



# LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

## LETTERA DEL PRESIDE

Cari Lettori,  
come vi ho brevemente accennato nello scoro numero della nostra rivista, a seguito della adozione dei nuovi Statuti di Autonomia previsti dalla L. 240/2010, le Università stanno vivendo la fase di cambiamento e rinnovamento di tutte le sue realtà politiche, gestionali e organizzative che, da decenni, costituiscono la struttura di un complesso sistema didattico/scientifico.

Il nuovo assetto dell'Università Politecnica delle Marche è il risultato di un percorso trasparente e partecipato, aperto e largamente condiviso che, dopo l'approvazione del nuovo Statuto, ha toccato diverse fasi.

Partendo dalla istituzione dei nuovi dipartimenti integrati e delle strutture di raccordo denominate Facoltà, l'Ateneo ha proceduto con rapidità alla attivazione dei nuovi Organi di Governo completando di fatto, entro il mese dello scorso dicembre, le tornate elettorali che hanno visto impegnate tutte le componenti universitarie: professori, ricercatori, personale tecnico amministrativo e studenti.

Il 18 dicembre si è insediato il nuovo Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia che, nel rispetto del nuovo Statuto, risulta oggi composto da 28 docenti (professori di I e II fascia e ricercatori) ai quali, a breve, si aggiungeranno 4 studenti. Sarà compito della Facoltà approvare, a breve, il nuovo Regolamento interno. Al fine di mantenere la gestione democratica che sta alla base della mia Presidenza, tutti gli argomenti sottoposti alla approvazione del Consiglio verranno preventivamente presentati alla Assemblea di Facoltà. Questo importante Organo collegiale, che vede per la prima volta tra le sue componenti oltre ai professori e ricercatori della Facoltà e alla rappresentanza studentesca, anche la presenza del personale tecnico amministrativo quale risorsa molto importante per la vita delle Facoltà e dell'Ateneo.

Uno dei principali argomenti affrontati dal nuovo Consiglio è stata l'Offerta Formativa 2013/2014. Nella sua

<b>LETTERA DEL PRESIDE</b>	<b>1</b>
<b>VITA DELLA FACOLTÀ</b>	<b>3</b>
Corso in inglese su <i>Autoimmunity</i> - Core curriculum del CLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche	
<b>DALLE PROFESSIONI SANITARIE</b>	<b>9</b>
L'apprendimento dall'esperienza nella pratica infermieristica (9) di <i>Tiziana Traini, Mariella Amadio, Patricia L. Ciapanna, S. Fattori, Silvano Troiani</i>	
Il carico assistenziale dei caregivers in ambito oncologico (13) di <i>Gilda Pelusi, Margherita Latini, Dania Comparcini, Michela Francoletti, Claudia Montevecchi</i>	
<b>DIGNITÀ DI STAMPA</b>	<b>18</b>
Inositolo e tolleranza glicemica in gravidanza. Studio sperimentale materno-fetale di <i>Annalisa Di Stefano, Stefano Raffaele Giannubilo, Andrea Luigi Tranquilli</i>	
<b>CORSO MONOGRAFICO</b>	<b>20</b>
Gastroenterologia e Nutrizione pediatrica Un'area formativa essenziale per lo Studente in Medicina di <i>Carlo Catassi</i>	
<b>MEDICIPERL'ARTE</b>	<b>23</b>
Stefano Solimani di <i>Walter Scotucci</i>	
<b>L'INTERVISTA</b>	<b>30</b>
Prevenzione del rischio cardiovascolare di <i>Alessandro Rappelli</i>	
<b>RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE</b>	<b>32</b>
Appunti di viaggio. Il senso della neve di <i>Marco Grilli</i>	
<b>CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ</b>	<b>36</b>
S. Giuliano l'Ospitaliere, un santo tra storia e leggenda di <i>Alberto Pellegrino</i>	



formulazione la Presidenza ha tenuto in considerazione sia le normative vigenti che dettano i criteri ed i requisiti necessari per l'attivazione dei nuovi corsi che le esigenze professionali espresse dal Servizio Sanitario Regionale ed in particolare quelle relative all'area della nutrizione e della dietetica.

Per ciò che riguarda i corsi di Laurea triennali l'Offerta prevede il mantenimento dei corsi attivi mentre per i Corsi di Laurea Magistrale di area sanitaria viene prevista la sospensione del CLM in Scienze delle Professioni Tecniche della Riabilitazione ed una "trasformazione" dell'indirizzo di quello delle Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche che, anziché per l'area delle Tecniche Diagnostiche, verrà attivato per l'area delle Tecniche Assistenziali. Ciò in considerazione soprattutto dello scarso numero di candidati presenti alle selezioni per le ammissioni ai predetti corsi di studi.

L'attivazione della nuova area tecnica, oltre a soddisfare le esigenze formative delle altre professioni previste dal percorso (quali ad esempio quella dei Dietisti e dei Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare) permetterà il coinvolgimento di tutte le competenze che, a livello scientifico e assistenziale, sono presenti nella nostra Facoltà nel campo della nutrizione umana. Il nuovo corso, inoltre, permetterà il completamento del percorso formativo degli studenti che hanno conseguito il titolo triennale in Igiene Dentale.

Sempre in ambito formativo, è stata valutata la possibilità di attivare dall'a.a. 2014/2015 un Corso di Laurea Magistrale Interdipartimentale in Scienze della Nutrizione Umana. Il Corso verrà organizzato in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente ed il Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari ed Ambientali. Attraverso questa importante collaborazione il corso di studi potrà contare su competenze didattiche fortemente diversificate che, oltre a valorizzare le competenze proprie di questa classe di laurea (LM61) e soddisfare il disegno culturale che l'ordinamento ministeriale prevede per la stessa, permetterà di costruire un percorso in grado di garantire la formazione di un Nutrizionista non medico.

Con il nuovo anno altri importanti scenari si sono aperti nel nostro Ateneo. Essi, seppure inerenti attività che esulano dalla didattica, innoveranno l'organizzazione delle nostre strutture didattico/scientifiche: dall'esercizio 2013, infatti, l'Università Politecnica delle Marche (tra le prime in Italia) ha adottato il Bilancio unico d'Ateneo.

Come è noto, l'art. 7, comma 3, del D.lgs. 27 gennaio 2012, n. 18, prevede, per gli Atenei, l'adozione della contabilità economico-patrimoniale ed analitica e del bilancio unico a decorrere dal 1° gennaio 2014.

Il decreto introduce importanti e sostanziali modifiche che interessano l'assetto organizzativo e contabile degli Atenei. La novità maggiormente rilevante è l'introduzione del bilancio unico, che obbliga le Università a riorganizzare e ridefinire i "centri di responsabilità dotati di autonomia gestionale e amministrativa" che dovranno operare nell'ambito di un unico bilancio di Ateneo.

Tale disposizione verrà applicata dall'Università Politecnica delle Marche già dal 1° gennaio di quest'anno, considerato anche che da diverso tempo presso il nostro Ateneo è stata introdotta la modifica prevista dal precitato decreto che prevede la contabilità economico-patrimoniale affiancata a quella finanziaria e l'attivazione della rilevazione analitica per centri di costo.

Il bilancio unico di Ateneo consentirà di unificare la gestione contabile dei Dipartimenti con quella dell'Amministrazione centrale e per questo rappresenta un'opportunità di miglioramento e razionalizzazione intelligente della spesa, funzionale sia per la verifica, sia per il conseguente riordino di costi e investimenti. Esso infatti consentirà di poter disporre di un sistema di rilevazione contabile volto a favorire una programmazione che permetta di analizzare in modo unitario le esigenze dell'Ateneo e garantire un efficace ed efficiente gestione delle risorse.

Altro risultato molto importante per gli studenti sarà il completamento del progetto che, partito nel 2011, metterà in produzione probabilmente entro il mese di marzo, il nuovo programma gestionale delle Segreterie Studenti che ha previsto la migrazione di tutti i dati dall'attuale GISS a Esse3, anch'esso marcato CINECA e che permetterà anche alla Facoltà di Medicina e Chirurgia la verbalizzazione degli esami *on-line*.

Infine, con questo fascicolo, Lettere dalla Facoltà inizia il suo quindicesimo anno di produzione, sempre dedicata alla comunicazione degli eventi formativi e dalla formazione scientifica e culturale dei nostri Studenti. Produzione ininterrotta, grazie alla consolidata collaborazione di Angelini S.p.A. che da queste colonne desidero ringraziare.

Certo che il nuovo anno, oltre a portarci nuova gioia ed entusiasmo, ci richiederà tanta energia per raggiungere gli importanti obiettivi che ci siamo prefissati confido nella più ampia partecipazione alla vita della nostra Facoltà.

Prof. Antonio Benedetti  
Presidente della Facoltà



## Corso in inglese su *Autoimmunity* del Prof. Antonio La Cava

*Il Prof. Antonio La Cava ha di recente tenuto un corso di insegnamento in inglese per gli studenti di Medicina e Chirurgia della nostra Facoltà intitolato "Autoimmunity, pathogenesis and therapy". In tale corso monografico sono stati sviluppati ed approfonditi temi relativi a come l'alterazione dei meccanismi di tolleranza immunologica determinino l'insorgenza e la progressione delle malattie autoimmuni. Sono in seguito stati discussi vari tipi di anomalie immunologiche nell'autoimmunità comparando aspetti comuni e discordanti nella patogenesi di diverse malattie autoimmuni, presentando nel contempo i più recenti interventi immunoterapeutici volti a ristabilire la tolleranza immunologica o a ritardare la progressione delle risposte autoimmuni.*

Antonio La Cava è Professore Ordinario alla Scuola di Medicina David Geffen dell'Università della California di Los Angeles (UCLA), dove dirige il Lupus Research Laboratory e opera come Direttore del Centro di Eccellenza per la Federazione delle Società di Immunologia Clinica dell'UCLA. Laureatosi in Medicina e Chirurgia con 110 e lode presso l'Università di Napoli Federico II, il Prof. La Cava consegue di seguito il dottorato di ricerca in Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare all'Università di Napoli prima di recarsi per la propria formazione professionale negli Stati Uniti, dove lavora per sette anni dapprima nel laboratorio del Prof. Dennis A. Carson all'Università della California di San Diego e successivamente nel laboratorio della Prof.ssa Nora Sarvetnick allo Scripps Research Institute di La Jolla.

Nel 2001 assume la docenza all'Università della California di Los Angeles, dove inizia a dirigere il proprio laboratorio per lo studio delle malattie autoimmuni. Negli ultimi 20 anni ha focalizzato i suoi interessi scientifici in immunologia cellulare e molecolare su temi legati ai disturbi della tolleranza immunologica in relazione a diverse patogenesi autoimmuni, stabilendo numerose piattaforme per la valutazione preclinica nella diagnostica e terapia dell'autoimmunità, talora risultanti in brevetti internazionali. La sua carriera accademica ha sempre posto gran rilievo sull'approccio traslazionale e innovativo in ambito immunologico clinico.

In tale contesto, ha pubblicato oltre 130 lavori su riviste scientifiche internazionali, edito tre libri e scritto



numerosi capitoli per libri scientifici. È revisore per un centinaio di riviste accademiche, con compiti che vanno dall'Editor in Chief (World Journal of Immunology) all'editore associato per 15 riviste (Journal of Clinical Investigation, Journal of Immunology etc.) o revisore ad hoc (Proceeding of the National Academy of Sciences, Arthritis & Rheumatism etc.). E' anche revisore di progetti di ricerca per diversi organismi internazionali inclusi gli italiani CNR/CIVR e MIUR, il Research Directorate General della Commissione Europea, gli inglesi Medical Research Council e Wellcome Trust, ed altri organismi nazionali per la valutazione della ricerca in Francia, Irlanda, Austria, Spagna, Portogallo, Olanda, Israele, Singapore etc.

Nel corso degli anni ha addestrato numerosi ricercatori, medici, dottorandi, borsisti e studenti che hanno di seguito conseguito posizioni di prestigio in ambito accademico. Tra i riconoscimenti che ha ricevuto nel corso della sua carriera, si ricordano il Premio Klinenberg per l'eccellenza in ricerca, il Premio Roche, il Premio Stein Oppenheimer e il Premio Henry Christian per l'eccellenza in ricerca clinica. È stato invitato come relatore a molte conferenze e simposi scientifici per presentare il frutto della sua ricerca nel mondo. Il suo lavoro di ricerca ha ricevuto fondi da istituzioni private e pubbliche come il National Institutes of Health (NIH), dove è anche membro permanente nella valutazione di progetti scientifici, in aggiunta a commissioni per la determinazione dello stornamento di fondi federali per la ricerca.



## Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Presidente Prof. Andrea L. Tranquilli

### Core curriculum

Il *core curriculum* si identifica con il "sapere essenziale e irrinunciabile" che uno studente deve aver acquisito in modo completo e permanente al termine di un determinato corso di studi. Per la sua elaborazione è necessario definire in modo uniforme e funzionale le "competenze attese" da un professionista con Laurea Magistrale. Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, della durata biennale, garantisce una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie ricomprese nella classe di appartenenza. I laureati magistrali alla fine del percorso formativo sono in grado di esprimere "competenze avanzate" di tipo assistenziale, educativo, preventivo, riabilitativo, palliativo e complementare in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi. In base alle conoscenze acquisite, sono in grado di tenere conto, nella programmazione e gestione del personale dell'area sanitaria, sia delle esigenze della collettività, sia dello sviluppo di nuovi metodi di organizzazione del lavoro, sia dell'innovazione tecnologica e informatica e della pianificazione ed organizzazione degli interventi pedagogico-formativi. La complessità del sistema sanitario richiede la presenza nei servizi strategici (direzione, qualità, rischio clinico, formazione) di professionisti sanitari con elevate competenze in grado di ricercare, progettare, negoziare, realizzare e valutare in termini multiprofessionali, soluzioni a problemi non risolti, in situazioni complesse che una realtà operativa presenta, con la finalità di soddisfare al meglio possibile i bisogni di salute della popolazione. Per la stessa natura della complessità assistenziale lo strumento del core curriculum è flessibile e viene plasmato in relazione alle criticità organizzative, formative o di ricerca all'interno della cornice dei Descrittori Europei e dei risultati di apprendimento attesi di seguito riportati.

#### 1. Conoscenza e capacità di comprensione (*knowledge and understanding*)

I laureati magistrali al termine del percorso di studi saranno in grado di:

- comprendere fenomeni e problemi complessi in campo sanitario, di interesse della professione infermieristica e ostetrica, collocandoli nel più ampio scenario demografico-epidemiologico, socio-culturale e politico-istituzionale
- comprendere i processi assistenziali infermieristici e ostetrici, organizzativi, educativi, connessi all'evoluzione dei problemi di salute della popolazione, al funzionamento dei sistemi sanitari e sociali e dei percorsi di professionalizzazione specifici

#### 2. Capacità di applicare conoscenza e comprensione (*applying knowledge and understanding*)

I laureati magistrali al termine del percorso di studi saranno in grado di:

- analizzare politiche rilevanti per fornire assistenza sanitaria, comprendere e utilizzare leggi e regolamenti per assicurare la qualità dell'assistenza ai pazienti, valutare le tendenze e le questioni socio-economiche e di politica sanitaria sia a livello locale, statale che internazionale; prendere decisioni di alta qualità e costo efficaci nell'uso delle risorse per l'assistenza e la formazione
- sviluppare una pratica basata sulle evidenze utilizzando la ricerca per introdurre cambiamenti e migliorare la pratica clinica

#### 3. Autonomia di giudizio (*making judgements*)

I laureati magistrali al termine del percorso di studi saranno in grado di:

- prevedere e valutare gli effetti derivanti dalle proprie decisioni e attività, assumendone la conseguente responsabilità sociale.
- integrare elevati standard etici e valori nelle attività di lavoro quotidiane e nei progetti

#### 4. Abilità comunicative (*communication skills*)

I laureati magistrali al termine del percorso di studi saranno in grado di:

- esporre il proprio pensiero, in forma scritta e orale, in modo argomentato e con un linguaggio adeguato a diversi interlocutori e contesti
- condurre gruppi di lavoro e riunioni esercitando una leadership adeguata;

#### 5. Capacità di apprendimento (*learning skills*)

I laureati magistrali al termine del percorso di studi saranno in grado di:

- adottare autonomamente efficaci strategie per





continuare ad apprendere, in modo formale e informale, lungo tutto l'arco della vita professionale anche attraverso ulteriori percorsi di formazione. Di seguito riportiamo una nostra proposta di *core curriculum* preparato da Gilda Pelusi, Laura Fermani, Gaia Amicucci, Maria Cristina Grassi, Roberto Sabbatini, Alessia Tranà, Noemi Cortesi, Paolo Antognini, per le discipline professionalizzanti, approvato dal Comitato Didattico ed ora parte integrante del programma formativo degli studenti.

### Corso Integrato Assistenza in Comunità

Modulo Didattico: Metodologia di intervento ostetrico di comunità (SSD Med/47)

1° Anno, 2° semestre, 2 CFU, 20 ore didattica frontale

Docente: Dott.ssa Laura Fermani

#### Obiettivi generali del corso

Al termine del corso di studi lo studente deve essere in grado di comprendere, attraverso i metodi epidemiologici, i bisogni sanitari in ambito materno infantile della comunità e i fattori socio-culturali che li influenzano ai fini della programmazione dei servizi. Definire le caratteristiche e le metodologie dell'intervento ostetrico nella comunità. Progettare interventi di educazione sanitaria/promozione della salute/prevenzione in ambito materno-infantile orientati alla complessità relazionale dell'assistenza ostetrica nell'ambito della comunità.

#### Programma

- Il concetto di comunità e di ostetrica di comunità
- L'ostetrica e il suo intervento nella comunità: cenni storici e legislativi, competenze professionali e caratteristiche;
- Gli ambiti dell'intervento ostetrico nella comunità
  - Tutela e promozione della salute materno infantile, sessuale, riproduttiva e di genere
  - Tutela della maternità e paternità responsabile (contraccezione, prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, counselling sessuologico..)
  - Prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale
  - Prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile
  - Midwifery transculturale
- L'organizzazione dell'offerta attiva della promozione della salute materno infantile in Italia
  - i Consultori familiari

- il Progetto Obiettivo Materno Infantile
- il Percorso Nascita
- Metodologie e strumenti di intervento ostetrico nella comunità
  - Il modello Precede-Proceed
  - Progettare un intervento di educazione alla salute
  - Le campagne di screening per la prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile
  - Il "Progetto 6+1" del Ministero della Salute per la promozione della salute perinatale ed infantile
  - Il progetto "Latte materno: una goccia di saggezza, una grande opportunità" e le altre campagne nazionali di promozione dell'allattamento al seno

### Corso Integrato Assistenza in Comunità

Modulo Didattico: Metodologia di Intervento Infermieristico nelle Comunità (SSD Med/45)

1° Anno, 2° semestre, 2 CFU, 20 ore didattica frontale

Docente: Dott.ssa Gaia Amicucci

#### Obiettivi generali del corso

Al termine del corso di studi lo studente deve essere in grado di rilevare e valutare criticamente l'evoluzione dei bisogni dell'assistenza pertinenti alla specifica figura professionale, promuovere processi decisionali centrati sull'utente e sulla famiglia. Comprendere il contesto assistenziale dell'infermieristica di comunità, conoscere i modelli organizzativi per dare una risposta efficace al delicato problema delle dimissioni protette. Analizzare le logiche, i principi, la filosofia e le motivazioni di contesto sottesi all'infermieristica di comunità e progettare interventi mirati a questo specifico settore.

#### Programma

- Aspetti organizzativi dell'assistenza territoriale
  - Aspetti normativi ed etici sull'infermieristica di comunità
  - L'infermieristica di comunità nel panorama nazionale ed internazionale
  - I servizi del territorio
  - L'infermiere e il territorio (Il cittadino e il suo contesto)
- La continuità dell'assistenza
  - Le dimissioni protette. Integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali
  - Il cittadino e il sistema informativo (la documentazione)
  - La rete socio – sanitaria





- L'assistenza infermieristica
  - Modelli organizzativi e culturali dell'assistenza Infermieristica di comunità in riferimento alle persone affette da cronicità
  - Le cure palliative
  - Il cittadino e la famiglia, un contesto delicato
  - La presa in carico

### **Corso Integrato Management sanitario e metodologie didattiche**

Modulo Didattico: Ricerca applicata ai modelli organizzativi - assistenziali e management ostetrico (SSD Med/47)

2° Anno, 1° semestre, 2 CFU, 20 ore didattica frontale  
Docente: Dott.ssa M. Cristina Grassi

#### *Obiettivi generali del corso*

Costruire sulla base dell'analisi dei PPS e dell'offerta dei servizi, modelli assistenziali /ostetrici innovativi e un sistema di standard assistenziali e di competenze professionali. Programmare, gestire e valutare i servizi assistenziali nell'ottica del miglioramento della qualità (pianificazione, organizzazione, direzione, controllo). Supervisionare l'assistenza pertinente alla specifica figura professionale e svolgere azioni di consulenza professionale. Sperimentare strategie e interventi orientati alla complessità relazionale dell'assistenza pertinente alla specifica figura professionale e ai processi di educazione alla salute. Gestire gruppi di lavoro e strategie per favorire processi di integrazione multi-professionali ed organizzativi. Assicurare che gli operatori dell'assistenza e i loro coordinatori siano coinvolti nei processi decisionali che influenzano la loro pratica. Analizzare criticamente gli aspetti etici correlati all'assistenza. Analizzare l'evoluzione e i cambiamenti dei sistemi sanitari.

#### *Programma*

- Il Dipartimento Materno Infantile;
- L'organizzazione per intensità di cura e la misurazione/monitoraggio della complessità dell'assistenza applicata al Dipartimento Materno Infantile;
- Principi generali della Clinical Governance adottati presso il Dipartimento Materno Infantile;
- Programmazione e gestione delle risorse;
- Health Technology Assessment;
- Contesti nei quali operano le ostetriche e le ostetriche dirigenti;
- Aspetti relazionali ed etica dell'organizzazione (con-

- flittualità, negoziazione, gestione del cambiamento);
- Valutazione delle performance;
- Operatori del Dipartimento Materno Infantile e gestione dell'errore: prevenirli, gestirli, controllarli;
- Metodi e strumenti: Audit clinico, Root Cause Analysis.

### **Corso Integrato Management sanitario e metodologie didattiche**

Modulo didattico: gestione dei sistemi di formazione nelle organizzazioni sanitarie (SSD Med/47)

2° Anno, 1° semestre, 3 CFU, 30 ore didattica frontale  
Docente: Dott.ssa Alessia Tranà

#### *Obiettivi generali del corso*

Approfondire conoscenze teorico-pratiche in ambito ECM. Progettare percorsi formativi di base, specializzanti e di formazione continua pertinenti ai bisogni dei destinatari e correlati ai problemi di salute e dei servizi. Progettare, realizzare e valutare interventi formativi (ricaduta ed efficacia).

#### *Programma*

- definizione del sistema ECM
- excursus storico attraverso la normativa
- presentazione degli obiettivi, della FAD e delle metodologie di FSC
- illustrazione della fase di accreditamento e del sistema di formazione della regione marche
- cenni di andragogia
- dossier formativo

### **Corso Integrato Management sanitario e metodologie didattiche**

Modulo didattico: ricerca applicata ai modelli organizzativi e assistenziali e management infermieristico (SSD Med/45)

2° Anno, 1° semestre, 2 CFU, 20 ore didattica frontale  
Docente: Dott. Roberto Sabbatini

#### *Obiettivi generali del corso*

Collaborare alla pianificazione e gestione dei costi e del budget in relazione agli obiettivi ed alle politiche assistenziali/sanitarie. Partecipare alla pianificazione del fabbisogno del personale di assistenza e attribuirlo alle unità operative sulla base della valutazione della complessità e necessità dei pazienti

#### *Programma*





- Al termine del modulo lo studente deve essere in grado di conoscere e quindi descrivere e discutere i seguenti argomenti:

- Il Contratto di lavoro del personale del SSN: diritti e doveri, sviluppo di carriera, sviluppo professionale
- Interpretare il modello di analisi dell'organizzazione. Carichi di lavoro e gestione del personale (turni, ferie, congedi, aspettative, valutazione, ...).
- Responsabilità giuridico-amministrative dell'Infermiere; profilo degli operatori di supporto
- Conoscere i processi assistenziali: l'attribuzione delle attività al personale di supporto, lavorare in equipe, linee di dipendenza gerarchica e funzionale, lavoro in rete, strumenti di integrazione, piano delle attività
- Il miglioramento della qualità dell'assistenza: ospedale per intensità di cura e assistenza (modello); Gestire l'assistenza per gruppi di pazienti (modulare); Gestire i processi assistenziali per compiti, per equipe, Primary Nursing Modulare (P.N.M.) e Case-Management (I.C.M.). Alcune evidenze infermieristiche
- Pianificazione e gestione dei costi e del budget in relazione agli obiettivi ed alle politiche assistenziali e sanitarie
- Cenni sulla valutazione della soddisfazione lavorativa e la qualità del lavoro; sviluppo di strategie per motivare e trattenere i professionisti

**Corso Integrato Management sanitario e metodologie didattiche**

Modulo didattico: Metodologie Didattiche E Tutoriali Applicate (SSD Med/45)

2° Anno, 1° semestre, 3 CFU, 30 ore didattica frontale

Docente: Dott.ssa Gilda Pelusi

*Obiettivi generali del corso*

- Sviluppare le capacità di insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento delle attività professionalizzanti nella formazione di base, complementare e permanente
- Applicare, in relazione allo specifico contesto operativo, metodologie didattiche formali e tutoriali
- Approfondire i modelli di apprendimento dall'esperienza per migliorare l'apprendimento clinico degli studenti e del personale neoassunto o neo-assegnato

- Approfondire l'applicazione di modelli e strumenti di valutazione dei processi di apprendimento, dell'efficacia didattica e dell'impatto della formazione sui servizi

*Programma*

- Tutorship, Setting e dispositivo formativo
  - Definizione di tutorship e concetto di intenzionalità
  - I facilitatori dell'apprendimento esperienziale : coach, tutor, counsellor, mentor
  - Le funzioni costitutive e trasversali della tutorship
  - Caratteristiche del setting tutoriale e rapporti con il dispositivo formativo e organizzativo
- La Tutorship dei processi di apprendimento sul campo /tirocinio
  - Tirocinio e il processo di apprendimento/insegnamento clinico
  - Un modello concettuale del tirocinio
  - Modelli di tutorato clinico
- Le metodologie dalla tutorship
  - Briefing/debriefing
  - Contract learning
  - Laboratorio per lo sviluppo di skills pratiche
  - PBL
  - Metodo dei casi
  - OSCE
- Il nodo critico della valutazione nella tutorship

**Corso Integrato Pratica sanitaria nell'area materno-infantile**

Modulo didattico: Scienze Assistenziali Ostetriche e Pediatriche Basate Sull'evidenza (SSD Med/47)

2° Anno, 2° semestre, 3 CFU, 30 ore didattica frontale

Docente: Dott.ssa Noemi Cortesi

*Obiettivi generali del corso*

Applicare i risultati della ricerca in ambito ostetrico e neonatale per ottenere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Sviluppare la ricerca in ambito ostetrico e neonatale e verificarne i risultati

*Programma*

- Trasferire I Risultati Della Ricerca Nella Pratica Clinica
  - Il processo di implementazione;
  - Il cambiamento dei comportamenti clinici;
  - I profili di assistenza;
  - Costruire un profilo di assistenza;
  - Banche dati di profili di assistenza;
  - Le linee guida i protocolli e le procedure;





- Le revisioni sistematiche;
- Banche dati di studi integrativi, banche dati di studi clinici;
- Esempi di EBM pratici in ambito ostetrico e neonatale;
- Sviluppare la Ricerca In ambito ostetrico- neonatologico
  - Aree grigie di ricerca;
  - Esempi pratici discussi in piccoli gruppi

**Corso Integrato Pratica sanitaria nell'area materno-infantile**

Modulo didattico: Scienze Assistenziali Infermieristiche E Pediatriche Basate Sull'evidenza (SSD Med/45)  
2° Anno, 2° semestre, 3 CFU, 30 ore didattica frontale  
Docente: Dott. Paolo Antognini

*Obiettivi generali del corso*

Sviluppo di conoscenze in ambito organizzativo gestionale e clinico assistenziale in area materno infantile che impattano sul sistema salute della popolazione afferente all'area materno infantile. Sviluppo di competenze relative agli aspetti organizzativi gestionale e clinico assistenziali

*Programma*

- Scienze assistenziali: aspetti generali; scienze assistenziali infermieristiche: aspetti disciplinari; scienze

- assistenziali infermieristiche pediatriche: aspetti specifici.
- La pratica sanitaria: identificare specifici problemi e aree di ricerca in ambito organizzativo, gestionale e clinico-assistenziale,
- L'area materno infantile
  - Analisi nel sistema sanitario dei processi i metodi e gli strumenti della ricerca, pertinenti alla figura professionale, nelle aree clinico-assistenziali, nell'organizzazione e nella formazione
  - Modelli ospedalieri e territoriali: approfondimento nell'area materno infantile di contributi per definire un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità.
  - Metodi epidemiologici e valutazione dei bisogni sanitari nell'area materno infantile: applicare i risultati della ricerca in ambito organizzativo adattandoli ai contesti specifici per un continuo miglioramento della qualità.
- L'evoluzione delle scienze assistenziali infermieristiche e pediatriche: barcamp.

a cura di Gilda Pelusi, Coordinatore AFPTC,  
Giuditta Ferrini e i Componenti del Comitato Didattico  
*CLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche*  
Università Politecnica delle Marche





## L'apprendimento dall'esperienza nella pratica infermieristica

L'Infermiere di oggi è un professionista clinico, un operatore competente e consapevole, il cui ruolo comporta una complessità e una responsabilità che richiedono uno sviluppo a lungo termine e continuo. Diventare competente è frutto di una progressiva crescita delle abilità, che segue determinati passaggi dettati da esperienza, applicazione delle regole, crescita della propria autonomia, capacità di formulare un pensiero critico e consapevolezza.

La rappresentazione della competenza e dell'impegno della professione, scaturiscono anche della descrizione di situazioni di assistenza ai pazienti, in cui gli interventi degli Infermieri hanno fatto la differenza, esprimendo l'unicità dell'infermieristica come disciplina e come arte, affrontando temi quali la tutela del paziente, l'expertise e un impegno che produce un'attenta vigilanza e include il prendersi cura degli assistiti.

Patricia Benner, professore nel Dipartimento di Nursing Fisiologico presso la Scuola di Infermieristica dell'U-

niversità della California, ed autrice del testo "From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice", è il primo autore della competenza nella pratica infermieristica. E' anche una nota ricercatrice a livello internazionale e docente in materia di salute, stress e coping, acquisizione di competenze ed etica. Gli obiettivi del lavoro racchiusi nel suo libro, erano di studiare l'apprendimento dall'esperienza nella pratica infermieristica, di esaminare l'acquisizione di abilità basata sull'apprendimento clinico e di articolare la conoscenza racchiusa nell'attività degli Infermieri. Il suo lavoro ha avuto grande influenza sull'infermieristica, sia negli Stati Uniti che a livello internazionale, ad esempio, nel fornire la base per la nuova legislazione e la progettazione per la pratica infermieristica e l'istruzione. Il suo lavoro ha inoltre influenza nella cura, nelle aree di pratica clinica e clinica etica.

La Benner, in sostanza, applica all'infermieristica, come chiave di lettura dell'esperienza di pratica assistenziale, il Modello Dreyfuss, sviluppato sull'acquisizione delle abilità e basato sullo studio di giocatori di scacchi e di piloti di linee aeree (Tab. 1). I cinque livelli

Scala di Dreyfus-Dreyfus (1986): Bilancio di Competenza, Descrizione dei Livelli Posseduti	
PUNTEGGIO	COMPETENZA
1	<i>Novizio</i> : La persona ha un comportamento governato dalle regole, limitato e privo di flessibilità. Non ha esperienza della situazione. <b>Il focus è sull'esecuzione</b>
2	<i>Principiante avanzato</i> : La persona fornisce prestazioni marginalmente accettabili, identifica gli aspetti grazie ad esperienze pregresse, ma ha bisogno di sostegno nel contesto clinico (es: aiuto nello stabilire le priorità) <b>Il focus è sul tutoraggio</b>
3	<i>Competente</i> : La persona ha padronanza e possiede la capacità di pianificare, fronteggiare e gestire le situazioni infermieristiche. Lavora in situazioni simili da 2-3 anni <b>Il focus è sulla progettualità</b>
4	<i>Abile</i> : La persona percepisce le situazioni come insiemi, piuttosto che nei singoli aspetti, ne percepisce il significato in termini di obiettivi a lungo termine. Riconosce quando il quadro atteso non si materializza e modifica i piani in risposta ad esso. <b>Il focus è sulla complessità</b>
5	<i>Esperto</i> : La persona ha enorme esperienza, una comprensione totale e intuitiva della situazione e può concentrarsi su una parte precisa del problema. Le sue prestazioni sono fluide, flessibili ed abili. <b>Il focus è sull'appropriatezza</b>

Tab. 1 - I cinque livelli di Abilità secondo la Scala di Dreyfus.



di abilità che ne derivano riassumono e riflettono l'esperienza formativa, professionale e clinica degli Infermieri, nelle varie fasi del loro percorso di vita professionale. Ecco, dunque, che l'eccellenza nell'esercizio professionale trova il suo itinerario attraverso cinque livelli di abilità del professionista: l'Infermiere novizio, l'Infermiere principiante avanzato, l'Infermiere competente, l'Infermiere abile e l'Infermiere esperto.

Patricia Benner riteneva – certamente a ragione – che gli Infermieri non avessero l'abitudine di documentare adeguatamente ciò che apprendevano dalla loro attività clinica, privando così la teoria infermieristica dell'unicità e della ricchezza delle conoscenze che, come in ogni campo, possono derivare solo dai dettagli e dalle situazioni di una pratica esperta. Eppure, ogni Infermiere possiede un proprio bagaglio culturale, una propria personalità e competenza, così come la capacità di mettersi in relazione con l'altro e costruire un rapporto di fiducia con la persona, usando il giudizio e valutando i dati usando la logica (conoscenza) e l'emozione (esperienza e sentimento) e differenziando le capacità empatiche.

Naturalmente nell'assunzione delle decisioni infermieristiche, ci sono dei canali preferenziali, ma la percezione da sola non basta, così come la conoscenza da sola non basta; esiste perciò una conoscenza e una conseguente competenza di base, che possono essere comuni, ma il loro espletamento risulta legato anche a fattori individuali, elementi questi che, secondo la sociologia delle professioni, costituiscono requisiti determinanti nel differenziare una professione da un mestiere. Secondo Patricia Benner ed i contenuti del suo libro: "L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere, l'apprendimento basato sull'esperienza", il campo sia teorico che pratico della competenza infermieristica nella pratica clinica, si sviluppa oltre che tramite i cinque livelli di competenza, anche attraverso le sette aree della pratica infermieristica:

- 1) La relazione di aiuto;
- 2) La funzione di insegnamento e di formazione (coaching);
- 3) La funzione assistenziale e documentativa del paziente;
- 4) Il management effettivo delle situazioni di rapido cambiamento;
- 5) L'amministrazione e il monitoraggio degli interventi terapeutici;
- 6) Il monitoraggio e l'assicurazione di un'assistenza di qualità;
- 7) Le competenze organizzative e relative al proprio ruolo lavorativo.

In questa logica essere Infermiere di base è condizione necessaria, ma non sufficiente per esprimere al massimo le potenzialità professionali dell'area di operatività. La specializzazione infatti è un approfondimento disciplinare e rende lo specializzato Infermiere, professionista competente e maestro/formatore riconosciuto. L'importanza del contributo di Patricia Benner nell'infermieristica contemporanea, risiede nel fatto di aver posto sotto studio quella capacità di apprendimento continuo che hanno gli Infermieri durante tutto il corso della loro attività clinica. Quello che s'impara durante la formazione di base, sembra affermare Benner, è certo indispensabile, ma è l'esperienza pratica che farà di un buon infermiere neo-laureato un infermiere esperto.

Il novizio, come ad esempio lo studente in tirocinio, ha la necessità di imparare seguendo una procedura ripetitiva ed uguale a sé stessa. Scrive Benner che "il comportamento governato dalle regole, tipico del novizio, è estremamente limitato e privo di flessibilità".

Il nocciolo della difficoltà sta nel fatto che, poiché i novizi non hanno esperienza della situazione a cui si trovano di fronte, bisogna dar loro delle regole che ne guidino l'attività".

Due definizioni sono particolarmente utili per comprendere la prospettiva del lavoro della Benner: la competenza e l'esperienza. La competenza è «l'area di performance definita interpretativamente e descritta attraverso l'intento, le funzioni e i significati». L'esperienza, invece, non è semplicemente dovuta allo scorrere del tempo, ma è un processo attivo di perfezionamento e modifica di teorie, nozioni e idee preconcepite nel confronto con una data situazione; implica l'esistenza di un dialogo tra ciò che si sperimenta e ciò che ci si aspetta.

I novizi ed i principianti avanzati – come ad esempio i neolaureati – possono assimilare poco di una situazione: essa è troppo nuova ed estranea; sono troppo concentrati per ricordare le regole che sono state loro insegnate, per percepire altro dalla situazione nella quale sono inseriti.

Un Infermiere competente ha invece un'ampia padronanza del proprio lavoro, anche se non ha ancora la rapidità e la flessibilità dell'Infermiere abile.

Infine, al top della competenza, troviamo lo stadio dell'Infermiere esperto. Questi ha un'enorme retroterra di esperienza; ha una comprensione intuitiva di ogni situazione assistenziale e può concentrarsi su una parte precisa del problema, evitando una superflua considerazione di un ampio spettro di inutili diagnosi e soluzioni alternative.



Da novizio ad esperto, inoltre, vi è una graduale acquisizione di abilità, che permettono all’Infermiere di penetrare nella situazione assistenziale, non rimanendo chiuso in una sua visione da “manuale”, ma percepandola nel suo insieme, come un tutto unico, all’interno del quale può cogliere le parti essenziali.

Infine, anche il grado di coinvolgimento dell’Infermiere nella situazione, cambia con l’esperienza. All’inizio è distaccato, concentrato sul compito o sulla procedura, scrupoloso ed in qualche modo ancora legato nelle relazioni.

Da esperto, invece, gioca un ruolo attivo pienamente coinvolto nella situazione, che opera a modificare dall’interno (vedasi tabella n°2).

Il risultato finale, espressione del ‘potere’ delle cure infermieristiche, è terapeutico nel vero senso della parola: non solo efficace, ma anche incisivo nel mondo-della-vita del paziente e sulla sua percezione di benessere.

La competenza esperta si sviluppa quando il clinico sottopone a continua verifica le proprie conoscenze e perfeziona, nelle reali situazioni operative, proposizioni, ipotesi ed aspettative basate su principi e teorie.

“L’esperienza è pertanto un requisito della competenza. Per esempio, il problem solving di un Infermiere abile o esperto è diverso da quello di un Infermiere all’inizio della carriera. Possiamo attribuire questa differenza al know how che si acquisisce con l’esperienza”.

La buona prassi infermieristica deve essere scientificamente fondata, ossia basata su dati sperimentali che aiutino l’Infermiere a descrivere e risolvere il problema

del paziente in termini riproducibili, efficaci ed efficienti. Ma, allo stesso tempo, deve anche essere attenta all’individualità del paziente, alla sua ‘irriducibile soggettività’, per la quale – secondo il linguaggio della Scuola dei Bisogni - , l’Infermiere deve saper identificare le dimensioni soggettive ed oggettive del bisogno di assistenza infermieristica del paziente, adeguando conseguentemente la propria prestazione attraverso un percorso di contrattazione, non esente da problematiche relazionali ed etico-deontologiche, tenendo in giusta considerazione la soggettività della persona che si assiste ed assicurando il massimo livello di qualità della prestazione resa.

In altre parole, si deve tener conto di un processo di standardizzazione e personalizzazione, rivolto ai risultati, nel quale le singole attività siano sempre valutabili e misurabili in funzione degli obiettivi che l’Infermiere si è posto per risolvere un dato problema. Tuttavia, come ben ci insegnano i racconti di P. Benner, la buona prassi infermieristica non è sempre fondata su azioni valutabili e misurabili. Anzi, abbiamo potuto notare come a volte la bontà della prestazione infermieristica, sia dovuta ad azioni impossibili da misurare e da valutare in termini quantitativamente riproducibili.

L’infermieristica è una scienza umana, di cui si occupano soggetti che si autointerpretano (ricercatori), i quali studiano soggetti che si autointerpretano (partecipanti): entrambi possono andare incontro a cambiamenti in conseguenza di una ricerca. L’assistenza come prendersi cura non può essere controllata né essere oggetto di coercizione; può essere soltanto compresa e facilitata.

I livelli della competenza	Le aree della competenza		
	L'USO DELLA CONOSCENZA	LA SITUAZIONE	IL GRADO DI COINVOLGIMENTO
1. Novizio	Dalla fiducia nei principi astratti .....	Dalla sua percezione come un quadro clinico classico ....	Da osservatore <i>distaccato, esterno</i> ...
2. Principiante Avanzato			
3. Competente	.... All’uso delle concrete esperienze del passato in qualità di paradigmi	.... alla visione di insieme completo, nel quale solo certe parti hanno rilievo	.... ad attore coinvolto, impegnato all’interno della situazione
4. Abile			
5. Esperto			

Tab. 2 - Le aree e i livelli di competenza della performance infermieristica secondo Patricia Benner.



Essa è racchiusa in significati e coinvolgimenti personali e culturali. Pertanto le strategie per studiarla devono tenere in considerazione significati e coinvolgimenti.

In altre parole, l'attenzione ai particolari non è un affare di etica o di buon cuore, o ancora di gratificazione personale del singolo Infermiere: al contrario, è un aspetto centrale dell'assistenza infermieristica che richiede di essere considerato scientificamente al pari degli aspetti tecnici, procedurali ed organizzativi.

Come professionisti, gli Infermieri devono avere familiarità con informazioni sempre nuove, per fornire il miglior livello di assistenza al paziente. La pratica infermieristica è dinamica e si evolve di continuo a causa delle nuove informazioni che provengono da studi di ricerca, dallo sviluppo tecnologico e dalle questioni sociali che affliggono i pazienti. Gli Infermieri devono analizzare le nuove conoscenze per prendere decisioni informate sull'assistenza.

La pratica basata sulle evidenze è un approccio alla soluzione dei problemi che coinvolge l'utilizzo ragionato delle migliori evidenze aggiornate, insieme all'esperienza clinica, alle preferenze e ai valori, nella presa di decisioni riguardanti l'assistenza.

Lo scopo della pratica basata sulle evidenze è di fornire agli Infermieri, i migliori dati utili per un'assistenza efficace. Essa aiuta gli Infermieri nella soluzione di problemi che si riscontrano nel contesto clinico; inoltre, serve a fornire un'assistenza innovativa, che vada oltre gli standard di qualità e favorisca un efficace ed efficiente processo decisionale da parte degli Infermieri.

Il movimento dell'Evidence Based Nursing (EBN), implica la necessità per un'infermieristica contemporanea, di fondarsi su prassi validate empiricamente e dunque

standardizzate. Tale necessità viene ulteriormente rinforzata non solo da ragionamenti di tipo scientifico, ma anche economico ed organizzativo, in termini di efficacia ed appropriatezza delle buone pratiche applicate al paziente. In epoca recente, quindi, la teoria della Dott.ssa Benner, deve essere completata con un'analisi attenta e sistematica delle informazioni che provengono dalla più recente ricerca clinica.

#### Bibliografia

- 1) Benner P., (2003) *L'Eccellenza nella Pratica Clinica dell'Infermiere*, 1.a edizione, editore Mc Graw Hill
- 2) Cecchini F. (2009) *La Pratica clinica esperta Feedback*, periodico del Collegio Ispasvi Gorizia Anno IX n. 2/2009
- 3) D'Aliesio L., Vellone E., Rega M.L., Galletti C. (2007) *La Ricerca Infermieristica*, editore Carocci Faber
- 4) Manzoni E., (1997) *Storia e Filosofia dell'Assistenza Infermieristica*
- 5) Partelli M. Teresa (2005) *Tesi di Laurea Università di Parma "I verbi della cura: ripensare la cura attraverso la voce degli operatori"*, editore Masson
- 6) Potter A.P., Perry A. Griffin, (2011) *Fondamenti di Infermieristica*, 7.a edizione, editore Elsevier
- 7) Raffaelli W., Montalti M., Nicolò E. (2009) *L'Infermieristica del Dolore*, editore Piccin

#### Sitografia

- <http://home.earthlink.net/~bennerassoc/patricia.html>
- <http://nursing.ucsf.edu/faculty/patricia-benner>
- <http://www.ebscohost.com/academic/cinahl>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Tiziana Traini, Mariella Amadio,  
Patricia L. Ciapanna, S. Fattori, Silvano Troiani  
CL in Infermieristica - Polo didattico di Ascoli Piceno  
*Università Politecnica delle Marche*

## Errata corrige

Simona Bacaloni, e non Simona Pagaloni come è stato recentemente scritto su Lettere dalla Facoltà 14(6): 11-13, 2012 (la tesi degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica. L'influenza del tutor) è autore con Mariella Amodio, Patrizia Ciapanna, Tiziana Traini e Silvano Troiani



GILDA PELUSI, MARGHERITA LATINI,  
DANIA COMPARCINI, MICHELA FRANCOLETTI,  
CLAUDIA MONTEVECCHI  
Università Politecnica delle Marche

## Il carico assistenziale dei caregivers in ambito oncologico

### Studio osservazionale

#### Introduzione

La diagnosi di malattia neoplastica ha un elevato impatto fisico ed emotivo sulla vita del paziente e della famiglia<sup>1</sup>, considerata parte integrante dell'assistenza e alla quale viene affidata la gestione quotidiana del malato<sup>2</sup>. Il carico assistenziale percepito dai familiari è correlato ad un deterioramento delle condizioni di salute e della qualità di vita di tutti i componenti familiari<sup>3</sup>.

Il caregiver è colui che si prende cura di un altro individuo che non riesce più ad occuparsi di sé stesso in maniera autonoma e si preoccupa di rispondere ai suoi bisogni fisici, psichici e morali<sup>4,5</sup>. Nel caso in cui il caregiver è rappresentato da un familiare, si parla di caregiver spontaneo o informale, persona inesperta di assistenza, che eroga cure continue e costanti al proprio familiare<sup>6,7</sup>. Il carico assistenziale percepito dai familiari è particolarmente gravoso, poiché l'attività di caregiving prevede la gestione delle attività di vita quotidiana del paziente, il soddisfacimento dei bisogni assistenziali, il supporto emotivo e psicologico e l'interazione costante con i medici e gli infermieri per discutere della condizione ed evoluzione della malattia<sup>8</sup>. La malattia diventa un elemento stressante, in grado di minacciare l'equilibrio del sistema familiare e comporta inevitabili cambiamenti dei ruoli familiari, diminuita partecipazione alla vita sociale, riduzione del tempo libero e problemi di natura economica. Il familiare impegnato nell'assistenza, spesso, sente di essere inadeguato o impreparato per ricoprire il ruolo di caregiver e vive una condizione di continuo stress psicofisico, che aggrava il suo stato generale di salute<sup>9</sup>.

In letteratura, i principali studi che hanno esplorato il ruolo dei caregivers in ambito oncologico sono stati condotti a livello territoriale, con l'obiettivo primario di analizzare solo determinati bisogni dei caregivers<sup>10</sup>. Alcuni autori hanno analizzato la percezione del carico assistenziale correlato alla gestione di un familiare in fase terminale della malattia<sup>11,12</sup>.

Tuttavia, pochi studi hanno esplorato le variabili che, complessivamente, influenzano la percezione del carico assistenziale dei caregivers, quali: lo stato psicologico, fisico, emotivo, economico e le criticità correlate alle competenze assistenziali.

Lo scopo del presente studio è di analizzare il carico assistenziale dei familiari che assistono pazienti oncologici al fine di identificare le principali variabili che influenzano l'attività di caregiving. Conoscere le modalità con cui l'insorgenza della malattia modifica le dinamiche familiari e le risorse psicologiche ed economiche dei caregivers, favorisce l'identificazione degli interventi assistenziali adeguati per rispondere a specifici bisogni di supporto.

#### Materiali e metodi

##### Partecipanti e Centri

Lo studio, osservazionale descrittivo, è stato realizzato da luglio 2012 ad agosto 2012, presso i Day Hospital (D.H.) delle Strutture Operative Dipartimentali (SS. OO. DD.) Clinica di Ematologia e Clinica di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria – Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi di Ancona. Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto dopo aver ottenuto l'autorizzazione allo studio da parte del Dirigente Medico Ospedaliero e della Dirigente dell'Area Professioni Sanitarie e dopo aver informato i Direttori e i Coordinatori delle Unità Operative.

La popolazione oggetto dell'indagine è rappresentata da tutti i caregivers dei pazienti onco-ematologici, che nel periodo di studio avevano accesso ai D.H. ospedalieri. Sono stati inclusi: caregivers esclusivamente familiari, che assistevano a domicilio un familiare affetto da neoplasia e di età  $\geq 18$  anni, in grado di leggere, comprendere e compilare il questionario in lingua italiana, resi edotti circa le finalità dello studio e che hanno accettato di partecipare sottoscrivendo il consenso informato.

##### Procedure di studio

Un ricercatore, previo contatti con i Coordinatori delle Unità Operative, ha provveduto ad illustrare le finalità dello studio e a consegnare ai caregivers un questionario in forma cartacea. Lo stesso ricercatore ha provveduto al loro ritiro nella giornata di compilazione degli stessi. I questionari compilati sono stati depositati in una busta chiusa, al fine di garantire il rispetto della riservatezza e dell'anonimato dei partecipanti.

Lo strumento utilizzato è un questionario, elaborato da Grimaldi & Fabbrini<sup>2</sup>, composto da 13 domande e suddiviso in tre parti. La prima sezione è volta ad identificare le variabili socio-demografiche del familiare maggiormente impegnato nell'assistenza, quali: sesso, età, pro-



fessione e composizione del nucleo familiare. La seconda sezione, esplora il disagio dei caregivers in relazione alle aree di assistenza, di salute fisica e psicologica, delle relazioni sociali e private e del carico economico. L'ultima sezione è riservata all'infermiere che assiste il paziente in Day Hospital, ed è finalizzata a classificare il carico assistenziale sulla base dei punteggi attribuiti a tutte le domande del questionario. Le variabili di risposta delle prime 11 domande si dispongono su una scala Likert a 4 punti, dove "1" corrisponde a "per niente", "2" corrisponde a "poco", "3" corrisponde a "abbastanza", "4" corrisponde a "molto". Le ultime due domande sono a scelta multipla per favorire l'espressione del sovraccarico percepito dal caregiver, sottoforma di autovalutazione. Il punteggio totale deriva dalla somma dei punteggi assegnati alle singole domande e permette di classificare il sovraccarico assistenziale in: [1] sovraccarico non presente (punteggio=11); [2] sovraccarico scarso (punteggio compreso tra 12-22); [3] sovraccarico moderato (punteggio compreso tra 23-33); [4] sovraccarico elevato (punteggio compreso tra 34-44).

#### Analisi dei dati

Le variabili continue sono state sintetizzate mediante media e deviazione standard (DS) e le variabili categoriche mediante frequenze e percentuali. Le analisi sono state effettuate utilizzando Microsoft Office Excel 2007.

#### Risultati

Su un totale di 93 questionari somministrati, 83 sono stati compilati e restituiti (89%).

I partecipanti hanno un'età media di 50-60 anni e nella maggior parte dei casi, il caregiver è di sesso femminile (n=56, 67.5%) e di questi, il 66% è rappresentato dalle

mogli dei pazienti. Solo l'8% dei familiari maggiormente impegnati nell'assistenza, è rappresentato dai figli dei pazienti, come unici responsabili della gestione quotidiana del malato. Nel 53% dei casi, il nucleo familiare è composto da 2 persone (caregiver e soggetto malato). Nei nuclei familiari composti da più membri, un unico soggetto si prende carico dell'igiene e cura del familiare malato, della somministrazione della terapia, nonché del supporto emozionale e psicologico.

#### Percezione del sovraccarico totale

Il 46% del campione ha espresso un sovraccarico moderato, il 40% un sovraccarico scarso e il 12% non percepisce sovraccarico. Una ridotta percentuale di familiari intervistati (2%), percepisce un sovraccarico elevato. L'80% della popolazione compresa nella fascia di età tra 70-80 anni, percepisce (Tab. 1) un sovraccarico moderato in seguito alla gestione quotidiana del familiare malato. Il 50% dei caregivers di età superiore agli 80 anni, percepisce un sovraccarico elevato.

#### Area assistenziale

I caregivers di sesso maschile esprimono maggiori criticità rispetto a quelli di sesso femminile. Di questi, il 41% sostiene di avere difficoltà nel provvedere all'igiene e alla cura della persona, mentre il 48% esprime difficoltà di gestione della terapia farmacologica. Suddividendo i caregivers di sesso maschile per fasce di età, si evidenzia che la popolazione di età  $\geq 70$  anni, dichiara che le principali difficoltà riguardano l'igiene del malato, mentre quelli di età compresa tra i 30-40 anni hanno maggiori difficoltà nella gestione della terapia.

Il 10.8% (n=9) dei partecipanti sostiene che l'attività di caregiving abbia influito "molto" sulle proprie con-

Sovraccarico assistenziale n. (%)					
Fasce di età (anni)	Nessuno	Scarso	Moderato	Elevato	Totale
30-40	2 (16.6)	5 (41.7)	5 (41.7)	-	12 (100)
40-50	-	4 (36.4)	7 (63.6)	-	11 (100)
50-60	7 (30.4)	11 (47.8)	5 (21.8)	-	23 (100)
60-70	1 (6.0)	8 (47.0)	8 (47.0)	-	17 (100)
70-80	-	3 (18.8)	13 (81.2)	-	16 (100)
> 80	-	-	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100)

Tab. 1 - Frequenze e relative percentuali del sovraccarico percepito suddiviso per fasce d'età (n=83).

dizioni di salute psico-fisica, il 40% (n=33) che abbia influito "abbastanza", il 27.7% poco (n=23) e il 21.7% (n=18) che non abbia determinato alcuna modificazione sullo stato di salute.

#### Area delle relazioni familiari

Il 42% dei partecipanti percepisce di avere alcune difficoltà nella gestione dei rapporti con il familiare malato, soprattutto a causa della mancata accettazione dello stato di malattia da parte del paziente. Tale difficoltà viene percepita sia dai familiari di sesso femminile (41%), sia da quelli di sesso maschile (52%).

#### Area della salute fisica e psicologica

Il 45% dei familiari di sesso femminile, sostiene che la cura del familiare malato abbia contribuito ad aggravare il proprio stato di salute, mentre l'11% sostiene il contrario. Nei partecipanti di sesso maschile, il 31% riferisce modificazioni sul proprio stato di salute psico-fisica.

La maggior parte dei familiari percepisce tristezza e senso di esaurimento correlato alle numerose attività assistenziali da svolgere e alcuni caregivers riferiscono di aver sviluppato una visione negativa della vita, dal momento in cui ha avuto inizio la malattia del familiare. Dal punto di vista fisico, i partecipanti riferiscono l'insorgenza di improvvisi mal di testa, alterazione del sonno, alterazione dell'appetito, nonché affaticamento e variazioni del peso corporeo.

La maggioranza della popolazione di età compresa tra 40-50 anni e di età superiore agli 80 anni, riferisce

problemi di salute insorti dal momento in cui è iniziata l'assistenza al familiare malato.

#### Area delle relazioni sociali e private

Il 30% dei partecipanti considera compromesse le proprie relazioni sociali. Alla domanda aperta che richiedeva di specificare questa risposta alcuni partecipanti sostengono: "non c'è più vita sociale", "relazioni sociali pressoché inesistenti", "progressivo allontanamento dai rapporti sociali".

Alla domanda "Ritiene che la cura del suo familiare abbia influito sulla sua vita privata?", il 34% ha risposto "abbastanza".

In particolare, alcuni partecipanti hanno affermato: "senso di limitazione dello spazio dedicato alla propria vita", "possibilità di vedere gli altri familiari solo di notte", "rinunciare a viaggi e piccoli spostamenti".

#### Bisogno di espressione delle emozioni

Il 42.2% dei partecipanti manifesta (Fig. 1) un discreto bisogno di esprimere le proprie emozioni. In particolare, è emersa la necessità di parlare con gli altri membri della famiglia, con lo psicologo e con il medico.

Il bisogno di esprimere le proprie emozioni interessa, soprattutto, i caregivers di età compresa tra i 40-50 anni e di età superiore agli 80 anni.

Sia i caregivers di sesso femminile, sia quelli di sesso maschile dichiarano di sentire la necessità di esprimere le proprie emozioni, rispettivamente il 44.4% dei maschi e il 44.7% delle donne.

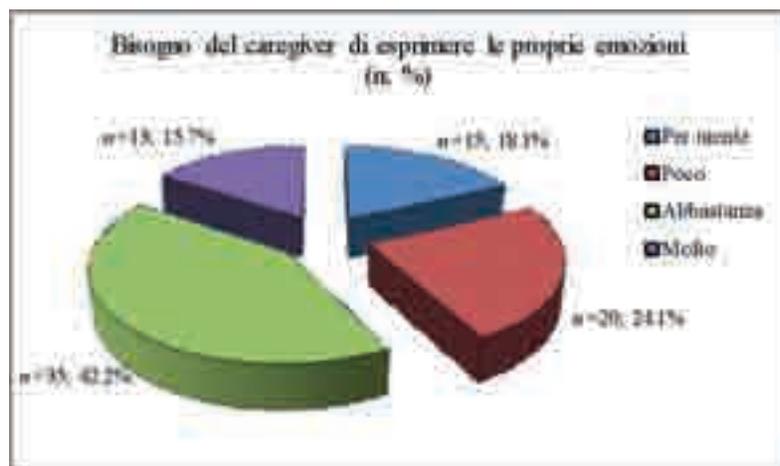


Fig. 1 - Bisogno di espressione delle emozioni.

## Discussione

Lo scopo dello studio era di analizzare il carico assistenziale percepito dai caregivers di pazienti oncologici, attraverso la valutazione delle difficoltà riscontrate, delle ripercussioni sullo stato di salute e dei bisogni di comunicazione e relazione.

Il familiare che si prende carico dell'assistenza fisica e psicologica del paziente rappresenta il principale intermediario tra la persona malata e l'équipe curante.

Nel campione considerato per lo studio, l'attività di caregiving, generalmente, viene intrapresa da un unico soggetto, prevalentemente di sesso femminile. Tale risul-

tato conferma quanto riportato da alcuni autori, che definiscono "primary caregiver" l'unico familiare responsabile dell'assistenza generale al paziente, generalmente di sesso femminile<sup>12</sup>.

Complessivamente, la maggior parte dei partecipanti percepisce un sovraccarico assistenziale moderato che interessa soprattutto: la gestione quotidiana del malato, la condizione di stress psicofisico costante che comporta un deterioramento dello stato di salute, la gestione dei rapporti e della comunicazione con il familiare malato e il bisogno di espressione delle proprie emozioni. Tuttavia, nelle diverse aree indagate, sono emerse alcune differenze in relazione al sesso e alla fascia di età dei partecipanti.

Le principali difficoltà riguardano l'area assistenziale: la gestione della terapia farmacologica per i familiari di età compresa tra i 30-40 anni, e la gestione delle attività di vita del familiare (igiene e cura della persona) per quelli di età compresa tra 70-80 anni, che vivono soli e sono gli unici responsabili dell'assistenza al coniuge malato.

Nell'area della salute fisica e psicologica, è emerso che lo stato d'animo del congiunto e la sua continua insoddisfazione, contribuiscono ad aumentare lo stress dei familiari e la sensazione di stanchezza fisica. La sintomatologia riferita interessa, principalmente, i caregivers giovani e di sesso femminile che dichiarano disturbi del sonno e stati depressivi.

Lo stato psicologico del caregiver sembra essere correlato al supporto sociale e assistenziale percepito. In particolare, le condizioni che contribuiscono ad aumentare lo stress psicologico dei caregivers sono la mancata presenza di un supporto socio-assistenziale a proprio domicilio, la scarsa comunicazione e la scarsa conoscenza delle condizioni cliniche del paziente. Ansia e depressione nel familiare che eroga assistenza, aumentano progressivamente quando la malattia è in fase avanzata e il paziente riceve cure palliative<sup>13</sup>.

I dati relativi all'area delle relazioni familiari, suggeriscono che una delle determinanti del sovraccarico assistenziale è la difficoltà di gestione dei rapporti relazionali con il paziente. In particolare, la mancata accettazione della malattia da parte del familiare malato, ne favorisce l'isolamento dal nucleo familiare, rendendo difficoltosi i tentativi di comunicazione.

Per quanto riguarda l'area delle relazioni sociali e private, i caregivers hanno dichiarato di organizzare la propria vita familiare e lavorativa, in relazione alle esigenze

del malato, trascurando inevitabilmente i bisogni correlati alle interazioni sociali e al ruolo ricoperto all'interno del proprio nucleo familiare. Questo risultato si riferisce principalmente ai caregivers di età compresa tra 30-50 anni, che percepiscono di aver cambiato in maniera importante le proprie abitudini di vita.

Un altro risultato interessante, emerso dallo studio, riguarda il bisogno dei caregivers di comunicare con gli operatori sanitari poiché sostengono di non sentirsi abbastanza preparati per assistere il proprio familiare<sup>12</sup> e credono che lo stress percepito non possa essere risolto in alcun modo. In particolare, i caregivers di sesso maschile e di età compresa tra 60-70 anni, esprimono il bisogno di condividere le proprie emozioni e preoccupazioni con altre persone appartenenti al nucleo familiare oppure desiderano comunicare con uno psicologo, un medico o un infermiere, per ricevere supporto emotivo e maggiori informazioni di tipo clinico. I familiari, quindi, non vogliono sentirsi soli e cercano il supporto in qualcuno che possa capirli, educarli e in alcune situazioni sostituirsi a loro per far fronte al gravoso impegno fisico, alla solitudine e alla paura della morte e della sofferenza del proprio congiunto. In questo contesto, le visite domiciliari mediche e infermieristiche, diventano importanti indipendentemente dai bisogni espressi dal malato e rappresentano una risposta ai bisogni di disponibilità, ascolto e sostegno dei caregivers informali.

### Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti riguardanti la natura locale dello studio e l'esiguità del campione che non permettono di generalizzare i risultati ottenuti a tutti i caregivers di pazienti oncologici. Tuttavia, l'indagine ha permesso di identificare le diverse variabili che determinano il carico assistenziale dei caregivers, differenziando tra maschi e femmine e considerando i bisogni di supporto espressi in relazione alle diverse fasce di età.

### Conclusioni

I caregivers ricoprono un ruolo centrale nell'assistenza al paziente durante le diverse fasi di malattia, di conseguenza, l'équipe di cura deve garantire un'adeguata valutazione dei loro bisogni di supporto concentrandosi sulle risorse presenti nella famiglia.

L'identificazione del sovraccarico assistenziale nella pratica clinica, attraverso l'uso di strumenti adeguati, costituisce la prima fase di un processo di pianificazio-

ne e realizzazione di interventi assistenziali di supporto. La realizzazione di interventi di supporto ai familiari, tempestivi ed individualizzati, può favorire il raggiungimento di outcomes positivi sia sulle capacità di cura dei caregivers, che sul loro stato di salute, attraverso la riduzione dello stress e del carico assistenziale percepito.

### Bibliografia

- 1) Song JI, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, et al. *Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer*. Support Care Cancer 2011; 19(10): 1519-26.
- 2) Grimaldi V, Fabbrini F. *Proposta di uno strumento per misurare il carico assistenziale del caregiver di un paziente oncologico in fase terminale a domicilio*. La Rivista Italiana di Cure Palliative 2007; 1: 51-8.
- 3) Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, B. Given. *A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients*. J Pain Symptom Manage 2005; 30(2): 112-22.
- 4) Aoun SM, Kristjanson LJ, Currow DC, Hudson PL. *Caregiving for the terminally ill: at what cost?* Palliat Med 2005; 19(7): 551-5.
- 5) Siefert ML, Williams A, Dowd MF, Chappel-Aiken L, McCorkle R. *The caregiving experience in a racially diverse sample of cancer family caregivers*. Cancer Nurs. 2008; 31(5): 399-407.
- 6) Simon C, Kumar S, Kendrick T. *Who cares for the carers? The district nurse perspective*. Fam Pract 2002; 19(1): 29-35.
- 7) Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzales A, Hahn K, et al. *Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer*. Cancer. 2011; 117(5): 1070-9.
- 8) McMillan SC. *Interventions to facilitate family caregiving at the end of life*. J Palliat Med 2005; 8, Suppl. 1:S132-9.
- 9) Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse LL. *Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden*. Clin J Oncol Nurs 2008; 12(3):507-16.
- 10) Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. *Interventions with family caregivers of cancer patients:meta-analysis of randomized trial*. CA Cancer J Clin 2010; 60(5): 317-39.
- 11) Given B, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, DeVoss D, Rahbar M. *Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life*. Oncol Nurs Forum 2005; 31(6): 1105-17.
- 12) Scharlach A, Giunta N, Dal Santo T, Fox P. *California's family caregiver support system: findings and recommendations*. Center for the Advanced Study of Aging Services University of California Berkeley CA, 2003.
- 13) Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. *Burden in caregivers of older adults with advanced illness*. J Am Geriatr Soc 2010; 58(12): 2315-22.

## Inositolo e tolleranza glicemica in gravidanza

### Studio sperimentale materno-fetale

#### Introduzione

Secondo l'American Diabetes Association, il Diabete Mellito Gestazionale (GDM) è uno stato di intolleranza glucidica e di insulino-resistenza di grado variabile a insorgenza o a prima diagnosi nel corso della gravidanza, indipendentemente dalla persistenza o meno del diabete dopo la gravidanza e dal tipo di regime terapeutico adottato (terapia dietetica o insulinica).

Il GDM complica il 4-14% delle gravidanze. È una patologia di notevole rilevanza non solo per la frequenza ma soprattutto per le gravi conseguenze alle quali può condurre. Soltanto attraverso una diagnosi precoce e l'attivazione di un corretto regime terapeutico è possibile diminuire notevolmente gli effetti negativi di questa patologia sulla madre (preeclampsia, distocie e traumi da parto, polidramnios,) e sul prodotto del concepimento (restrizione della crescita intrauterina, macrosomia, sindrome da distress respiratorio, ipoglicemia neonatale, iperbilirubinemia)<sup>1</sup>.

Compito del medico è fare comprendere alla paziente la gravità e la pericolosità della sua situazione e impostare un adeguato management e un intensivo trattamento.

#### Scopo dello studio

Nello studio, effettuato tra il gennaio e l'ottobre 2011 presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università Politecnica delle Marche, sono state prese in considerazione 32 gestanti affette da GDM suddivise in un gruppo (21 pazienti) cui è stato somministrato un preparato a base di Inositolo (2000 mg), Catechine-EGCG (120 mg) e Acido Folico (400 mcg) ed un gruppo di controllo cui è stato somministrato un preparato a base di solo Acido Folico (400 mcg). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a regime terapeutico standard previsto per la gestione del GDM.

I principali obiettivi del presente studio erano di valutare se l'uso di questo integratore alimentare potesse ridurre il grado di insulino-resistenza, abbassare gli indici materni di scompenso diabetico, e infine provocare un calo delle complicanze feto-neonatali e materne associate al GDM.

*Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia della Dott.ssa Annalisa Di Stefano discussa nella seduta del 24 ottobre 2011, Relatore il Dott. Stefano Raffaele Giannubilo.*

**ANNALISA DI STEFANO,**  
**STEFANO RAFFAELE GIANNUBILO,**  
**ANDREA LUIGI TRANQUILLI**  
Ostetricia e Ginecologia  
Università Politecnica delle Marche

#### Pazienti e metodi

Per fare diagnosi di GDM, seguendo le recenti raccomandazioni della IADPSG, è stata effettuata la curva da carico orale di glucosio da 75 grammi (OGTT), eseguita in tutti i casi tra 24 e 28 settimane di gestazione.

I gruppi di studio e di controllo non presentavano differenze statisticamente significative in quanto a età materna, etnia, numero di gravidanze precedenti, peso materno pre-gravidico e BMI al momento del reclutamento. Criteri di esclusione sono stati: pazienti con GDM giunte alla prima visita in fasi ormai avanzate della gravidanza, gravide già sottoposte a terapia insulinica, e gestanti scarsamente collaboranti.

Nel periodo di studio abbiamo registrato per ogni gestante i valori dei seguenti parametri: glicemia a digiuno, emoglobina glicata, cortisolemia, insulinemia e l'indice di resistenza all'insulina "HOMA-IR": (Glicemia basale x Insulinemia basale)/405.

Dal punto di vista degli outcome ostetrici sono stati registrati i principali parametri fetali ecografici tra cui anche l'Amniotic Fluid Index e la plica addominale fetale.

I parametri neonatali raccolti sono stati: Apgar score alla nascita, peso neonatale (corretto per età gestazionale) e eventuali complicanze neonatali.

A partire dal reclutamento le pazienti sono state valutate al tempo "0" ed ogni 4 settimane fino al parto. mg/dl Tempo

#### Risultati

Il gruppo di studio e di controllo risultavano confrontabili in termini di condizioni materne iniziali e di omeostasi glucidica (epoca di esecuzione della OGTT, aumento ponderale, epoca di conclusione della gravidanza).

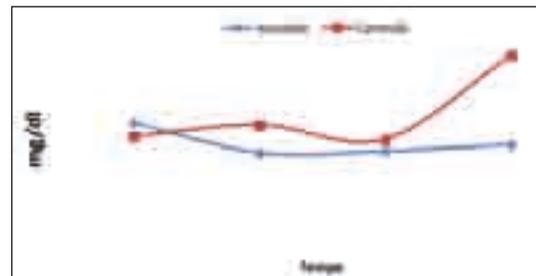


Fig. 1 - Glicemia a digiuno.

La prima differenza riscontrata tra il gruppo di studio e di controllo riguarda la glicemia basale (Fig. 1) che, sebbene risulti non statisticamente differente nei primi tre tempi di confronto, diventa significativamente più elevata nel gruppo di donne che non assume Inositolo al tempo 4, ovvero dopo 4 mesi di assunzione.



Sebbene la dieta somministrata a tutte le pazienti reclutate fosse la stessa, anche il peso materno (Fig. 2) subisce un aumento significativamente differente rispetto al gruppo di controllo a partire dal tempo 3.

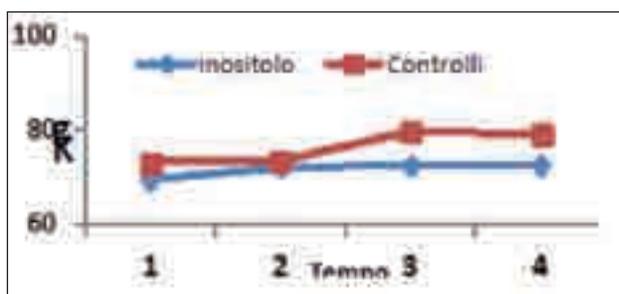


Fig. 2 - Peso materno.

Per quanto riguarda infine l'indice HOMA-IR (Fig. 3), questo risulta significativamente aumentato nel gruppo di controllo rispetto al gruppo di studio.

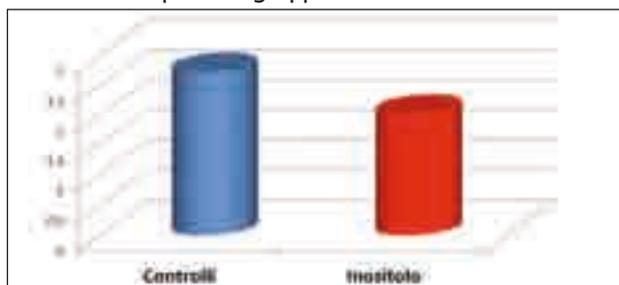


Fig. 3 - HOMA-IR.

### Discussione

I risultati dello studio prospettico condotto sono totalmente relativi allo stato materno, dal momento che sugli outcome fetoneonatali non sono state rilevate significative differenze tra il gruppo di studio e di controllo. L'effetto della somministrazione di Inositolo e Catechine si è verificato, generalmente, almeno al tempo 3, ovvero dopo 3 mesi di somministrazione. Questo dato dovrebbe essere interpretato considerando il lento meccanismo d'azione di questi elementi. Sebbene gli esatti processi di intervento non siano completamente conosciuti, l'Inositolo dovrebbe agire direttamente sull'attivazione della acetil-CoA carbossilasi, un enzima che stimola la lipogenesi. Un altro meccanismo descritto prevede che l'Inositolo sia il precursore del D-chiro-inositolo contenente l'inositolo fosfoglicano (DCI-IPG) che ha la capacità di legare la matrice extracellulare delle cellule. Questi meccanismi spiegherebbero l'intervento dell'Inositolo nel trasporto intracellulare e nel signaling recettoriale dell'insulina<sup>2</sup>.

I suddetti processi metabolici si esplicherebbero in un'attivazione della lipogenesi come dimostrato dal minore incremento ponderale nella popolazione studiata che assume Inositolo, nonché su tutta l'omeostasi dei glucidi che nello studio è stata verificata in termini di riduzione della glicemia basale. Questi dati che corrispondono ad una migliore risposta al regime terapeutico sono corroborati dal riscontro di un migliorato metabolismo materno, come evidenziato dalla riduzione dell'HOMA-IR, in quanto l'insulino-resistenza risulta ridotta.

Agli effetti dell'Inositolo si aggiungerebbero di concerto quelli delle catechine che, a loro volta, agiscono sul senso di sazietà e sui complessi meccanismi della sensibilità cellulare e tissutale all'insulina<sup>3</sup>.

I parametri fetali non risultano significativamente differenti nelle donne che hanno assunto inositolo: Tale dato potrebbe essere spiegato con la bassa numerosità campionaria della casistica studiata. Anche se è stato dimostrato il passaggio trans-placentare dell'Inositolo, non sono sicuri ad oggi gli effetti anche sul metabolismo placentare e fetale.

### Conclusioni

La condotta terapeutica del GDM non può prescindere da un costante controllo glico-metabolico, da una dieta accurata e dalla terapia insulinica, ove necessario. Tuttavia un approccio mediante somministrazione precoce di inositolo e catechine dimostra un'interazione significativa con i complessi sistemi che regolano l'insulino-resistenza e la tolleranza glucidica.

Il nostro studio mostra risultati di notevole interesse. In primo luogo consente una migliore conoscenza dei fenomeni bio-umorali alla base della patologia diabetica in gravidanza. Allo stesso tempo garantisce significativi risvolti terapeutici in quanto il miglioramento dell'equilibrio metabolico materno assicura, certamente, una migliore risposta alle terapie eseguite ed un buon out come della gravidanza.

Sebbene lo studio risulti limitato da una bassa numerosità campionaria e da altre limitazioni sistematiche, merita sicuramente un approfondimento ed un ampliamento nell'ottica di sperimentare nuovi approcci sulle basi della patologia più che sugli esiti della stessa.

### Bibliografia

- Kim C, Gestational Diabetes: risks, management, and treatment options. *Int J Womens Health*. 2:339-51, 2010
- Larner J, Brautigan DL, Thorner MO, D-Chiro-Inositol Glycans in Insulin Signaling and Insulin Resistance. *Mol Med*, 16:543-552, 2010
- Park JH et Al. Ambivalent role of gallated catechins in glucose tolerance in humans: a novel insight into non-absorbable gallated catechin-derived inhibitors of glucose absorption. *J Physiol Pharmacol* 2009;60(4):101-109.





## Gastroenterologia e Nutrizione pediatrica

### Un'area formativa essenziale per lo Studente di Medicina

La Gastroenterologia e la Nutrizione pediatrica occupano un ruolo preminente nell'ambito della formazione medica, sia generale che specialistica. Le patologie gastroenterologiche e nutrizionali dell'infanzia figurano infatti tra quelle più comuni nella pratica medica (basti pensare alla diarrea acuta infettiva). Al tempo stesso rientrano in questo ambito condizioni per le quali è richiesto un approccio altamente specialistico, quali ad es. le malattie infiammatorie croniche intestinali e la sindrome dell'intestino corto. L'obiettivo del Corso Monografico "Argomenti di Gastroenterologia e Nutrizione pediatrica", tenuto da chi scrive per gli studenti del 6° Anno di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche, è quello di fornire un approfondimento delle patologie più comuni in tale ambito, con particolare riferimento agli aspetti clinici e di diagnosi differenziale. In questo articolo vengono sintetizzate alcune delle tematiche trattate in tale corso.

La **diarrea acuta infettiva (o gastroenterite)**, caratterizzata dalla modificazione del carattere delle feci con aumento della componente idrica e del numero delle scariche giornaliere per una durata inferiore ai 14 giorni, rappresenta una delle patologie pediatriche più comuni. Nei Paesi ad elevato tenore socio-economico la dimensione sociale di tale patologia dipende soprattutto dalla elevata morbilità, cui conseguono costi elevati sia in termini biologici che economici. Per contro, nei Paesi più poveri del mondo, purtroppo, l'enterite rimane ai primi posti quale causa di mortalità infantile. In Europa la frequenza maggiore di enterite si osserva nei bambini di età inferiore ai 3 anni, con una media di 1-2 episodi/anno, ed un picco di incidenza nella fascia di età compresa tra i 6 ed i 18 mesi. Nel 70% dei casi l'etiologia è virale: al primo posto, in ordine di frequenza, figurano i Rotavirus, frequenti soprattutto nella stagione invernale-primaverile, seguiti dai Norovirus ed Adenovirus. Tra i batteri sono da menzionare soprattutto le Salmonelle, il Campilobacter jejuni, l'Escherichia Coli patogeno ed il Clostridium dif-

*Corso Monografico tenuto per gli Studenti del 6° anno del CLM in Medicina e Chirurgia, nei giorni 28, 30 gennaio e 1° febbraio 2013.*

**CARLO CATASSI**

Clinica Pediatrica

Università Politecnica delle Marche

ficile. In meno del 5% dei casi la causa della diarrea è protozoaria, soprattutto da Giardia Lamblia, Cryptosporidium ed Entamoeba Histolytica. La fisiopatologia della diarrea coinvolge meccanismi di tipo infiammatorio e secretivo intestinale. Diversi batteri, tra i quali ad es. l'E. coli enterotossico, producono enterotossine in grado di legarsi a recettori di membrana dell'enterocita. Tale legame determina l'attivazione di enzimi intracellulare (adenilcicliasi e guanilcicliasi) cui consegue aumento di AMPc e/o GMPc e, in ultima istanza, aumento della secrezione di elettroliti (Na, Cl) ed acqua nel lume intestinale. Tale meccanismo non compromette il trasporto accoppiato di Na e glucosio, riscontro su cui è basata la terapia con soluzioni gluco-saline somministrate per bocca. I sintomi della gastroenterite sono la diarrea, il vomito (specie nelle prime 24-48 ore) e la febbre. In corso di diarrea le feci appaiono liquide, talora contenenti muco e/o tracce di sangue. La sintomatologia suddetta favorisce la comparsa di disidratazione, tanto più frequente quanto minore è l'età del bambino. I sintomi della disidratazione, in "ordine di comparsa", sono la contrazione della diuresi, la sete, la secchezza delle mucose orali, la depressione della fontanella anteriore nel lattante, l'occhio alonato, lo stato di agitazione, la tachicardia e l'ipotermia delle estremità al termo-tatto. Nei casi di disidratazione grave si accentua la sintomatologia a carico del SNC con possibilità di alterazione dello stato di coscienza, convulsioni, coma e, in casi ormai molto rari nel nostro Paese, exitus (Tab. 1). Da un punto di vista pratico è importante rilevare la comparsa di ipoelasticità cutanea, evidenziabile dalla "pastosità" con cui la cute sollevata sull'addome torna a distendersi: tale segno indica una disidratazione pari o superiore al 5% del peso corporeo, generalmente meritevole di trattamento ospedaliero. Nel bambino piccolo il modo più semplice ed accurato per valutare la disidratazione consiste nella determinazione del calo di peso (peso precedente l'esordio della diarrea meno quello attuale) espresso in termini percentuali. La diagnosi di enterite è fondamentalmente clinica, mentre il laboratorio può essere di aiuto: (a) nella valutazione dei casi più impegnati, nei quali è importante soprattutto la determinazione dell'ematocrito, Hb, glicemia, creatinina e degli elettroliti sierici; (b) nella precisazione, a scopo epidemiologico, dell'etiologia: si eseguono ricerche virali su feci e coprocultura. E' bene precisare che l'esame colturale non riveste importanza primaria ai fini del trattamento dell'enterite, almeno nella maggior parte dei casi. I bambini con enterite di entità lieve/moderata possono generalmente essere curati a domicilio, mentre





Parametro	Disidratazione assente o minima (< 3% peso)	Disidratazione lieve-moderata (3-8%)	Disidratazione grave (> 8%)
Sensorio	<i>integro</i>	<i>agitazione o torpore</i>	<i>apatia, letargia</i>
Sete	<i>Normale/aumentata</i>	<i>aumentata</i>	<i>assente</i>
Frequenza cardiaca	<i>normale</i>	<i>normale/aumentata</i>	<i>tachicardia</i>
Polso	<i>normale</i>	<i>normale/ridotto</i>	<i>filiforme/non rilevabile</i>
Attività respiratoria	<i>normale</i>	<i>normale/profonda</i>	<i>profonda/acidotica</i>
Occhio	<i>normale</i>	<i>alonato</i>	<i>molto alonato</i>
Lacrimazione	<i>normale</i>	<i>diminuita</i>	<i>assente</i>
Mucose	<i>normali</i>	<i>secche</i>	<i>aride</i>
Turgore cutaneo	<i>normale</i>	<i>Ipoelasticità (&lt; 2 sec)</i>	<i>Ipoelasticità (&gt; 2 sec)</i>
Riempimento capillare	<i>normale</i>	<i>lento</i>	<i>molto rallentato</i>
Estremità	<i>calde</i>	<i>fredde</i>	<i>molto fredde</i>
Diuresi	<i>Normale/ridotta</i>	<i>ridotta</i>	<i>minima</i>

Tab. 1 - Criteri clinici di valutazione della disidratazione in età pediatrica.

la loro ospedalizzazione si impone nei casi più gravi con disidratazione superiore al 5% del peso corporeo (per la necessità di una immediata terapia reidratante per via parenterale), nei casi dubbi dal punto di vista diagnostico (considerare ad es. la diagnosi differenziale con l'invaginazione intestinale), nei casi nei quali la reidratazione orale sia difficile (ad es. a causa di vomito insistente o per scarsa affidabilità dei familiari). Il trattamento dell'enterite in età pediatrica si basa sulla somministrazione di acqua ed elettroliti, ai fini della prevenzione/terapia delle disidratazione, e sulla rialimentazione precoce per contrastare lo stato ipercatabolico e favorire il ripristino dell'integrità della mucosa intestinale. Nei bambini con disidratazione assente/lieve, la reidratazione deve essere condotta possibilmente per via orale, facendo ricorso alle già citate soluzioni gluco-saline del commercio. Le soluzioni reidratanti possono essere fornite "a volontà", tenendo presente che il bambino dovrebbe assumerne una quota pari ai liquidi persi + 10 ml/Kg per ogni successiva scarica diarroica. Se il bambino è allattato al seno non si dovrà sospendere l'allattamento, mentre in caso di allattamento artificiale può essere indicato l'uso di una formula a basso contenuto di lattosio per alcune settimane, dal momento che il danno causato dalla infezione intestinale può determinare un deficit transitorio della lattasi. La letteratura recente ha messo in evidenza come alcuni ceppi di probiotici, quali il *Lactobacillus ramosus* GG ed il *Lactobacillus reuteri*, possano abbreviare la durata della diarrea nei bambini con enterite, specie se somministrati precocemente. Nella stragrande maggioranza dei

casi sono da evitare gli antibiotici, sia per la preponderante etiologia virale che per la documentata assenza di efficacia in alcune infezioni batteriche specifiche, es. causate da *Salmonelle* cosiddette "minori". La terapia antibiotica si impone invece nel neonato, nel bambino pretermine e nel bambino immunodepresso per il rischio di "metastatizzazione" di una eventuale infezione batterica intestinale ed in alcune infezioni specifiche (da *Salmonella typhi*, *Vibrio cholerae*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* e colite da *Clostridium difficile*). Infine, è bene tenere presente che sono oggi disponibili due tipi di vaccino anti-Rotavirus, entrambi caratterizzati da un tasso di protezione superiore al 95%, il cui uso precoce appare fortemente raccomandabile vista la diffusione ubiquitaria dell'infezione in oggetto.

La **malattia celiaca (MC) o celiachia**, è un'enteropatia immuno-mediata causata dall'ingestione di glutine in soggetti geneticamente predisposti. Il glutine è la principale componente proteica di alcuni cereali di largo uso nella popolazione mondiale, quali il frumento, l'orzo e la segale. La celiachia rappresenta l'intolleranza alimentare più comune nelle popolazioni occidentali ed in molti altri paesi del globo, pertanto costituisce un non trascurabile problema di salute pubblica. Sul piano causale, si tratta di una patologia complessa correlata sia a fattori genetici che ambientali. La predisposizione genetica è legata principalmente a geni del sistema HLA, localizzati sul cromosoma 6, in particolare agli alplotipi HLA DQ2 e DQ8 che vengono identificati in almeno il 95% dei



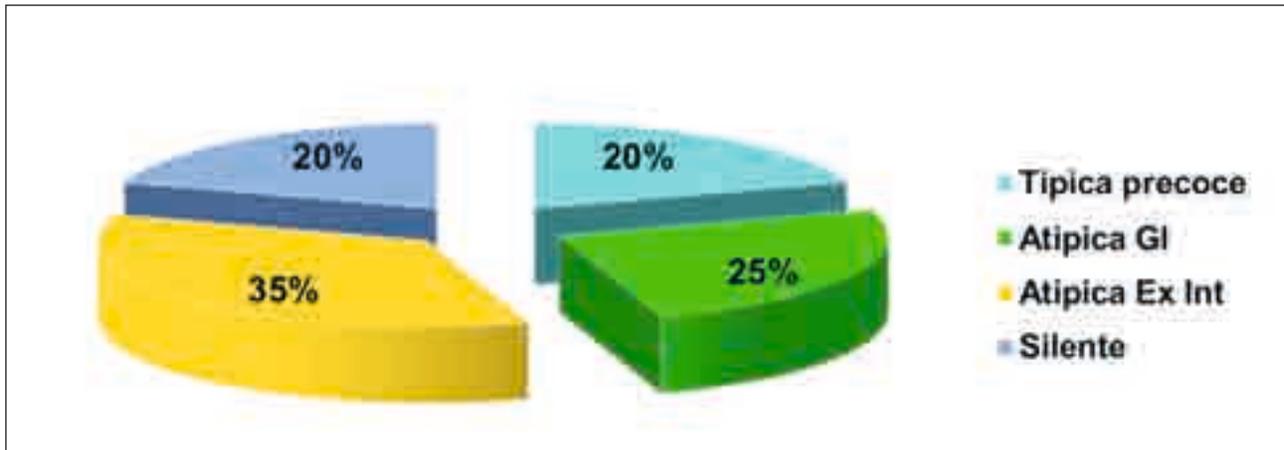


Fig. 1 - Lo spettro di presentazioni cliniche della MC nel bambino. La celiachia può presentarsi con un'ampia gamma di quadri clinici. Nel bambino solo nel 20% dei casi si manifesta con il quadro classico di sindrome da malassorbimento (diarrea, scarsa crescita, distensione addominale). Nel 25% dei bambini le manifestazioni sono quelle gastrointestinali (GI) atipiche (in particolare la stipsi, i dolori addominali e la stomatite aftosa ricorrente). La gran parte dei soggetti tuttavia giunge alla diagnosi di celiachia perché presenta sintomi atipici extraintestinali (Ex Int), soprattutto anemia sideropenica da malassorbimento di ferro ma anche ipertransaminasemia ed alterazioni ossee. È importante notare come il 20% dei soggetti siano in realtà silenti da un punto di vista clinico e sono in genere identificati perché rientrano in una delle categorie a rischio, quali familiari del celiaco o pazienti con diabete tipo 1.

... soggetti celiaci. Tali geni rappresentano un fattore necessario ma non sufficiente allo sviluppo di malattia, infatti sono presenti in una ampia percentuale della popolazione sana (circa il 30%). Il fattore ambientale è costituito essenzialmente dal glutine, complesso proteico presente nel frumento ed in altri cereali. Il glutine è una proteina di scarso valore nutrizionale, che tuttavia presenta proprietà fisico-chimiche importanti che consentono la formazione di un impasto elastico e tenace, fondamentale ai fini della panificazione. Rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di MC la quantità e la qualità del glutine assunto, eventuali infezioni intestinali e le modalità dell'alimentazione durante il primo anno di vita. La celiachia può manifestarsi con un'ampia gamma di presentazioni cliniche che vanno dai tipici segni di malassorbimento (diarrea cronica, perdita di peso, distensione addominale) a manifestazioni extra-intestinali, sino a casi del tutto silenti (Fig. 1). Questi ultimi molto spesso non vengono riconosciuti e possono pertanto esporre al rischio di complicanze tardive quali osteoporosi, infertilità e sviluppo di tumori. Disponiamo oggi di semplici indagini ematologiche, grazie alle quali è possibile sospettare la diagnosi di celiachia: tra queste soprattutto il dosaggio degli anticorpi sierici anti-transglutaminasi ed antiendomisio di classe A e gli anticorpi antigliadina deamidata IgG. Un esame importante per la diagnosi di MC, ma non necessario nelle forme tipiche, è la biopsia intestinale,

per la ricerca delle alterazioni istologiche caratteristiche (atrofia dei villi, ipertrofia delle cripte, aumento dei linfociti intraepiteliali). Il trattamento cardine della celiachia consiste nella totale esclusione del glutine dalla dieta. La dieta priva di glutine comporta un rapido miglioramento clinico-laboratoristico ed istologico evidente nel corso dei primi 12-24 mesi di cura. Una piccola percentuale di soggetti con esordio di celiachia in età adulta (circa 2-5%) non rispondono al trattamento senza glutine, sviluppando una forma refrattaria che può predisporre allo sviluppo di complicanze ad elevata mortalità quali l'insorgenza di linfomi intestinali. Studi epidemiologici di larghe dimensioni, effettuati a partire dagli anni '90, hanno riscontrato tassi di prevalenza di MC dello 0,5-1% sia in Europa che in altre aree del mondo (Nord e Sud America, Australia, Africa del Nord, Medio Oriente e parte del Continente Asiatico). Recenti segnalazioni hanno evidenziato come sia aumentata la frequenza della malattia non solo in età infantile, ma anche nei soggetti adulti. Il quadro epidemiologico della MC viene efficacemente rappresentato dal modello dell'iceberg (Fig. 2). Il dibattito scientifico sulle strategie più appropriate da mettere in atto per incrementare il tasso delle diagnosi di celiachia, nel nostro come in altri Paesi occidentali, è ancora aperto. Apparentemente la celiachia presenta i requisiti delle patologie per le quali è opportuno uno screening di popolazione: (a) è frequente; (b) la diagno-

continua a pagina 27

**A CURA DI WALTER SCOTUCCI**

Medico Pediatra, Critico d'arte  
Monterubbiano (Fm)

*Con questo numero inizia una rubrica dedicata a medici che coltivano l'interesse per l'arte. Si potrà scoprire come Alberto Burri non fosse un caso isolato, ma molti altri si affacciano da protagonisti nel panorama dell'arte contemporanea.*

## **Stefano Solimani**

Stefano Solimani, medico odontoiatra, lavora a Cupramarittima, ma in realtà è anche un artista che si muove entro la tradizione pittorica italiana, specialmente del Seicento barocco. La sua professione gli ha permesso di coltivare in assoluta libertà la grande vocazione per l'arte, cui non ha mai rinunciato. La sua pittura iperrealistica, da non confondere con quella di scuola americana degli anni ottanta, unisce una non comune padronanza tecnica alla straordinaria profondità dei messaggi e dei contenuti ad essi sottesi, con simbologie iconiche non

sempre semplici da sciogliere. La sua ricerca estetica è basata sulla contemporanea coesistenza concettuale di realismo e astrattismo onirico. L'impressione caravaggesca che se ne ricava è sostenuta, oltre che dai soggetti, dal realismo naturalistico e da quello di contrapposizione, lezioni alle quali il maestro non si sottrae. Ma, mentre in Michelangelo Merisi il conflitto di luce ed ombra e di bene e male finisce con la vittoria dell'ombra, ossia del male, derivandone l'appellativo di 'pittore maledetto', le contrapposizioni in Solimani esitano sempre nella vittoria dell'ombra, che in lui è però metafora del bene. I temi trattati, spesso a carattere mistico, sono ispirati alle sacre scritture, a testi agiografici ed apocrifi. Nel dipinto *La cena in Emmaus* una sottile linea rossa incombe dall'alto e separa il divino dal terreno. La figura del Cristo benedicente si staglia come a separare quelle dei pellegrini, incarnazione del Bene e del Male. Nel dipinto *La Salvezza*, la sconfitta di quest'ultimo è risolta nell'abbraccio ultimativo del perdono dell'angelo ribelle, Lucifero, generatore di ogni tragedia umana, seduttore



Fig. 1 - *Cena di Emmaus - La rivelazione.*

sapiente e artefice della più grande menzogna: la negazione di se stesso. Opere come *La preghiera dell'angelo* alludono all'eterno inganno, dove ciò che appare bene o male, non è ciò che è realmente. Veri capolavori quali *Il martirio*, *L'offerta*, *Magnificat*, *il Battesimo*, *Precursore* e *Vocazione* sono come narrazioni di eventi sospesi a se stanti, che generano meditazione e rimandano ad una stagione di contemplazione filosofico-estetica. Immagini sulle quali riflettere piuttosto che solo godimento estetico.

Solimani costruisce le sue opere con una perizia tecnica minuziosa, con una stesura del colore patinata ed un uso sapiente della luce. Contorna le sue figure ricavandone un realismo esasperato, servendosi dei modelli che gli vivono accanto.

È un artista che ha maturato la vocazione per un nuovo Rinascimento. Tale consapevolezza lo ha portato a fondare un movimento denominato *Iperestetismo*, che si prefigge un'arte senza tecnicismi o sperimentalismi, ma in costante tensione verso l'armonia estetica. Nel mondo contemporaneo l'arte si è caratterizzata sempre più come disordine, sovrapposizione di linguaggi espressivi, complessità ed induce in chi la osserva disorientamento più che stupore. Oggi non è più ben chiaro cosa sia o non sia arte e non occorre avere talento per essere considerato artista. L'arte contemporanea, trasformata in piacere per la mente è divenuta un investimento più che un fatto culturale. L'artista non comunica più direttamente con l'osservatore, ma ha bisogno di chi traduce il suo messaggio e lo rende comprensibile agli altri.

L'arte di Stefano Solimani, al contrario, rappresenta ancora un momento di libertà espressiva del pensiero e dell'anima, una fonte di benessere spirituale e morale. Essa ha come fine la rappresentazione della bellezza intesa come armonia di forma, di colore e di significato e unico veicolo di comprensione dell'esistenza. Bellezza sia estetica che concettuale tendente al bene, un valore spirituale tendente al sublime. Un'arte che egli pratica nel segno della tradizione, del talento, tipico del mestiere che ha caratterizzato questa forma espressiva per secoli, ma arricchita dei contenuti della contemporaneità. Un'arte figurativa vissuta come conseguenza del passato, tornata ad essere piacere per gli occhi, carica di profondi contenuti culturali e spirituali. Un'arte che rappresenta a mio avviso, una sterzata controcorrente e si propone come una vera rivoluzione a partenza dall'unico linguaggio comprensibile a tutti: la nostra fragile e piccola realtà umana assetata di misteriose ed eterne risposte.



Fig. 2 - La Salvezza - Il Perdono.



Fig. 3 - La preghiera dell'angelo.  
Fig. 4 - Magnificat.  
Fig. 5 - Vocazione.  
Fig. 6 - Precursore.



Fig. 5



Fig. 6

### Stefano Solimani

Fin dall'infanzia dimostra un evidente talento artistico e già all'età di quattordici anni nel 1967 organizza la sua prima personale all'hotel City di Senigallia. Comincia a partecipare a concorsi di pittura e sempre nel 1967 consegue la medaglia d'argento al Premio Mostra della Vallesina. Sono gli anni della preminente influenza citarista e verista. Dipinge nature morte e paesaggi ispirandosi a ai grandi Moranti, Sironi, De Chirico, Lilloni; arrivano premi prestigiosi: Avis Città di Jesi del '69, X Mostra della Vallesina del '70, Arte Sacra del '71, Urbs Salvia del '72, Gentile da Fabriano del '73. Nel 1976 tiene la seconda mostra personale alla Galleria Le Logge d'Assisi. Nel 1977, invitato al XX Festival dei Due Mondi di Spoleto, espone a palazzo Pila. E' di questo periodo la comparsa della figura umana nelle sue opere, figure inserite in un contesto paesaggistico dai toni profondamente simbolici ed evocativi. Questo lavoro lo porta nel 1980 a vincere il Premio Arte Sacra Marche. Accantonata per un po' la pittura si dedica dal 1981 al 1985 al basso rilievo: sua di questo periodo è tutta la medagliistica commemorativa dell'Accademia Medica del Piceno. Nel 1987 con il ritorno alla pittura organizza una personale alla Galleria il Quadrato di Roma. Nel 1988 è di nuovo a Spoleto a Palazzo Accajani. Ormai la figura femminile domina nelle sue opere così come il realismo. Sotto l'influenza dei movimenti estetici statunitensi lentamente prende forma un'idea di iperrealismo, ma spogliato d'ogni riferimento ambientale, inserito anzi in un contesto bidimensionale ed astratto. Nell'artista si fa forte l'idea di un nuovo Rinascimento dell'arte e negli anni '90 giungono premi prestigiosi come il Lorenzo Lotto, il Carlo Crivelli, il Remo Brindisi, il Truentum e tanti altri. Invitato dal comune di Roma nel 2001 espone alla Torretta Valadier e, sempre nello stesso anno, è presente a Montecarlo all'hotel Sport d'Hiver. Espone nel 2002 alla Biennale d'Arte di Roma presso le sale del Bramante. Sempre nel 2002, protagonista al Premio Arte Mondatori espone al Palazzo della Permanente di Milano. Nel 2003 è di nuovo a Roma presso la Galleria l'Angelo Azzurro, poi a Cremona e Catania. Nel 2004 è a Piacenza, a Bologna e, a fine dell'anno espone a Gent, in Belgio, con grande successo. Nel 2005 è ancora a Milano al Palazzo della Permanente e a Brescia alla Fiera Internazionale d'Arte Sacra. Numerose le pubblicazioni sia su riviste, che su dizionari e cataloghi dove figurano le sue opere: ultima di queste la presenza nel libro "I Giudizi di Sgarbi" edito dalla Giorgio Mondatori. Partecipa come protagonista in numerose trasmissioni televisive di arte e cultura e le sue opere figurano in numerose collezioni pubbliche e private sia in Italia che all'Estero. L'arte di Stefano Solimani è attualmente rivolta ad una ricerca estetica basata sulla contemporanea coesistenza concettuale di realismo e astrattismo onirico. Tutto questo lo porta nel corso del 2007 a fondare ufficialmente un nuovo movimento artistico col nome di "Iperestetismo": padre quindi di una corrente che si prefigge l'idea di un nuovo modo di fare arte spogliato di tecnicismi e sperimentazioni vuote, ma tutto teso a rimpossessarsi dell'armonia estetica e della bellezza come fine di salvezza. Nel 2008 vince il primo premio assoluto e il primo premio di pittura alla seconda edizione del Premio Internazionale Arcaista a Tarquinia, espone a Pechino nel Palazzo Imperiale della Città Proibita e torna a Milano al Palazzo della Permanente. Nel 2009 invitato a San Pietroburgo espone presso la storica galleria Arka di fronte al Museo dell'Hermitage, viene premiato alla carriera a Tarquinia alla terza edizione del Premio Internazionale Arcaista, espone a Caserta presso la Reggia e pubblica come co-autore con la casa editrice Mondadori il libro "Il Teorema dell'Arte" con prefazione di Vittorio Sgarbi e Paolo Levi.

Nel 2010 su invito di Vittorio Sgarbi partecipa prima al Premio "L'Arciere" a Sant'Antioco e poi per la terza volta nella carriera è a Spoleto in una collettiva a Palazzo Pianciani nell'ambito del Festival dei due Mondi.



continua da pagina 22

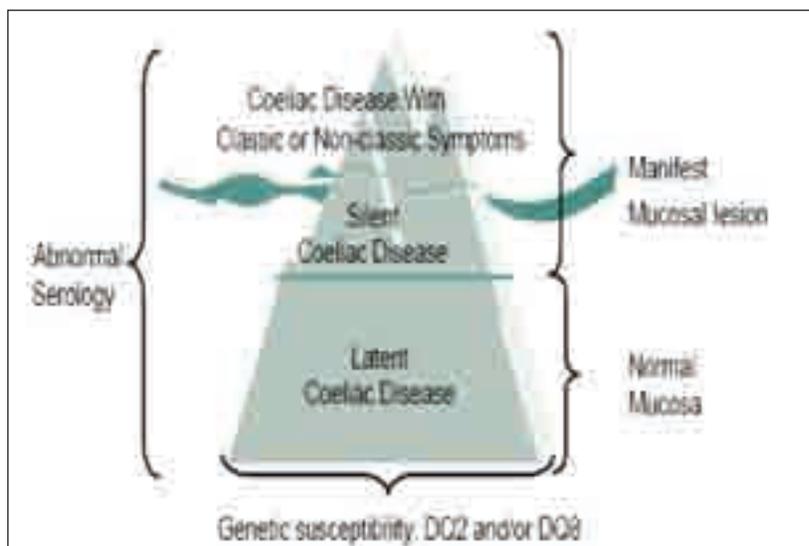


Fig. 2 - Il modello dell'iceberg applicato alla celiachia. L'iceberg celiaco rappresenta la distribuzione nella popolazione generale della MC nelle sue varie forme cliniche. La dimensione totale dell'iceberg raffigura la prevalenza generale della MC ed è influenzata sia dalla frequenza dei genotipi di predisposizione sia dal "pattern" di glutine consumato. La parte emersa dell'iceberg (al di sopra del livello dell'acqua) è costituita dai casi clinicamente riconosciuti perché sintomatici o comunque sottoposti a screening in quanto appartenenti ad una categoria a rischio, mentre la parte sommersa sono i casi non diagnosticati perché silenti o atipici. Si vede chiaramente da tale rappresentazione grafica come i casi clinicamente evidenti e facilmente riconoscibili di MC siano in realtà una piccola porzione rispetto alle forme atipiche o silenti.

si precoce può essere difficile su base clinica; (c) se non diagnosticata può portare a complicanze severe; (d) esiste una cura risolutiva (la dieta senza glutine); (e) esiste un test affidabile per lo screening (es. ricerca di anticorpi sierici anti-transglutaminasi IgA). Vi sono tuttavia ancora forti remore nei confronti dello screening di massa, soprattutto per le seguenti motivazioni: (1) la celiachia si può sviluppare a qualsiasi età, dunque è difficile stabilire a quale età dovrebbe essere eseguito lo screening; (2) non è ancora del tutto chiaro quali siano i vantaggi a lungo termine del trattamento dei casi di MC silenti sul piano clinico. Esistono situazioni nelle quali la frequenza di celiachia è maggiore rispetto alla popolazione generale, tali condizioni identificano alcuni gruppi "a rischio" di sviluppare malattia celiaca. Tra questi sono da menzionare soprattutto: (a) parenti di primo grado di soggetti celiaci: il rischio di sviluppare MC in queste persone è di circa il 10%; (b) soggetti con malattie autoimmuni: particolarmente a rischio sono soggetti con diabete mellito tipo 1 (DM 1) e/o tiroidite autoimmune. Nei soggetti con DM 1 la prevalenza della MC è mediamente del 4.5%; (c) soggetti con alcune sindromi genetiche: in particolare

sindrome di Down, Turner e Williams. (d) soggetti con deficit di Immunoglobuline A: questa immunodeficienza, in cui si riscontrano valori sierici di IgA inferiori a 5 mg/dl, predispone allo sviluppo di MC, infatti la prevalenza di deficit di IgA nei celiaci è 10-16 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. In considerazione della elevata frequenza di MC, è sempre indicato lo screening sierologico della MC nei soggetti appartenenti ai gruppi a rischio, anche se apparentemente asintomatici. In tali casi può essere utile anche la ricerca dei genotipi HLA predisponenti, la cui eventuale assenza esclude definitivamente la possibilità di sviluppare la patologia in oggetto. Diversi studi recenti indicano che, accanto all'aumento del numero delle diagnosi di celiachia, è verosimilmente in atto un trend incrementale nella frequenza generale di questo disordine. In un campione di popolazione generale americana in età adulta è stato messo in evidenza che, a partire dagli anni '70 del secolo scorso, la prevalenza della MC è aumentata di 5 volte, passando dal 2 per mille nel 1974 all'1 per cento

negli anni 2000. Una simile tendenza è stata evidenziata anche in Europa, non solo per la celiachia, ma anche per altre patologie di natura autoimmunitaria quali il DM1. Nello studio americano precedentemente citato, condotto sugli stessi soggetti indagati in tempi diversi, è stato evidenziato un altro aspetto estremamente interessante: persone inizialmente negative al test sierologico per la celiachia in età adulta, sviluppavano sensibilizzazione al glutine al controllo eseguito molti anni dopo. Tale riscontro indica che, a differenza di quanto precedentemente ipotizzato, la celiachia può svilupparsi a qualsiasi età. Non è ancora chiaro quali possano essere le ragioni dell'aumento della frequenza di MC nei Paesi occidentali. Poiché la struttura genetica della popolazione generale non ha subito significative variazioni in un lasso di tempo così limitato, è verosimile ipotizzare che alcuni fattori ambientali possano essere responsabili di questo fenomeno. Tra questi, sono stati presi in considerazione il ruolo dell'aumento della quantità e della diversa qualità del glutine consumato, nonché le profonde modifiche verificatesi nei processi di panificazione.



**Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa (RCU),**

rappresentano un capitolo di grande rilevanza clinica e sociale in ambito pediatrico. Non solo queste malattie esordiscono spesso in età pediatrica o adolescenziale (20-30% dei casi), ma nel bambino presentano caratteristiche peculiari quali ad es. la possibile interferenza negativa con la crescita pondero-staturale. Soprattutto nel caso della m. di Crohn, il ritardo diagnostico (mediamente attorno a 4 mesi) può accentuare la problematica auxologica. Analogamente all'età adulta, nelle ultime decadi è stato osservato un trend di aumento dell'incidenza delle MICI pediatriche, la cui frequenza attuale in Europa è di circa 3-4 nuovi casi/100.000 bambini/anno. La patogenesi delle MICI non è chiara, ma sembra legata ad una alterazione dell'interazione tra la normale flora microbica intestinale, la predisposizione genetica e la risposta immunitaria dell'ospite. Per quanto riguarda la predisposizione genetica, nessun gene specifico per l'età pediatrica è stato finora individuato. Sia nel bambino che nell'adulto il gene maggiormente associato allo sviluppo di Crohn è il NOD2, coinvolto nella risposta immunitaria innata, il quale è presente nel 30%-35% dei casi. Al di là delle analogie fisiopatologiche e di una possibile ricorrenza familiare comune, le due forme principali di MICI (Crohn e RCU) presentano importanti differenze anatomo-patologiche, cui conseguono presentazioni cliniche assai diverse (Fig. 3). Infatti, i sintomi sistemici sono importanti e frequenti nel Crohn, particolarmente febbre o febbre di basso grado, astenia, anemia e rallentamento di crescita, mentre sono meno comuni nella RCU. La sintomatologia intestinale della RCU è quella delle coliti, quindi diarrea ematica con tenesmo, a causa del costante interessamento rettale. Nel Crohn prevalgono i dolori addominali persistenti, la diarrea muco-ematica, la patologia perianale (es. ascessi perianali ricorrenti) e la stomatite aftosa ricorrente. Gli esami ematologici di routine sono raramente utili nella RCU, mentre nel Crohn si evidenziano spesso anemia da flogosi cronica, aumento degli indici di flogosi (VES, PCR) e delle immunoglobuline di classe IgG. Alcuni test anticorpali possono indirizzare la diagnosi: i pANCA (anticorpi anti-citoplasma neutro-

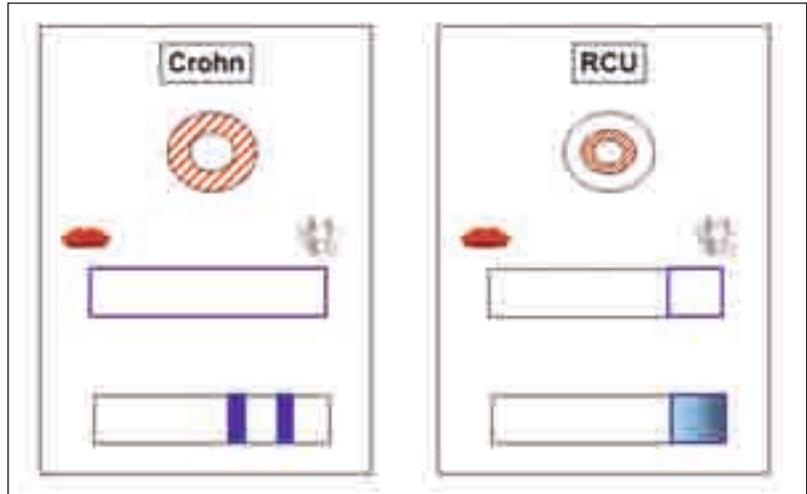


Fig. 3 - Schematizzazione delle principali differenze anatomo-patologiche tra le due forme di MICI. Nel Crohn l'infiammazione interessa tutta la parete intestinale, può localizzarsi a qualsiasi livello dalla bocca all'ano, ma è più comune nell'ileo terminale e nel colon, ed assume un carattere segmentario con interposti tratti normali di intestino. Nella RCU l'infiammazione è superficiale, localizzata in genere al retto ed al colon con intensità decrescente in direzione ano-cecale.

filico) sono positivi nel 75% delle RCU e nel 20 % di m. di Crohn colonica, tuttavia la pANCA positività non differenzia tra RCU e Crohn. Gli anticorpi ASCA (anticorpi anti-Saccharomyces cerevisiae) sono positivi nel 40-80% della m. di Crohn, specie se a localizzazione ileo-colica. In entrambe le patologie si rileva generalmente aumento della calprotectina fecale, indice non invasivo di infiammazione intestinale. L'ecografia addominale è particolarmente utile nella m. di Crohn, nella quale si evidenzia spesso ispessimento e rigidità delle anse intestinali, reperti confermabili in casi selezionati mediante entero-RMN. La diagnosi delle MICI si basa sulla colonscopia con ileoscopia retrograda (quest'ultima fondamentale nella m. di Crohn vista la frequenza dell'interessamento dell'ileo terminale). Nel Crohn è caratteristico il riscontro macroscopico di ulcere aftoidi e/o serpiginose, particolarmente nell'ileo terminale ed a livello del sigma, con aree del colon indenni da malattia. Nella RCU all'esordio il quadro endoscopico è dominato dall'edema, iperemia e facile sanguinamento della mucosa al contatto con lo strumento, lesioni che possono interessare solo la parte distale (proctite o colite sinistra) o tutto il colon (pancolite). L'indagine istologica può mostrare reperti tipici, quali la presenza nella mucosa intestinale di granulomi epitelioidi (m. di Crohn) o di ascessi pericriptici (RCU). Nella Tab. 2 sono riportate le principali malattie da consi-

filico) sono positivi nel 75% delle RCU e nel 20 % di m. di Crohn colonica, tuttavia la pANCA positività non differenzia tra RCU e Crohn. Gli anticorpi ASCA (anticorpi anti-Saccharomyces cerevisiae) sono positivi nel 40-80% della m. di Crohn, specie se a localizzazione ileo-colica. In entrambe le patologie si rileva generalmente aumento della calprotectina fecale, indice non invasivo di infiammazione intestinale. L'ecografia addominale è particolarmente utile nella m. di Crohn, nella quale si evidenzia spesso ispessimento e rigidità delle anse intestinali, reperti confermabili in casi selezionati mediante entero-RMN. La diagnosi delle MICI si basa sulla colonscopia con ileoscopia retrograda (quest'ultima fondamentale nella m. di Crohn vista la frequenza dell'interessamento dell'ileo terminale). Nel Crohn è caratteristico il riscontro macroscopico di ulcere aftoidi e/o serpiginose, particolarmente nell'ileo terminale ed a livello del sigma, con aree del colon indenni da malattia. Nella RCU all'esordio il quadro endoscopico è dominato dall'edema, iperemia e facile sanguinamento della mucosa al contatto con lo strumento, lesioni che possono interessare solo la parte distale (proctite o colite sinistra) o tutto il colon (pancolite). L'indagine istologica può mostrare reperti tipici, quali la presenza nella mucosa intestinale di granulomi epitelioidi (m. di Crohn) o di ascessi pericriptici (RCU). Nella Tab. 2 sono riportate le principali malattie da consi-



Malattia di Crohn	Rettocolite ulcerosa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iperplasia nodulare linfoide</li> <li>• Adenite mesenterica</li> <li>• Celiachia</li> <li>• Anoressia nervosa</li> <li>• Tubercolosi intestinale</li> <li>• Connettivite</li> <li>• Tumore (es. linfoma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea infettiva</li> <li>• Colite allergica</li> <li>• Ragadi anali</li> <li>• Patologia di pertinenza chirurgica</li> </ul>

Tab. 2 - Patologie da considerare nell'ambito della diagnosi differenziale delle MICI.

derare nell'ambito della diagnosi differenziale delle MICI. La terapia delle MICI è impegnativa, protratta nel tempo, e si prefigge gli obiettivi di determinare la scomparsa dei sintomi, ripristinare/mantenere uno stato nutrizionale normale, evitare interferenze negative sulla crescita e, soprattutto, determinare la guarigione mucosale. Diversi tipi di farmaci sono impiegati nel trattamento delle MICI: (a) aminosalicilati. Trattasi di farmaci anti-infiammatori non steroidei a prevalente azione a livello colonico, generalmente ben tollerati e dotati di scarsi effetti collaterali. Trovano indicazione soprattutto nella RCU di entità lieve-moderata; (b) steroidi. Dotati di potente attività anti-infiammatoria, gli steroidi, somministrabili per via parenterale, orale o topica intestinale, sono assai efficaci nell'indurre la remissione di malattia. Tuttavia i loro pesanti effetti collaterali, evidenziabili nelle terapie protratte, suggeriscono di usarli il meno possibile per via sistemica, specie nel bambino, per il potenziale effetto negativo sulla crescita. Oltretutto l'effetto benefico della somministrazione di steroidi si esaurisce generalmente alla sospensione della terapia; (c) immunomodulatori: azatioprina, 6-mercaptopurina e metotrexate. L'azatioprina è l'immunomodulatore più utilizzato, sia per la terapia di induzione che di mantenimento, nelle MICI. L'Azatioprina manifesta la sua efficacia con una latenza

di 2-3 mesi e presenta limitati effetti collaterali anche in caso di somministrazione prolungata nel tempo (richiede monitoraggio della crasi ematica e degli indici di citolisi epatica); (d) biologici: infliximab ed adalimumab. L'utilizzo dei biologici nella terapia delle MICI nel bambino è più recente rispetto all'adulto, ma sono ormai diversi gli studi pediatrici ad averne dimostrato l'efficacia sia nella fase di induzione che di mantenimento; (e) terapia nutrizionale. Si basa sull'impiego esclusivo di una unica formula (monomerica o polimerica) al posto della alimentazione corrente. L'efficacia della terapia nutrizionale, praticabile sia all'esordio che nel follow-up per cicli di 8-10 settimane, è pari a quella degli steroidi, in assenza dei pesanti effetti collaterali di questi farmaci. I presidi terapeutici precedentemente menzionati vengono utilizzati isolatamente o, più spesso, in associazione secondo protocolli che tengono conto del tipo, estensione e gravità della malattia. E' tuttavia necessario tenere presente che non sempre è possibile ottenere la remissione clinica con le cure mediche, motivo per il quale può essere necessaria la terapia chirurgica, nel Crohn a causa di stenosi serrata (necessità di resezione intestinale) o comparsa di fistole, nella RCU a causa di colite severa non responsiva (colectomia totale). Emerge da queste sintetiche note come le MICI in età pediatrica possano interferire, talora pesantemente, sulla qualità di vita del piccolo paziente. Per tale motivo è auspicabile che la diagnosi ed il trattamento di tali patologie vengano affidati a Centri pediatrici dotati di attrezzature pediatriche dedicate (es. endoscopia pediatrica) e con comprovata esperienza in ambito diagnostico e terapeutico.

#### Bibliografia essenziale

- 1) Koletzko S, Osterrieder S. Acute Infectious Diarrhea in Children. Dtsch Arztebl Int 2009; 106: 539-48.
- 2) Fasano A, Catassi C. Celiac disease. New Engl J Med 2012; 367: 2419-26.
- 3) Sauer CG, Kugathasan S. Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Highlighting Pediatric Differences in IBD. Gastroenterol Clin N Am 2009; 38: 611-28.



**ALESSANDRO RAPPELLI**  
 Professore Emerito di Medicina Interna  
 Università Politecnica delle Marche

## Prevenzione del rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e morbilità nel mondo. L'elevata incidenza di eventi cardiovascolari è attribuibile alla sommatoria di varie manifestazioni cliniche quali infarto miocardio, morte improvvisa, scompenso cardiaco, ictus cerebrale, aneurismi e dissecazioni aortiche etc. Tutte queste evenienze cliniche hanno, tuttavia, come denominatore comune un unico processo patogenetico rappresentato dall'aterosclerosi. In altre parole, attraverso il lento processo di alterazioni delle pareti vasali, a lungo asintomatico, il paziente si avvia verso la possibile rottura di placca che rappresenta, in larghissima misura, l'elemento scatenante della trombosi.

Lo sviluppo ed il progredire della placca aterosclerotica rappresentano l'epifenomeno di un processo patogenetico multifattoriale in parte su base genetica ed in larga misura da fattori ambientali e/o di comorbilità.

*Quali sono i principali fattori di rischio cardiovascolare?*

Sulla base dei dati epidemiologici sull'incidenza degli eventi cardiovascolari in relazione alla presenza o meno di altre variabili sono oggi ben identificati i cosiddetti "fattori di rischio" alcuni dei quali "non modificabili" ed altri "modificabili". Tra i primi ovviamente l'età visto che il processo aterosclerotico con il suo lento progredire rende più probabile l'incidenza di eventi in età avanzata rispetto ai giovani. Il sesso maschile è poi più precocemente colpito da questi problemi rispetto a quello femminile; nella donna, infatti, la presenza degli estrogeni in età fertile esercita un'azione protettiva sull'endotelio vasale ritardando l'avvio e la progressione della placca aterosclerotica. Il più importante, infine, dei fattori "non modificabili" è rappresentato dalla predisposizione genetica. Sebbene siano da tempo in corso studi di genomica tesi ad individuare il profilo genetico corrispondente al maggiore o minor rischio cardiovascolare, il più semplice ed economico metodo diagnostico è rappresentato da un'accurata anamnesi famigliare: la presenza di eventi cardiovascolari occorsi in età giovane-adulta in uno od entrambi i genitori rappresenta da sola un potente fattore di rischio mentre una longevità esente da eventi nei genitori è di per sé elemento rassicurante.

*Interviste tenute il 24 e 31 ottobre 2012 per il TG3 Marche per il ciclo Prevenzione in Medicina, coordinato da Maurizio Bertucci e Antonio Benedetti.*



*È possibile prevenire gli eventi cardiovascolari?*

Se sui fattori testé menzionati non possiamo incidere per attuare un'efficace prevenzione, molto possiamo e dobbiamo fare per controllare od eliminare gli altri fattori rischio.

Sulle correlazioni fra fumo di sigaretta e danni vascolari non solo non esistono dubbi ma è ben nota la diretta relazione fra quantità e durata dell'abitudine tabagica e incidenza di eventi coronarici. Sono poi necessari 8-10 anni dalla totale cessazione del fumo per ritornare alla condizione di rischio del "non fumatore". La migliore prevenzione è quindi quella a livello giovanile perché non si inizi a fumare.

Un altro fattore che riconosce sostanzialmente una genesi ambientale è rappresentato dal soprappeso e obesità che, a loro volta, sono strettamente dipendenti dalla maggiore o minore attività fisica e dalle abitudini alimentari. Negli ultimi cinquant'anni si è assistito, nei paesi ad elevato tenore economico, ad un impressio-



nante incremento della percentuale di obesi tanto che negli USA ormai si definisce l'obesità l'epidemia del terzo millennio.

Sulla correlazione fra aumento dei valori di colesterolo totale ed in particolare del colesterolo LDL ed incidenza di infarto miocardio la mole delle evidenze è tale da non richiedere ulteriori commenti vista anche l'altrettanto certa dimostrazione che la riduzione dei valori circolanti di colesterolo, in particolare ad opera delle statine, è in grado di diminuire in modo significativo l'incidenza degli eventi cardiovascolari. Va tuttavia precisato che il "target" di colesterolemia LDL da raggiungere per un'efficace prevenzione varia a seconda che il paziente presenti un "rischio globale" elevato o meno: nel primo caso si suggerisce di scendere a valori di LDL inferiori a 70 mg/dl mentre nel caso di un paziente a basso rischio ci si può accontentare di valori inferiori a 130 mg/dl.

Anche per quanto riguarda la pressione arteriosa il nesso fra i suoi incrementi e l'incidenza degli eventi non solo cardiovascolari ma anche di quelli cerebrovascolari e renali è altrettanto evidente. L'ipertensione arteriosa rappresenta infatti, fra i fattori di rischio, l'elemento cruciale per lo sviluppo e la progressione della malattia aterosclerotica. Basti pensare all'arteria polmonare di un ipotetico paziente vasculopatico che sia portatore di tutti i possibili fattori di rischio, quali fumo di sigaretta, ipercolesterolemia, obesità, diabete, predisposizione familiare etc: in questo ipotetico pa-

ziente l'arteria polmonare non presenta alcuna placca aterosclerotica proprio in virtù del basso regime tensivo a differenza dell'albero arterioso sistemico gravemente lesa.

Non stupisce, quindi, che la correlazione fra valori pressori ed eventi cardiovascolari sia strettissima. L'alta prevalenza dell'ipertensione arteriosa nella popolazione adulta (in Italia stimata sopra il 30% ma che negli ultrasessantenni supera il 50-60%) impone quindi un più attento ed esigente controllo di questo fattore di rischio. E' pertanto cruciale riportare i valori tensivi al di sotto del valore di 140/90 mmHg con l'utilizzo di farmaci antiipertensivi ovviamente associati a misure dietetiche e di stile di vita. Anche nel caso dell'ipertensione arteriosa nei pazienti ad altissimo rischio cardiovascolare ed in particolare quando è presente anche il diabete mellito, i valori pressori da raggiungere stabilmente devono essere inferiori a 130/80. Purtroppo a tutt'oggi la percentuale di pazienti in trattamento farmacologico che stabilmente mantengono questi valori desiderabili è inferiore al 30%! Ciò significa che due terzi degli ipertesi in trattamento costano allo Stato senza avere i vantaggi di un'adeguata protezione. Per questa ragione la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa ha lanciato il programma "Obiettivo 70% entro il 2015" attraverso molteplici iniziative anche educazionali sulla popolazione al fine di migliorare l'adesione dei pazienti alle terapie e così aumentare la percentuale di soggetti adeguatamente protetti.



## Appunti di viaggio Il senso della neve

*Mi è sempre piaciuta, ma adesso mi sembra proprio puntuale. Tempestiva. Porta pulizia. Porta bianco. Costringe all'attenzione. Ai tempi lunghi.*

(L. Ligabue)

Annunciata da lungo tempo, avvertita come una presenza sottile nell'aria, appena prima di mostrarsi. Desiderata e temuta. Finalmente arrivò, quasi inattesa, proprio quando ormai le sentenze dei meteorologi sembravano ogni giorno più simili alle promesse dei marinai. Si presentò così, con l'incertezza della prima volta, alla città quasi incredula, affacciata a gomito sull'Adriatico, mentre gli orologi segnavano con lentezza la fine della giornata. E gli studenti dei corsi serali, in tutta fretta, anticiparono la fine delle lezioni, subito le auto parcheggiate fuori della scuola si allontanarono velocemente, perché, si sa, quando comincia ad "attaccare" c'è pericolo di rimanere bloccati.

Leggera, immateriale, un fiocco dopo l'altro, innumerevoli piccole lettere, quasi a tessere la trama di un discorso, con pazienza, indugiano su ciascun elemento del paesaggio antropologico, prestando attenzione ad ogni minimo particolare. Fino a quando la parola neve ricoprì tutto, le strade, i marciapiedi, i tetti delle case e le auto in sosta, i giardini e la campagna, fino al mare. Esattamente un anno fa...

Neve che annulla i colori, e rende indifferenziati gli oggetti e i materiali, nasconde le forme, come una livella, fino quasi a farle scomparire. Neve sugli impegni di ogni giorno, sulla nostra ossessione di concludere, sempre, di non lasciare compiti interrotti, sulla prescrittività dei tempi tecnici e degli orologi, e sulla correttezza formale, autoreferenziale, delle procedure burocratiche. Neve sulla razionalità elevata a unica modalità di dominio sul mondo, e su questa attitudine a razionalizzare ad ogni costo, sugli alibi e sulla nostra straordinaria capacità di autoassoluzione. Neve su tutto ciò che non è autentico, sull'ipocrisia.

Uno spettacolo lento, lineare, senza interruzioni pubblicitarie, né interessi commerciali di alcun genere. Senza che si possa controllare attraverso un telecomando, senza vincoli umani, con il suo ritmo regolare,

**MARCO GRILLI**

Sociologo

Università Politecnica delle Marche

un dono leggero di cristalli e di silenzio, che discende dall'alto, con un suono muto venuto da lontano. E con il colore della vita, di latte e di liquido seminale. Lo stesso colore freddo della vita che si spegne.

La neve non ha un senso, così come i territori non edificati o i campi incolti, non un senso umano, partecipa semplicemente alla natura delle cose, e si mostra con l'evidenza di un dato. Sono le parole a costruire il mondo intorno a noi, ne tracciano i confini, e risuonano come un'eco, in forma silente, all'interno dei nostri schemi mentali, li plasmano nella struttura e nei contenuti, fino a costituire gli immaginari simbolici, sempre situati sullo sfondo, che orientano i pensieri e le azioni. Sembra che gli Inuit<sup>1</sup> conoscano molte parole per esprimere il senso della neve, ciascuna in grado di coglierne le sfumature più sottili, come il colore, o la consistenza, espressioni di una sensibilità radicata dentro quell'esperienza vissuta in immersione continua<sup>2</sup>, e che indubbiamente ignora i codici linguistici utilizzati per definire altri ambienti umani, come il traffico nevrotico nelle prime ore della mattina, o la follia dei centri commerciali. Oppure la quiete dei paesaggi collinari, e la frescura delle querce nei pomeriggi d'estate.

La neve è uno spazio bianco, sintesi di tutti gli altri colori, e una festa, nel significato antropologico di una sospensione del tempo, lontanissima dagli stati d'ansia e dalla frenesia. Un invito al senso della pazienza e della cura, come a custodire qualcosa di prezioso, con la delicatezza di una madre, nell'attesa di un risveglio probabile. A volte invece la neve si pone come un lenzuolo definitivo, a ribadire ulteriormente, in modo perentorio che qualcosa è già patrimonio dei ricordi, che la vita e la morte sono comunque due immagini raffigurate su una moneta unica. In tutto questo essa, la neve, rivela il suo peso specifico enorme, seppure con una leggerezza veramente difficile da sostenere, fatta di fiocchi, ciascuno dei quali, pur inconsistente, racconta la propria storia, e ci mostra come ogni istante sia davvero un valore assoluto, come un dono indicibile, da non disperdere, perché quell'istante, quell'unico preciso istante, non ammette repliche.

Eppure la loro somma enorme dà origine a una Gestalt di altro genere, una potenza in grado di fermare le attività produttive di un'intera nazione, i trasporti e il normale corso delle pratiche sociali<sup>3</sup>.

**IL SENSO DELLA NEVE**



Per la neve chiudono le scuole, coriandoli di festa le giacche a vento di ragazze e di ragazzi sugli slittini, che colorano le discese imbiancate. Nei loro mondi incantati, forse ancora la magia del Natale, boschi improbabili popolati da regine delle nevi e personaggi fantastici, meravigliose architetture di ghiaccio nella notte illuminate da luci artificiali, o dalla luna piena, che ti domandano come mai sembra quasi giorno. Ma al senso magico si accompagnano le contingenze della vita materiale, la paura degli anziani di uscire di casa, il riacutizzarsi di malanni cronici, o l'incubo di procurarsi una frattura, un'auto bloccata, inutilizzabile, e la ricerca affannosa di catene introvabili, della misura giusta altrimenti si sfilano o possono spezzarsi, le saracinesche abbassate dei negozi e la protezione civile allertata, la difficoltà di recarsi al lavoro. Chiudono persino le cattedrali del sistema commerciale, McDonald's e altri "superluoghi", situate a margine dei nuovi aggregati urbani, ma ormai esattamente al centro dei nostri immaginari, personali e collettivi.

Si ritrova così il senso di spazi e di tempi antichi, meno veicolati dalle protesi tecnologiche, dove i corpi si relazionano tra loro e nell'ambiente umano attraverso modalità più dirette. Ci si scopre a misurare le distanze con i passi invece che con il contachilometri. Tornano a riemergere frammenti di quel "capitale sociale"<sup>4</sup>, quale rete di relazioni personali fondate sulla condivisione tacita e a-problematica di orizzonti di senso, a partire da una iniziale "fiducia di base"<sup>5</sup>, che è stato fattore dominante al tempo delle aggregazioni umane organizzate sotto forma di comunità, prima delle grandi rivoluzioni che hanno segnato l'avvento del moderno, e che ha costituito il tessuto economico e culturale di questa "marchigianità", delineatasi a partire dalla civiltà rurale della mezzadria, oggi superata dal carattere impersonale e intercambiabile della nuova logica del sociale. Si riscopre così il senso dell'incontro, il valore dell'ascolto e della narrazione, l'aiuto reciproco così diffuso allora tra le famiglie contadine, che lo praticavano come necessità concreta e soprattutto come scambio simbolico; la relazione come "partecipazione dell'umano all'umano"<sup>6</sup>, al di là delle consuete formule linguistiche, rituali vuoti e prescrittivi, impermeabili come porte serrate.

L'ultima notte di neve è un pensiero dal peso insostenibile, difficile persino da concepire. Il senso della neve risiede propriamente nella sua possibilità di dissoluzio-

ne, una attitudine intrinseca, come un destino, che si compie vivendo<sup>7</sup>, attraverso la narrazione e la scrittura di sé nello spazio bianco di un foglio. Che potrebbe rimanere vuoto anche per una vita intera, votato alla purezza di un'aspettativa sempre aperta, in una perenne anticamera, per la paura di avviare un discorso. Così la neve nel tempo esatto in cui si manifesta, nella sua evidenza attuale, non sembra esprimere anche la propria finitezza, quasi a illudersi di poter resistere a tutto, quasi potesse restare neve per sempre. Tenace, resistente come la vita, che è legata alla consistenza fragile di connessioni sottilissime eppure presente e adatta fin quando esiste, fino all'ultima goccia. Sospesa in equilibrio sul filo di un rasoio, a volte unico appiglio, tagliente e doloroso. Aggrappata ad una zolla di terra, o alle terminazioni di protesi artificiali, legata alla necessaria regolarità di un battito cardiaco, in sintonia forse con inesprimibili ritmi cosmici, o più semplicemente con se stessa, la vita, segnata dal trascorrere ineludibile di un orologio biologico, che restringe progressivamente gli spazi, consuma le opportunità. E adesso anche questa neve sembra delineare il ramo discendente della propria parabola, fino a tornare ai primi fiocchi, in un processo regressivo, di sottrazione. Uno dopo l'altro, fino all'ultimo, tutto il mondo racchiuso in un unico piccolo ultimo cristallo, che resiste anche a fronte di ogni evidenza. Fino al punto in cui anche le parole della medicina scientifica arrivano a significare una cura che è solo un mantello leggero, non più finalizzata ad un obiettivo di guarigione, ma con un senso profondo di "porgere la mano", "accompagnare", quando anche il mondo diventa così piccolo, e tutte le cose sembrano perdere consistenza, la vita stessa si riduce a semplici segnali in codice, visualizzati sul monitor di un macchinario estraneo. Sensazione leggera di un'esistenza che ci sfiora. E finalmente, così come era comparsa, anche la neve smette di scendere.

La neve di febbraio non tornerà mai più, non più nella stessa forma, e comunque non sarà più la stessa neve. Già la vediamo nelle formazioni compatte di cumuli ghiacciati, o negli acquitrini, ai margini delle strade, per poi tornare a scorrere, come acqua sporca di terra e di polvere, nutrimento prezioso per altra vita, a reintegrare ancora il flusso ininterrotto di un movimento dialettico, sequenziale. Probabilmente verranno altri giorni di neve, a imbiancare gli stessi scenari, ma saranno occhi diversi che ne osserveranno il passag-



gio, narrazioni di attori modificati dalle proprie stesse storie. Altre parole, a delineare mondi nuovi, universi simbolici per una vita che è ciclica e altrettanto liquida allo stesso tempo, cioè rigida e ricorsiva nella sua normatività più profonda, così come assolutamente plastica nelle fenomenologie multiformi che è disposta ad assumere per continuare ad esistere.

Stamattina il sole ha spalancato le finestre, già da tempo si è tornati a percorrere le strade sgombre, immersi nella ben nota frenesia di traffici e di rumori familiari. Da lontano le strade risalgono, piccole e bianche, sulla collina che distingue, con il proprio confine, il mondo sensibile da quanto appare situato oltre, ancora sconosciuto. E tutto è così pieno di luce.

*Questi appunti sono dedicati a Cesarina, mia madre, che si è spenta nell'ultimo giorno di neve, dopo due settimane di attese in ospedale, valutazioni di esami diagnostici e difficili decisioni mediche, auto bloccate su strade impraticabili e catene spezzate lungo i tragitti. Non posso dimenticare la signora Eugenia Stanciu, che nella sua pratica di assistenza quotidiana ci ha mostrato in cosa consiste il senso più profondo della cura.*

**Note**

<sup>1</sup> Inuit, popolazioni che abitano le regioni del Polo Nord.  
<sup>2</sup> Vedasi la teoria del relativismo linguistico di Wohrf, di cui si indica un saggio in bibliografia, accanto ad un testo di Pullum che ne avrebbe falsificato la teoria sottoponendo a critica proprio l'esempio della molteplicità dei modi di dire "neve" nella lingua degli Inuit.  
<sup>3</sup> Nella seconda Grande Guerra, così come era accaduto all'esercito napoleonico più di un secolo prima, la neve del Generale Inverno accompagnò la ritirata dei soldati italiani, *centomila gavette di ghiaccio*. "La visibilità divenne nulla, come ciechi i marciatori continuarono a camminare affondando fino al ginocchio, piangendo, bestemmiando, con estrema fatica avanzando di trecento metri in mezz'ora. Come ad ogni notte ciascuno credeva di morire di sfinito sulla neve, qualcuno veramente s'abbatteva e veniva ingoiato dalla mostruosa nemica, ma la colonna proseguì nel nero cuore della notte" (da G. Bedeschi, in bibliografia). Erano partiti in 229 mila, di cui circa 43 mila tornarono feriti o congelati, a piedi, o sulle tradotte stracariche di orrore e di disperazione. Quasi 80 mila vite restarono in quella neve.  
<sup>4</sup> "Il capitale sociale, inteso come patrimonio di atteggiamenti e credenze condivisi da una determinata comunità, costituisce uno dei prerequisiti della cooperazione e dell'attività organizzata. Il crescente interesse che il capitale sociale suscita in sociologi, economisti, politologi, antropologi ne mette in luce il suo carattere multidisciplinare. Dal canto suo, la sociologia enfatizza le carat-

teristiche dell'organizzazione sociale come la fiducia, le norme di reciprocità e le reti di impegno civico" (S. Di Giacomo, "http://www.oikonomia.it/pages/2006/2006\_giugno/pdf/studi\_6.pdf" http://www.oikonomia.it/pages/2006/2006\_giugno/pdf/studi\_6.pdf )  
<sup>5</sup> Il riferimento è alla prima fase teorizzata da E.Erikson, cfr. M.Paci, in bibliografia  
<sup>6</sup> F.Ferrarotti, cit. in bibliografia, p.136  
<sup>7</sup> Cfr. M. Heidegger, cit. in bibliografia, la nozione di "essere per la morte"

**Appunti bibliografici**

- 1) B.Wohrf, *Linguaggio, pensiero e realtà*, Bollati Boringhieri, Torino 1970
- 2) G. K. Pullum, *The Great Eskimo Vocabulary Hoax and Other Irreverent Essays on the Study of Language*, University of Chicago Press, Chicago 1991
- 3) P.Stauder, *La memoria e l'attesa*, Quattroventi, Urbino 1999
- 4) M.Heidegger, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 2005
- 5) Z.Bauman, *Vite di corsa. Come salvarsi dalla tirannia dell'effimero*, il Mulino, Bologna 2009
- 6) Z.Bauman, *Voglia di comunità*, Laterza, Bari-Roma 2001
- 7) F.Ferrarotti, *Introduzione alla sociologia*, Editori Riuniti, Roma 1997
- 8) M.Augé, *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano 1993
- 9) G.Triani, *L'ingorgo*, Elèuthera, Milano 2010
- 10) M.Pallante, *La decrescita felice*, Editori Riuniti, Roma 2007
- 11) R.Putnam, *Capitale sociale e individualismo*, il Mulino, Bologna 2004
- 12) E.Erikson, *Infanzia e società*, Armando, Roma 1982
- 13) M.Paci, Alle origini della imprenditorialità e della fiducia interpersonale nelle aree ad economia diffusa, in: *Sociologia del lavoro* n.73, Angeli, Milano 1999

**Narrativa**

- M. Fermine, *Neve*, Bompiani, Milano 1999  
 L.Ligabue, *La neve se ne frega*, Feltrinelli, Milano 2004  
 P.Høeg, *Il senso di Smilla per la neve*, Mondadori, Milano 1994  
 X.Cermeño, *Neve e poi neve e poi neve*, Piemme, Milano 1995  
 H.C.Andersen, *La regina delle nevi* (pubbl. orig. Sneedronningen, 1844)  
 G.Bedeschi, *Centomila gavette di ghiaccio*, Mursia, Milano 1963

La poesia *Marchigianità* di P.Volponi

**Filmografia**

- Lo spazio bianco, regia di F. Comencini, 2009  
 La tigre e la neve, regia di R. Benigni, 2005

**Le canzoni**

- Caruso di L. Dalla  
 La cura di F. Battiato  
 Viola d'inverno di R. Vecchioni  
 Il tema del *Lacrimosa* di W.A. Mozart, nelle esecuzioni dirette da H.von Karajan e da C.Abbado



## S. Giuliano l'Ospitaliere Un santo tra storia e leggenda

Giuliano detto l'Ospitaliere o il "santo assassino" è uno strano personaggio di cui sono arrivate fino a noi poche notizie legate all'agiografia che non si fonda su una solida documentazione storica. Secondo la tradizione Giuliano sarebbe nato nel Regno dei Franchi tra il 28 gennaio e il 12 febbraio del 631 d. C., in una località denominata Ath appartenente a una regione chiamata Belgica, nella quale la diffusione del cristianesimo ha inizio nel 313, dopo la proclamazione dell'Editto di Milano di Costantino, il quale liberalizza la pratica della religione cristiana.

Secondo la tradizione più accreditata, Giuliano nasce in una famiglia appartenente alla nobiltà franco-belga che gode di privilegi feudali e che esercita un dominio assoluto sopra una popolazione completamente priva di diritti, condannata all'ignoranza e alla povertà, destinata a vivere in una condizione di abiezione umana e morale. Si tratta di una società spietata e violenta, appena scalfita dal cristianesimo dal quale ha assimilato il senso della colpa e del peccato, dell'espiazione e della morte, ma non i valori della fratellanza e dell'uguaglianza di tutti gli esseri umani. I nobili si comportano in modo arrogante e violento, ma anche contraddittorio, perché non hanno il nostro concetto di diritto e di giustizia, mancano di umanità e rispetto nei confronti delle classi inferiori; per altri versi essi sono soggetti a una quasi fanciullesca ossessione per il peccato e paura della dannazione eterna. Questo è la causa di conversioni radicali ed esemplari, per cui si passa con facilità dalla pratica costante di violenze e sopraffazioni a un'esemplare vita di santità. L'aristocrazia unisce a un'innata passione per le armi e per la guerra una smodata passione per la caccia, praticata in tempo di pace e concepita come un divertimento, un'avventura, un modo per mettere a confronto se stessi con il pericolo e la lotta, una passione da cui derivano i privilegi feudali sulla selvaggina, l'attaccamento quasi morboso al proprio cavallo, ai propri cani e falconi. Giuliano, che appartiene al mondo dell'aristocrazia, nutre lo stesso tipo di attaccamento per un passatempo che lo avrebbe portato alla rovina e condizionato per sempre il suo destino. La parte iniziale della sua esistenza è segnata da una cupa e drammatica predestinazione, da una marcata predisposizione alla violenza seguita da un feroce desiderio di espiazione per una colpa talmente grave, anche se involontaria, da

*Convegno annuale della Facoltà, Santi in Medicina, storie di santi che fanno i medici e di medici che fanno i santi, 16 maggio 2012.*

**ALBERTO PELLEGRINO**

Storico, saggista  
San Severino Marche (Mc)

pesare per sempre sulla sua coscienza. Pur non essendo consapevole di assassinare i suoi genitori, egli tuttavia compie un omicidio motivato dal sospetto e dalla gelosia. Tutta la sua vicenda terrena, sotto il profilo storico e spirituale, è più vicina a quella di un Edipo inconsapevole uccisore del padre, piuttosto che alla vicenda di un Francesco d'Assisi, il quale compie lo stesso cammino dalla cavalleria e dalla ricchezza verso la povertà e la spiritualità, facendo però una scelta di libertà e di piena adesione al Vangelo senza essere condizionato da nessun senso di colpa e desiderio di espiazione.

Giuliano, dopo avere compiuto il suo orribile delitto, sceglie la strada di un volontario esilio, viaggia attraverso l'Europa e approda infine sulle rive di un fiume, dove fonda un ospedale per dedicarsi all'accoglienza e alla cura dei viandanti. Queste strutture ospedaliere svolgono nel Medioevo una funzione sociale particolarmente importante all'interno di un determinato territorio, perché, oltre a servire per la cura dei malati, sono un punto di riferimento e un luogo sicuro di ospitalità per pellegrini, mercanti e quanti altri hanno la necessità di mettersi in viaggio. Sono di solito delle costruzioni di modeste dimensioni con pochi posti letto, gestite da confraternite religiose o da laici e spesso legate al culto di santi taumaturghi chiamati a proteggere i viaggiatori dalle malattie più diffuse.



Fig. 1 - Antico sigillo dell'Università di Macerata.

### La leggenda di Giuliano l'Ospitaliere

La prima menzione riguardante Giuliano appare nel martirologio compilato da Usualdo, un monaco francese vissuto nel IX secolo, mentre la leggenda pervenuta fino a noi è stata scritta in Francia nel XII secolo da Vincenzo de Beauvais ed è stata poi ripresa da Jacopo da Varagine che la riporta nella sua *Leggenda Aurea* una vicenda che avvicina Giuliano a Cristoforo, il santo che si dedica alla protezione dei pellegrini, dei viandanti e dei malati, piuttosto che ai santi taumaturghi S. Sebastiano, S. Brigida di Svezia, S. Rocco e S. Carlo Borromeo.

Giuliano, che appartiene a una nobile famiglia, si reca un giorno a caccia, insegue e ferisce a morte un cervo, il quale sul punto di spirare gli dice *"Come osi inseguirmi tu che ucciderai il padre e la madre?"*. Accanto a questa che è la versione più diffusa, ne esiste un'altra che mette in maggiore evidenza il carattere impetuoso e violento di Giuliano, il quale incolpa un servo, suo compagno di caccia, di avergli fatto perdere le tracce del cervo, per cui lo percuote con tale violenza da ucciderlo che prima di esalare l'ultimo respiro, gli scaglia contro queste profetiche parole: *"Tu che sei così brutale con me finirai un giorno per uccidere tuo padre e tua madre"*. Nell'uno e nell'altro caso, la profezia provoca in Giuliano un vero e proprio terrore, perché il giovane scorge in essa la minaccia di una punizione divina, per sfuggire alla quale decide

di andare lontano dai suoi anziani e venerati genitori che vedono in lui l'unico sostegno della loro vecchiaia.

Per evitare di essere un patricida e un matricida, Giuliano abbandona la terra natale e si reca in Spagna, dove si arruola nelle milizie del Conte di Barcellona, uno dei nobili più potenti del regno. Egli si distingue per il suo valore sul campo di battaglia e in tempo di pace per le sue qualità umane, per cui il Conte lo nomina comandante in capo dell'esercito e gli dà in moglie una giovane e ricca vedova proprietaria del Castello di "Castelfollit", dove Giuliano vive felice insieme alla sua sposa, anche se talvolta è tormentato dal ricordo dell'assassinio commesso e dalla nostalgia per la lontananza dei suoi genitori. Una suprema volontà divina o il peso del Fato avverso sta preparando un drammatico avvenimento destinato a cambiare la vita di Giuliano che, ancora una volta preso dalla passione per la caccia, si allontana dal suo castello nello stesso giorno dell'arrivo dei suoi genitori, che da qualche anno sono in viaggio per ritrovare il loro unico figlio. Essi sono ricevuti cortesemente dalla nuora che, ascoltato il loro racconto, capisce di avere innanzi a sé i genitori del marito e dice loro che finalmente tra poche ore potranno riabbracciare il figliolo, il quale li farà sicuramente restare nel castello per assistere con amore la loro vecchiaia fino al momento di chiudere con pietà filiale i loro occhi.

I due genitori sono felici per avere finalmente ritrovato il figlio che nel frattempo è diventato un uomo importante, potente e temuto, ma sempre buono e generoso. Sopraggiunta la notte la nuora, per rendere loro onore, li fa riposare nella camera nuziale, quindi si trasferisce in una camera vicina e, alle prime ore del giorno, si reca in chiesa per assistere alla messa. Giuliano ritorna all'alba dalla caccia molto stanco ed entra nella camera, dove crede vi sia ad attenderlo la sua amatissima sposa. Nell'incerta luce del primo mattino egli vede due persone che dormono abbracciate nel letto e subito pensa di essere stato vilmente tradito dalla donna che fino il giorno prima ha detto di amarlo profondamente. Allora sguaina la spada e con un solo colpo recide le teste dei due presunti adulteri, quindi si precipita come un pazzo fuori dal castello e incontra per la strada la moglie che ritorna dalla chiesa. Le chiede meravigliato e preoccupato chi siano le due persone che ha trovato nel loro letto e la moglie, con toni festosi gli dice: *"Sono i vostri genitori che tanto vi hanno cercato e che io stesso ho invitato nella vostra stanza"*. Preso dallo sconforto e dal dolore, Giuliano scoppia a piangere e mormora: *"Misero me, che*



Fig. 2 - Moneta della zecca di Macerata, 1600.



Fig. 3 - Complesso statuario di San Giuliano Cacciatore, cartapesta 1600.

*cosa ho mai fatto! Ho ucciso i miei amatissimi genitori, la profezia di quel cervo si è avverata, ed io che volevo evitare il misfatto fuggendo, l'ho compiuto con queste mie mani. Addio, sorella mia dolcissima, me ne andrò per il mondo e non avrò pace fino a quando il Signore non si degnerà di manifestarmi il suo perdono per il mio pentimento".* Di fronte a questa terribile notizia, la donna rimane esterrefatta, ma ben presto l'amore per il marito prende il sopravvento, incomincia a consolarlo e a fargli intendere la voce della ragione, dicendogli di non disperarsi, perché il suo delitto è certamente orribile, ma egli ignorava chi fossero i due esseri umani distesi nel letto nuziale, per cui era possibile commettere un errore per poi aggiungere: *"Mio dolcissimo fratello, non ti permetterò di partire senza di me: condivisa la tua gioia, ora voglio condividere il dolore".*

I due coniugi, con pochi abiti e con poco denaro, lasciano il castello e viaggiano per diversi paesi, impegnando



Fig. 4 - Taddeo Gaddi, San Giuliano Cavaliere.

il loro tempo nel dare ospitalità e nel curare i viandanti fino a quando non giungono sulle sponde di un fiume, che secondo una tradizione successiva è il fiume Potenza. Vicino alla riva costruiscono un ospedale dove, per diversi anni, i due coniugi traghettano e accolgono viaggiatori e i pellegrini, provvedono a curare gli ammalati.

In una fredda notte d'inverno Giuliano sente una voce che si lamenta e che invoca il suo nome; alzatosi prontamente dal suo giaciglio, egli trova un uomo quasi assiderato e sul punto di morire, lo porta in casa e cerca di riscaldarlo vicino al fuoco senza riuscirci; allora lo trasporta sul proprio letto e lo copre con dei panni. Improvvisamente quell'uomo, che aveva i segni della lebbra e sembrava moribondo, si alza circondato di una luce splendente e, salendo verso il cielo, esclama: *"Giuliano, Dio mi ha mandato per annunciarti che ha accettato la tua penitenza. Presto tu e la tua sposa riposerete nel Signore".* Dopo la scomparsa di questo essere sovranna-



Fig. 5 - Lorenzo Costa (attr.), *Madonna della Misericordia*, S. Giuliano, S. Andrea, S. Rocco, S. Sebastiano, Basilica della Madonna della Misericordia, Macerata.

tuale, Giuliano e la sua fedele compagna continuano a compiere le opere di misericordia, di carità, di assistenza dei poveri e, dopo qualche tempo, muoiono santamente per riposare finalmente nella pace del Signore.

## 2. Il culto di S. Giuliano Ospitaliere a Macerata

Macerata è l'unica città italiana ad avere come protettore S. Giuliano perché, secondo la tradizione, egli sarebbe arrivato sulle sponde del fiume Potenza, dove avrebbe edificato un ospedale nella contrada di Isola, nella quale il Vescovo di Macerata farà edificare una piccola chiesa dedicata al santo. Il culto di S. Giuliano si va sempre più consolidando e diffondendo nella città, tanto che nel 1320 l'antica Pieve di S. Giuliano è innalzata al ruolo di Cattedrale, dove il 6 gennaio 1442 avviene il ritrovamento del Braccio di San Giuliano racchiuso in uno scrigno sotterrato tra due colonne davanti all'altare maggiore. In esso vengono trovati alcuni resti umani e un foglio con



Fig. 6 - Santino sec. XVIII.

la scritta *Hoc est residuum brachii Sancti Juliani*; sempre nel cofanetto si rinviene un braccio avvolto in un drappo di seta con una pergamena sulla quale sta scritto *Hoc est brachium Sactii Juliani qui patrem et matrem interfecit*. Si decide di chiudere la Sacra Reliquia in una custodia d'argento a forma di braccio e nel 1859 all'artista maceratese Domenico Piani è affidato l'incarico di realizzare l'attuale urna d'argento sorretta da quattro cerbiatti e sormontata da una colomba che reca nel becco un ramoscello d'ulivo. Agli inizi la tradizionale festa del Santo era celebrata il 13 gennaio, ma nel 1513 la Curia vescovile decide di spostare la ricorrenza al 31 agosto per evitare le inclemenze del tempo e soprattutto la confusione del Carnevale.

Con il diffondersi della venerazione popolare per il Santo, si moltiplicano le opere d'arte che lo raffigurano: l'immagine più antica è una scultura in pietra del 1326, nella quale è raffigurato S. Giuliano a cavallo, che un tempo adornava la Fontana Maggiore e che ora è colloca-

ta nell'atrio della Biblioteca comunale di Macerata. Diversi lavori si trovano nella Pinacoteca civica: un dipinto con un Santo stante in posizione fiera che ha il viso rivolto al cielo e indica la città di Macerata; una Brocca di fattura cinquecentesca alta 42 centimetri, un tempo collocata nella Sala del Consiglio dei Priori, che presenta al centro di una decorazione floreale la figura di S. Giuliano in sella a un cavallo impennato sulle zampe posteriori sopra un prato verde e con in mano la bandiera della città; la Mazza del Gonfaloniere, una raffinata opera di oreficeria di Antonio Piani con la figura di S. Giuliano a cavallo.

Nella Chiesa di Santa Maria della Misericordia vi è il quadro della Madonna della Misericordia della fine del XV secolo, attribuito a Lorenzo Costa (Fig. 5): il primo santo a sinistra con la spada e l'orifiamma del Comune di Macerata è S. Giuliano; gli altri santi sono S. Andrea, S. Rocco e S. Sebastiano. Sull'altare maggiore della Chiesa di S. Giovanni si trova un quadro di Gaetano Sortino (fine Settecento) dove tra Giovanni il Battista e Giovanni l'Evangelista è raffigurato S. Giuliano raccolto in preghiera. Nella Chiesa dei Cappuccini Vecchi vi è un affresco del Cinquecento, opera di Lorenzo Decarres o De Carolis, raffigurante la Madonna della Fede, che ha alla sua destra un giovane S. Giuliano che impugna una bandiera rossa. Nella Chiesa di S. Liberato esiste un affresco di Antonio Jacopo De Paoluccia (1537) che ha al centro S. Giuliano ancora con la bandiera rossa. Nella Chiesa delle Vergini vi è un grande quadro, opera dei fratelli Gian Battista e Francesco Ragazzini di Ravenna (1580-81), nel quale è raffigurata S. Anna (Fig. 8) che ha in braccio la Vergine Maria ancora bambina e diversi santi, fra i quali S. Giuliano che regge in una mano la città di Macerata. Nella piccola Chiesa di S. Pellegrino, in contrada Isola, si trova un quadro con la Beata Vergine e inginocchiati ai suoi piedi vi sono S. Pellegrino Vescovo e S. Giuliano l'Ospitaliere. Nella Chiesa di S. Michele vi è un quadro di Ciro Pavis (1955), nel quale è raffigurato il Sacro Cuore con ai suoi piedi S. Vincenzo Maria Strambi e S. Giuliano, che ha in una mano la bandiera di Macerata e nell'altra regge l'immagine della chiesa.

La maggiore concentrazione di opere riguardanti S. Giuliano si ha naturalmente nella Cattedrale di Macerata: il Trittico di Allegretto Nuzi da Fabriano (1369), nel quale il santo è rappresentato con una lunga tunica, un mantello nero all'esterno e rosa all'interno, che porta nella mano destra la bandiera rossa di Macerata con la mola e nella sinistra la palma del martirio; una tavola attribuita a Vincenzo Pagani (1490-1568), dove sono raffigurati la Madonna col Bambino e i Santi Giuliano e Antonio da



Fig. 7 - Van Jodocus Haerts, *San Giuliano dei Fiamminghi*, Roma 1634.

Padova; un'importante tela di Francesco Mancini (1679-1758) con S. Giuliano inginocchiato in preghiera (Fig. 12) con al fianco un piccolo cervo; il quadro nell'abside è dell'artista altoatesino Cristoforo Unterberger (1786) e rappresenta S. Giuliano in preghiera dinanzi alla Vergine mentre indica la città di Macerata (Fig. 13); nella volta del presbiterio vi è un ciclo di affreschi realizzato negli anni Trenta dal marchigiano Ciro Pavis (1890-1972) con alcuni episodi della vita di S. Giuliano. Sempre nella cattedrale si trova una statua lignea che rappresenta S. Giuliano a cavallo (Fig. 14) in tenuta da cacciatore con al fianco un cane e un cervo.

La venerazione per questo santo è andata diminuendo nel tempo e, fuori di Macerata, rimangono poche tracce di un culto che nel passato doveva essere molto diffuso: nelle Marche nella Chiesa di S. Michele Arcangelo a Lamoli (Pesaro) vi è un affresco, databile tra il Quattrocento e il Cinquecento, dove si raffigura Giuliano come un giovane cacciatore in abiti nobiliari con la spada al



Fig. 8 - Gian Battista e Francesco Ragazzini, Chiesa delle Vergini, Macerata.

fianco e il falcone sul pugno; a Roma, in Via del Sudario, si trova una chiesa intitolata a San Giuliano dei Fiamminghi che, secondo la tradizione, sorge sui resti di un antico ospedale di San Giuliano dei Fiamminghi fondato nell'XI secolo dai fiamminghi residenti a Roma per ospitare i connazionali che arrivavano in pellegrinaggio; all'interno della chiesa vi è un quadro con *La visione di San Giuliano* di Theodoor Helmbreker, mentre sulla facciata è collocata una statua di Giuliano realizzata nel 1634 da van Jodocus Haerts. A Parigi esiste, infine, nel Quartiere Latino la Chiesa di Saint-Julien-le-Pauvre edificata dai Benedettini tra il 1170 e il 1240, dedicata a Saint Julien l'Hospitalier e situata all'incrocio delle strade per Orleans e per Lione. La chiesa, che faceva parte di una cerchia di edifici sacri costruiti intorno a Parigi, è l'unica a essere sopravvissuta, poiché è stata inglobata nel centro della città. La chiesa, collocata vicino a un piccolo ponte che conduceva all'Ile de la Cité, aveva accanto probabilmente un edificio destinato ad abitazione per i monaci e

doveva avere una *dependance* usata come sosta e rifugio per i viaggiatori.

### 3. La leggenda San Giuliano nel teatro

Il grande drammaturgo spagnolo Lope de Vega (1562-1635) ha scritto una commedia in tre atti intitolata *Il profeta animale ovvero San Giuliano detto il parricida* (1631), nella quale si racconta la storia del giovane e nobile Giuliano che nutre per la bella Irene un grande amore ricambiato con identico slancio. Suo padre Ludovico lo rimprovera perché indossa vesti troppo rozzi per la sua condizione sociale, ma Giuliano ribatte che la grande passione per la caccia lo obbliga a indossare abiti rozzi, perché per catturare le prede non è necessario essere eleganti ma avere un cuore orgoglioso. Rosamira mette in guardia il figlio contro le bestie feroci e gli animali selvatici che vivono nelle foreste, dato che la sua morte darebbe un grande dolore ai suoi anziani genitori. Giuliano dice che è Dio stesso a guidare le vicende umane, ma il padre gli ricorda che l'uomo è dotato di libero arbitrio e che è saggio prevenire le sciagure prima che bussino alla porta. Il giovane è tormentato dal ricordo dell'uccisione di un cervo che, sul punto di spirare, gli ha detto che avrebbe compiuto l'atto più feroce e crudele che si possa immaginare: l'assassinio dei suoi genitori. Da quel giorno egli è vittima di un destino crudele e vive nel terrore di uccidere coloro che gli hanno donato la vita. Per sfuggire alla sua stella avversa, Giuliano decide di rifugiarsi a Ferrara, abbandonando la patria, i genitori e la donna amata. Irene lo accusa di essere un traditore e di avere trasformato il loro amore in una condanna; a loro volta i genitori lo rimproverano per questa sua fuga. Giuliano è determinato a sfuggire al crudele destino annunciato dalla terribile profezia che lo condanna a essere un parricida e decide di lasciare l'Albania per andare in un paese straniero, inseguito dalla disperazione dei suoi e dalle maledizioni di Irene, la quale si rivolge a Dio affinché un pugnale trafigga quell'uomo crudele che sta uccidendo il suo amore.

Giunto in Italia, Giuliano salva la vita al Duca di Ferrara che è stato assalito da alcuni sicari in un agguato notturno e come atto di riconoscenza il Duca affida al giovane degli incarichi importanti e gli concede in sposa Laurencia, una giovane bellissima e ricca che gli fa dimenticare con il suo amore la mostruosa profezia del cervo. La felicità ha purtroppo una breve durata, perché Giuliano è divorato dalla gelosia da quando ha visto la moglie parlare con Federico, il fratello del Duca, un tempo innamorato della fanciulla. Per tutelare il suo onore e la

sua reputazione, il giovane prega Federico di non fare visita alla moglie in sua assenza per evitare malignità e pettegolezzi, ma il nobile gli dice con arroganza che è folle e stupido proibirgli di entrare nella sua casa, perché i principi sono come il sole che portano la luce e, essendo lui il sole di Ferrara, può entrare liberamente dove gli aggrada. Giuliano dice di essere pronto a difendere il proprio onore con la spada e Federico accetta la sfida e gli dà appuntamento per la sera stessa, celando l'intenzione di sedurre nel frattempo la bella Laurenzia. Giuliano finge di allontanarsi per eseguire un ordine del Duca ma resta in realtà nelle vicinanze pronto ad intervenire. Nel frattempo Laurenzia riceve la visita di due anziani pellegrini che chiedono ospitalità; si tratta di Ludovico e Rosamira, giunti a Ferrara dall'Albania per cercare un loro figlio di nome Giuliano. Laurenzia li accoglie con gioia, rivelando che Giuliano è suo marito e, per far riposare i due viandanti offre loro la stanza nuziale. Al calare della sera Giuliano si precipita come una furia nella camera sicuro di trovare la moglie nel letto con Federico, per cui affonda più volte il pugnale nel petto dei due traditori; quindi esce dalla stanza, tenendo in mano l'arma insanguinata. Ecco avanzare verso di lui Laurenzia, alla quale Giuliano chiede chi siano le due persone distese nel loro letto e la donna gli annuncia felice che si tratta dei suoi genitori venuti a cercarlo dopo un lungo viaggio. Giuliano inorridisce, perché si rende conto di aver ucciso il padre e la madre, mentre la moglie gli chiede come abbia potuto commettere un così orribile delitto mosso dalla gelosia, dato che si è sempre comportata in modo puro e onesto.

Giuliano sa di avere commesso un crimine imperdonabile e vuole rivolgere il pugnale contro il suo petto ma Laurenzia gli ricorda che è un cristiano e che deve implorare la misericordia di Dio, allora egli decide di recarsi a Roma per implorare dal papa il perdono per il suo terribile peccato e anche Laurenzia dice che vuole lasciare Ferrara per seguire il marito nel bene e nel male. Sopraggiunge Federico, venuto a portare con sé Laurenzia per allontanarla da un assassino ma Giuliano accecato dall'ira lo uccide in duello e chi lo rimprovera per questo nuovo delitto, risponde che, dopo un parricidio, qualsiasi altra colpa diventa più lieve.

Lasciata Ferrara in compagnia della moglie e di un servo, Giuliano giunge a Roma per ottenere l'assoluzione papale, visita poi Gerusalemme, la Francia e la Spagna, quindi si stabilisce nell'estremo sud d'Italia, dove costruisce un ospizio per assistere i poveri e gli ammalati. Ancora una volta è Laurenzia la causa di nuove disavventure, perché il Duca di Calabria è attratto da questa donna



Fig. 9 - Alessandro Allori, *Miracolo di S. Giuliano*, XVII sec.

bellissima che indossa un povero abito di tela di sacco e vive in mezzo ai diseredati insieme al suo compagno. Nello stesso tempo il Demonio, travestito da povero, si finge ammalato ed è accolto nell'ospedale da Giuliano che non si accorge di questa presenza diabolica, convinto di vedere in ogni povero o malato un fratello che può fargli espiare la sua colpa e avvicinarlo a Dio. Per avere informazioni, il Duca di Calabria si reca nell'ospedale e il servo gli racconta la storia di Laurenzia e di Giuliano che, dopo aver viaggiato in diversi paesi, sono giunti in Calabria e hanno costruito, con le elemosine raccolte, un ospedale dove accogliere, sfamare e curare i poveri, in quanto i due coniugi hanno dedicato la loro vita a Dio e passano metà del tempo in preghiera e l'altra metà nel dare aiuto e conforto a coloro che soffrono. Di fronte a due persone che vivono come due santi, il duca sente di dover soffocare la sua passione e di doverli aiutare con il suo denaro perché, dopo essere rimasto folgorato dalla



Fig. 10 - San Giuliano Cavaliere.

bellezza della donna, ora è ammirato dalla sua santità.

Giuliano ha trasportato nell'ospedale il demonio che vuole impossessarsi della sua anima, mentre arrivano altre persone sofferenti che sono accolte con amore, fuori si sente la voce di una cantastorie, la quale narra la storia di un uomo che ha assassinato i propri genitori. Giuliano è nuovamente sconvolto da questo racconto, ma il servo gli dice che Dio può far prevalere la pietà sulla giustizia, per cui nessun peccatore pentito deve perdere la speranza nel perdono divino.

Il demonio si prepara allo scontro decisivo e, dopo avere scatenato una tempesta, esclude che per Giuliano vi sia la possibilità di salvare l'anima, perché egli ha ucciso i genitori quando non erano in stato di grazia, condannandoli alle fiamme dell'inferno. Giuliano è disperato perché crede che tutte le sue penitenze siano state inutili, poiché Dio non può avere pietà di lui, nello stesso tempo si chiede come un uomo possa salvarsi, se il suo destino è già stato deciso. Mentre è immerso in queste

riflessioni, sente risuonare dei passi: il demonio fa apparire Ludovico in catene e avvolto dalle fiamme infernali e gli fa dire al figlio con quale coraggio possa chiedere perdono a Dio dopo avere ucciso il suo corpo e dannato la sua anima. Prima di scomparire, il padre maledice Giuliano, affermando che non è sufficiente servire i poveri per placare il furore divino, perché è già stato deciso che dovrà raggiungerlo tra le fiamme dell'inferno. Giuliano ha quindi la certezza di essere ormai schiavo del demonio, ma crede ancora nella misericordia divina, per cui decide di continuare a servire i poveri fino a quando sarà in vita.

In compagnia di Laurenzia arriva un fanciullo che indossa povere vesti e che chiede asilo nell'ospedale perché è ammalato. Giuliano chiede dove si trovino i suoi genitori e lo strano bambino risponde che vivono nella città della gioia, in un luogo a lui precluso in quanto è ormai convinto di essere già condannato all'inferno per avere ucciso i suoi genitori e averli spediti tra le fiamme infernali. Il fanciullo però lo rassicura perché i genitori si trovano momentaneamente in Purgatorio per espiare le loro colpe. Allora Giuliano capisce di avere di fronte un inviato di Dio e chiede quando i suoi cari saliranno in cielo, ricevendo l'assicurazione che presto godranno della gloria celeste per i meriti acquisiti dagli atti di penitenza del loro figliolo. Il fanciullo si trasforma nel Bambin Gesù e il Demonio, sentendosi sconfitto, sostiene che non è giusto per un Dio scendere sulla terra per portare la sua luce in un ospedale costruito da un parricida, a cui Dio non dovrebbe concedere la salvezza, perché sarebbe un atto di giustizia fargli scontare i suoi delitti tra le fiamme dell'inferno. Il Bambin Gesù si rivolge allora al suo nemico, dicendo che Giuliano è stato perdonato grazie all'amore divino, avendo acquisito con la sua penitenza grandi meriti di fronte a Dio. In quel momento si aprono le porte del paradiso per mostrare l'eterna felicità del regno celeste e al Demonio non rimane che scomparire tra le fiamme, sostenendo che tutti devono rallegrarsi per il suo regno di dolore, dove i peccatori scontano i loro peccati. Da parte sua Giuliano esulta per avere ottenuto il perdono divino ed esorta tutti a rendere grazie a un Dio misericordioso.

In questa sua opera teatrale, Lope de Vega presenta fin dal primo atto la natura tormentata di Giuliano che è rimasto profondamente colpito dalla profezia del cervo morente e per questo la sua anima è divisa tra l'affetto per i genitori, l'amore per Irene e l'attaccamento alla patria, infatti egli ripete spesso come un mantra la frase "Addio patria. Addio Irene. Addio, cari genitori". L'autore



Fig. 11 - San Giuliano, nobile fiammingo 1725.

si distacca dalla tradizione e sceglie l'Albania come paese di nascita del giovane (non le Fiandre), mentre la meta del suo il volontario esilio diventa Ferrara, una città che ai tempi di Lope de Vega era considerata una delle capitali culturali d'Europa.

Nel secondo atto emerge tutto il carattere passionale e violento del personaggio che appare travolto dalla gelosia per la sua bellissima moglie, oggetto del desiderio conteso tra il legittimo amore del marito e la perversa passione del nobile ferrarese Federico. Secondo una consolidata tradizione del teatro rinascimentale, l'autore costruisce questo triangolo amoroso (marito-moglie-amante), mettendo sullo stesso piano la profezia del cervo, il parricidio e la gelosia, la quale diventa la causa scatenante del delitto. L'inaspettato arrivo dei genitori a Ferrara s'incrocia con l'agguato che Giuliano ha preparato per cogliere sul fatto il presunto amante



Fig. 12 - Francesco Mancini, Cattedrale di Macerata.

della moglie, mettendo in evidenza quale contorta strada abbia scelto il destino affinché la profezia si avveri. Lope de Vega indica come meta di espiatione la Roma dei Papi, dove Giuliano si reca per chiedere il perdono dei propri peccati, dopo avere deciso di abbandonare le ricchezze e i privilegi di casta per espiare nella povertà la sua colpa. Nell'ultimo atto l'azione prende ancora l'avvio da uno spunto di carattere erotico, dato che il Duca di Calabria rimane affascinato dalla bellezza di Laurenzia, secondo una tradizione della donna intesa come elemento di tentazione vicina alla visione sessista propria della Controriforma. Lope de Vega colloca la vicenda nel Sud d'Italia, distaccandosi ancora dalla tradizione e facendo rivivere la storia di Giuliano attraverso la narrazione del servo e di una cantastorie. Il drammaturgo, rifacendosi al modello degli autodafé, colloca al centro di questa storia il problema del libero arbitrio, della predestinazione e



Fig. 13 - Cristoforo Unterberger, Cattedrale di Macerata.

delle possibilità di salvezza che ha l'individuo attraverso il pentimento e l'espiazione delle sue colpe, argomenti ampiamente dibattuti all'inizio del XVII secolo dalla teologia controriformista. Per assicurare il lieto fine, proprio anch'esso degli autodafé, l'autore non prevede la presenza di un lebbroso che si trasforma in un essere celeste, ma porta sulla scena uno scontro triangolare tra il Bambin Gesù, il Demonio e Giuliano, il quale vede sparire tutti i suoi timori per una irreparabile dannazione e spalancarsi le porte della felicità eterna.

#### 4. La leggenda di San Giuliano nella narrativa

Un grande romanziere come Gustave Flaubert rimane colpito dalla storia di San Giuliano e scrive un racconto in cui amplifica e arricchisce la vicenda rispetto alla *Leggenda Aurea*. Egli dice di avere tratto l'ispirazione dalla Leggenda di San Giovanni Ospitaliere, pubblicata nel

1877, dalla visione di alcune vetrate in una chiesa del suo paese e forse per questo egli introduce nella novella delle atmosfere gotiche a volte cupe a volte liricheggianti, visioni e apparizioni a forti tinte.

La narrazione ha inizio con la descrizione del castello e del paesaggio, dove vivono i futuri genitori di Giuliano. Il feudatario è sposato con una giovane nobildonna e la loro unione, dopo tante preghiere e lunghe attese, è stata allietata dall'arrivo di un figlio maschio accolto con grandi festeggiamenti. Una sera la puerpera vede aggirarsi per la camera un vecchio con indosso un saio legato con un rosario, il quale le dice *"Rallegrati, o madre! Tuo figlio sarà un santo!"*, per poi innalzarsi nell'aria e scomparire, camminando su un raggio di luna tra un coro di angeli. Nella stessa notte il marito vede avanzare nella nebbia uno zingaro con le pupille fiammeggianti che, prima di sparire, gli annuncia: *"Ah! Tuo figlio!... molto sangue... molta gloria!... sempre felice! La famiglia di un imperatore!"*. I due coniugi tengono segrete le due profezie e crescono il figlio con grande amore, affidando a un vecchio e saggio monaco l'incarico di insegnargli la Sacra Scrittura, l'aritmetica, il latino e la pittura. Il bambino ascolta con attenzione i racconti di viaggio dei mercanti e dei pellegrini che passano per il castello; inoltre è affascinato dalla rievocazione di battaglie e di assalti ai castelli narrati dal feudatario e dai suoi vecchi compagni d'armi. Il padre è certo che il figlio sarebbe diventato un condottiero, mentre la madre, vedendolo fare l'elemosina e pregare in chiesa a mani giunte, pensa che un giorno sarebbe diventato un arcivescovo.

Nel bambino trapela a volte una certa inclinazione alla violenza, perché è solito torturare in segreto topi, uccelli, colombe e altri piccoli animali. Il padre decide di avviarlo all'arte venatoria, facendo in modo che apprenda come addestrare cani e falconi, come tendere trappole e seguire le tracce di cervi, volpi e lupi. Quando è ormai un adolescente, Giuliano ha a sua disposizione falconi e cani scelti tra le razze più pregiate, per cui comincia a dedicarsi alla caccia con grande passione, accontentandosi prima di piccole prede per poi cacciare grandi volatili, cervi e animali feroci. Egli passa molto tempo nei boschi in compagnia del cavallo, dei cani e dei falconi per uccidere orsi, tori selvatici e lupi, per poi ritornare al castello coperto di fango e di sangue.

Un giorno d'inverno parte a cavallo con la balestra, le frecce e i cani e comincia a sfogare la sua inquietudine interiore, uccidendo con inaudita violenza conigli, galli cedroni, caproni, gru e castori, poi la sua caccia si trasforma in una feroce orgia di sangue e sotto i suoi colpi

cadono centinaia di animali che sembrano implorare pietà a quel giovane cacciatore che li massakra con la balestra, la spada e il coltello. Giuliano arriva in una valata piena di cervi e compie una carneficina, quindi vede un grande cervo nero, una cerva bionda e un cerbiatto dal manto maculato: prima uccide il piccolo e la madre, quindi conficca la sua ultima freccia nella fronte del cervo nero, che prima di morire gli dice "Che tu sia maledetto! Maledetto! Maledetto! Un giorno, mostro feroce, assassinerai tuo padre e tua madre!". Giuliano sbalordito e terrorizzato piange a lungo prima di ritornare al castello, ma passa una notte insonne terrorizzato dalla profezia del cervo; cade per tre mesi malato, ma guarisce grazie alle sollecite cure di medici famosi, si rifiuta però di andare a caccia. Esortato a riprendere le attività proprie di un nobiluomo, ricomincia a esercitarsi con la spada e nel lancio del giavellotto, ma per poco non colpisce il padre e non trafigge la madre, per cui fugge lontano dal castello.

Giuliano entra a far parte di una banda di soldati di ventura, con il suo coraggio e la sua astuzia diventa il capo di una compagnia; partecipa a numerose battaglie; sfida il pericolo e la morte; supera ogni ostacolo negli assedi; protegge uomini di chiesa e orfani, vedove e anziani. Ben presto schiavi fuggiaschi, contadini ribelli e coraggiosi uomini d'arme accorrono al suo servizio, per cui può formare un proprio esercito, con il quale corre in aiuto di re e regine, di popoli oppressi in ogni parte della terra. Quando l'Imperatore di Occitania cade prigioniero dei Musulmani spagnoli, Giuliano accorre in suo aiuto, sconfigge l'esercito musulmano e rimette l'imperatore sul trono. Questi, per ricompensarlo, gli concede allora in sposa la sua bellissima figlia. I due giovani vanno a vivere in un sontuoso castello e Giuliano

rinuncia alle guerre per governare con saggezza i suoi sudditi, ma spesso pensa alla caccia e sogna di uccidere delle belve, svegliandosi con gli occhi iniettati di ferocia. I suoi amici e la moglie lo esortano ad andare a caccia, ma egli rifiuta pensando alla lontana profezia, ma una sera d'agosto egli sente il guaito di una volpe e dice alla moglie che all'alba sarebbe partito per la caccia.

In quello stesso giorno arrivano nel castello un uomo e donna molto vecchi che chiedono ospitalità e dicono di avere notizie sui genitori di Giuliano e chiedono se questi li ami ancora. Alla risposta affermativa della moglie, si fanno riconoscere e indicano come prova alcuni segni particolari sul corpo del figliolo. Durante la cena che la nuora fa servire loro, il padre apprende che questa giovane è la figlia dell'imperatore e ripensa subito alla profezia dello zingaro. Vengono quindi ospitati nella camera matrimoniale e i due vecchi, vinti dalla stanchezza, si addormentarono immediatamente.

Giuliano caccia tutto il giorno e tutta la notte, è assalito da animali feroci ed è tormentato da ter-

ribili visioni, fino a quando il canto del gallo annuncia il sorgere del giorno e lui trova la forza di tornare al castello con l'animo turbato da un'ira violenta per le umiliazioni e le paure provate durante la sua strana avventura di caccia. Per fare una sorpresa alla sua sposa entra nella loro camera immersa nell'oscurità e, quando arriva presso il letto, vede un uomo giacere accanto a una donna. Sconvolto dalla collera e dalla gelosia, afferra il pugnale e colpisce più volte quei corpi, quando sente giungere da lontano il bramito del cervo nero e vede la moglie fuggire inorridita dopo aver lasciato cadere la lampada con la quale illumina la stanza e scopre con orrore i cadaveri dei genitori.



Fig. 14 - Complesso statuario di San Giuliano cacciatore, Cattedrale di Macerata.



Giuliano, giunto al cospetto della moglie, le ordina di non parlargli, di non avvicinarsi, di non guardarlo, ma di eseguire, pena la dannazione, tutti i suoi ordini: ha deciso di lasciarle il palazzo, i vassalli e tutti i suoi beni, senza tenere per sé nemmeno i vestiti e i sandali; in cambio la donna deve pregare per la sua anima. Assiste ai solenni funerali disteso a terra con le braccia in croce con indosso un povero saio, quindi si allontana e scompare per sempre e vaga per il mondo come un mendicante e, quando narra la sua storia, molti fuggono inorriditi, gli chiudono le porte in faccia e solo i più caritatevoli gli danno qualcosa da mangiare.

Respinto dalla società, Giuliano si rifugia in campagna tra gli animali, ma anche loro fuggono lontano da lui terrorizzati. In preda alla disperazione cerca conforto nella solitudine della montagna, ma il ricordo delle sue colpe continua a tormentarlo nonostante maceri il corpo nella penitenza e rischi la morte per salvare le donne, i bambini e gli ammalati che si trovano in pericolo. Un giorno decide di lasciarsi morire gettandosi in un pozzo, ma gli compare accanto un vecchio con il volto del padre, allora scoppia a piangere, non pensa più di uccidersi e si mette in cammino verso altri paesi. Arrivato sulla riva di un fiume, la cui traversata appare molto pericolosa, Giuliano trova una vecchia barca, la ripara e decide di mettere la sua vita al servizio degli altri: comincia a innalzare un argine che permetta di scendere fino sulla riva, costruisce una capanna di tronchi d'albero per ospitare i viandanti e accogliere gli ammalati. Da quel momento molti viaggiatori si rivolgono a lui per passare sull'altra sponda ed egli trasporta persone, bagagli e animali senza chiedere nulla in cambio, per cui è compensato dagli ospiti della sua barca con avanzi di cibo e vecchi abiti dismessi, ricevendo in cambio le sue benedizioni. Nella sua povera capanna e lungo le rive del grande fiume scorrono le stagioni e, quando non vi sono viandanti da traghettare e da ospitare, Giuliano ritorna con la mente al suo felice passato quando viveva nel castello con la sua spesa, ma appena chiude gli occhi gli appaiono i cadaveri dei suoi genitori e ricade nella disperazione.

Una notte Giuliano è svegliato dalle grida di aiuto che provengono dal fiume in piena, sale sulla banca e le acque si placarono, così che può raggiungere l'altra sponda, dove trova un uomo avvolto negli stracci e dal volto corroso dalla lebbra. Cerca di traghettarlo sull'altra sponda, mentre la tempesta si scatena di nuovo e la barca è sballottata dai gorgi ma Giuliano, remando con la forza della disperazione, riesce e toccare la riva e a portare nella capanna quest'uomo che ha parte superiore del

corpo distrutta dalla malattia. Giuliano cerca di rifocillarlo, ma il lebbroso dice di sentire freddo, perché nemmeno il fuoco è riuscito a riscaldarlo; allora lo trasporta nel suo letto, ma il lebbroso dice di avere il ghiaccio nelle ossa. Giuliano si toglie le vesti e si distende accanto a lui, ma quello chiede di essere riscaldato, salendo con il corpo sopra di lui, bocca contro bocca, petto contro petto. Il lebbroso lo stringe a sé e di colpo i suoi occhi diventano splendenti come stelle, i capelli sembrano raggi di sole, un profumo di rose esce dalle sue narici, una nuvola d'incenso si alza dal focolare, e una gioia sovrumana inonda l'anima di Giuliano. L'uomo diventa sempre più grande fino a toccare con la testa il tetto della capanna, quindi vola verso il cielo stellato, che si spalanca per consentire a Giuliano di salire negli spazi azzurri accompagnato da Nostro Signore Gesù che lo porta con sé in cielo.

Flaubert si allontana dalla *Leggenda aurea* di Jacopo da Varazze, introducendo notevoli varianti, che riguardano per prima cosa la natura violenta di Giuliano e soprattutto la sua crudeltà verso gli animali, che è analizzata dettagliatamente e rappresenta una sorta di introduzione al drammatico avverarsi della profezia dell'uccisione dei genitori, che non è pronunciata da un servo, ma da un cervo nero ferito a morte. Nel castello si verificano poi dei segnali premonitori del crudele e incumbente destino che spingono Giuliano a fuggire in Spagna, dove non entra al servizio del Conte di Barcellona, ma diventa il capitano di una compagnia di ventura e successivamente il capo di un esercito, con il quale compie nobili imprese al servizio di diversi sovrani, liberando dalla prigionia l'Imperatore d'Occidania, di cui non sposa la figlia e non la giovane e ricca vedova indicata dalla tradizione. L'uccisione dei genitori è preceduta da una sanguinosa notte di caccia popolata da fantasmi e da apparizioni, una specie di sabba romantico che sconvolge la sua mente e che in un certo senso giustifica il suo impeto d'ira sugli sconosciuti ospiti della camera nuziale, ai quali non taglia la testa con la spada, ma li trafigge con un pugnale. Più vicina alla tradizione è la sua decisione di abbandonare la ricchezza, il potere e la moglie per vivere fra gli uomini come un mendicante e la sua scelta di diventare il traghettatore e "ospitaliere" al servizio del prossimo. La redenzione finale di Giuliano che è costantemente tormentato dalla visione dei genitori uccisi, è affidata a un lebbroso salvato dalle acque e accolto con grande spirito di carità nella propria capanna: non si tratta né di un inviato del Signore né Gesù Bambino, ma del Cristo in persona che gli annuncia la totale remissione dei suoi peccati e lo porta sé in Paradiso.





Questo numero di *Lettere dalla Facoltà* viene pubblicato grazie ad un illuminato e generoso contributo di Angelini Acraf Spa



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 XV - n° 1  
Gennaio - Febbraio 2013  
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*  
Antonio Benedetti

*Comitato Editoriale*  
Francesco Alò, Francesca Campolucci,  
Fiorenzo Conti, Stefania Fortuna, Loreta  
Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini,  
Michele Urso Russo

*Redazione*  
Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti,  
Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini  
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona  
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

*Direttore Responsabile*  
Giovanni Danieli