuali, senza tralasciare le innumerevoli recensioni che gettano luce sull'attenzione capillare alla pubblicistica psichiatrica mondiale del momento. Talune impostazioni dei suoi scritti, immuni da prudenze diplomatiche, potevano sollevare l'ostilità meschina e velenosa dell'ambiente accademico 'ufficiale' nostrano, e al contempo suscitare il vivo interesse

di istituzioni d'oltralpe come il *Laboratoire de Psychopathologie Sociale* dell'*École Pratique des Hautes Études* della Sorbona.

Facendo forse torto alla sua natura, estranea al fascino del "mondan romore" (diversa in questo - nonostante le sintonie - da quella di Basaglia, che sollecitandolo a pubblicare l'e-



Fig. 3 - Una composizione in acrilico di Emilio Mancini degli anni novanta (cm. 113x75).

sperienza di Sassoferrato gli scriveva il 16 maggio 1968: "La pregherei di essere nella relazione abbastanza incisivo e pure obiettivo-polemico. Mi scusi del suggerimento, che penso non necessario [...]"), sceglierò tra le tante spontanee e perfino imbarazzanti dichiarazioni encomiastiche qualche passo di una lunga lettera del 23 novembre 1969 di Riccardo Brizzi, allora primario degli Ospedali Riuniti di Parma, in risposta all'invio della monografia *Le dimore dei mentali* fresca di stampa. Il grande neurochirurgo (e prima neuropsichiatra) condivideva con l'amico un orecchio musicale assoluto che permetteva loro di discettare virtuosisticamente sui "salti di ottava con varianti in falsetto" nel "gemito o lamento ansioso", oggetto di un precedente lavoro di semiologia psichiatrica - originalissimo e 'antiaccademico' - di mio padre ("Sei uno psichiatra, che leggo sempre umilmente e con ammirazione", gli aveva scritto in proposito Brizzi, senza risparmiare un cenno al particolare che il lavoro era stato «pubblicato assieme a [...], con piacere di [...] immagino perché la prosa ed il contenuto (mi perdoni [...]) sono di ben altra forza e piglio culturale di quanto potrebbe esser frutto di un

giovannissimo»). Ma ancor più era accomunato dalla passione del dipingere - capitolo che non potrei certo aprire ora, ma senza il quale non si può dire di aver conosciuto veramente Emilio Mancini, che pure li si distinse in senso avanguardistico: Osvaldo Licini si era invaghito del "colore" di un suo spiritoso olio raffigurante un' *étagère* della stanza del medico di guardia; la sua produzione materica più recente verrà ospitata in esposizioni e musei sparsi per l'Europa.

Mi sembra che Brizzi restituisca con penna felice un ritratto in cui si possono riconoscere tratti autentici di mio padre, anche nella costante generosità di coinvolgere formalmente i collaboratori in fatiche scientifiche per lo più interamente sue:

Caro Emilio,

ho ricevuto il bellissimo libro. Da come è stato condotto e dal piglio culturale, descrittivo e penetrante che vi si coglie, direi che sia uno dei migliori Mancini. Non so quindi quanta parte vi abbia avuta il [...] che pure figura in copertina.

Non so quanto vi sia costato, credo non poco, vale certamente molto e non potrà andar confuso con certi annuari catalogo scritti da vari direttori d'ospedale psichiatrico che si perdonano di vista gradualmente affondano nei recessi della biblioteche,



Fig. 4 - L' *étagère* della "sala - medici" dell'O.N.P.P. in un olio su tela di Emilio Mancini datato 13.10.54 (cm. 50x70).

durano meno degli orari ferroviari. [...]

Ti ringrazio per l'invio del libro. Ti sento amico, ho posto nella mia camera da letto il ritratto che mi facesti, guardo ogni tanto il brizziriccardo visto da due occhi grandi che sanno passare oltre le copertine dei libri, i sorrisi veri o falsi, i muri delle case, i discorsi dei politici, due occhi, Emilio, che stanno fra gli strumenti più fini che io abbia visto, e che ti permettono di misurare con un metro non comune ciò che cade nel loro campo. La tua posizione è questa. Forse ad Ancona o altrove, ma non comunque in un posto "ufficiale" dove tutto deve essere "ufficiale" pronunciamolo bene questo termine, con accento sfumato, leggermente napoletano o, piuttosto, umbro romanesco, che sappia di "ufficio" di "potere costituito" e di concetti costituiti per quel potere. Ufficio che qualche volta diventa anche "Santo" al quale potresti dedicare una delle tue risate che sanno essere anche agghiaccianti.

Queste righe ti portino tutta la mia ammirazione per il bel lavoro e per tante altre cose sane che hai fatto. E sai che sono sincero.

Dopo il pensionamento mio padre continuò a svolgere l'attività ambulatoriale privata (rigorosamente gratuita per i "mentali", gli ex-manicomiali, i meno abbienti) in un quartiere popolare e già multietnico di Ancona, a

scrivere su richiesta anche di testate universitarie straniere (gli ultimi saggi - pubblicati postumi - riguardano la c.d. "arte patologica"), ad accogliere qualche invito per seminari o conferenze, a ricevere visite di studenti, specializzandi, giovani colleghi in cerca di idee, consigli, conforto. Naturalmente continuò instancabilmente a dipingere.

Non posso documentare il suo pensiero sull'evoluzione ulteriore dell'assistenza psichiatrica. Era di natura ottimista, incline a riporre fiducia nell'altro, talvolta a costo di crudeli delusioni. Negli ultimi anni non mancavano, tuttavia, sprazzi di malinconica incrinatura nel suo sguardo al presente: il riaffiorare di quello *za/* balcanico che non ci sono parole per definire, ma che si volge sempre a un "altrove".

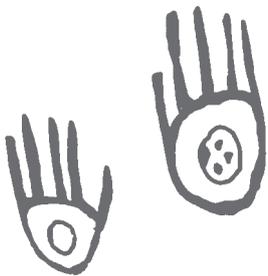
Dopo la morte, avvenuta improvvisamente il 27 novembre 1994, trovai tra le carte sulla sua scrivania un'accurata lettera appena stilata, in cui si rivolgeva al "Centro di Igiene Mentale" per un "aiuto sociale" a una malata, e la pagina del Sonetto LXVI di Shakespeare, che si apre:

*Stanco di tutto imploro la pace della morte,
stanco di vedere il merito nascere sempre mendico,
ed a festa parati i buoni a nulla ...*

e così chiude il cerchio:

*Stanco di tutto andarmene vorrei da tutto,
se morendo il mio amore non dovessi lasciare solo.*





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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XII - n° 2
Febbraio 2009
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato Editoriale
Francesco Alò, Fiorenzo Conti, Giuseppe
Farinelli, Stefania Fortuna, Loreta Gambini,
Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

Redazione
Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti,
Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini
Segretaria di redazione: Daniela Pianosi
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli