Anno XVII N. 1 • Gennaio - Febbraio 2014

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

Lettere dalla Facoltà

S O M M A R I O

Lettera del Preside

Carissimi studenti e colleghi,
come già avvenuto nello scorso anno, la lettera di questo numero è volta a preannunciare le principali novità che incontreremo nel corso dell'anno appena iniziato.
Già dal 3 febbraio i nostri studenti saranno impegnati nella prima sessione degli esami di profitto del nuovo anno accademico. Un grande "in bocca al lupo" a tutti.
Nel mese di aprile avremo le prove di ammissione dei Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria.
Con nota del 27 dicembre 2013 il MIUR ha intatti confermato le date in cui dovranno essere sostenute le prove di ammissione relative ai corsi di laurea e di laurea magistrale programmati a livello nazionale per l'a.a. 2014-2015: 8 aprile 2014 Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria, 3 settembre 2014 Professioni sanitarie.
Sembra utile sottolineare che è stata confermata dal MIUR, per l'AA 2014-15, l'abolizione del *bonus* del voto di maturità, essendo lo stesso abrogato dalla Legge 128/2013.
Per quanto riguarda il potenziale formativo dei corsi di studio per il prossimo anno accademico la Facoltà ha confermato in 160 e 25 il numero degli studenti iscrivibili ai Corsi di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria. Per tali corsi, come tutti sapete, sono in corso le iscrizioni degli studenti inseriti nelle graduatorie integrate con il *bonus* maturità. Nel mese di dicembre, nel corso degli incontri tenuti tra la Facoltà e la Regione Marche è stato inoltre definito il fabbisogno delle varie professioni sanitarie. La richiesta, già trasmessa al Ministero della Salute, tiene conto delle esigenze didattico/scientifiche della Facoltà, di quelle

continua a pagina 2

Lettera del Preside 1

Ricordo di Andrea L. Tranquilli 3
Prof. Andrea L. Tranquilli (3)
di Andrea Ciavattini, Stefano Giannubilo
La Creazione di Michelangelo nella Cappella Sistina. Una vera "nascita" (5)
di Andrea L. Tranquilli, Antonio Luccarini

Vita della Facoltà 9
Piano degli Studi A.A. 2013/14 e Propedeuticità (9)
Attività Didattiche Elettive (38)
a cura di Loretta Gambini e Francesca Campolucci

Attualità 14
Lean thinking in sanità: dalle unità operative alla complessità assistenziale
A. Santarelli, F. Ciarpella, E. Ceroni, M. Gregorini, M. Iustini, S. Marcelli

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane 17
Il pensiero di Maria Montessori alla luce delle neuroscienze moderne
di Mara Fabri

Antropologia 23
L'antropologia filosofica applicata alle discipline della cura e dell'assistenza. La prospettiva di Hans-Georg Gadamer
di Maurizio Mercuri

Medicina Sociale 31
La funzione sociale e sanitaria delle Società operaie di mutuo soccorso
di Alberto Pellegrino

Indice generale dei volumi XV/2012 e XVI/2013 44

Indice degli Autori 46

continua da pagina 1

assistenziali e, non ultimi, degli sbocchi occupazionali degli studenti laureati ai vari Corsi di studio.
Tenuto conto di tali indicatori, dei requisiti di docenza richiesti dalla normativa vigente e della criticità riscontrata nella attrattività di alcuni Corsi di studio proposti nel corrente anno accademico la Facoltà, nel definire l'offerta formativa 2014/2015, ha proposto di ridurre il numero degli studenti iscrivibili al 1° anno dei Corsi di Laurea triennale e di istituire due nuovi corsi di laurea sempre triennale (Dietista e Logopedia) rinunciando ai Corsi di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali e in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie.
Tra le novità didattiche anche la proposta di istituzione di un nuovo Corso di Laurea Magistrale di "Scienze della Nutrizione Umana". Trattasi di un corso di studi interdipartimentale istituito in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari ed Ambientali ed il Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente.
E' ovvio che la nostra offerta formativa, rientrando nella programmazione d'Ateneo, dovrà essere ora approvata dagli Organi accademici competenti previa verifica di tutte le condizioni dettate dalle recenti disposizioni ministeriali.

Passando ora alla attività didattica programmata per il II semestre sembra utile ricordare che la Facoltà, per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ha confermato anche per il corrente anno accademico le due sedute straordinarie di esami di profitto destinate al recupero di esami relativi agli anni precedenti a quelli di iscrizione.
L'inizio delle Attività Didattiche Elettive (Forum, Corsi Monografici ed Internato) avrà inizio nel mese di marzo. Nello stesso periodo è stato programmato il corso in lingua inglese finalizzato all'acquisizione di conoscenze ed esperienze medico/scientifiche nell'ambito dell'area medica (SSD MED/09) con particolare riferimento al settore immunologico-allergologico.
Nel rispetto del principio di integrazione esistente tra la nostra Facoltà e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti sono stati progettati due importanti attività: la prima riguarda l'istituzione di un Centro di formazione BLS/BLSD per il quale è stato proposto il nome di C.U.O.R.E quale acronimo di "Centro Universitario Ospedaliero Rianimazione Emergenze". La seconda, ormai giunta alla prossima attivazione, riguarda il riconoscimento dei crediti ECM al personale ospedaliero ed universitario integrato titolare delle attività di coordinamento, tutorato e guida delle attività formative professionalizzanti, di laboratorio e tirocinio clinico svolte dagli studenti iscritti ai corsi di studio della Facoltà.

E' con grande commozione che chiudo questa mia lettera rivolgendo, con grande affetto, un saluto al nostro caro collega Prof. Andrea Tranquilli – Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia prematuramente scomparso . Andrea, uomo di grande carisma e competenza scientifica e professionale, ha collaborato attivamente con la nostra Facoltà arricchendo tutti noi con il suo prezioso sapere e la sua colta umanità.

Il Preside
Prof. Antonio Benedetti

Prof. Andrea Luigi Tranquilli

Il Professore Andrea Luigi Tranquilli è nato a Roma il 19 Ottobre 1955. Ha compiuto gli studi a Roma conseguendo la Laurea in Medicina e Chirurgia con punti 110/110 e Lode, il 30 Ottobre 1979, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, discutendo la Tesi Sperimentale "La stimolazione sonora del feto in utero: una nuova possibilità di valutazione fetale?", nella Scuola del Prof. Bompiani. Nel 1983 ha conseguito il Diploma di Specialista in Ginecologia ed Ostetricia con punti 70/70 e Lode, presso la Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia della stessa Università. Alla conclusione degli studi si è trasferito nella città di Ancona, al seguito del Prof. Carlo Romanini, presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Ancona, con ruolo di Assistente Medico e poi di Dirigente Medico di I livello.

Nel 1998 è risultato vincitore del Concorso di Professore Associato per il raggruppamento disciplinare F20X-Ginecologia ed Ostetricia, inquadrato quale Professore Associato di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università degli Studi di Ancona, dal 1 Novembre 1998, confermato in ruolo nel 2001, con la Direzione del Professor Gioele Giuseppe Garzetti. Nel 2003, alla prematura scomparsa del Prof. Garzetti, assume la Direzione dell'Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Ancona. La carriera universitaria è proseguita con il conseguimento del ruolo di Professore Straordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università Politecnica delle Marche per diventare Direttore dell'Istituto di Scienze Materno-Infantili dell'Università Politecnica delle Marche (Decreto Rettorale 172 del 07.12.2006).

Negli anni successivi ha assunto incarico di Direttore della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università Politecnica delle Marche dall'Anno Accademico 2002-03; Presidente del Corso di Laurea Specialistica in Ostetricia e Coordinatore del Corso Integrato di Ginecologia ed Ostetricia al Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia. Nell'anno 2009 assume la direzione del neo-costituito Dipartimento Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche dell'Università Politecnica delle Marche, mentre da 2010 diventa Senatore Accademico dello stesso Ateneo. Nel 2013 assume la Direzione del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria degli Ospedali Riuniti di Ancona.

Dal 1977 al 1983, ha particolarmente curato lo studio della reattività fetale, in condizioni basali ed indotta da stimolazioni sonore. Tale esperienza è stata raccolta nel volume *La reattività fetale,* C.I.C. Roma 1984.

La ricerca in campo ostetrico è stata incentrata sullo studio e sul chiarimento dei meccanismi patogenetici dell'ipertensione in gravidanza. Il ruolo dei cationi cellulari e della terapia delle alterazioni del metabolismo del calcio sono stati ampiamente studiati, così come i più diversi aspetti dell'ipertensione in gravidanza, ed i prodotti di tale ricerca sono compendiati nel volume della rivista *Clinical and Experimental Hypertension in Pregnancy* dedicato a questo argomento, edito nel 1988.

L'attività di ricerca ha avuto da sempre un'attenzione particolare per la Medicina Materno-Fetale con riguardo alle problematiche dell'ipertensione in gravidanza.

Quest'ultimo campo di ricerca ha prodotto una serie di risultati di grande rilievo clinico e predittivo. Sono stati definiti i limiti di normalità in gravidanza e gli indici predittivi di successiva ipertensione gestazionale con una ricerca longitudinale la cui numerosità del campionamento è tuttora unica in letteratura.

I risultati di queste ricerche e della sperimentazione sui calcioantagonisti in gravidanza sono compendiati nella recente pubblicazione del volume *Calcium antagonists in the treatment of hypertension in pregnancy,*

Parthenon Publishing, New York, 1999.

Rappresentante Italiano presso il Consiglio Internazionale della International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy dal 1988, per l'avanzamento dei suoi studi, dal 1993, è stato nominato Chairman dello "Special Interest Group on 24-h Blood Pressure Monitoring in Pregnancy" della International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, per assumere la Presidenza della Società nel 2012. Sempre in campo ostetrico, è stata anche proseguita la ricerca sull'applicazione delle tecnologie biofisiche in gravidanza, con particolare riferimento all'evoluzione delle metodiche ultrasonografiche. La cardiotocografia, l'ecografia e la flussimetria sono state oggetto di ampio studio e di pubblicazione scientifica.

La ricerca ginecologica ha privilegiato tre principali argomenti: il carcinoma ovarico ed endometriale, e la menopausa. Per il primo, l'attività è stata svolta nell'ambito del progetto finalizzato delle Forze Operative Nazionali CNR sul Tumore Ovarico (F.O.N.T.O.), ed ha riguardato lo studio dei fattori epidemiologici del cancro dell'ovaio e delle possibilità di effettuare una diagnosi precoce.

Tale attività è anche documentata dalla collaborazione alla stesura del Volume della F.O.N.T.O. sull'epidemiologia, e dalla ricerca sul carcinoma endometrioide.

Il carcinoma dell'endometrio è stato invece studiato per i fattori prognostici al I stadio quali l'attività NK, il grading, l'invasione miometriale.

Per ciò che riguarda la menopausa la ricerca è stata orientata sui problemi del deficit estrogenico nella patologia tessutale e, più recentemente, nell'osteoporosi postmenopausale.

Autore di oltre 300 lavori scientifici su riviste italiane ed internazionali ad alto impatto scientifico, nonché autore e curatore di undici volumi scientifici: *La reattività fetale,* 1984; *Attualità sulla psicosomatica in ginecologia ed ostetricia,* 1987; *Clinical and experimental hypertension - Hypertension in pregnancy,* 1988; *Experimental models in Obstetrics and Gynecology,* 1990; *Il magnesio in ostetricia e ginecologia,* 1993; *Medicina fetale* 1995; DRG. *Manuale per il Ginecologo,* 1996; *Calcium antagonists in the treatment of hypertension in pregnancy,* 1999; *Preeclampsia update*, 2006; *Autoimmunità gravidanza contraccezione terapia ormonale* 2007.

In campo internazionale ha visto il riconoscimento scientifico quale membro dell'International Council dal 1988 al 2010, VicePresidemte 2008-2010, membro dell'Executive Comittee 1996-98, Chairman dello Special Interest Group on 24-h Blood Pressure Monitoring in Pregnancy 1994-2000.

La scomparsa del Prof. Andrea Luigi Tranquilli ha interrotto prematuramente un'evoluzione rapida ma ordinata, dalle basi romane fino all'insediamento anconetano dove si è integrato nel tessuto sociale, partecipando attivamente alla crescita culturale cittadina e regionale e fornendo apertura e lustro internazionale.

L'Ateneo perde una figura di riferimento scientifico ed organizzativo che ha contribuito alla formazione di generazioni di studenti ed alla selezione e crescita di nuovi docenti.

Andrea Ciavattini, Stefano Giannubilo

ANDREA L. TRANQUILLI, ANTONIO LUCCARINI
Clinica Ostetrica e Ginecologica
Università Politecnica delle Marche

La Creazione di Michelangelo nella Cappella Sistina. Una vera "nascita"

Andrea Tranquilli è stato della nostra Facoltà un grande Clinico perché del grande clinico possedeva non solo la competenza specifica, ma anche il carisma del maestro, il fascino dell'uomo di classe, l'eleganza del parlare e dello scrivere, l'affabilità e l'umanità e quell'umorismo sottile che gli permetteva di viaggiare al di sopra della quotidianità.

Lascia un grande rimpianto tra le persone che lo amavano, tra i colleghi che ne apprezzavano il valore, tra gli studenti che ne erano affascinati, tra le tante persone che aveva in cura e per le quali era unico ed insostituibile.

Noi di Lettere dalla Facoltà *vogliamo ricordarlo ripubblicando uno suo scritto del 2007, che testimonia come questo grande Amico e prezioso Collaboratore della rivista avesse saputo coniugare le Scienze con le Lettere e con le Arti.*

Premessa

E' forse l'affresco più famoso del mondo, ed il particolare del "tocco" uno dei più riprodotti e conosciuti…

Oggi, dopo un lungo lavoro di interpretazione anatomica e filosofica, possiamo darne una nuova interpretazione…

Da diverso tempo avevo intrapreso un lavoro sui richiami anatomici ostetrici nell'arte ed in Michelangelo[1]; con il Prof. Antonio Luccarini abbiamo esteso le osservazioni alla filosofia che è "oltre" gli affreschi. Abbiamo condotto la nostra interpretazione partendo dal concetto di neoplatonismo e finendo alle grandi ispirazioni filosofica, artistica e religiosa di Michelangelo.

I risultati di questo lavoro sono stati presentati in una conferenza al nostro Rettorato[2] e più recentemente in un articolo su una rivista[3].

Il neoplatonismo

Il neoplatonismo è la filosofia che sostiene e regge in un arco unitario tutta la molteplicità dei fermenti culturali, delle pratiche economiche, delle sperimentazioni politiche del mondo rinascimentale. Chiaramente l'arte figurativa offre a questa intelaiatura filosofica le proprie immagini; anzi, nei casi più evidenti di Sandro Botticelli o di Leonardo da Vinci, la rappresentazione artistica offre forme e contenuti al manifesto del neoplatonismo, soprattutto nell'edizione Ficiniana.

L'opera di Michelangelo, attraversata da sempre dal problema religioso, trova tra gli altri motivi ispiratori, un forte sostegno nelle tematiche del neoplatonismo.

L'affresco della "Creazione di Adamo" nella Cappella Sistina

E' in questo quadro concettuale che dobbiamo collocare un'interpretazione del lavoro di Michelangelo sul tema della Creazione, così come esso ci appare, potente ed enigmatico negli straordinari spazi affrescati della Cappella Sistina.

L'immagine, fra le più diffuse, e per questo fra le più riconoscibili, che lega il Dio e Adamo nel momento dell'atto creativo, ha per la sua potenza offerto il campo ad un lavoro ermeneutico immenso che s'arricchisce di volta in volta di nuovi contributi.

All'interno della composizione (Fig. 1), il ruolo più suggestivo - e in un certo senso più inquietante, perché spinge ad un'indagine ulteriore, alla formulazione di ipotesi nuove - è la parte dominata dalla figura del Divino.

Che cosa evoca quel manto che fa da sfondo al gesto creativo della divinità?

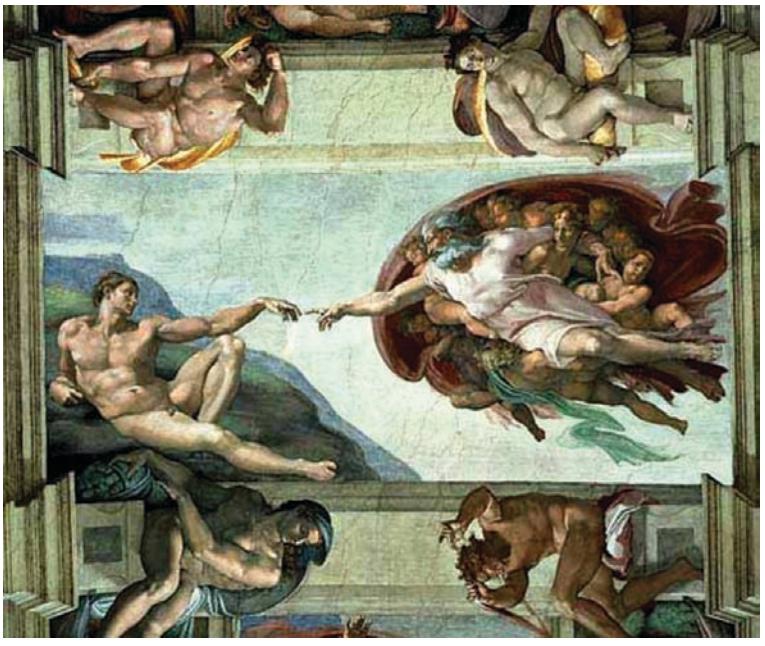

Fig. 1 - La creazione.

Fa parte di un puro momento espressivo senza rimandi concettuali oppure è una forma che mette in scena un materiale ideologico?

Molti gli interrogativi e molte le soluzioni proposte.

Una delle più persuasive e, in un certo senso una delle più affascinanti perché in grado di spiegare molte cose, tenendo conto anche degli studi sull'anatomia, le ricerche sul corpo e sulle sue funzioni, compiute tramite l'esperienza diretta, dalle botteghe d'arte

Fig. 2 - Una placenta.

Fig. 3 - Il "Dio-placenta".

del tempo, (non solo da Michelangelo, ma da Leonardo ed altri) è quella che individua nella forma del manto, una sezione del cervello umano[4]. In questa versione, il logos divino abita l'umano e giustifica la posizione dell'uomo come luogo del mondo, in cui l'essere può rivelarsi a se stesso. L'antica tesi del pensiero greco, del logos che abita la natura là dove essa si manifesta come umanità, viene ripresa nell'ottica rinascimentale, coniugando insieme pensiero religioso e speculazione filosofica.

Una interpretazione in chiave ostetrica

Ma, guardando meglio, ci permettiamo di proporre una nuova, e a nostro avviso più convincente, interpretazione dell'affresco che identifica, nel manto di Dio, la placenta, come osservata all'interno di un utero gravido, aperto in sezione.

Il coro degli angeli somiglia fortemente alla placenta (Fig. 2). La distribuzione delle teste ed il colore rosso sangue scuro sono i medesimi dei cotiledoni della superficie materna della placenta.

Le due braccia che si intrecciano, la mano destra di Dio ed il braccio sinistro di Adamo ricordano nella forma nei colori il cordone ombelicale, con la torsione delle braccia che riproduce la torsione delle arterie sulla vena ombelicale. La proporzione anatomica fra questa "placenta" e questo "cordone" è perfettamente mantenuta (Fig. 3).

La posizione reciproca delle mani è tale che non stiamo assistendo ad un "tocco" che dà la vita, bensì ad una stretta che viene a rilasciarsi. La nascita è nel momento della recisione del cordone ombelicale (Fig. 4). Dio non tocca Adamo, ma lo lascia e Adamo ha l'espressione triste di chi viene "abbandonato" sulla Terra.

Il più conosciuto particolare del più conosciuto affresco, il tocco delle dita non rappresenta quindi la "scintilla della vita" trasmessa da Dio ad Adamo, né la trasmissione del pensiero (vedi sopra), né il respiro della vita[5], bensì il primo distacco, il primo momento in cui le braccia sono separate, in cui il cordone è rescisso, in cui Adamo si stacca (o è lasciato) dal Dio Padre, per andare verso la vita umana.

E, come nella mitologia Greca, Dio che con il braccio destro è legato ad Adamo, col sinistro cinge un donna. Dio è padre ed i due danno vita ad Adamo, attraverso un vero parto.

Si possono riconoscere altri particolari anatomici ed ostetrici nel dipinto (Fig. 5).

In basso, nel lato destro, vi è una chiara rappresentazione dell'acqua che fluisce, come liquido amniotico, la veste del Dio fortemente ricorda le membrane amniotiche, e tutto il manto ricorda un utero aperto in sezione sagittale dal lato destro, appena dietro all'emergenza del legamento largo e del legamento rotondo, la cui sezione ovale sarebbe riconoscibile in alto a destra.

Michelangelo e l'anatomia

Gli studi sul corpo umano, a partire dalla rinascita della scienza anatomica, erano stati ripresi quando lo stesso pontefice Sisto IV, dalla quale prende il nome la Cappella Sistina, concesse attraverso una Bolla particolare alle università il permesso di effettuare dissezione sui cadaveri. Anche se naturalmente non mancarono, per i risultati ottenuti dagli scienziati, momenti di drammatico conflitto con i vertici dei tribunali ecclesiastici, ci fu indubbiamente un nuovo fervore nella ricerca scientifica e, soprattutto, nell'approfondimento dell'anatomia e della fisiologia.

Tra gli artisti che si segnalarono per l'intensità dei loro studi anatomici, dobbiamo ricordare Leonardo, Calcar -allievo di Tiziano- e lo stesso Michelangelo. Ciascuno di loro fu affiancato nell'operazione di studio da valenti anatomisti: Leonardo fece le sue ricerche insieme a Marcantonio Della Torre, mentre il sodalizio tra Calcar e Andrea Vesalio produsse raffinate e precise tavole anatomiche. Michelangelo

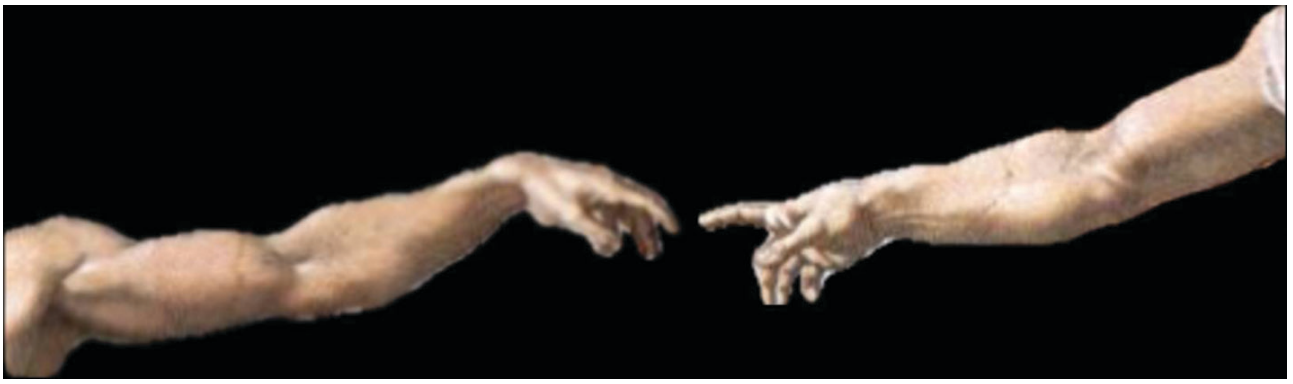

Fig. 4 - Il "tocco" o la "separazione"?

si consultò spesso con Realdo Colombo, insegnante di anatomia alla Facoltà di Padova, con cui era in stretto rapporto di amicizia e di lavoro. D'altra parte come ci ricorda il Vasari, Michelangelo aveva praticato molto spesso dissezioni di cadaveri, sia nel periodo fiorentino, sia in quello romano, e tale profondo interesse non aveva soltanto finalità artistiche, ma un preciso progetto conoscitivo.

Quindi, Michelangelo conosceva bene l'anatomia umana e le origini della vita ed i particolari della nascita. Conosceva i disegni anatomici di Leonardo e sicuramente conosceva l'anatomia della placenta. Ed infatti noi vediamo il lato materno di una placenta esattamente come se fosse stata posta su un tavolo per poterla riprodurre e trarne ispirazione, ed è come se la vedessimo attraverso l'utero aperto. L'utero che dette vita al primo uomo: Adamo.

Michelangelo e il neoplatonismo

Nell'ottica neoplatonica viene evidenziato in questo modo il legame che unisce il Divino all'umano una creazione che è una nascita e che è insieme anche l'esito di un abbandono, come se la perdita Edenica fosse il distacco di una nascita che è acquisizione di autonomia e libertà ma anche assunzione di responsabilità. All'interno della visione del Buonarroti, dei suoi dubbi, delle sue angosce, il platonismo non può assumere una connotazione totalmente positiva e ottimistica: anche se lo spirito di Dio alberga nell'uomo, l'uomo è comunque abbandonato sulla terra: quelle dita che sembrano cercarsi, in realtà, proprio perché non si toccano e non si congiungono, evidenziano un distacco, la risoluzione di una stretta e quindi la perdita di un legame.

All'interno di questa interpretazione si riesce a giustificare lo sguardo malinconico e nostalgico di Adamo perché non viene messa in scena il passaggio dello Spirito vitale quanto piuttosto la consegna di una responsabilità, di un destino di libertà, se non addirittura di un'infelicità post-edenica.

Tutta l'energia, la potenza non è concentrata sulla figura di Adamo, ma sullo spazio dominato dal Divino e dal coro degli angeli. La stessa figura femminile che si intravede racchiusa nell'angolo protettore del braccio di Dio ribadisce ancora una volta il concetto di nascita e sottolinea la centralità dell'amore come forza principe dell'universo ideologico neoplatonico.

Se vogliamo individuare un'unica matrice ideologica alle operazioni artistiche del Rinascimento, ciascuna delle quali risulta unica ed irrepetibile nella propria complessità, ma ugualmente intrecciata al destino delle altre, questa non può essere rintracciata al di fuori del neoplatonismo. Nessuno dei grandi, da Leonardo a Botticelli sfugge alle sue suggestioni e ai suoi percorsi tematici.

Se è vero che il grande mediatore fra il platonismo antico e il pensiero rinascimentale fu il "divino" Cusano, bisogna sottolineare che dei due aspetti della sua ricerca, quello mistico-religioso e quello scientifico, fu soprattutto il primo ad attirare l'attenzione dei filosofi e degli artisti. Marsilio Ficino che lo ha seguito su questa strada ed ha cercato di dare a questo materiale veste di sistema, tenta soprattutto di rinnovare la saldatura fra ricerca filosofica e pensiero religioso, all'interno di una teoria, che per la prima volta, vede l'uomo in posizione centrale.

Non esistono più piani antitetici dell'essere, ma tutta la realtà è concepita in modo unitario, articolata e distinta in cinque gradi o ipostasi: il corpo, la qualità, l'anima, la dimensione angelica e Dio. L'anima, la voce che esprime l'uomo e la sua problematica, è essenza mediana del reale, freccia della creazione, "copula del mondo" immortale ed infinita. La mediazione esercitata dall'uomo attraverso l'anima, deriva dall'amore, forza che attira a sé ed armonizza le diverse dimensioni dell'essere. Ed è attraverso l'amore, che i gradi più bassi del reale, tendono ad elevarsi a Dio, uscendo dal disordine, dal caos, dall'imperfezione, ed è lo stesso amore che orienta l'azione divina nei confronti del mondo, nella cura e nell'ordine che essa imprime in tutti i gradi della realtà.

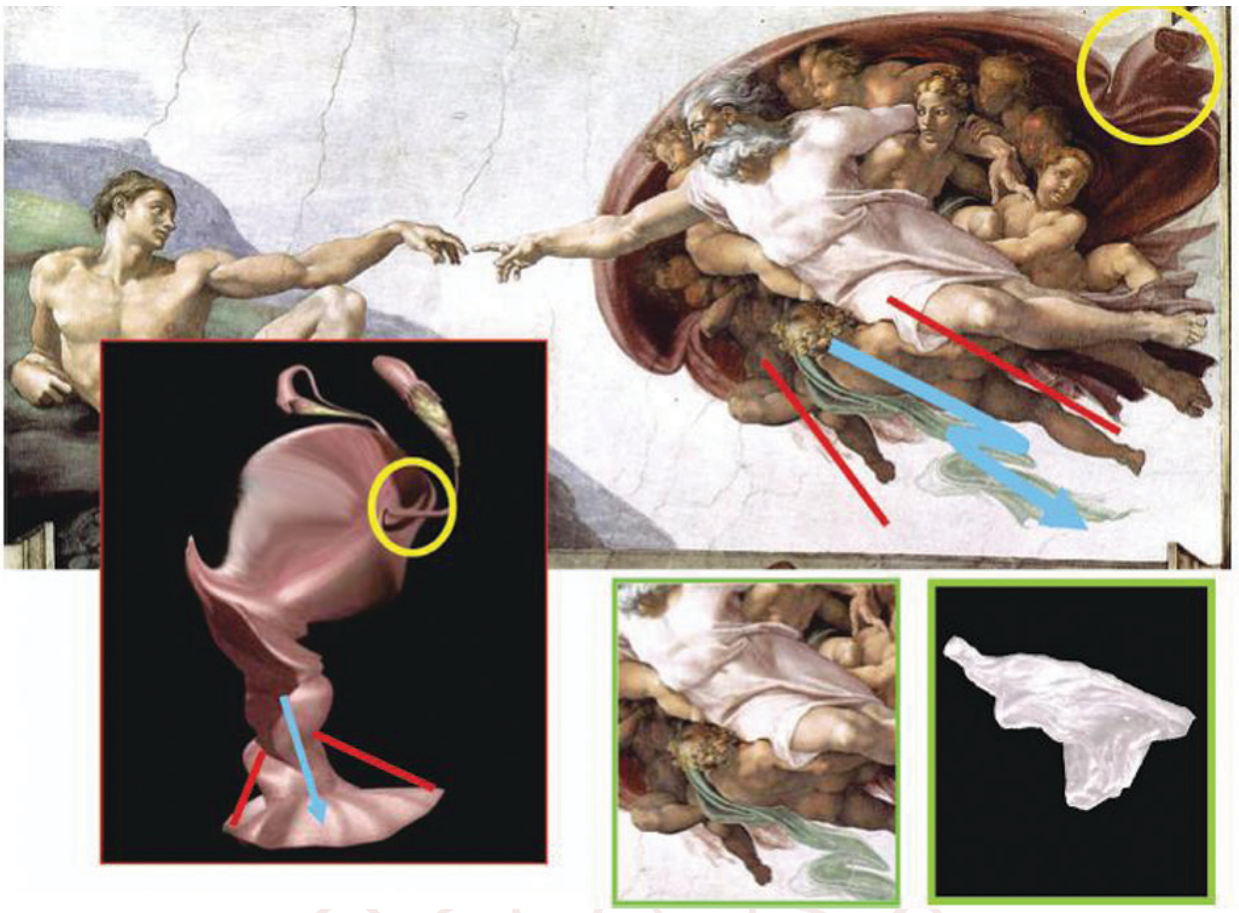

Fig. 5 - Il flusso di liquido amniotico. In basso, sulla destra un preparato anatomico di membrane amniotiche; nel cerchio, il legamento rotondo e la tuba.

La potenza formatrice dell'amore e il ruolo di mediazione svolto dall'anima, pongono l'uomo al centro della speculazione filosofica e della ricerca artistica che ad essa si ispira. Si tratta di una concezione filosofica che in una visione ottimistica della realtà, recupera il mondo, la carne, la materia, ed anche l'azione possibile dell'uomo sulla terra, dando senso infine ad una prassi politica che esalta l'imprenditorialità, l'intelligenza attiva ed costruttiva, l'economia di mercato. Le stesse tematiche, poi, sottoposte al vaglio, al contrario, di una percezione critica, se non pessimistica, danno all'uomo una forte responsabilità, un ruolo chiave, estremamente drammatico perché legato agli esiti di una libera volontà che può orientarsi verso il divino o verso gli elementi ad esso antitetici ed ostili.

Conclusione

In quest'opera, Michelangelo riprende tutti i temi del neoplatonismo e non a caso li pone proprio nella creazione, lasciandoci con un'ultima inquietante suggestione: nei tratti del viso di Dio si può riconoscere un Leonardo vecchio, molto simile all'immagine in cui Platone ne aveva le sembianze, completandosi, in questa simbologia, i due grandi antesignani ispiratori, filosofico e pittorico, della sua opera.

Bibliografia

1) Tranquilli AL, Giannubilo SR, Landi B, Corradetti A. La placenta e la patologia ostetrica. In: Preeclampsia update. AL Tranquilli, SR Giannubilo Eds. CIC edizioni Internazionali Roma 2006: 3-7
2) "Intrusioni" nel mondo dell'arte e della cultura http://www.ankonmagazine.it/ contesti/Ankonmagazine/2006/03/7168_Intrusioni.html
3) Tranquilli AL, Luccarini A, Emanuelli M. The Creation of Adam and God-placenta. J. Mat. Fet. Neonat. Med. 2007; 20: 83–87
4) Meshberger FL. An Interpretation of Michelangelo's `Creation of Adam' Based on Neuroanatomy. JAMA1990; 264:1837-1841
5) De Juana CA. Brazilian doctors uncover 'Michelangelo code' Boston Globe June 16, 2005

Piano degli Studi A.A. 2013/14 e Propedeuticità

a cura di Loretta Gambini e Francesca Campolucci

Piano degli Studi A.A. 2013/14

Dove e quando?

La procedura per la compilazione del piano degli studi è attiva accedendo alla propria "Area Riservata". Il piano degli studi dovrà essere presentato improrogabilmente

- dall' 8 al 24 gennaio 2014 per i corsi di laurea delle Professioni sanitarie
- dal 15 al 31 gennaio 2014 per i corsi di laurea magistrale di Medicina e Odontoiatria e per i corsi di laurea magistrale delle Professioni sanitarie

Prima di presentare il piano degli studi

Lo studente per poter presentare il piano degli studi deve essere in regola con l'iscrizione per il corrente anno accademico 2013/2014:
- avendo pagato la prima rata delle tasse;
- avendo ottenuto tutte le attestazioni di frequenza all'anno precedente;
- avendo superato tutti gli esami/tirocini che determinano sbarramenti all'iscrizione, improrogabilmente entro la sessione d'esame di settembre.

Come compilare il piano degli studi

Una volta entrato nella procedura lo studente avrà le necessarie informazioni per la compilazione.
Si ricorda che il piano degli studi per tutti i corsi di laurea e laurea magistrale della Facoltà di Medicina e Chirurgia è rigido, ovvero i corsi integrati sono assegnati a ciascuno studente all'atto dell'immatricolazione per tutta la durata del corso di studio e non sono modificabili.

Le uniche attività a scelta dello studente per le quali si richiede la compilazione del piano sono le Attività Didattiche Elettive (Corsi monografici-Forum-Internati).

L'elenco delle Attività Didattiche Elettive è presentato nelle pagine 38-43.

Quali sono le regole per la presentazione del piano degli studi?

Lo studente è tenuto alla compilazione annuale del piano.
Il piano una volta presentato vincola lo studente alla frequenza delle sole attività scelte (non è consentito allo studente frequentare attività non previste nel proprio piano di studio) e non è modificabile per tutto il corso dell'anno.
Le modifiche potranno essere presentate con la compilazione del piano l'anno successivo.
Possono presentare il piano di studio mediante modalità on-line gli studenti iscritti in corso ovvero ripetenti.
Non è consentita la presentazione del piano di studio agli studenti fuori corso (in quanto la condizione di fuori corso comporta la sola necessità di sostenere gli esami di profitto, avendo ottenuto tutte le attestazioni di frequenza).

Quali sono le regole per la scelta dei Corsi monografici/Forum?

Lo studente sceglie il numero minimo di Corsi monografici/forum previsto dal proprio piano di studi. Tale numero può aumentare soltanto per il recupero di eventuali debiti di anni precedenti dovuti a modifiche delle proprie scelte, frequenza non effettuata ovvero assenza di scelte, fino ad un massimo di corsi monografici/forum pari al debito derivante dagli anni precedenti.
Lo studente sceglie le attività didattiche del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti (non è consentita la scelta di attività di anni successivi al proprio anno di corso).
Non è consentito allo studente ottenere, per corsi monografici/forum, un numero di crediti superiore a quello previsto dall'Ordinamento per ciascun anno di corso.
Qualora lo studente non frequenti l'attività scelta ovvero la frequenti ma non sostenga la verifica, l'anno successi-

vo potrà frequentare o sostenere la verifica se il corso risulterà attivato ovvero provvedere alla sua sostituzione con la presentazione del nuovo piano di studio.

Quali sono le regole per la scelta degli Internati?

Lo studente è tenuto a scegliere l'attività di internato del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti (non è consentita la scelta di attività di anni successivi al proprio anno di corso).
Non è consentito allo studente svolgere internati in più rispetto a quelli previsti dall'Ordinamento ottenendo crediti in sovrannumero per tali attività e non possono essere svolti più di due internati nello stesso anno.
L'accesso all'attività di internato per la struttura prescelta è vincolata al numero di posti previsti dalla struttura. Lo studente accede alla struttura secondo un criterio temporale di iscrizione.

Attenzione! Prima di procedere alla scelta dell'internato leggere bene l'Elenco delle Strutture e relativi posti disponibili per il corrente anno accademico 2013/2014 sul sito univpm.it alla pagina di Segreteria studenti medicina- presentazione piani studio.

Propedeuticità

La propedeuticità indica la successione logica, temporale degli insegnamenti ed esprime vincolo nell'affrontarne alcuni prima di aver superato la verifica di altri. Il Consiglio di Facoltà di Medicina nell'approvare ogni anno i piani di studio determina le propedeuticità in vigore per ciascuna Corso di laurea.

Le propedeuticità stabilite dal Consiglio di Facoltà per il corrente Anno Accademico sono presentate nelle pagine 11-13.

CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Nuovo ordinamento. Immatricolati dall'a.a. 2009/2010

Non si può sostenere	Se non si è superato
Biochimica	Fisica Applicata Chimica Medica
Fisiologia Umana Patologia Generale Farmacologia Microbiologia Clinica	Anatomia Umana Istologia Biochimica
Scienze Mediche Anatomia ed Istologia Patologica Malattie Infettive Patologia Speciale Odontostomat.	Fisiologia Umana Patologia Generale Farmacologia Microbiologia Clinica
Discipline chirurgiche del distretto cefalico Parodontologia Ortodonzia Odontoiatria Restaurativa Chirurgia Orale Protesi Dentaria Pedodonzia Clinica Odontostomatologica	Anestesiologia Chirurgia Generale

CdLS in Medicina e Chirurgia

Vecchio ordinamento. Immatricolati fino all'a.a. 2008/2009

Non si può sostenere	Se non si è superato
Anatomia	Istologia
Biochimica	Fisica medica Chimica e Propedeutica Biochimica
Fisiologia	Anatomia Biochimica
Patologia e Fisiopatologia Generale	Fisiologia
Patologia sistematica I Patologia sistematica II Patologia sistematica III Chirurgia generale e Gastroenterologia Medicina interna e geriatria Anatomia patologica Pediatria Ginecologia e ostetricia Clinica medica Clinica chirurgica	Patologia e Fisiopatologia Generale

CdLS in Medicina e Chirurgia

Nuovo ordinamento. Immatricolati dall'a.a. 2009/2010

Non si può sostenere	Se non si è superato
Anatomia	Istologia
Biochimica	Fisica medica Chimica e Propedeutica Biochimica
Fisiologia	Anatomia Biochimica
Patologia Generale	Fisiologia
Igiene Semeiotica e Metodologia Clinica e Statistica Patologia Medica e Chirurgica Medicina interna e chirurgia generale Farmacologia Clinica Odonto/Otorino/Oftalmo Clinica Dermatologica e Chirurgia Plastica Psichiatria Clinica Apparato Locomotore Anatomia Patologica Clinica Ematologica e Immunologica Clinica Urologica e Nefrologica Diagnostica per Immagini Clinica Gastroenterologica ed Endocrinologica Clinica Cardio Vascolare e Polmonare Clinica Neurologica, Neurochirurgica e Riabilitativa Malattie Infettive e Pneumologia Pediatria e Chirurgia Pediatrica Ostetricia e Ginecologia Emergenze Clinica Medica Clinica Chirurgica Medicina Legale, del Lavoro e Organizzazione Sanitaria Oncologia Clinica	Patologia Generale
Medicina Interna e Chirurgia Generale	Patologia Medica e Chirurgia Generale
Anatomia Patologica	Medicina Interna e Chirurgia Generale
Malattie Infettive e Pneumologia	Microbiologia
Clinica Medica	Medicina di Laboratorio Farmacologia Anatomia Patologica
Clinica Chirurgica	Farmacologia Anatomia Patologica

CdL in Infermieristica

Vecchio ordinamento. Immatricolati fino all'a.a. 2010/2011

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia	Morfologia umana
Patologia	Fisiologia
Medicina Interna Generale e Farmacologia Medicina Interna Specialistica Chirurgia Generale e Specialistica	Patologia

CdL in Infermieristica

Nuovo ordinamento. Immatricolati dall'a.a. 2012/2013

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia Patologia e microbiologia clinica	Morfologia umana
Medicina Interna, Malattie Infettive e Farmacologia e Radioprotezione Chirurgia Generale e Specialistica Medicina Interna Specialistica Anestesia, Rianimazione e Emergenze Mediche	Patologia e microbiologia clinica
Tirocinio 1° anno	Laboratori 1° anno
Tirocinio 2° anno	Infermieristica generale e teorie del nursing Infermieristica clinica
Tirocinio 3° anno	Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale, Geriatrica e Chirurgica Patologia e microbiologia clinica Fisiologia

CdL in Infermieristica

Nuovo ordinamentoImmatricolati dall'a.a. 2013/2014

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia Patologia e microbiologia clinica	Anatomia umana
Medicina Interna, Malattie Infettive e Farmacologia e Radioprotezione Chirurgia Generale e Specialistica Medicina Interna Specialistica Anestesia, Rianimazione e Emergenze Mediche	Patologia e microbiologia clinica
Tirocinio 1° anno	Laboratori 1° anno
Tirocinio 2° anno	Infermieristica generale e teorie del nursing Infermieristica clinica Laboratori 2° anno
Tirocinio 3° anno	Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale, Geriatrica e Chirurgica Patologia e microbiologia clinica Fisiologia Laboratori 3° anno

CdL in Ostetricia nuovo ordinamento

Studenti immatricolati fino all'a.a. 2012/2013

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia della riproduzione	Biochimica e biologia Morfologia ed istologia
Fisiologia ostetrica e gravidanza Puerperio neonato allattamento Patologia ostetrica Patologia ginecologica Diagnostica ostetrica	Fisiologia della riproduzione
Tirocinio 3° anno	Fisiologia ostetrica e gravidanza Puerperio neonato allattamento Patologia ostetrica Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche (III)

CdL in Ostetricia nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2013/2014

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia della riproduzione	Biochimica e biologia Morfologia ed istologia
Fisiologia ostetrica e gravidanza Puerperio neonato allattamento Patologia ostetrica Patologia ginecologica Diagnostica ostetrica	Fisiologia della riproduzione
Tirocinio pratico 3° anno	Fisiologia ostetrica e gravidanza Puerperio neonato allattamento Patologia ostetrica Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche (III)

CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico nuovo ordinamento

Studenti immatricolati fino all'a.a. 2012/2013

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia generale	Biologia generale e chimica biologica Anatomia e istologia
Patologia generale	Fisiologia generale Biochimica clinica
Anatomia patologica	Patologia generale

CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2013/2014

Non si può sostenere	Se non si è superato
Fisiologia	Biologia generale e chimica biologica Anatomia e istologia
Patologia generale	Fisiologia Biochimica clinica
Anatomia patologica	Patologia generale

CdL in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro nuovo ordinamento

Studenti immatricolati fino all'a.a. 2012/2013

Non si può sostenere	Se non si è superato
Tirocinio pratico 1° anno	Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari
Scienze biomediche	Scienze propedeutiche
Tirocinio pratico 2° anno	Scienze della prevenzione applicata all'igiene degli alimenti
Scienze della prevenzione nell'ambiente	Impianti industriali

CdL in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2013/2014

Non si può sostenere	Se non si è superato
Tirocinio pratico 1° anno	Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari Laboratori 1° anno
Scienze biomediche	Scienze propedeutiche
Tirocinio pratico 2° anno	Scienze della prevenzione applicata all'igiene degli alimenti Laboratori 2° anno
Scienze della prevenzione nell'ambiente	Impianti industriali

CdL in Fisioterapia nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2011/2012

Non si può sostenere	Se non si è superato
Scienze del movimento Scienze biomediche 2	Scienze biomediche 1
Gli esami del 2° e 3° anno	Scienze biomediche 1 Scienze biomediche 2 Scienze del movimento

CdL in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2011/2012

Non si può sostenere	Se non si è superato
Tirocinio pratico 1° anno	Scienze anatomo-fisiologiche
Tirocinio pratico 2° anno	Diagnostica per immagini in tomografia computerizzata TC Diagnostica per immagini in Risonanza Magnetica (RM)

CdL Educazione Professionale nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2011/2012

Non si può sostenere	Se non si è superato
Tirocinio pratico 1° anno	Metodologie dell'educazione professionale
Tirocinio pratico 2° anno	Metodologie educazione professionale 2

CdL in Igiene Dentale nuovo ordinamento

Studenti immatricolati fino all'a.a. 2012/2013

Non si può sostenere	Se non si è superato
Scienze dell'igiene dentale (1° anno) Scienze mediche	Scienze morfologiche umane e fisiologia

CdL in Igiene Dentale nuovo ordinamento

Studenti immatricolati dall'a.a. 2013/2014

Non si può sostenere	Se non si è superato
Scienze dell'igiene dentale (1° a.) Patologia	Scienze morfologiche umane e fisiologia
Tirocinio pratico 1° anno	Laboratori 1° anno
Tirocinio pratico 2° anno	Laboratori 2° anno

A. SANTARELLI[1], F. CIARPELLA[1], E. CERONI[1], M. GREGORINI[1], M. IUSTINI[1], S. MARCELLI[2]

Lean thinking in sanità: dalle unità operative alla complessità assistenziale

Premessa

In un presente in cui sentiamo spesso parlare di *spending review,* tagli alla Sanità e riduzione del budget, le Aziende Sanitarie si trovano a vivere un periodo di profonda difficoltà.

Devono tener conto delle sempre crescenti tecnologie, sia dal punto di vista farmacologico che diagnostico terapeutico, dell'aumento della domanda sanitaria dovuto soprattutto all'invecchiamento della popolazione e dell'aumento del peso riconosciuto alla qualità delle prestazioni: oggi più che mai i cittadini sono informati e pretendono qualità dai servizi sanitari.

C'è dunque la necessità di rivalutare l'offerta sia dal punto di vista territoriale che ospedaliero. È così che prende attenzione il Lean Thinking come un sistema che consente alle aziende di raggiungere e mantenere la flessibilità e la competitività tale da garantire la loro sopravvivenza ed espansione sul mercato.

Il *Lean Thinking*

Il *Lean Thinking,* ovvero "Pensiero snello", nasce in Giappone negli anni Cinquanta all'interno della Toyota; fu ideato da Taiichi Ohno, un ingegnere nonché Dirigente Aziendale della casa automobilistica, che mise in atto una vera e propria guerra contro gli sprechi, definiti "Muda" in Giapponese: una parola che, in una cultura opulenta come quella che c'è stata fino a qualche decennio fa in Giappone, suona come un grido d'allarme. Ovunque ci fosse spreco questo va obbligatoriamente eliminato[1].

Gli sprechi in Sanità

Gli sprechi vengono definiti in sette categorie identificabili anche nel mondo sanitario:

- *Prodotti difettosi:* un errore in medicina è causa di un'azione o di un'omissione nel processo assistenziale e si riversa inevitabilmente sulla persona. Il prezzo da pagare è ingente, sia per l'organizzazione che spesso si trova a ripetere l'iter diagnostico terapeutico, sia per l'azienda in termini di contenziosi e di immagine negativa, e soprattutto per il cittadino che subisce il danno talvolta irreversibile.
- *Sovrapproduzione:* fare di più di quello che realmente serve. È un *Muda* che si verifica ogni volta che l'offerta non segue la domanda, ad esempio gli esami peri-operatori richiesti in eccesso o il sovradimensionamento dei set chirurgici per paura di eventi quanto mai realizzabili o perché "si è sempre fatto così".
- *Tempo:* le attese riempiono il mondo sanitario; pensiamo ad esempio ad un ritardo nella consegna di un'apparecchiatura in cui gli operatori aspettano senza svolgere alcuna attività produttiva e le liste di attesa si gonfiano inesorabilmente.
- *Trasporti:* tutti gli spostamenti che gli operatori compiono tra un servizio o un reparto e l'altro, sia per il trasporto di materiali sia di pazienti, assorbono una gran quantità di tempo; questo è uno dei maggiori sprechi in sanità, troppo spesso non preso in considerazione perché dato per scontato.
- *Perdite di processo:* è il "Muda" che riempie il nostro lavoro quotidiano. Pensiamo a tutte quelle attività di assistenza indiretta: attività definite burocratiche, ma nel nostro sistema indispensabili, come trascrivere più volte dati anagrafici su diverse cartelle, richieste ed etichette[2].
- *Scorte:* tutto ciò che rimane fermo in attesa di essere utilizzato; non è facile per un'Azienda Sanitaria programmare l'utilizzo di tutti i presidi o farmaci, ma con un'attenta organizzazione e pianificazione si potrebbe ridurre di molto gli sprechi, evitando di buttare materiale scaduto.
- *Movimenti:* pensiamo a tutti i movimenti che infermieri o operatori socio sanitari compiono all'interno di un reparto; entrano ed escono moltissime volte dalle stesse stanze e perdono tempo a reperire materiali in magazzino, in infermeria, in ambulatorio (Fig.1). Questo succede perché i percorsi all'interno delle strutture ospedaliere sono mal disegnati e i materiali di maggiore utilizzo non vengono posti "a portata di mano".

Creare Valore

Il primo grande insegnamento del Lean Thinking è, dunque, imparare a vedere gli sprechi per andare a realizzare quello che è il "Pensiero Snello" fondamentale: creare Valore[3].

Il valore è la capacità di un determinato prodotto o servizio di soddisfare, attraverso le sue caratteristiche, le esigenze del cliente finale, che per noi non è altro che il paziente.

Quindi è fondamentale chiedersi sempre: di cosa ha realmente bisogno il paziente? Cosa si aspetta da noi? Qual è il servizio che soddisfa a pieno le sue esigenze[4]?

Per fare ciò le Aziende Sanitarie devono capire che non va più messa in primo piano l'organizzazione e la sua "efficienza", ma sarà il paziente ad essere messo al centro, tenendo conto del suo confort, e condotto attraverso il sistema secondo un flusso. Ogni fase del lavoro che viene svolto nei diversi servizi deve essere allineata, in modo che il paziente attraversi il percorso dall'inizio alla fine, con interruzioni minime e con un'offerta di competenze, conoscenze, materiali ed informazioni corrispondenti esattamente alla domanda.

L'ospedale per intensità di cura

La prima grande novità della "Sanità Snella" è l'ospedale pensato ed organizzato per intensità assistenziale: non è solo una novità logistica-organizzativa, consistente nella

Corso di Laurea in Infermieristica, Poli di Fermo[1] e di Macerata[2]
Università Politecnica delle Marche

presenza di aree meno delimitate rispetto alle vecchie divisioni e alle attuali strutture complesse, ma è soprattutto un rapporto assistenziale competente che dipende dal numero di pazienti assistiti da ciascuna unità infermieristica, senza barriere verso le altre strutture dell'azienda, con pazienti che passano (flusso) da un livello assistenziale, nel giro di giorni, a diverso livello assistenziale, in base all'intensità clinicamente richiesta[5].

1) Area rossa: medio/alta complessità clinico-assistenziale. Competenza infermieristica prevalentemente tecnico-scientifica e collaborativa.
2) Area blu: media complessità clinico-assistenziale, ampia casistica medico-chirurgica, alta variabilità dei bisogni. Competenza infermieristica autonoma, tecnico-scientifica ed educativa.
3) Area verde: bassa complessità clinico-assistenziale. Competenza infermieristica di pianificazione e supervisione.

L'ospedale ad intensità di cura può avvalersi del concetto di flusso dei pazienti in arrivo, ma deve essere sostenuto dal concetto di movimento interno, con riconversione dell'offerta secondo i criteri di intensità assistenziale; soprattutto si avvarrà del concetto di efflusso dall'interno dell'ospedale verso strutture esterne o reparti intermedi per lungo degenti.

Non c'è più una suddivisione per etichetta specialistica ma tutte le attività sono in "Linee di attività" e cioè famiglie di processi organizzativi affini con percorsi di cura paragonabili per intensità assistenziale, traversali a più dipartimenti. In questa ottica l'ospedale non sarà più, dunque, il luogo dove, secondo la patologia, il paziente sarà inserito, ma diventerà ingranaggio di una rete che si svilupperà nel territorio[6].

L'infermiere vicino. La cellula come unità di lavoro

Creare Valore per il paziente significa avere l'infermiere vicino: pensiamo a quanto è importante per una persona malata avere l'infermiere al suo fianco, che gli presti ascolto, che gli dia conforto e che abbia più tempo per monitorizzare segni e sintomi di eventuali complicanze.

Per garantire questo, il lavoro deve essere organizzato per cellula: la cellula (Fig. 2) è un'unità di lavoro ben definita e delimitata in cui all'interno ci sono tutte le risorse necessarie per assicurare la rapidità del processo.

Nella cellula si svolge tutta quell'attività di assistenza diretta: gli infermieri non vengono più suddivisi per compiti, ma ciascun infermiere avrà il suo numero di pazienti (variabile a secondo della complessità) da assistere.

Fondamentale è la revisione del *Lay-out,* ovvero dell'ambiente di lavoro: il concetto chiave da tenere sempre in mente è che per migliorare la qualità del lavoro è necessario predisporre un ambiente adeguato.

All'interno di ciascuna stanza di degenza dovrebbe essere posto un armadio (Fig. 3) con tutto il materiale di uso più frequente necessario per l'assistenza diretta così che gli operatori possano evitare movimenti inutili e guadagnare molto tempo da dedicare al paziente.

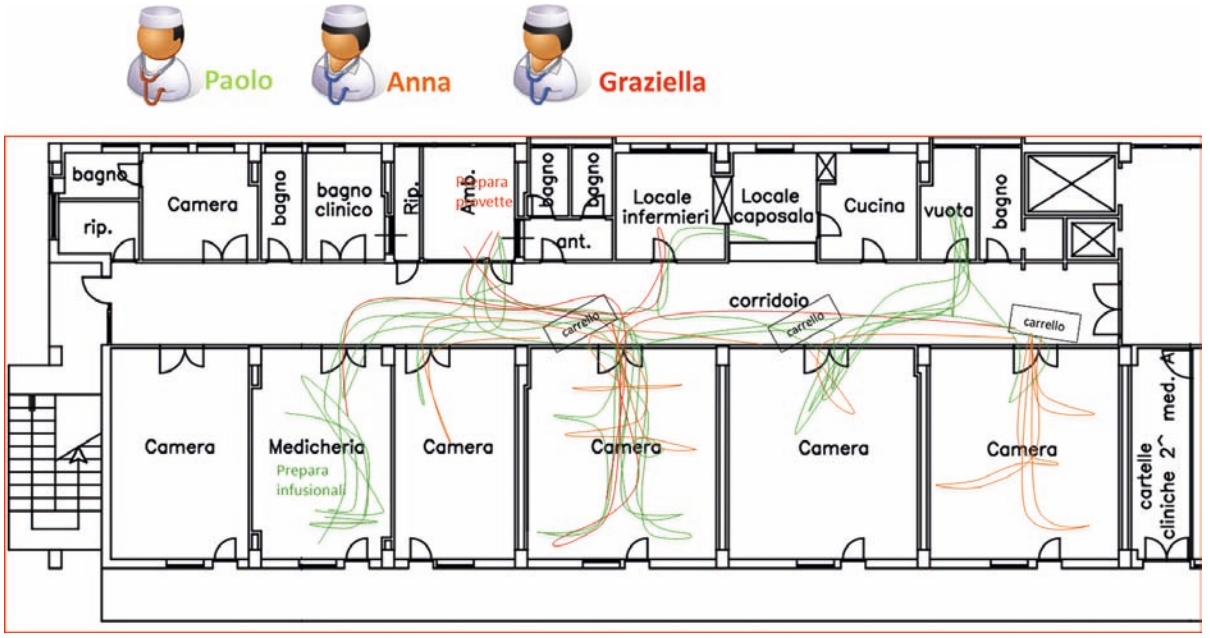

Fig. 1 - "Spaghetti Chart". In questo elaborato dell'ISSS (Innovazione e Sviluppo Servizi Sanitari Azienda n. 10 di Firenze), sono registrati tutti i movimenti compiuti da tre infermieri all'interno del proprio reparto durante un turno: se si facesse la somma degli spostamenti compiuti, un solo infermiere trascorrerebbe l'intero tempo lavoro in movimento, senza nulla produrre.

Fig. 2 - La cellula come unità di lavoro presso l'Ospedale S.Maria Nuova dell'Azienda n. 10 di Firenze.

Fig. 3 - "Tutto a portata di mano"
(Ospedale S. Maria Nuova dell'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze).

Fig. 4 - Reception di Linea (Ospedale S. Maria Annunziata, Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze).

E' importante, inoltre, istituire una Reception di Linea (Fig. 4), ovvero degli "Open Space" posti all'ingresso di ciascun reparto, in cui un infermiere, magari temporaneamente o definitivamente impossibilitato a svolgere attività di assistenza diretta, è chiamato a svolgere attività indiretta, per esempio dedicandosi alle telefonate in arrivo o in uscita, a fornire informazioni ai parenti, a tutte quelle attività che assorbono molto tempo distogliendo l'attenzione dal paziente e aumentando notevolmente il rischio di errori, specialmente durante la somministrazione della terapia.

Conclusioni

Alla domanda "cos'è il Lean Thinking" potremmo rispondere che è quel modo di pensare che porta ad avere come unico obiettivo quello di ridurre i tempi di tutto, perché se si riducono i tempi si riducono gli sprechi intorno a noi. Pensare snello è un atteggiamento che porta dritto al cuore delle cose, un atteggiamento che porta a rispondere prontamente ad una domanda fondamentale: qual è il vero cliente per ciò che sto facendo? Qual è il servizio che si aspetta? Cosa è davvero importante per lui? E ricordiamoci sempre che potremmo essere proprio noi i primi clienti di noi stessi[7].

Un'assistenza sanitaria di qualità è diritto di ogni cittadino ed è diventata una priorità, specialmente in questo momento storico che rileva una situazione di risorse quanto mai limitate e di restrizioni economiche globali. Non bisogna mai dimenticare, però, che non si stanno producendo automobili. Nella nostra Professione ci troviamo ogni giorno di fronte a persone che soffrono e stanno male. Sono importanti le risorse economiche, ma altrettanto lo sono le risorse umane; un sorriso o una gentilezza incidono notevolmente sulla qualità percepita dal paziente.

Il coinvolgimento del team assistenziale è fondamentale per cogliere l'opportunità fornita da questo modello, per dimostrare di essere pronti a contribuire con forza e creatività alla trasformazione obbligata del Sistema Sanitario Italiano, tenendo conto che "le risorse umane sono qualcosa al di sopra di ogni misurazione. Le capacità di queste risorse possono estendersi illimitatamente quando ogni persona comincia a pensare" (Taiichi Ohno).

Bibliografia

1) Womack J.P., Jones D.T., (1997); *"Lean Thinking. Come creare valore e bandire gli sprechi"*, Guerrini e Associati, Milano.
2) Galgano A., Galgano C., (2006); *"Il Sistema Toyota per la Sanità. Più qualità meno sprechi"*, Guerrini e Associati, Milano.
3) Bonfiglioli R., (2004); *"Pensare snello. Lean Thinking alla maniera italiana"*, Ed. Franco Angeli, Milano.
4) Attolico L., (2012); *"Innovazione Lean. Strategie per valorizzare persone, prodotti e processi"*, Editore Hoepli, Milano.
5) Nicosia F., (2008); *"L'Ospedale Snello. Per una Sanità a flusso controllato e intensità di cure"*, Ed. Franco Angeli, Milano.
6) Cacciari B., (2012); "Organizzazione, formazione e ricerca nella rimodellizzazione per complessità assistenziale di un ospedale di rete", Bologna.
7) Attolico L., (Set22nd, 2010); Marketing J, categoria B, Editoriale.

MARA FABRI
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica
Università Politecnica delle Marche

Il pensiero di Maria Montessori alla luce delle neuroscienze moderne

Maria Montessori, nata a Chiaravalle (Ancona) il 31 agosto 1870, è stata una delle prime donne italiane a conseguire una laurea in Medicina, che ottenne presso l'Università di Roma La Sapienza nel 1896. In seguito ad osservazioni sui bambini da lei definiti "subnormali", mise a punto un metodo educativo che le fruttò notevoli risultati, tanto da indurla a sperimentare lo stesso metodo su bambini "normali" cioè senza problemi caratteriali e/o cognitivi. Il principio fondamentale su cui si basava il metodo montessoriano era la libertà dell'allievo, che sola favorisce la creatività del bambino già presente nella sua natura. Dalla libertà emergerà poi la disciplina. Questa deriva dal lavoro libero, e nasce solo quando nel bambino emerge l'interesse autentico, ossia quando egli sceglie il lavoro assecondando il proprio istinto. Secondo Maria Montessori è proprio il movimento a giocare un ruolo centrale, poiché la personalità si forma con il crescere all'unisono di facoltà psichiche e facoltà motorie. È quando il bambino impara a muoversi seguendo uno scopo che sia connesso con l'attività psichica che saprà dirigere la propria volontà; solo allora sarà disciplinato (Montessori, 2008).

Il metodo Montessori divenne famoso ed adottato in tutto il mondo. Nell'elaborare la sua pedagogia Maria Montessori si era basata su concetti che aveva intuito anticipando il futuro sviluppo delle neuroscienze. In questa sede saranno illustrate brevemente alcune fondamentali scoperte delle neuroscienze a partire dalla seconda metà del secolo scorso (1900) che hanno conferito un sostegno scientifico al metodo Montessori, confermando la genialità delle sue intuizioni le cui più significative sono elencate di seguito.

1) *Esistenza di un periodo critico*
durante lo sviluppo psico-biologico
2) *Effetto dell'ambiente stimolante*
sia per lo sviluppo che per l'apprendimento (motivazione)
3) *Importanza della stimolazione sensoriale affettiva*
4) *Importanza del movimento*
5) *Mano = Organo del cervello*
importanza del lavoro manuale
6) *Strutture del linguaggio*
permettono l'apprendimento di un linguaggio, determinato dall'ambiente

Da un Forum tenuto in Facoltà il 15 maggio 2013.

Dedico questo scritto alla memoria del Prof. Tullio Manzoni, a due anni dalla sua scomparsa.

1 - Esistenza di un periodo critico

Maria Montessori definisce il bambino come un embrione spirituale nel quale lo sviluppo psichico si associa allo sviluppo biologico. Durante questa fase sono presenti dei periodi sensitivi, definiti nebule, cioè periodi specifici in cui si sviluppano particolari capacità, ed in cui il bambino è particolarmente interessato e recettivo a certi argomenti. Maria Montessori divide lo sviluppo umano in tre grandi periodi (Montessori, 1952, pagg. 18-19):

Da 0 a 6 anni (grandi trasformazioni, embrione spirituale ≈ periodo critico):
0-3 anni, non influenzabile da educazione
3-6 anni, influenzabile
cambiamento della dentatura
Da 6 a 12 anni (periodo tranquillo)
pubertà
Da 12 a 18 anni (grandi trasformazioni, come nel primo periodo):
12-15 anni
15-18 anni

Le neuroscienze hanno dimostrato che effettivamente nel primo periodo di vita degli esseri viventi il cervello è notevolmente plastico e può essere influenzato dall'ambiente. I primi studi sono stati fatti sul sistema visivo dei gatti da David Hubel e Torsten Wiesel, che per queste scoperte ricevettero il premio Nobel per la Medicina nel 1981.

Questi studi, eseguiti dapprima sui gatti e successivamente sulle scimmie, dimostrarono che una particolare proprietà dei neuroni corticali delle aree visive, cioè la capacità di rispondere alla stimolazione luminosa di uno o di entrambi gli occhi, si poteva sviluppare se le cellule ricevevano la stimolazione visiva in un preciso periodo durante lo sviluppo (Fig. 1; Hubel e Wiesel, 1962). Se ad un gattino viene suturato un occhio (deprivazione visiva monoculare) per pochi giorni durate il periodo critico (a circa 4 settimane di età) i neuroni corticali non sono più capaci di rispondere alla stimolazione dell'occhio che è stato chiuso (Fig. 1B; Wiesel e Hubel, 1963). Se una simile manipolazione avviene nell'adulto gli effetti sono scarsi, e consistono solo in una generale ed uniforme riduzione della sensibilità corticale alla stimolazione periferica (Fig. 1C; Hubel e Wiesel, 1970).

Gli istogrammi si riferiscono al numero di cellule che rientrano in una delle sette categorie di dominanza oculare, definite sulla base della frequenza dei potenziali d'azione evocati nei neuroni della corteccia visiva in risposta alla stimolazione dell'occhio ipsi- o contra laterale. In tut-

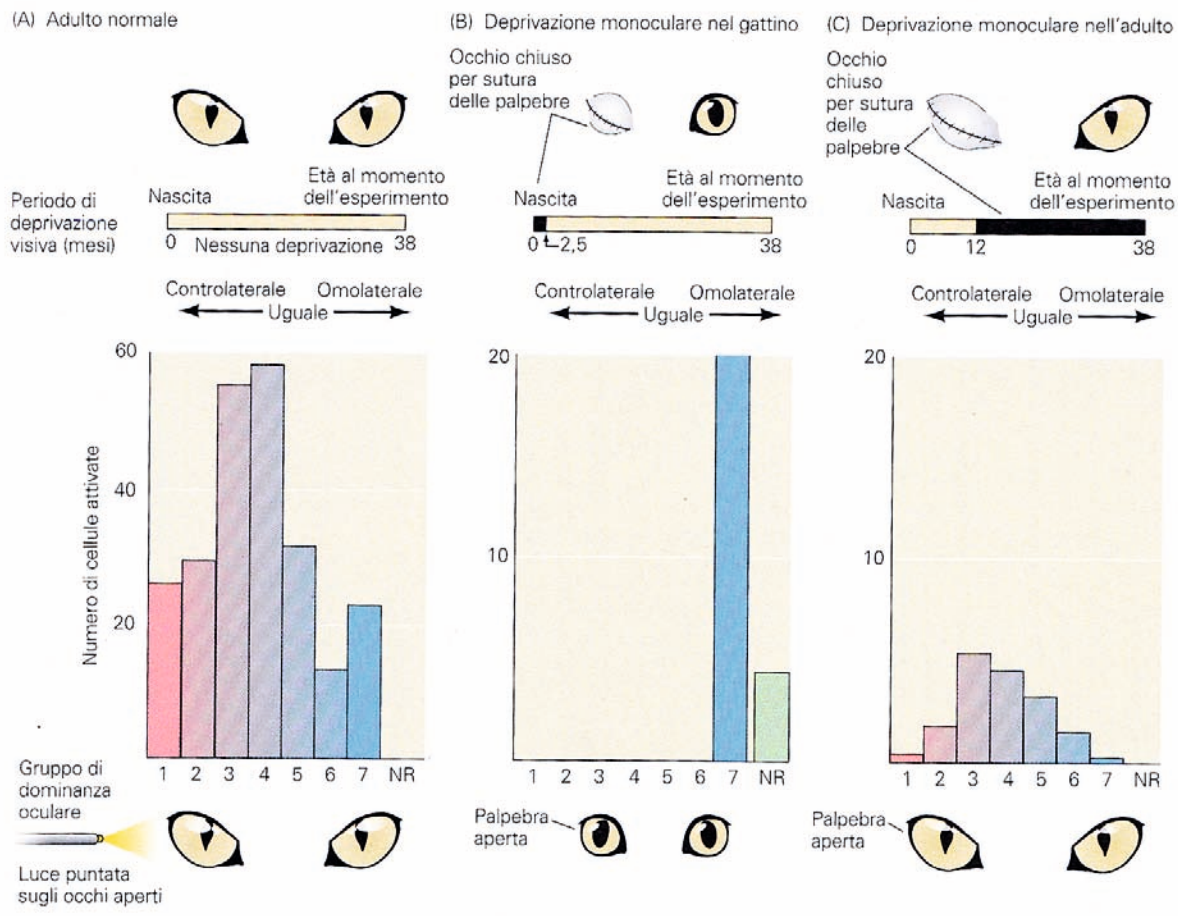

Fig. 1 - Effetto della chiusura di un solo occhio subito dopo la nascita sulla distribuzione dei neuroni corticali attivati dalla stimolazione dei due occhi.
Gli istogrammi si riferiscono al numero di cellule che rientrano in una delle sette categorie di dominanza oculare, definite sulla base della frequenza dei potenziali d'azione evocati nei neuroni della corteccia visiva in risposta alla stimolazione dell'occhio ipsi- o contra laterale. In tutti i casi le registrazioni dell'attività corticale evocata nella corteccia visiva dalla stimolazione luminosa di un occhio o dell'altro erano effettuate su animali di 38 mesi (adulti). A, distribuzione della dominanza oculare come risulta dalla registrazione dell'attività di neuroni della corteccia visiva di animali di controllo (da Hubel e Wiesel, 1962). B, registrazione dell'attività della corteccia visiva di animali in cui un occhio era stato chiuso per una settimana alla nascita e poi riaperto. L'occhio che era stato deprivato non riusciva ad evocare attività nei neuroni della corteccia visiva (da Wiesel e Hubel, 1963). C, attività dei neuroni corticali in animali in cui la deprivazione monoculare era stata eseguita in età adulta, per un periodo molto lungo. Rimane la capacità di rispondere alla stimolazione luminosa di entrambi gli occhi, anche se l'attività generale è ridotta (da Hubel e Wiesel, 1970).

ti i casi le registrazioni dell'attività corticale evocata nella corteccia visiva dalla stimolazione luminosa di un occhio o dell'altro erano effettuate su animali di 38 mesi (adulti). A, distribuzione della dominanza oculare come risulta dalla registrazione dell'attività di neuroni della corteccia visiva di animali di controllo (da Hubel e Wiesel, 1962). B, registrazione dell'attività della corteccia visiva di animali in cui un occhio era stato chiuso per una settimana alla nascita e poi riaperto. L'occhio che era stato deprivato non riusciva ad evocare attività nei neuroni della corteccia visiva (da Wiesel e Hubel, 1963). C, attività dei neuroni corticali in animali in cui la deprivazione monoculare era stata eseguita in età adulta, per un periodo molto lungo. Rimane la capacità di rispondere alla stimolazione luminosa di entrambi gli occhi, anche se l'attività generale è ridotta (da Hubel e Wiesel, 1970).

Successivamente è stato dimostrato che il periodo critico esiste in altri mammiferi, compreso l'uomo, e che

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Sistema	Specie[a]	Periodo critico (postnatale)[b]	Molecole con funzione regolatrice confermata[c]
Giunzione neuromuscolare	Topo	Prima del giorno 12	ACh
Cervelletto	Topo	Giorno 15-16	NMDA, mGluR1, G_q, PLCβ, PKCγ
Strati del nucleo genicolato laterale	Topo, furetto, gatto	Prima del giorno 10	ACh, cAMP, MAOA, NO, MHC1, CREB
Dominanza oculare	Gatto, ratto, topo, furetto	3 settimane-mesi	GABA, NMDA, PKA, ERK, CaMKII, CREB, BDNF, tPA, sintesi proteica, NE, ACh
Preferenza di orientamento	Gatto, topo	Prima del giorno 28	NR1, NR2A, PSD95
Mappa somatosensoriale	Topo, ratto	Prima del giorno 7-16	NR1, MAOA, $5HT_{1B}$, cAMP, mGluR5, PLCβ, FGF8
Mappa tonotopica (corticale)	Ratto	Giorni 16-50	ACh
Orecchio assoluto	Uomo	Prima dei 7 anni	Ignote
Gusto, olfatto	Topo	Assente	GABA, mGluR2, NO, neurogenesi
Imprinting	Pollo	14-42 ore	Catecolammine
Stress, ansia	Ratto, topo	Prima del giorno 21	Ormoni, $5HT_{1A}$
Sonno a onde lente	Gatto, topo	Giorni 40-60	NMDA
Localizzazione del suono	Barbagianni	Prima del giorno 200	GABA, NMDA
Canto degli uccelli	*Taenopygia guttata*	Prima del giorno 100	GABA, ormoni, neurogenesi
Linguaggio	Uomo	0-12 anni	Ignote

Tab. 1 - Periodo critico e molecole regolatrici in alcune strutture e funzioni nervose (da Hensch 2004).
[a]Principale specie modello utilizzata per la caratterizzazione dei meccanismi molecolari.
[b]Sebbene i dettagli varino da sistema a sistema e da specie a specie, tutti i periodi critici sono limitati a una data finestra temporale durante le fasi iniziali della vita postnatale (o dopo la schiusa) e si completano prima della maturazione sessuale.
[c]Tra le molecole di cui si conosce un ruolo di regolazione dei periodi critici vi sono neurotrasmettitori, i loro recettori e relative molecole di segnalazione.

coinvolge altri sistemi sensoriali, compreso il complesso sistema preposto all'acquisizione del linguaggio (Tab. 1).

L'idea che il periodo dell'adolescenza, identificato da Maria Montessori come quel periodo che va dai 12 ai 18 anni, fosse un momento di grandi trasformazioni, analogo al primo, è stata confermata di recente dagli studi di neuroscienze: il cervello in questi anni si riorganizza, soprattutto in termini di connessioni più che di crescita neuronale, fino a che al termine dell'adolescenza, verso i 18-20 anni, si arriva ad una struttura e quindi ad una funzione, tipica del'età adulta (Giorgio et al., 2008).

2. Effetto dell'ambiente stimolante

"Poiché deve acquistare il linguaggio dovrà vivere fra gente che parla, altrimenti non diverrebbe capace di parlare; se deve acquistare speciali funzioni psichiche dovrà vivere fra gente che abitualmente le esercitano" (Montessori, 1952, pagg. 106).

Un'altra importante intuizione della Montessori è che un ambiente stimolante è necessario per permettere un adeguato sviluppo cerebrale e per favorire l'apprendimento. Oggi questo è un concetto abbastanza acquisito, ma allora era del tutto innovativo. La conferma dalle neuroscienze è arrivata in particolare dagli studi di Lamberto Maffei e del suo gruppo, che hanno dimostrato che un ambiente esterno (fisico ed umano) ricco e variato induce modificazioni nel microambiente cerebrale in grado di ricreare anche nell'adulto le condizioni di plasticità tipiche dell'età giovanile, e di prolungare il periodo critico di plasticità nell'infanzia. Questi studi sono stati condotti nel ratto e poi confermati anche nell'uomo. In particolare è stato dimostrato che l'esposizione ad ambiente ricco induce modificazioni a livello neuronale che risultano in un miglioramento delle capacità cognitive ed un aumento della plasticità della corteccia visiva nell'adulto (Sale et al., 2009). L'ambiente arricchito è inoltre in grado di ripristinare la plasticità corticale nei ratti adulti resi ambliopici in età giovanile mediante la sutura di un occhio, e permette il recupero della normale visione (Tognini et al., 2012).

L'ambiente arricchito costituisce una stimolazione sensorimotoria complessa che favorisce lo sviluppo cerebra-

le, ed è stato dimostrato, ancora nel ratto, che rinforza le connessioni tra aree corticali diverse e quindi lo scambio di informazioni tra di esse (Di Garbo et al., 2011).

3. Importanza della stimolazione sensoriale affettiva

"Se il bambino è tenuto in una nursery isolato, con la sola compagnia di una bambinaia senza che una espressione di sentimento veramente materno giunga a lui, la normale crescita del bambino e il suo sviluppo vengono ostacolati" (Montessori, 1952, pagg. 106).

L'intuizione che la stimolazione sensoriale affettiva, le coccole, fossero necessarie per una normale maturazione psichica ha ricevuto conferme scientifiche negli anni recenti. La necessità di questa condizione era stata individuata anche da altri studiosi. In particolare René Spitz (Vienna, 29 gennaio 1887 – Denver, 11 settembre 1974), psicanalista austriaco di origine ungherese naturalizzato statunitense, valorizzò il ruolo formativo della madre tramite l'osservazione diretta dell'interazione madre-bambino, e descrisse nel 1945 la cosiddetta Sindrome di Spitz, determinata da condizioni di deprivazione sensoriale. Dai suoi studi sui bambini ospedalizzati, quindi in situazioni di deprivazione di stimoli sensoriali affettivi, Spitz elaborò la teoria sulla depressione anaclitica e descrisse i comportamenti di bambini che venivano separati dalla persona che si prendeva cura di loro:

- Primo mese: lamentele e richiami;
- Secondo mese: pianto e perdita di peso;
- Terzo mese: rifiuto del contatto fisico, insonnia, ritardo nello sviluppo motorio, assenza di mimica, perdita continua di peso;
- Dopo il terzo mese: cessazione del pianto, stato letargico.

Questi sintomi scomparivano solo quando il bambino ritrovava la madre o qualcuno che volesse prendersi cura di lui. Un trauma del genere non si risolve del tutto in poco tempo, anzi qualora non dovesse essere superato Spitz afferma, e dimostra, la presenza di ritardi di sviluppo nella totalità dei soggetti osservati e di un aumento del tasso di mortalità.

Negli anni recenti è stato delucidato il meccanismo neurale che dalla stimolazione sensoriale affettiva porta ad un miglioramento dello sviluppo del sistema nervoso. In studi compiuti sui ratti si è osservato che i piccoli allevati da una "brava madre", cioè che passa molto tempo a leccare e ripulire i cuccioli, somministrando loro in tal modo una stimolazione tattile frequente, esibiscono da adulti una migliore risposta allo stress. Questi cuccioli presentano un maggior grado di espressione nell'ippocampo dei recettori per i glucocorticoidi (GR), che svolgono un ruolo nella risposta allo stress. L'aumento dell'espressione dei GR sarebbe dovuto ad una demetilazione del gene promotore, a sua volta indotta da un'attivazione del recettore per la serotonina, il mediatore che viene rilasciato in maggiore quantità in seguito alla maggiore stimolazione tattile provocata dalle cure materne (Fig. 2). Si dimostra così che un fattore epigenetico determina una variazione dell'espressione genica che permane per tutta la vita. E' stato anche dimostrato che l'attitudine ad essere una "buona madre" non è determinata geneticamente ma si acquisisce dalla madre che cura (Zhang et al., 2010; McGowan et al., 2011).

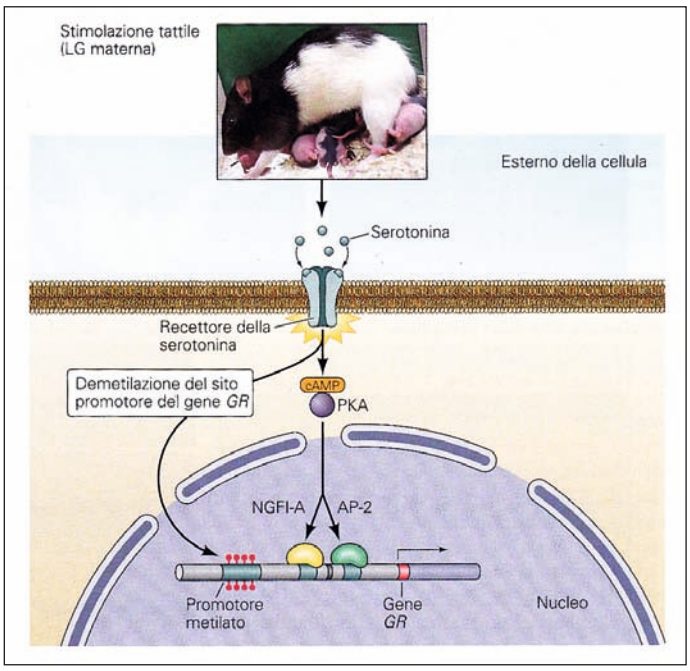

Fig. 2 - La foto nell'inserto mostra una "brava madre" mentre lecca e pulisce i suoi cuccioli; il dorso è inarcato per accogliere la nidiata. Nello schema sottostante si vede che l'aumento dei livelli di serotonina, indotto dalla stimolazione tattile fornita da una madre con elevata attitudine all'accudimento, può dare il via ad una cascata di reazioni che porta ad un'alterazione dell'espressione del gene per il recettore dei glucocorticoidi (GR). Nell'esempio illustrato sopra una quantità adeguata di cure materne provoca de metilazione del DNA in un sito promotore del gene GR specifico del cervello, aumentando in questi cuccioli i livelli di espressione di questo gene (da Meaney e Szyf, 2005).

4. Importanza del movimento

"E' uno degli errori dei tempi moderni considerare il movimento a sé, come distinto dalle funzioni più elevate: si pensa che i muscoli esistano e debbano essere usati soltanto per mantenere nelle migliori condizioni la salute del corpo; così si coltivano gli esercizi e i giuochi ginnastici per mantenerci in efficienza, per respirare profondamente, oppure per assicurarci un miglior funzionamento delle funzioni digestive e il sonno" (Montessori, 1952, pagg. 142-143).

Il sistema motorio è stato finalmente incluso nel sistema cognitivo, per cui l'esercizio motorio è finalizzato a migliorare le abilità cognitive. E' stato dimostrato infatti che l'attività fisica regolare, in particolare quella aerobica, migliora in generale le funzioni del cervello, aumentando le abilità cognitive, la memoria, la plasticità in generale ed il volume della sostanza grigia. In particolare è stato dimostrato che nell'ippocampo l'attività fisica provoca un aumento del numero dei neuroni e dei capillari. Si è visto inoltre che l'effetto non è uniforme in tutto il cervello, ad alcune aree, come ad esempio l'ippocampo e la corteccia frontale, sono più sensibili di altre all'influenza benefica dell'attività fisica (Erickson et al., 2013). Inoltre, sebbene i risultati non siano ancora completamente concordi, è stato descritto che un aumento dell'attività fisica è spesso associato ad una aumento della "anisotropia frazionaria" (fractional anisotropy, FA) dei fasci di fibre della sostanza bianca (Gons et al., 2013). Questo parametro è misurabile con tecniche di imaging, ed è correlato positivamente al grado di mielinizzazione delle fibre ed alla loro velocità di conduzione degli impulsi. Si può quindi concludere che molto probabilmente l'attività fisica migliora la connettività tra le aree corticali, con una ripercussione positiva su tutte le funzioni cerebrali.

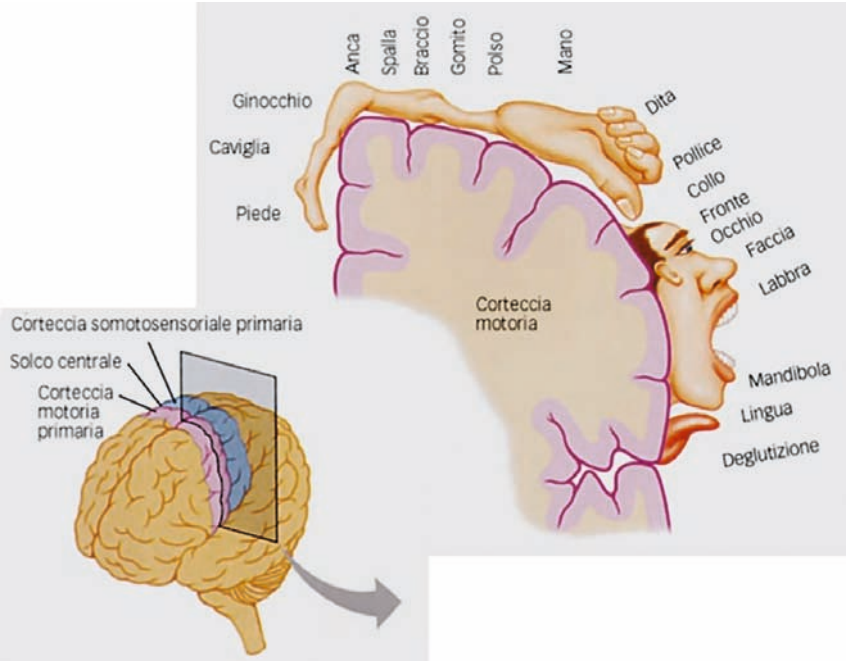

Fig. 3 - A sinistra in basso è mostrata una sezione coronale della corteccia motoria primaria, localizzata anteriormente al solco centrale; a destra in alto la corrispondente mappa somatotopica delle varie parti del corpo.

5. Mano = Organo del cervello

"*Le mani sono lo strumento dell'intelligenza umana. In virtù di queste esperienze il bambino assume una forma definita e pertanto limitata, giacché la consapevolezza è sempre più limitata dell'incoscienza e della subcoscienza*" (Montessori, 1952, pag. 27).

La conferma di questa intuizione è venuta innanzitutto dagli studi di mappatura del cervello umano, in particolare della corteccia cerebrale. Nell'uomo, l'area di corteccia motoria e sensoriale dedicata alla rappresentazione della mano è molto grande in proporzione alle dimensioni effettive della mano stessa (Fig. 3). Questo vuol dire che un gran numero di neuroni sono coinvolti nel controllo dei movimenti della mano, che per questo possono essere anche molto raffinati, e molti neuroni analizzano le informazioni provenienti dai recettori tattili della mano, che ha infatti una grande risoluzione sensoriale: la sensibilità dei polpastrelli permette la lettura Braille.

L'utilizzo intenso della mano, sia della funzione sensoriale che di quella motoria, provoca un'espansione della mappa corticale, cioè aumenta l'area corticale, e quindi il numero di neuroni dedicati al controllo di questo organo. Un chiaro esempio di questo fenomeno di plasticità è stato descritto nei suonatori di violino, in cui la rappresentazione della mano sinistra nella corteccia somato-motoria è notevolmente più estesa che negli individui non suonatori. E' stato inoltre osservato che la riorganizzazione della rappresentazione del movimento delle dita era

tanto più marcata quanto più precoce era l'età a cui l'individuo aveva iniziato a suonare (Elbert et al., 1995; Wilson, 2010).

6. Strutture del linguaggio

Maria Montessori aveva intuito che negli esseri umani sono presenti di strutture neurali specifiche che permettono l'apprendimento di un linguaggio, la cui peculiarità è determinata dall'ambiente.

"…il bambino rimane muto per un periodo piuttosto lungo, dopo il quale parla il linguaggio che ha trovato nel suo ambiente. Avviene così che un bimbo olandese cresciuto fra italiani parlerà italiano e non olandese, nonostante la lunga eredità olandese dei suoi progenitori. Il bambino, è dunque chiaro, non eredita un prestabilito modello di linguaggio, ma la possibilità di costruirne uno attraverso un'inconscia attività di assorbimento." (Montessori, 1952, pag. 82).

"Lo sviluppo del linguaggio dimostra ad esempio un perfezionarsi della facoltà di comprendere, accompagnato da un sempre più esteso uso dei muscoli che producono il suono e la parola." (Montessori, 1952, pag. 144).

La dimostrazione di queste intuizione è venuta più tardi, dagli studi di Noam Chomsky (Filadelfia, 1928) che fin dal 1957 iniziò ad formulare la teoria secondo cui la capacità dell'uomo di produrre un linguaggio deriva dalla presenza di precise strutture neurali (corticali), presenti in tutti gli uomini ma non negli animali (Chomsky, 1981). Tali strutture cerebrali conferiscono all'uomo particolari abilità computazionali che permettono di analizzare e produrre il linguaggio. Tali abilità sono comparse con l'origine del linguaggio circa 100000 anni fa, e sono rimaste inalterate nel corso dell'evoluzione (Berwick et al., 2013). Viene anche affermato in questi studi che il linguaggio è una funzione esclusivamente umana, sebbene alcuni uccelli canori condividano con l'uomo la capacità di imparare per imitazione la vocalizzazione e le strutture neurali che ne sono alla base. Infine, si ipotizza che il linguaggio sia uno strumento del pensiero piuttosto che un sistema di comunicazione.

Gli esempi portati in questa breve rassegna sono solo alcune dimostrazioni di come il pensiero di Maria Montessori fosse proiettato nel futuro, e anticipasse importanti scoperte realizzate anche dopo molti anni dalle sue supposizioni.

Bibliografia

1) Berwick R.C., Friederici A.D., Chomsky N., Bolhuis J.J. Evolution, brain, and the nature of language. Trends Cogn. Sci., 17: 89-98, 2013.
2) Chomsky N. Knowledge of language: its elements and origins. Philos. Trans. Roy. Soc. Lond. B, 295: 223-234, 1981.
3) Di Garbo A, Mainardi M, Chillemi S, Maffei L, Caleo M. Environmental enrichment modulates cortico-cortical interactions in the mouse. PLoS One, 6:e25285, 2011.
4) Elbert T., Pantev C., Wienbruch C., Rockstroh B., Taub E. Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players. Science, 270: 305-307, 1995.
5) Erickson KI, Gildengers AG, Butters MA. Physical activity and brain plasticity in late adulthood. Dialogues Clin. Neurosci., 15: 99-108, 2013.
6) Hensch TK. Critical period regulation, 27: 549-579, 2004.
7) Hubel D., Wiesel T. Receptive fields, binocular interaction and functional architecture in the cat's visual cortex. J. Physiol., 160: 106-154, 1962.
8) Hubel D., Wiesel T. The period of susceptibility to the physiological effects of unilateral eye closure in kittens. J. Physiol., 206: 419-436, 1970.
9) Gons R.A.R., Tuladhar A.M., de Laat K.F., van Norden A.G.W., van Dijk E.J., Norris D.G., Zwiers M.P., de Leeuw F.-E. Physical activity is related to the structural integrity of cerebral white matter. Neurology, 81: 971-976, 2013.
10) McGowan PO, Suderman M, Sasaki A, Huang TC, Hallett M, Meaney MJ, Szyf M. Broad epigenetic signature of maternal care in the brain of adult rats. PLoS One, 6: e14739. 2011.
11) Meaney M.J., Szyf M. Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? Trends Neurosci., 28: 456-463, 2005.
12) Montessori M., Educare alla libertà, Mondadori, Milano, 2008.
13) Montessori M., La mente del bambino, Garzanti Editore, Milano, 1952.
14) Sale A, Berardi N, Maffei L. Enrich the environment to empower the brain.Trends Neurosci., 32: 233-239, 2009.
15) Tognini P, Manno I, Bonaccorsi J, Cenni MC, Sale A, Maffei L. Environmental enrichment promotes plasticity and visual acuity recovery in adult monocular amblyopic rats. PLoS One, 7: e34815, 2012.
16) Wiesel T., Hubel D. Single-cell responses in striate cortex of kittens deprived of vision in one eye. J. Neurophysiol., 26: 1003-1017, 1963.
17) Wilson, F.R. The hand: How its use shapes the brain, language, and human culture. Random House Digital, Inc., 2010.
18) Zhang TY, Hellstrom IC, Bagot RC, Wen X, Diorio J, Meaney MJ. Maternal care and DNA methylation of a glutamic acid decarboxylase 1 promoter in rat hippocampus. J. Neurosci., 30: 13130-13137, 2010.

MAURIZIO MERCURI
Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Università Politecnica delle Marche

L'antropologia filosofica applicata alle discipline della cura e dell'assistenza. La prospettiva di Hans-Georg Gadamer

Ci sono state personalità filosofiche nel Novecento che hanno dedicato parte della loro riflessione a tematiche riguardanti la salute, la medicina, la cura, l'arte dell'assistenza. Solo per citarne alcuni: *Hans-Georg Gadamer, Paul Ricoeur, Hans Jonas, Karl Jaspers, Pedro Laín Entralgo.* I primi due di essi erano filosofi puri, giganti della filosofia novecentesca, grandi vecchi che si sono applicati a queste ricerche tardivamente, ben oltre la metà delle loro lunghe vite. Il terzo, filosofo, al contempo studioso della Gnosi e bioeticista. Gli ultimi due erano medici, filosofi e docenti universitari (*Laín Entralgo* fu persino Rettore dell'Università di Madrid tra il 1951 e il 1956, rappresentante di una "generazione tragica"): i loro approfondimenti sono stati originati dalla quotidiana pratica professionale, come ruminazioni sulla natura del male mentale o fisico e dei rapporti tra le persone del malato e del curante, elaborazioni mentali sulla scia di una impostazione radicalmente etica della vita. Tutti hanno trovato interesse nel mondo della sollecita attenzione all'essere umano. Poiché lo stesso interesse anima me e gran parte di coloro che sono dediti alle discipline mediche o infermieristiche o sanitarie in senso specifico o lato, vorrei proporvi, in questa occazione, alcuni spunti, perché ci spingano a meditare, professionisti, docenti e studenti, partendo dalle idee gadameriane. Lascio gli altri autori a future occasioni.

Hans-Georg Gadamer, filosofo, "urbanizzatore" del pensiero di *Martin Heidegger,* padre dell'ermeneutica, negli ultimi venti anni di vita si è interessato anche a tematiche attinenti la medicina: la *medicina* intesa come intreccio di teoria e prassi alternativo alla pura tecnica, la *salute* identificata come stato inconsapevole e misterioso, nascosto e riconosciuto quando non più presente, la *malattia* riconosciuta come un problema vitale che riguarda la persona nella sua totalità, la *cura* intesa più come dialogo e attenzione che come possibilità di alterare il decorso della natura sono stati i suoi contenuti più evidenti. Gli interventi più importanti e articolati che *Gadamer* (1900-2002) ha esposto davanti ad una eterogeneità di pubblico sono raccolti nell'opera *Dove si nasconde la salute*[1], che è anche il titolo dell'intervento e capitolo centrale del testo.

Il filosofo vi espone le proprie idee sulla *crisi della medicina nell'età della scienza e della tecnica.* Questi interventi risalgono alla sua piena maturità e l'interesse di Gadamer per la scienza medica non va ricondotto alla semplice curiosità, ma, maestro dell'ermeneutica moderna, si rivolge all'ermeneutica più antica, la "semeiotica" medica, e ai temi dal più grande significato esistenziale quali salute, malattia, dolore e morte. Il suo interesse si rivolge anche verso la cura ed il dialogo, "i quali caratterizzano l'ambito empirico dell'arte medica"[2].

Fig. 1 - Jean Dubuffet, Dhôtel nuancé d'abricot, *1947. Olio su tela, 116 x 89 cm, Musée national d'art moderne, Centre Pompidou, Paris.*

"Il libro di *Gadamer* sembra percorrere, non senza intenti provocatori, questa strada in un modo che potremmo così riassumere: sulla base di ciò che abbiamo acquisito proviamo ora a riflettere sulla medicina a partire dal luogo nascosto della salute e non dalla malattia, dalla complessità della prassi medica e non dalla supposta purezza dello sguardo scientifico, dall'urgenza di occuparsi di sé come compito individuale e non dalla cronica debolezza e passività che caratterizza il ruolo del malato"[3].

La tecnica e i suoi progressi sarebbero basati su una rimozione della morte[4], alla quale corrisponde una illusione di immortalità. L'ambiguità del sapere umano e la manipolabilità della natura vanno di pari passo con una particolare rimozione della vita, che è la rimozione della morte.

L'impossibilità di cancellare, da ciò che la scienza medica conosce, il limite mortale e nello stesso tempo lo sforzo della tecnica medica per fronteggiarlo, costituiscono il vero paradosso della medicina[5], tra le tecniche la più vicina alla vera natura dell'uomo, e, in quanto tecnica, distante. La medicina ha uno *statuto* epistemologico incerto, poiché se come scienza dovrebbe rimuovere il soggetto nell'ambito della intelligibilità e conoscibilità del corpo umano inteso come *oggetto*, come arte non può rimuovere il soggetto perché si occupa di soggetti.

La tendenza della medicina attuale è di ridurre il soggetto a numero, a partire da un modello esclusivamente biologico e di smembrare il corpo umano in una molteplicità di parti dalle quali scaturiscono le discipline specialistiche. Il corpo resta un enigma alla pensabilità filosofica. "Perché la corporeità è così recalcitrante e si oppone ad ogni nostro tentativo di tematizzazione? E' certo che si è sempre riflettuto sul mistero del corpo, poiché sempre c'è stata la malattia. In ogni cultura c'erano medici o persone sagge che venivano in aiuto del malato anche senza possedere una base propriamente scientifica. Bisogna chiedersi in che modo la prassi medica si inserisse nell'ordinamento sociale e nell'ordinamento complessivo del mondo e in quali termini si presenti oggi la questione"[6].

L'oblio del soggetto diviene per *Gadamer* la condizione di possibilità della medicina tecnico-scientifica, ma questa dimenticanza non può essere accettata: per la soggettività del malato, ma anche per la soggettività del medico. La grandezza del medico non dipende dal solo progresso scientifico della medicina clinica o dall'introduzione dei metodi scientifici nella biologia[7]. Per questo la prassi medica non può essere considerata come il puro aspetto tecnico-applicativo di una scienza, né il caso clinico l'espressione particolare di una legge generale. "Eppure noi tutti sappiamo che il compito del medico è "curare" o, meglio, ristabilire. Invece non è questo lo stile della scienza moderna, che ha imparato a impostare i suoi progetti costruttivi sulla base dell'esperienza, dell'esperimento e dell'accordo con i suoi calcoli quantitativi. Nella prassi medica però ci troviamo in un ambito che evidentemente esige un'altra applicazione delle nozioni apprese. Senza quasi disporre di un metodo predefinito il medico deve trovare il rimedio giusto per ogni singolo caso, dopo che la scienza ha messo nelle sue mani le leggi generali, i meccanismi e le regole. E' evidente che qui si presenta un nuovo compito. Come possiamo affrontarlo?"[8].

La dinamica che si instaura tra teoria, tecnica e prassi può aiutarci a rispondere a questa domanda[9]. Il metodo scientifico ha valore in quanto il suo metodo garantisce che una esperienza non dipende dalla modalità con cui si agisce e dall'inserire quest'agire in un contesto. Questa oggettività significa che questa esperienza può tornarci utile, può servire in ogni contesto in cui si agisce. L'esperienza elaborata dalla scienza offre il vantaggio di essere verificabile e accessibile a tutti e rivendica il diritto fondato su uno specifico procedimento metodologico di rappresentare il sapere che legittima ogni esperienza. Ma in realtà l'oggetto della conoscenza pone il compito infinito del determinare[10]. Nulla che diviene oggetto di esperienza può sottrarsi alla scienza e il processo della scienza consiste nella sua continua capacità di autocorreggersi.

La prassi, invece, è di volta in volta capacità di scelta e di decisione tra le diverse possibilità, ed è in relazione con l'essere più autentico dell'uomo. Di qui il contrasto ineliminabile con la scienza: la prassi richiede sapere concluso e certo che la scienza non può dare, per i suoi risultati temporalmente collocati. La scienza non coincide più con l'essenza del sapere sul mondo e sull'uomo. Essa costituisce "un sapere indirizzato verso la capacità di attuazione, verso un controllo consapevole della natura, ossia verso la tecnica, la quale non si identifica propriamente con la prassi. La scienza non si presenta infatti come un sapere equivalente a un'esperienza in progressiva crescita, acquisito per mezzo della prassi insita nelle modalità del nostro vivere e del nostro agire. Si tratta invece di un sapere che, per parte sua, rende possibile un riferimento alla prassi specificatamente nuovo, vale a dire quello dell'applicazione costruttiva"[11]. "La scienza non si limita più a colmare le possibilità lasciate aperte dalla natura intervenendo con un'ulteriore attività modellatrice, come in passato era implicito nel significato di *téchne (Aristotele),* bensì addirittura divenuta un'anti-realtà artificiale"[12].

In ques'orizzonte la competenza di giudizio dell'uomo si riduce: "tanto più le forme di organizzazione della vita vengono modellate razionalmente, tanto meno viene esercitata e addestrata nel singolo la facoltà di giudicare. Ad esempio, quella che potremo chiamare oggi la psicologia del traffico è avvertita dei pericoli che si presentano autonomizzando i meccanismi di controllo della circolazione stradale. L'automobilista, infatti, incontra sempre minori possibilità di decidere liberamente e autonomamente il proprio comportamento"[13], questo avviene anche nella scienza medica e nelle istituzioni sanitarie. L'applicazione delle conoscenze scientifiche a campi in cui entra in gioco la comprensione dell'uomo ha di se stesso può provocare dei conflitti e mette in conto anche fattori extra-scientifici che rivendicano una loro legittimità. L'agire dell'uomo e l'impiego intenzionale del suo sapere e della sua capacità

pratica per conservare la salute denota la mancanza di un fondamento scientifico unico.

Psicologia, antropologia filosofica, biologia evolutiva ed etologia hanno fondato ipotesi di grande validità euristica: l'uomo ha una posizione privilegiata nella natura ed ha la capacità di trasformare il proprio ambiente in un mondo culturale, grazie alla propria costituzione eccentrica[14]. La sua capacità di comportarsi teoreticamente gli permette di distaccarsi dagli obiettivi immediati dei desideri per fondare un comportamento oggettivo *(Hegel)* e di ordinare la vita in un organismo sociale. Nella triangolazione tra teoria, tecnica e prassi la prima non è unificabile ed è incompleta, la seconda risulta efficacissima e distruttiva (poiché è manipolativa e crea l'artificiale), la terza richiede autocoscienza e giudizio, sempre più difficilmente esprimibile.

Nella definizione della pratica medica (ma è possibile estendere il campo a tutta la pratica sanitaria) si esita tra i termini "scienza" ed "arte". La professione del medico ha il carattere peculiare e il compito specifico nel ripristinare una condizione naturale e in tal modo si differenzia dalle arti e dalle tecniche che si occupano della produzione di oggetti. Il medico deve ristabilire l'equilibrio naturale attraverso l'inclusione di un caso particolare nella generalità della malattia e nel riconoscere le differenze. Ma gli uomini non devono solo mantenere o ristabilire un equilibrio naturale, devono anche essere "curati" e questa cura è una esigenza etica, dove la competenza è difficilmente giudicabile (poiché è la natura che guarisce e la guarigione non è un oggetto artigianale). "Il fine, la salute, non è solo un dato di fatto sociale, ma anche un dato psicologico-morale, che va al di là di quello che chiamiamo un fatto oggettivo determinabile attraverso le scienze naturali"[15] (ove la stessa esperienza del medico che visita i pazienti solo in stadio clinico risulta inevitabilmente astratta). La salute è un dato di fatto non solo sociale, ma psicologico-morale, che va ben di là di quello che chiamiamo un dato oggettivo determinabile attraverso le scienze naturali[16].

La prassi, o meglio l'arte medica è il frutto di una delicata sintesi tra scienza e tecnologia, in cui all'esperienza del medico si aggiunge la sua personalità, la sua capacità di comunicare con una supremazia del saper essere sul saper fare, ed entrambe influenzano il sapere. "Lo studioso è capace di plasmare l'informazione nella prassi della ricerca, selezionando, eliminando, dimenticando e facendo maturare le vecchie conoscenze (...) I dati devono essere assimilati attraverso la selezione, l'interpretazione e la valutazione. Quando l'informazione raggiunge la coscienza dell'uomo, una tale elaborazione verrà compiuta sempre in anticipo. Il concetto di informazione utilizzato dalla teoria informatica non è adatto a descrivere il procedimento di selezione, attraverso il quale il dato diviene significativo. Le informazioni, sulle quali lo specialista fonda le sue abilità, vengono elaborate "ermeneuticamente" dalla logica della ricerca scientifica, ovvero si limitano già in partenza a rispondere solo a quanto viene loro chiesto"[17].

Ecco il circolo ermeneutico e le pre-comprensioni. La verità è qualcosa di non totalmente sovrapponibile alle sole conoscenze esatte fondate sul metodo scientifico. Difficile analizzare le proprie precomprensioni e i propri pregiudizi quando si è molto al di dentro. La medicina non è solo tecnica, ma è arte; e cosa produce il medico "artista"? "Un discorso sul malato e la malattia che non è soltanto una *spiegazione,* ma anche una *comprensione,* che è una presunzione intersoggettiva di *significato,* quello che una determinata situazione di disagio fisico e/o psichico ha per un determinato individuo"[18]. La spiegazione si lega alla medicina specialistica, la comprensione riguarda la vera arte medica, basata su un approccio interpretativo del caso singolo nella sua diversità ed unicità, considerato nella sua globalità, realizzata attraverso il dialogo[19]. Caratteristica dell'uomo è la "fondazione di una comunità linguistica e del mondo comune che ne deriva"[20].

Fig. 2 - Jean Dubuffet. Spinning Round *1961. Olio su tela, 97 x 130 cm, Collection of Modern Art, Tate Gallery, London.*

Nell'approccio dialogico il terapeuta comprende non solo la malattia, ma la dimensione della salute dell'altro, che esce dal nascondiglio per

esprimersi nella consapevolezza. La salute è benessere, intraprendenza, apertura alla conoscenza. Non è un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, insieme agli altri uomini, occupati attivamente e gioiosamente nei compiti particolari della vita[21]. La salute è benessere in rapporto con l'ambiente, "un equilibrio che fonda e dà senso all'esistenza"[22]. La salute non è misurabilità, ma adeguatezza[23], *non mètron, ma mètrion,* cioè "la misura interiore di una totalità vivente"[24]. La salute è armonia, giusta misura. La malattia è "turbamento della cooperazione, dell'equilibrio tra il sentirsi bene e l'aprirsi al mondo esterno"[25]. La malattia è quel fattore di disturbo di qualcosa che in condizioni di normalità si sottrae.

Ascoltiamo ancora *Gadamer:* "Abbiamo a che fare con un primato metodico della malattia nei confronti della salute. Ad essa si contrappone senza dubbio l'anti-primato ontologico della condizione di salute, la naturalezza dell'essere in vita, per la quale, nella misura in cui viene percepita, si può parlare di benessere"[26]. Il vero mistero sta nel carattere nascosto della salute, nel suo singolare carattere del celarsi: la salute è mistero, "significa sicurezza segreta"[27], per definire la quale potremmo assegnare dei valori standard, ma applicandoli al sano lo renderemmo malato. La salute "si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani. Non è una condizione che invita o ammonisce a prendersi cura di se stessi, infatti implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé"[28].

Lo stato di perfetta salute corporea, spirituale e sociale non esiste. Come uomini siamo in qualche modo sempre malati. La salute, pertanto, in Gadamer è collocabile in un orizzonte costituito dal disturbo e dal pericolo[29]. Ed il riconoscimento della malattia rappresenta un problema che riguarda la persona nella sua totalità e non si riduce affatto a un mero atto di intelligenza. L'equilibrio, definito salute ed anche salute mentale, concerne il complessivo rapporto con il mondo. "Se ci chiediamo quale sia la reale differenza tra malattia e salute, osserviamo che la malattia non può essere definita da tutti i sintomi in base ai quali i valori standard, ottenuti con il calcolo della media matematica, ci indicano ciò che è sano. Le circostanze marginali non misurabili sono talmente numerose che quelle misurabili spesso perdono la loro forza"[30].

Richiamandosi ad un passo del platonico *Fedro* (270B-C) in cui *Socrate* sostiene che l'arte medica, per curare adeguatamente corpo e psiche non può prescindere dalla natura del tutto, *Gadamer* rimanda alla relazione uomo intero-ambiente. Oggi la persona è dissolta nella oggettivazione di molteplici dati clinici, ricomposti per raggiungere un quadro complessivo della situazione del paziente. Lo stesso avviene nella grande macchina ospedaliera. Il rapporto medico-paziente, condizionato dalla paradossale impossibilità di oggettivare il corpo inteso come organismo vivente, diviene il paradigma della limitatezza in qualsiasi esperienza.

Il pensiero razionale non si arresta dove termina la conoscenza scientifica al di là dei quali saremmo bambini privi di risorse. La filosofia ci appare come mancanza di risultato perché a differenza della scienza l'essenza della filosofia consiste nel porsi delle domande dalle quali non ci si libera più anche quando non i sa se potranno avere risposta, così la si respinge come un falso sapere. Ma è sapere critico, indispensabile come l'aria[31].

In *Platone* (*Leggi* 720 A-E) si giustifica la presenza di medici schiavi per schiavi e liberi per liberi. Oggi la medicina (e non solo essa) si adopera per gli schiavi e per i liberi, ma lascia aperte prospettive inesplorate circa l'arretramento o l'avanzamento del benessere effettivo. "La ricerca scientifica mira a conseguire dei risultati concretamente valutabili in termini di progresso, ma ciò non è sufficiente se vogliamo stilare un bilancio della condizione umana nel suo complesso, in termini di guadagni e di perdite. Accanto ai risultati positivi delle scienze dobbiamo collocare tutto un mondo di significati che, se non è esplorabile con calcoli e misure, svolge però un ruolo essenziale nel determinare la condizione di benessere[32]. L'umanità non beneficia solo di progresso scientifico, ma anche di orizzonti di senso, colti dalla capacità umana di comprensione, della quale l'umanità non può fare a meno, se non perdendo una dimensione essenziale. Continua su questa traccia *Carloni:* "La capacità di comprendere dischiude questo orizzonte di significati che non conosce progresso, bensì solo perdita, riconquista e mutamento nelle sue forme in corrispondenza alle condizioni del rispettivo modo di esistere e del diverso livello di formazione personale. E' il mondo che si dischiude quando siamo in grado di gustare un'opera d'arte o quando viviamo esperienze affettive ed emotive profonde nell'ambito della comunicazione con gli altri. E' il mondo che contribuisce a darci un effettivo stato di benessere psicofisico e che una medicina meramente scientifica non riuscirebbe a tematizzare nei termini ad essa propri, ma che le scuole psicologiche orientate alla comprensione del "mondo della vita" sono riuscite ad evidenziare con sufficiente chiarezza. E' qui che la capacità di interpretazione, legata alla formazione personale del medico, assume un ruolo determinante, e che la medicina risulta non solo una

scienza, ma anche un'arte"[33].

La malattia si apre quindi all'orizzonte della cura. "Ora ci si chiede cosa sia "veramente" la malattia nella continuità tra l'estrema mobilità delle cure quotidiane e l'estromissione da tale ciclo che consiste nel preoccuparsi e nel prendersi cura"[34]. Come afferma *Gadamer* l'attività interpretativa diagnostica di ricerca di significato di una malattia è "un'attività di comprensione di un fenomeno a partire dalla sua storicizzazione e dal coinvolgimento attivo nel processo dello stesso soggetto interpretante"[35]. Questa attività di interpretazione, che appartiene alla cura, parte dalla soggettività del medico per arrivare alla soggettività del paziente. "La diagnosi spetta di sicuro alla scienza. Tuttavia è abbastanza paradossale che il medico possa comunque domandare: "si *sente* male?". Già solo questo "*sentirsi* male" e il fatto che si ponga questa domanda dimostra che nel caso della malattia ci troviamo di fronte ad un disturbo nascosto. Si tratta quindi di un fenomeno che è difficile rendere oggetto di ricerca e che non può affatto essere conosciuto.

Ora, naturalmente, il moderno professore di medicina dirà: "certo che possiamo conoscerlo". E' ciò che facciamo esaminando l'intero contesto delle funzioni vitali dell'organismo e forse persino la sfera psichica del paziente, credendo così di definirlo attraverso le nostre misurazioni. Ci procuriamo tutti gli esisti e i dati rinvenuti per poi confrontarli con valori standard. Il medico esperto sa però che si tratta solo di criteri indicativi, utili per una prima visione d'insieme dei referti. E' sempre necessaria una certa diffidenza e un esame ponderato, che offra un quadro generale delle condizioni del paziente[36]. Non ci si limita solo ad una spiegazione della malattia mediante l'interpretazione di informazioni, ma si giunge ad una comprensione di essa mediante l'analisi del suo significato, utilizzando forme differenziate di pensiero che si rifanno a paradigmi di tipo narrativo.

La componente "artistica" di chi cura è la capacità di rifarsi a forme di pensiero tipiche delle scienze umane nei processi di conoscenza dell'individuale e di applicazione delle teorie scientifiche ai singoli[37]. La più completa comprensione della malattia coinvolge anche la componente *illness* di essa. Questo modo di intendere la conoscenza dell'individuo appartiene al paradigma fenomenologico ed ermeneutico. Occorre dare un senso al paziente come persona, e "questo *senso*, ha a che fare con le modalità che ciascun individuo ha di "essere-nel-mondo" *(Esserci)* nelle diverse circostanze, compresa la malattia. Per *comprendere* la condizione di malattia, l'esperienza che vive il malato, non basta la sola analisi delle dimensioni organiche di essa, ma deve essere presa in considerazione anche la dimensione di *illness*, cioè i progetti, le intenzioni, le frustrazioni, i dolori, le sofferenze, le aspettative che la accompagnano"[38], come in un incontro di esperienze tra esseri umani.

Fig. 3 - Jean Dubuffet, Affluence, *1961. Olio su tela, 35 x 45 cm, Fondation Dubuffet, Paris.*

"E' necessario innanzitutto osservare ed ascoltare con attenzione il paziente (...) Strumento imprescindibile dell' "assistenza al malato" è la mano, abile ed esperta, che tastando sa riconoscere la trama *(Behandlung)*. La "cura" supera ampiamente la corsa verso il progresso delle tecniche moderne. Non solo è necessaria la mano, ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare la parola giusta, e l'occhio scrutatore del medico, che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto. Molti elementi si rivelano essenziali per il paziente che affronta la cura"[39]. Ne va dello stesso rapporto tra esseri umani, tra un Sè e un Altro da Sé. "L'altro e il suo dolore non sono come un evento davanti a me, ma si presentano come una rottura di continuità nella mia esperienza[40], che mi coinvolge nell'*Einfülung,* cioè vivendo "un oggetto in rela-

zione alla propria interiorità, trasmettendogli qualcosa di sé e riconoscendo se stessi in esso"[41]. Comprendere il malato nell'*Einfülung* significa non immedesimarsi con esso, ma attivare un *ragionamento analogico* in cui si risale ai vissuti dell'altro attraverso il suo modo di esprimersi, come se ci appartenessero[42]. Il pensiero *narrativo* del clinico utilizza l'analogia tra sé e paziente e tra paziente e paziente.

"Non solo l'oggetto della medicina è costituito da soggetti, ma anche il medico stesso, che lo voglia o meno, e che ne sia più o meno cosciente, nel trattamento terapeutico vede coinvolta nel profondo la propria soggettività. E ciò avviene non solo a livello dell'incontro reale medico-paziente (...), ma anche a livello di riflessione epistemologica sulla medicina "Si ha l'impressione che nella capacità pratica del grande medico siano in gioco fattori relativi alla più segreta esperienza di vita" (Gadamer, 1994, p. 118, "Dove si nasconde la salute")"[43]. Questa segreta esperienza di vita è profondamente umana ed impegna ogni uomo in un opera di scavo interpretativo.

Il medico deve saper legare quest'eperienza alle competenze cliniche. "Saldare il pensiero analogico, che caratterizza le forme del *comprendere* il paziente e di alcuni processi del ragionamento medico, con l'*expertise* clinica significa attribuire carattere di ineludibilità e di costitutività alla stessa dimensione del comprendere nella pratica clinica. Significa cioè escludere definitivamente l'ipotesi secondo la quale la dimensione del comprendere e quindi l'empatia, costituisce un pregevole "accessorio", piuttosto che un'efficace strategia nella relazione terapeutica, a cui non si può comunque far riferimento quando non si ha tempo, quando le strutture e l'organizzazione non lo permettono, quando si è in situazione di emergenza e così via. Significa accettare, una volta per tutte, che curare vuol dire anche *comprendere* il paziente". Al *"cure"*[44] si associa ineludibilmente il *"care"*.

Il prendersi cura non si esprime in una tecnica intesa come dominio, ma in una prassi che valuta le conseguenze del proprio agire e scava con prudenza e saggezza nella comprensione del paziente. La *pràktike* e la *phrónesis*[45] si adeguano alla situazione, "nella quale confluiscono la diagnosi, la cura, il dialogo e la "partecipazione" del paziente. "Nella comune intesa tra medico e paziente viene sviluppata una vigile attenzione, la quale rappresenta un compito e una possibilità dell'uomo; è la capacità di comprendere e di reagire correttamente alla situazione del momento e alla persona incontrata per caso. Allo stesso tempo si capisce quindi in cosa consista il colloquio terapeutico. Non è una conversazione qualsiasi, poiché solo attraverso il dialogo viene raggiunto il vero e proprio fine, ed è quindi possibile riattivare nel paziente il flusso comunicativo della vita attiva e la facoltà di stabilire dei contatti con gli altri"[46], dai quali il malato, nella sua dimensione psicologica, può rimanere escluso, specialmente il malato psichico, o ricevere dalla malattia una alterazione alla relazione.

Spesso il rapporto tra medico e malato viene caratterizzato da freddezza e distacco, oppure da difesa davanti all'oscurità, ad esempio della malattia psichiatrica. "Il legame di partecipazione che dovrebbe esistere fra medico e malato, in molti casi del genere, resta caratterizzato da una frattura insuperabile. Nemmeno l'ermeneutica sembra in grado di ricomporre tale scissione, e tuttavia il rapporto di partecipazione, che unisce una persona all'altra, rivendica il proprio diritto anche nel caso più difficile. Naturalmente è un compito che aspetta la medico, ma chi lo sa, forse vale anche per il malato (...) come poteva il medico non fare il tentativo di riallacciarsi ai frammenti di senso che incontra nell'"altro"[47]. Il professionista della cura sa partecipare della vita dell'altro, della felicità e del dolore, perché sa relazionarsi pienamente alla personalità e all'anima del paziente. "In un buon medico vanno aggiunti molti fattori che guidano la cura verso una relazione tra medico e paziente che implica una partecipazione profondamente individuale. In presenza di un esito felice, al paziente viene restituita la libertà e la possibilità di rientrare nel consueto ciclo della vita. Invece, se sono in gioco malattie croniche o addirittura casi disperati, senza alcuna speranza di guarigione, bisogna pur sempre alleviare i dolori. Con ciò diventa ancora più importante la funzione di questi fattori non oggettivabili. Problemi terribili gravano sul medico, particolarmente nel caso della spinosa questione di come guidare il processo che conduce alla morte. Fino a che punto il medico può mitigare le sofferenze, se insieme al dolore sottrae la personalità, la vita di cui essa è pienamente responsabile così come la sua morte? (...) L'"anima" non è un ambito parziale, bensì la complessiva esistenza corporea dell'uomo. *Aristotele* già lo sapeva. L'anima è la vita del corpo"[48].

Il medico che si prende cura del malato si prende cura di chi ha paura per il proprio destino. Questa paura è comune tra esseri umani. *Gadamer* sostiene che "il prendersi cura è sempre legato a un oggetto così come si ha paura *di* qualcosa o *per* qualcosa. Tuttavia proprio la molteplicità di paure rimanda alla condizione essenziale dell'uomo, al suo estraniamento dal vincolo degli istinti, che lo differenzia da tutti gli altri esseri viventi altamente organizzati"[49]. Nella condizione di debolezza, fragilità e paura la cura è per natura ciò che permette il rafforzamento, il riconoscimento, la ricerca di sostegno e di solidarietà, in un processo di cre-

scita, altrettanto naturale. "La cura è una pratica del tutto naturale insita nei processi evolutivi del vivente"[50]. "Il fine dell'arte medica è guarire e la guarigione non è potere del medico, bensì della natura. Il medico sa bene di essere solo autorizzato a collaborare con la natura"[51]. Il ruolo del terapeuta-facilitatore è quello di "predisporre condizioni in cui il singolo paziente possa guarirsi, ritrovando un suo equilibrio"[52].

Si chiama in causa il soggetto in prima persona, che acquista un ruolo attivo nel percorso finalizzato a ritrovare la propria armonia ed il proprio equilibrio, identificato con il concetto di salute da *Gadamer*. "La cura appare quindi come un processo naturale in cui l'individuo ritrova anche attivamente un equilibrio, un nuovo stato di salute, dove il ruolo del terapeuta consiste sostanzialmente nell'accompagnare il malato "sulla soglia della guarigione". La cura è anche aiutare a crescere, processo che interviene sulle mancanze dell'individuo, su ciò che gli impedisce o gli consente di cambiare, di superare o di convivere con la malattia. Lavora continuamente sull'*empowerment* dell'individuo, sul suo sviluppo, sulla sua progettualità, sul suo desiderio. Le cura è potente perché figlia degli dei. Curare, *"behandlung"* è manipolazione sapiente del corpo, ma è anche cura del benessere psicologico dell'uomo, vitale modalità di interazione. E nella dimensione *illness* della malattia è la parola che cura. Nel colloquio emergono i dati della diagnosi e una storia che la persona sente il bisogno di raccontare, pratica ermeneutica che comprende l'altro nella unicità e storicità. "Il dialogo non rappresenta una semplice introduzione o una preparazione alla cura. E' già una forma di assistenza e prosegue nel trattamento successivo che deve portare alla guarigione[54].

La *pratica dialogica* non è solamente funzionale ad un'attività diagnostica e terapeutica più accurata, ma è fattore terapeutico in sé. Si ha "anzi l'impressione è che già comprendere sia curare"[55]. La comprensione cura perché dà luogo ad una relazione altra, una modalità di essere con altri che porta il malato a riappropriarsi della sua esperienza esistenziale, l'integrazione tra sé e sé e tra sé e gli altri, il mondo. La cura "non sconfigge una malattia, ma aiuta chi è nella malattia a comprendere il senso del suo essere malato all'interno del proprio divenire uomo (...) è un'esperienza esistenziale che in qualche modo va a saldarsi con l'esperienza che un uomo sta vivendo e può dar luogo ad un'altra esperienza in grado di mettere in discussione la progettualità esistenziale, bloccata dalla malattia. In questo senso la cura sembra innescare processi formativi e autoformativi[56]. "La cura sembra comunque mantenere questo significato di *costruzione di un "senso" della malattia"*[57].

"Il colloquio che deve svolgersi tra medico e paziente non deve avere soltanto il significato di anamnesi. E' una forma di dialogo modificata che risulta altrettanto necessaria, perché il paziente ha bisogno di ricordare se stesso ed ha bisogno di parlare. Spesso si realizza quindi ciò che il medico cerca di ottenere, ossia che il paziente dimentichi di essere un malato bisognoso di cure. Quando si comincia a conversare, come noi comunichiamo attraverso il dialogo, viene stimolato un costante bilanciamento del dolore e del benessere e anche del recupero dell'equilibrio, che si ripete costantemente"[58]. Questa esperienza di crescita individuale è riacquisizione di benessere, perché parte dalla riappropriazione della malattia. "Il lavoro di cura non è soltanto un lavoro di individuazione, di spiegazione dei fatti, di "separazione" come direbbe *Foucault,* di una malattia da un insieme complesso e informe di segni e sintomi, ma anche e soprattutto un lavoro di connessione, di mediazione, di bilanciamento, e, in ultima istanza, di appropriazione dell'esperienza di malattia"[59]. Ma questo non è possibile al medico se non si pone come filosofo che pone domande e le interpreta[60] da *guaritore ferito*[61] . Per curare, il medico non può distaccarsi dalla comune natura di esseri vulnerabili, non può mai pensarsi separato dalla sua dimensione di paziente.

Fig. 4 - Jean Dubuffet, Theatre de Memoire, *1977. Serigrafia, 36.5 x 30 cm, Musée Malraux, Le Havre.*

Giunti al termine di queste riflessioni, lascio le critiche alle posizioni di *Gadamer* agli individuali punti di osservazione e alle prospettive dovute

alle diverse formazioni. Si potrebbe non condividere pienamente il pensiero di questo grande autore. Come infermiere, ne condivido molto. E' da tenere comunque presente che i tredici contributi sono stati redatti tra il 1963 e il 1992. La scienza medica da allora è ancora cresciuta. La critica antitecnologica di *Gadamer*, sebbene possa in parte sfiduciare la ragione umana, riporta comunque l'aspirazione umana entro limiti di azione e conoscenza di cui tener conto. Al risvolto umanologico e dialogico della cura dobbiamo comunque aderire, come professionisti della salute, non solo per motivi di moralistica esotazione, ma perché la conoscenza scientifica attuale ce ne fornisce valido motivo[62].

[1] H.-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* tr. it. di M. Donati e M. E. Ponzo, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994. Per il titolo originale degli interventi e per le fonti cfr. ivi, pp. 183-184.
[2] *Ivi*, nell'intervento dal titolo "Cura e dialogo", p. 135.
[3] A. Grieco, V. Lingiardi, *Introduzione*, in Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* p. XII.
[4] Cfr. Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* negli interventi originali dal titolo *L'esperienza della morte,* pp. 72-73 e Angoscia e paure, pp. 164-165.
[5] Cfr. *ivi*, nell'intervento *Esperienza del corpo e oggettività,* p. 88.
[6] *Ivi,* p. 81. Per il confronto tra medico e guaritore esperto o donna saggia cfr. *ivi,* nell'intervento *Apologia dell'arte medica,* p. 39-40, dove il medico è visto come colui che possiede la ragione universale per cui un determinato tipo di cura ha successo, poiché questi osserva la relazione tra causa ed effetto.
[7] *Ivi,* in Dove si nasconde la salute, p. 118.
[8] *Ivi,* in Filosofia e medicina pratica, p. 106.
[9] Cfr. ivi, in Teoria, tecnica, prassi, pp. 5-38.
[10] Cfr. *ivi,* p. 7, nota 1: per Natorp, citato da Gadamer, l'oggetto della conoscenza non è un oggetto dato dall'inizio che possa essere raggiunto all'interno di un processo conoscitivo. Nei limiti temporali, storici e psicologici quest'oggetto rappresenta per la conoscenza e per il suo metodo un compito infinito.
[11] *Ivi,* p. 10.
[12] *Ivi,* p. 11.
[13] *Ivi,* p. 24.
[14] Cfr. *ivi,* pp. 16-19.
[15] Ivi, p. 27.
[16] Cfr. C. Carloni, *Medicina scientifica ed arte medica,* "Nuova Civiltà delle Macchine", 3-4 (1995), p. 189.
[17] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Teoria, tecnica, prassi,* p. 35.
[18] L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari,* Franco Angeli, Milano 2001, pp. 48-49.
[19] Non si nega di riconoscere attualmente più infermieristico questo approccio, di rilettura della produzione di significato sulla malattia, in quanto l'infermiere è un esperto delle relazioni umane a problematiche inerenti alla salute e alla malattia. Riemerge il dibattito di chi è competente e responsabile della cura e dell'avere cura: sono abilità di tutti i professionisti della salute e della cura, o sono distribuite diffusamente in chi cura e chi si prende cura?
[20] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Ermeneutica e psichiatria,* p. 175.
[21] Cfr. Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* nell'intervento che dà titolo alla collettanea, p. 124.
[22] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 49.
[23] Cfr. Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Cura e dialogo,* pp. 143-144.
[24] *Ivi,* nell'intervento *Filosofia e medicina pratica,* p. 109.
[25] *Ivi.*
[26] *Ivi,* in *Esperienza del corpo e oggettivabilità,* p. 82.
[27] *Ivi,* in *Dove si nasconde la salute,* p. 125.
[28] *Ivi,* in *Filosofia e medicina pratica,* p. 107.
[29] Cfr. *ivi,* in *Dove si nasconde la salute,* p. 121.
[30] *Ivi,* in *Angoscia e paura,* p. 169.
[31] Cfr. *ivi,* in *Filosofia e medicina pratica,* p. 104.
[32] Carloni, *Medicina scientifica ed arte medica,* p. 191
[33] *Ivi.*
[34] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* p. 170.
[35] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 222.
[36] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Cura e dialogo,* p. 139.
[37] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 288.
[38] *Ivi,* p. 289.
[39] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* nell'intervento *Filosofia e medicina pratica,* p. 110.
[40] Cfr., L. Boella, A. Buttareli, *Per amore di altro. L'empatia a partire da Edith Stein,* Raffaello Cortina, Milano 2000, p. 67.
[41] *Ivi,* p. 61.
[42] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 290.
[43] Grieco, Lingiardi, *Introduzione,* in Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* p. XIV.
[44] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 290.
[45] Cfr. Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* pp. 55 e 171.
[46] *Ivi,* in *Cura e dialogo,* pp. 146-147.
[47] *Ivi,* in *Ermeneutica e psichiatria,* p. 179.
[48] *Ivi,* pp. 180-181.
[49] *Ivi,* in *Angoscia e paure,* p. 166.
[50] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 294.
[51] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* nell'intervento *Cura e dialogo,* p. 138.
[52] C. Palmieri, *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare,* Franco Angeli, Milano 2000, p. 179.
[53] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 294.
[54] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Cura e dialogo,* p. 137.
[55] Palmieri, *La cura educativa,* p. 47.
[56] *Ivi,* p. 57.
[57] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 300.
[58] Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Cura e dialogo,* p. 145.
[59] Zannini, *Salute, malattia e cura,* p. 301.
[60] Cfr. Gadamer, *Dove si nasconde la salute,* in *Cura e dialogo,* pp. 140-141.
[61] Cfr. *ivi,* in *Apologia dell'arte medica,* p. 43, nota 2.
[62] F. Benedetti, *Il caso di G.L. La medicina narrativa e le dinamiche nascoste della mente,* Carocci editore, Roma 2013, pp. 14-15.

ALBERTO PELLEGRINO
Storico del Teatro
San Severino Marche (MC)

La funzione sociale e sanitaria delle Società operaie di mutuo soccorso

L'opportunità di creare delle associazioni di lavoratori è presente fin dall'Antica Roma, dove sono costituiti, soprattutto in epoca imperiale, i *Collegia opificum* che rappresentano una protezione per diverse categorie professionali, una forma di organizzazione proletaria per fare fronte alla necessità e ai disagi determinati da malattie, invalidità, guerre, povertà e vecchiaia. Dopo la disgregazione dell'Impero romano, bisogna attendere la nascita dei Comuni medioevali per vedere il sorgere delle Corporazioni di arti e mestieri costituite per la tutela dei diritti e la difesa degli interessi di determinate categorie economiche. Molte forme assistenziali sono gestite dalla Chiesa cattolica, secondo il principio del "soccorso agli altri" da prestare senza distinzione tra sani e invalidi, tra uomini e donne, tra classi sociali. Nei secoli XVI e XVII si assiste a una laicizzazione dell'assistenza, perché sotto la spinta delle Chiese riformate si ha una valorizzazione del laicato; nello stesso tempo la diffusione del Giusnaturalismo teorizza l'esistenza del diritto naturale e sostiene il diritto del povero a essere mantenuto dalla comunità. Ai mutamenti religiosi e filosofici si aggiungono le guerre, le carestie, le pestilenze e la nascita delle manifatture moderne che comporta una "salarizzazione" e una urbanizzazione della manodopera che sollecitano il sorgere di nuovi problemi sociali.

Le origini delle Società di mutuo soccorso

Alla fine del Settecento nascono le prime associazioni volontarie legate al territorio con lo scopo di migliorare le condizioni materiali e morali delle masse lavoratrici che cominciano a prendere coscienza della loro condizione di sfruttamento, per fronteggiare il disinteresse delle pubbliche istituzioni applicando i principi della mutualità e della solidarietà. In ambito cattolico nel 1738 nascono con scopi di mutuo soccorso una Unione Pia Tipografica a Torino e una Società di mutuo soccorso per compositori a Venezia. Nel 1778 l'Accademia delle Scienze di Torino indice un concorso per come "provvedere agli operai che lavorano nelle seterie quando vi fosse penuria di seta" e vince la proposta di costituire delle casse mutue alimentate dai contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori per fronteggiare le crisi. Nel 1804 nasce a Milano il Pio Istituto Tipografico con lo scopo di prestare soccorso ai lavoratori del settore nel caso di malattie croniche e di disoccupazione. Nel 1828 gli operai fondano una cassa mutua per l'assistenza alle malattie e alla vecchiaia. Verso la metà dell'Ottocento, nel Settentrione d'Italia, la borghesia più illuminata considera la mutualità e il volontariato degli strumenti idonei per affrontare i problemi più gravi della questione sociale e del lavoro, prevedendo anche un intervento dello Stato. In Piemonte Carlo Alberto a sua volta sostiene la necessità di creare delle "casse di beneficenza e carità" fra gli operai finanziate con i loro contributi, in modo di evitare un intervento diretto dello Stato nella vita sociale.

La nascita della stagione mutualistica

Intorno alla metà dell'Ottocento si verificano determinate condizioni sociali e politiche che favoriscono il proliferare delle Società di mutuo soccorso: l'ascesa al soglio pontificio di Pio XI (1846) provoca negli italiani un'ondata di speranze. Nel 1844 in Piemonte sono soppresse le antiche corporazioni e nel 1848 sono abrogati gli articoli del Codice penale che limitavano la libertà di associazione, mentre lo Statuto albertino riconosce "il diritto ad adunarsi pacificamente e senz'armi". Nel 1848 viene fondata a Pinerolo, da alcuni operai, calzolai, sarti, falegnami, decoratori e meccanici, la prima Società di Mutuo Soccorso,

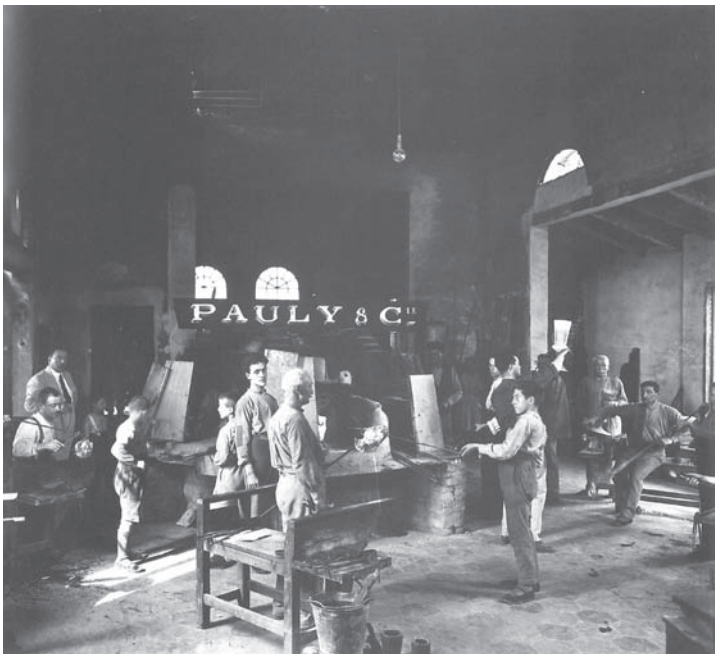

Fig. 1 - Alinari. Venezia: nella soffiera di vetro Pauly, circa 1905.

che nell'articolo uno del regolamento fissa gli scipo societari: "E' istituita in Pinerolo una Società sotto il titolo di *Associazione degli operai,* la quale ha per iscopo l'unione e la fratellanza, il mutuo soccorso e la scambievole istruzione, e così di aiutarsi e soccorrersi a vicenda per mezzo di un individuale contributo, e istruirsi nei diritti e doveri del buon cittadino sotto la piena osservanza delle Leggi". Particolarmente interessanti sono le norme riguardanti l'assistenza sanitaria: "Ogni Socio preso da malattia dietro il certificato del Medico curante avrà diritto alla sovvenzione di una lira per ogni giorno che sarà stato riconosciuto inabile al lavoro. La sovvenzione non sarà accordata che dopo 3 giorni di malattia" (art.15); "Qualora la malattia rivesta il carattere di cronicismo, come etisia, paralisi, cecità, ecc., e tale venga dichiarata, per cui il Socio malato non possa più essere atto al lavoro, avrà soltanto diritto alla sovvenzione ordinaria pendente per lo spazio di un mese" (art. 16). Sempre in Piemonte a metà dell'Ottocento si assiste a una prima rivoluzione industriale e di fronte all'assenza di una legislazione sociale i lavoratori urbani danno vita alle prime Società operaie di mutuo soccorso: a Torino nascono, tra le altre, la *Pia Unione dei lavoratori cappellai,* la *Società tra cocchieri e palafrenieri,* la *Mutua Società dei parrucchieri,* l'*Unione dei tessitori di seta, dei lavoratori dell'oro.*

Le Società operaie di mutuo soccorso si basano sui principi della mutualità e solidarietà tra lavoratori, sull'autogestione dei fondi creati con i contributi obbligatori dei soci, sulla rettitudine morale, tanto che sono vietate elargizioni di sussidi per le malattie provocate dall'abuso di vino e liquori e sono vietati il gioco del lotto e il gioco d'azzardo. In questa fase scompaiono gli ultimi elementi caritativi e prevale il principio dell'autogestione dei soci per raggiungere gli obiettivi fondamentali dell'assistenza in caso d'infermità, della previdenza pensionistica, dell'istruzione della classe operaia con la creazione di gabinetti di lettura, scuole di disegno per i figli dei soci, scuole serali o domenicali per i lavoratori. Vengono predisposte delle tabelle per monitorare la frequenza delle malattie che colpiscono i soci e la mutualità si basa sul principio della comunione dei rischi derivanti da malattie, invalidità, infortuni, disoccupazione, vecchia e morte. Sempre secondo la concezione mutualistica, è stabilita "una ripartizione per malattie, una capitalizzazione per sussidi di invalidità e vecchiaia, tendendo a escludere "la carità e fin dove possibile l'elargizione filantropica". Gli oneri per l'assistenza sono ripartiti tra tutti gli associati e il diritto alle prestazioni nasce automaticamente quando ricorrono le condizioni richieste dai Regolamenti. Nonostante l'esiguità dei salari percepiti, si esige dai soci un regolare versamento delle quote associative in base al salario percepito e alle prestazioni garantite.

Gli statuti delle Società operaie prevedono anche altre finalità come il sostegno creditizio agli associati, la fornitura di materie prime ai lavoratori autonomi, la creazione di spacci sociali per la vendita ai soci di prodotti alimentari di prima necessità a prezzo di costo. Nel 1854 l'*Associazione Generale degli Operai di Torino* istituisce la prima cooperativa di consumo e nel 1856 a Savona nasce la prima *Cooperativa di produzione tra lavoratori dell'arte vetraria,* che in un secondo momento dà vita a una Società di mutuo soccorso tra lavoratori vetrai. Nel Congresso delle Società di mutuo soccorso liguri si discute sulla possibilità di istituire delle casse di risparmio per erogare denaro a basso costo e costituire delle rendite per la vecchiaia. Nel 1854 nasce a Genova la prima *Società operaia cattolica (Compagnia di San Giovanni Battista),* il cui Statuto diventa il modello per altre associazioni cattoliche, riflettendo la

Fig. 2 - Alinari. Lavorazione della ceramica a Doccia, primi '900.

posizione degli ambienti ecclesiastici più aperti ai problemi dei lavoratori, anche se in quel documento non fanno riferimenti al progresso socio- economico, ma nel primo articolo si afferma solo che il "fine della Compagnia è di soccorrere le famiglie della classe operaia, non solamente per sollevare le infermità corporali, ma per rendere anche morigerati i membri, solleciti nell'adempimento dei loro doveri verso Dio e verso il prossimo".

La maggiore diffusione delle Società operaie di mutuo soccorso avviene nel periodo 1860-1890 e già nel 1864 il Ministero dell'agricoltura, industria e commercio pubblica la prima statistica da cui risulta la presenza in Italia di 443 Società operaie concentrate soprattutto nei grandi centri urbani del Nord: 115 società si trovano in Piemonte (a Torino sono 13 con 14.864 associati); 91 società sono concentrate nelle altre regioni settentrionali (Liguria, Lombardia, Veneto ed Emilia), dove si è verificata una maggiore industrializzazione e una concentrazione di operai e artigiani (a Milano sono 38 con 9.923 soci), mentre si registra una totale assenza nel Sud dell'Italia. Sulla base dei dati forniti da 408 Società operaie, i soci effettivi sono 111.608 e tra queste 267 Società risultano aperte a tutte i mestieri e professioni, mentre 155 accolgono solo soci che praticano un'unica professione. Nel 1878 le Società salgono a 2.091 con 331.548 soci e si diffondono anche nel Centro-Italia, in particolare in Toscana, Umbria, Marche e Sicilia. Nel 1885 le Società sono 4.896 con 800 mila aderenti; nel 1897 si arriva a 6.700 associazioni e la loro presenza si estende anche ai piccoli Comuni; nel 1900 le società sono 8.000 con un milione di soci e un patrimonio di 100 milioni di lire. Questa diffusione è causata dalla nascita di nuove industrie e professioni, dal moltiplicarsi delle iniziative societarie anche nel campo ricreativo-culturale e scolastico, dalla creazione di cooperative per l'edilizia popolare con lo scopo di costruire alloggi a prezzi vantaggiosi per i lavoratori, dotati di acqua potabile corrente, luce elettrica, bagni individuali e di una rete fognaria efficiente. Una particolare cura è assicurata all'igiene pubblico con controlli sanitari sulle latrine, le fogne, i pozzi neri e bianchi, la periodica imbiancatura degli appartamenti; inoltre si sollecitano controlli pubblici sui mercati e le botteghe alimentari, per la pulizia delle strade e la rimozione delle immondizie. Nello stesso tempo le Società sollecitano una maggiore cura per l'igiene degli ambienti di lavoro, perché la meccanizzazione industriale ha fatto aumentare la quantità di polveri e fibre che provocano gravi patologie come la fibrosi polmonare e la tubercolosi. Bernardino Ramazzini, considerato il fondatore della medicina del lavoro, nel primo trattato sulle patologie lavorative De morbis artificium diatriba (1713) afferma il principio che "prevenire è meglio che curare" e nel secondo Ottocento il medico fisiologo Paolo Mantegazza (1831-1910) definisce per primo le malattie professionali in senso clinico e sociale, s'impegna a divulgare i principi di igiene del lavoro, affrontando in particolare il problema delle polveri che rendono l'aria pericolosa da respirare, per cui auspica l'introduzione di aspiratori, le lavorazioni a umido e una scrupolosa pulizia degli ambienti (Almanacco igienico popolare: Igiene del lavoro, 1881).

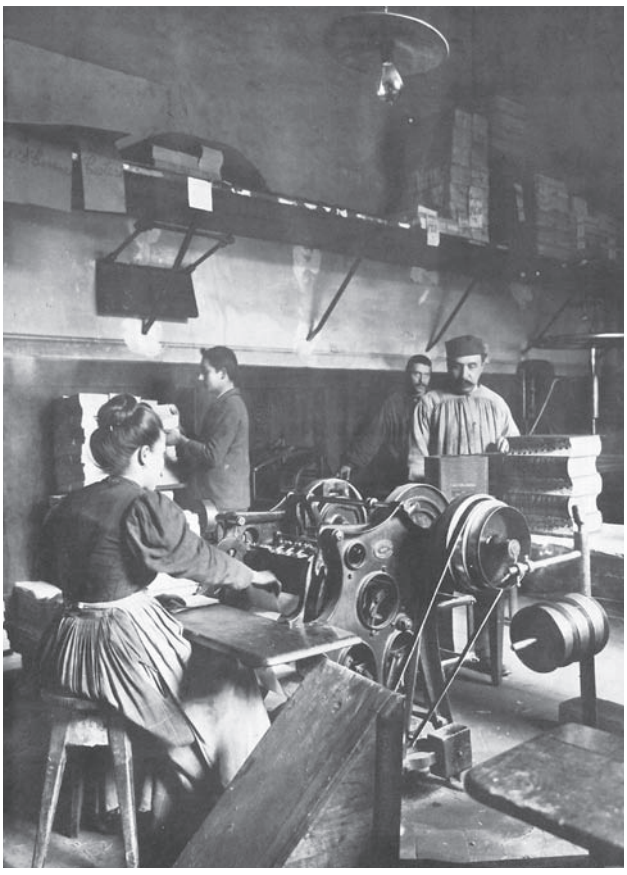

Fig. 3 - Alinari, legatoria della Tipografia Barbera.

Nel 1883 nasce la *Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni sul lavoro* con adesione facoltativa e nel 1886 è approvata la legge che fissa le norme per riconoscere alle Società operaie la personalità giuridica, regolando anche il loro rapporto con lo Stato fondato su tre principi fondamentali: il soccorso ai soci come fine, il risparmio come mezzo e la mutualità come vincolo. La legge stabilisce anche che le funzioni delle società sono: "assicurare ai soci un sussidio, nei casi di malattia, d'impotenza al servizio o

di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti" (art. 1); "cooperare all'educazione dei soci e delle loro famiglie; dare aiuto ai soci per l'acquisto di attrezzi del loro mestiere; ed esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica" (art. 2). Nel 1898 un provvedimento legislativo, che introduce l'assicurazione obbligatoria per i lavoratori dell'industria (estesa nel 1917 anche ai lavoratori agricoli), segna l'origine del welfare moderno e la nascita dello Stato sociale che riconosce la salute del lavoratore come un patrimonio da tutelare a favore della collettività. Sempre nel 1898 è istituita la *Cassa Nazionale di Previdenza per l'Invalidità e la Vecchiaia,* mentre nel 1910 si ha il primo stanziamento pubblico a favore dei disoccupati, si fissa l'età pensionabile al 65° anno e viene istituita la *Cassa di Maternità* a favore delle operaie. Nel 1912 nasce l'*Istituto Nazionale delle Assicurazioni* che supera di fatto l'associazionismo mutualistico anche con la creazione della *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali* (1919), che assorbe tutti gli istituti di assistenza pubblici e privati, sostituendo il principio di solidarietà con quello di obbligatorietà d'iscrizione alla previdenza sociale.

Nelle Marche tra il 1862 e il 1914 sorgono numerose Società operaie di muto soccorso (cfr. Ugo Marinangeli, Le società operaie di mutuo soccorso nelle Marche, 2007) nei centri urbani maggiori come Macerata, Civitanova, Pesaro Fano, Senigallia, Jesi, Fermo, Ascoli; nelle città di media dimensione come San Severino, Porto San Giorgio, Osimo, Recanati, Corridonia, Falconara, Castelferretti; persino nei piccoli paesi come Agugliano, Serra dei Conti, Montecarotto, Caldarola, Colmurano, Torre di Palme, Penna San Giovanni, Pollenza, Cupra Marittima, Moie, Morro d'Alba, Numana. Sono fondate anche delle associazioni più marcate sotto il profilo politico come la repubblicana *Società di Mutuo Soccorso La Sapienza* di Falconara (1888), la *Lega di Miglioramento* fra i Contadini di Chiaravalle (1909) d'indirizzo socialista, l'*Unione Cattolica Rurale* a Fiumesino (1901), le *Casse Rurali cattoliche* di Castelferretti (1911) e Falconara (1912).

Le ideologie alla base delle Società operaie

Il padre del movimento mutualistico e solidaristico è considerato Giuseppe Mazzini, le cui idee rappresentano un potente veicolo per la diffusione in Italia dei valori della cooperazione e della solidarietà popolare, che costituiscono la base di molte Società operaie di mutuo soccorso. Mazzini auspica l'unione "fra gente di uno stesso mestiere per dare vita a coraggiose cooperative", sollecita ad associarsi e a "tassarsi anche di una modesta quota per creare casse di previdenza e di assistenza". Sono quindi molte le Società di mutuo soccorso d'ispirazione mazziniana che accolgono operai e artigiani e che prendono una decisa posizione nei confronti dei gravi problemi politici e sociali dell'epoca e si schierano a favore dell'unità e dell'indipendenza dell'Italia come condizione necessaria per incidere in modo concreto sul futuro assetto sociale del Paese. Dopo la formazione del Regno d'Italia, le società mazziniane lottano per l'organizzazione democratica dello Stato e affermare il principio dell'iniziativa popolare. Dopo il 1861, con la prima conclusione dei moti risorgimentali, si verifica una frattura tra quelle Società operaie di mutuo soccorso che s'ispirano ai principi solidaristici di Mazzini e quelle d'impostazione paternalistica sorte con l'appoggio delle autorità governative e su iniziative di esponenti dei ceti nobiliari, della grande borghesia terriera e finanziaria estranea al mondo del lavoro, che puntano a un controllo paternalistico delle classi lavoratrici e sono ostili a ogni tipo di rivendicazione politica e sociale, essendo rimasti legati a vecchie concezioni filantropiche. A provocare ulteriori divisioni contribuisce la costituzione a Londra nel 1864 della prima *Associazione Internazionale dei lavoratori,* la quale che sorge sotto l'influenza ideologica di Karl Marx che considera le Società operaie (anche quelle mazziniane) delle istituzioni di tipo paternalistico, per cui si sostiene la nascita di nuove organizzazioni dei lavoratori in grado di sostituire la tradizionale concezione mutualistica e solidaristica con una impostazione sindacale e partitica, ispirandosi ai programmi del Partito Socialista Italiano fondato nel 1892. Nel 1900 nasce la Federazione italiana delle Società di mutuo soccorso che nel 1912 assume il nome di *Federazione italiana delle Società di mutuo soccorso* e delle Casse e degli Istituti di previdenza, alleandosi con il movimento sindacale per l'affermazione dei diritti dei lavoratori e il varo di una moderna legislazione sociale. Durante la Grande Guerra le Società operaie sono impegnate nell'opera di assistenza di civili e militari, mettendo a disposizione strutture e mezzi finanziari. Nel dopoguerra gran parte delle Società entrano in crisi per mancanza di fondi e per una progressiva riduzione degli iscritti; infine, dopo il 1925, il regime fascista con l'istituzione dell'*Istituto nazionale di previdenza sociale* e con l'unificazione nel 1926 di tutte le Società di mutuo soccorso nell'*Ente nazionale della cooperazione* svuota di ogni significato le società stesse che devono rinunciare alla gestione della casse-pensione e all'assistenza sanitaria, dovendo ricorrere obbligatoriamente al Sindacato medico fascista per la nomina del medico sociale.

Le Società operaie di mutuo soccorso hanno svolto un'importante funzione sociale, perché hanno superato la visione paternalistica dei moderati e sono state la prima organizzazione democratica di massa che ha cercato di dare soluzioni ai problemi materiali e dignità sociale alle classi operaia e artigianale, oltre ad essere state una "palestra" di formazione politica dei ceti popolari, cercando di dare una coscienza di classe alla massa dei lavoratori italiani spesso privi d'istruzione, di protezione sociale, di diritto di voto, di adeguate tutele in caso d'infortuni, di malattie professionali e della disoccupazione. Il mutuo soccorso ha cercato di fornire una risposta pratica ai bisogni concreti (sussidi malattia, cure mediche, istruzione) della classe operaia ed ha rappresentato un incentivo all'autogestione, al rispetto delle regole democratiche, alla difesa pubblica delle proprie opinioni, a conquistare una forte identità sociale e un senso di appartenenza a una classe sociale che pretende un riconoscimento politico e il rispetto della dignità umana.

Le Società di mutuo soccorso femminili

Con la rivoluzione industriale europea nasce il problema dell'occupazione femminile che si caratterizza subito per la diversità di salario tra lavoratori e lavoratrici, per cui i datori di lavoro preferiscono assumere delle operaie che sono pagate pochissimo, provocando l'ostilità degli uomini. Lo stesso Pierre Joseph Proudhon arriva a sostenere che la donna lavoratrice è una ladra che sottrae indebitamente posti di lavoro alla controparte maschile e considera la donna un essere inferiore da porre sotto tutela dell'uomo il quale è l'unico ad avere il diritto di stabilire un rapporto tra la famiglia e il resto della società. La donna non ha pertanto il diritto di guadagnarsi autonomamente da vivere e non deve avere la libertà di scegliersi un lavoro. Una posizione diversa assume invece Charles Fourier, che sostiene la parità di diritti e di remunerazione tra uomo e donna come fa anche Karl Marx il quale, analizzando il problema delle relazioni di potere presenti all'interno della lotta di classe, afferma che il rapporto tra uomo e donna è assimilabile a quello tra sfruttatore e sfruttato.

Nell'Ottocento l'industria tessile è la più diffusa e nelle filande e nelle fabbriche di lavorazione della seta nell'Italia Settentrionale la manodopera è completamente femminile fatta eccezione per sorveglianti, meccanici e facchini, per cui avvengono delle vere e proprie migrazioni di donne e ragazze verso il Piemonte e la Lombardia. Il salario pattuito è la metà di quello maschile e l'orario di lavoro è in media di dieci ore giornaliere; s'impartiscono sensibili decurtazioni della paga per ritardi sul lavoro, per eventuali errori di lavorazione, per lavarsi durante il lavoro, per essere malati. Nelle fabbriche le operaie vivono in condizioni di degradazione e sono vittime della sottoalimentazione, della sporcizia e di malattie professionali. A tutto questo si aggiungono le molestie sessuali di proprietari, capioperaio e sorveglianti, che le lavoratrici devono subire in silenzio per non essere licenziate. Nonostante tutto, il lavoro femminile extradomestico si diffonde nella società urbana industrializzata per la necessità che le donne delle classi più povere hanno di guadagnare, per cui è in rapido aumento la loro occupazione nelle manifatture tessili, nelle industrie di produzione e manutenzione del vestiario, nella servitù fino a conquistare lentamente nuovi spazi professionali. La divisione sessuale del lavoro rischia di far indebolire il rapporto gerarchico tra uomo e donna, essendo ancora radicata la convinzione che

Fig. 4 - Alinari, stireria delle Terme di Montecatini.

la donna sia un essere inferiore con scarse risorse intellettuali. Si mette inoltre in evidenza che la funzione materna è l'elemento costitutivo della fisiologia femminile e questa specificità del corpo della donna è usata per escludere le coniugate dal lavoro operaio, dato che le madri hanno l'obbligo di accudire ai propri figli, mentre le fatiche lavorative potrebbero nuocere alle loro capacità riproduttive. Tale preoccupazione si riflette nella prima legislazione del lavoro: le leggi del 1902 e del 1907 stabiliscono l'esclusione delle donne dai lavori notturni, faticosi, nocivi e creano le prime *Casse di maternità per le operaie* e questi provvedimenti legislativi (in se giusti) avranno gravi conseguenze sull'occupazione femminile, perché rendono più oneroso l'assunzione di donne, inoltre hanno la conseguenza per le operaie di ritardare l'età del matrimonio e le gravidanze per evitare il licenziamento. Per fare fronte a una condizione operaia disagiata e poco tutelata, sorgono le prime Società di mutuo soccorso femminili, cui aderiscono per prime tessitrici, filatrici, sarte, pettinatrici, serve, lavandaie, stiratrici, cappellaie, cucitrici. A Bergamo nasce nel 1863 la prima Società operaia femminile, seguita Sondrio (1869) e Mantova (1870), a Milano (1883), per poi diffondersi in altri centri della Lombardia e moltiplicarsi in diverse regioni tanto che nel 1885 si contano 26 società operaie femminili. Le loro primarie finalità sono la formazione di donne impegnate nel sociale, nel portare aiuto alle malate, alle puerpere, alle disoccupate e alle invalide, finanziando le attività con le quote sociali, donazioni, libere offerte, organizzazione di fiere e pesche di beneficienza. S'istituiscono inoltre scuole festive gratuite per le operaie; s'insegnano le lingue straniere a quelle che devono emigrare all'estero; si organizzano incontri su argomenti d'interesse femminile come la puericultura e l'igiene; si acquistano indumenti per i bambini poveri e si promuovono iniziative a favore degli asili infantili, delle scuole popolari e degli ospedali.

La Società operaia femminile di mutuo soccorso di San Severino Marche

Nella seconda metà dell'Ottocento San Severino Marche è un centro socialmente ed economicamente vitale. Secondo il censimento del 1881 ha una popolazione di 14.775 unità ed è dotata di moderne infrastrutture come la centrale elettrica (1894) e la stazione ferroviaria (1896). La città attraversa una fase di sviluppo industriale e artigianale con una notevole concentrazione di aziende che occupano manodopera maschile e femminile: una filanda, una segheria idraulica e un mobilificio, due gessare, una vetreria, due mulini dell'olio, due concerie, una cartiera, una officina meccanica, un laboratorio per il trattamento delle ceneri aurifere. Per un breve periodo (1883-1889) vi opera il mulino a cilindri più importante dell'Italia centrale con circa 100 addetti e con una capacità lavorativa giornaliera di 600 quintali di grano, dotato di macchinari elettrificati, impianti di sollevamento, una centrale elettrica alimentata da un canale di due chilometri, un tratto ferroviario di 1.600 metri collegato alla stazione centrale con una locomotiva da 200 cavalli vapore. Vi sono anche importanti istituzioni sociali come l'Orfanatrofio Femminile (1841), il Brefotrofio per le spurie (1866) e il Ricovero per gli orfani (1867), l'Ospedale Civile e la Società di Pubblica Assistenza Croce Verde (1901). In tale contesto economico, sociale e culturale nasce nel 1862 la Società operaia di Mutuo soccorso (una delle prime nelle Marche), dotata tra le altre cose di una Biblioteca circolante di circa mille volumi; ad essa si affiancano altre istituzioni sociali come l'Istituto popolare di credito e risparmi con capitali versati dai lavoratori (1872), la Cooperativa di Previdenza e Lavoro (1891) e la Scuola serale per operai (1896).

Particolare rilievo assume la *Società Operaia Femminile di Mutuo Soccorso* fondata nel 1890, cui aderiscono 200 socie, precedendo altre società marchigiane che sorgono nei primi anni del Novecento, riunendo le operaie delle manifatture di tabacco e nelle filande dell'Anconetano. Gli organi di gestione della società sono la Presidente, la Direttrice, il Consiglio generale, il Consiglio direttivo, il Comitato di revisione, i quali devono essere formati da donne che devono aver compiuto il 21° anno e che sanno leggere e scrivere. Sono inoltre previsti un Comitato di Soccorso e due "Professori sanitari". Le risorse finanziare derivano dai contributi associativi e dalle rendite straordinarie e devono essere destinate all'assistenza delle malattie, al puerperio, ai sussidi per la vecchiaia o inabilità al lavoro, nel rispetto delle finalità fissate dal primo articolo dello Statuto: "La Società Femminile di mutuo soccorso ha per iscopo il benessere materiale, ed il perfezionamento morale ed intellettuale delle donne associate…si regge e governa sotto la direzione delle Socie istesse, ed ha carattere esclusivamente civile". Allo Statuto si accompagna un Regolamento che fissa le norme per le condizioni per diventare socie: essere domiciliate a San Severino; avere un'età compresa tra i 15 e i 40 anni, possedere una sana costituzione fisica e il consenso dei genitori per le minori o il consenso del marito per le coniugate; pagare una tassa di ammissione. Sono precisati i compiti dei "due Professori Sanitari eletti dalla Società…specialmente incaricati di rilasciare i certificati a quelle che domandano di essere ammesse

come Socie. Possono anche rilasciare certificati di malattia per sussidi, ma per questo titolo la Società riconosce anche gli attestati degli altri medici e chirurghi condotti del luogo (art.56). Si stabilisce anche che "i Professori Sanitari eletti possono essere consultati per affari che abbiano relazione alla loro professione" e "inviatati ad intervenire alle adunanze tanto del Consiglio generale, quanto di quello della Direzione" (art.57). Sono fissate in modo dettagliato le norme riguardanti l'assistenza per le malattie, per il puerperio, per la vecchiaia e per l'invalidità al lavoro:

• *L'assistenza in caso di malattia è fornita dopo un anno di ammissione nella Società e alle socie che sono in regola con i versamenti delle quote (art.11). L'assistenza è prevista per tutte le malattie che "per dichiarazione del Professore Sanitario rendono la Socia inabile al lavoro proficuo della professione che esercita"; il sussidio è previsto anche per le malattie croniche "o causa cronaca ricorrente…per le febbri acquisite in luoghi insalubri". Per le malattie di breve durata, che non superano i sette giorni, non è previsto un sussidio di convalescenza che è invece assegnato in modo progressivo per i primi dieci giorni, per i secondi dieci giorni e per i giorni successivi. Nel caso di malattie acute, che obbligano la Socia a rimanere a letto su attestazione del medico curante, è previsto un sussidio straordinario per l'assistenza e l'acquisto dei medicinali (art.12). Il giorno seguente la presentazione del certificato medico "la Socia acquista il diritto al sussidio giornaliero, che verrà somministrato nelle ore mattutine di ciascun giorno da una del Comitato di soccorso all'uopo incaricata. Perché il sussidio possa essere duraturo oltre i sette giorni, dovrà esibirsi una conferma del certificato sanitario; così dicasi per i casi di convalescenza, e di malattie croniche, o da causa cronica ricorrenti" (art.13). "Ciascuna Socia non potrà percepire per soccorsi ordinari, per qualunque siasi specie di malattia, un sussidio per più di cento giorni nel corso di un anno" (art.14). Non si accordano sussidi, né forme di assistenza di qualsiasi tipo "per le malattie cagionate da sregolatezze di vita o da mal costume" (art.17). Ogni anno, nel corso dell'ultima Assemblea, viene estratto a sorte "un premio di Lire Dieci a beneficio di una tra le Socie disposatasi entro l'anno e che abbia tenuto una condotta irreprensibile" (art.27).*

• *Per il "puerperio" è assegnato, a seguito di un certificato rilasciato da un'ostetrica, un sussidio di 10 giorni e nei giorni successivi, in caso di malattia, la socia riceve il sussidio ordinario (art.21). I fastidi derivanti dalla gravidanza (dolori di schiena, edema alle gambe, affanno, ecc.) sono considerati conseguenza di tale condizione e non danno diritto a un sussidio, mentre l'aborto è considerato come una comune malattia (art.22). Il sussidio decade se la socia tiene una "cattiva condotta" e sono compresi anche "l'accattonaggio illecito, l'ubriachezza, ecc." (art.23).*

• *Per la pensione di vecchiaia, è assegnato alla socia "resa impotente al lavoro" un sussidio mensile proporzionato ai fondi stabiliti dall'Assemblea e deliberato dal Consiglio generale, che ammette la domanda "corredata da un certificato sanitario comprovante la impotenza al lavoro della Socia". Lo stesso trattamento è riservato a "ogni Socia di qualunque età, che per disgraziate eventualità si rendesse assolutamente inabile ad un proficuo lavoro. Perderà il sussidio se si ristabilisse in salute, e ripigliasse il lavoro" (art. 24). Le socie, che hanno raggiunto il 70° anno, non devono più pagare alcun contributo, ma potranno godere di tutti i diritti riservati alle altre socie (art. 25).*

Fig. 5 - Carlo Balelli. Fabbrica di cappelli a Montappone (Biblioteca Nazionale di Macerata).

Attività Didattiche Elettive

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana

Dott. Renato Pizzi
Capitano Corpo Militare Croce Rossa

Dott. Sebastiano Di Priolo
Tenente Corpo Militare Croce Rossa

Sorella Giuseppina Breccia
Ispettrice Regionale Corpo delle Infermiere Volontarie

Forum

Forum Multiprofessionali di Scienze dell'Uomo
Mercoledi ore 16,00 - 18,30

ADE02A08 – Biologie a Genetica
Prof. Giovanni Principato
Etica generale

ADE03A08 – Storia della medicina
Prof.ssa Stefania Fortuna
Le malattie epidemiche nella storia della Medicina

ADE05A08 – Igiene e Sanità pubblica
Prof. Francesco Di Stanislao
Organizzazione sanitaria

ADE09FOR – Clinica Medica
Prof. Armando Gabrielli
Etica clinica

La frequenza dei Forum deve avvenire nell'anno di svolgimento delle lezioni del Corso di riferimento o nei successivi allo stesso.

CdLM in Medicina e Chirurgia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma nella colonna di sinistra

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma nella colonna di sinistra.

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00167 - Onde acustiche in medicina
Dott. F. Fiori
ADE00013 - Biochimica del sangue
Prof.ssa L. Mazzanti
ADE00051 - Le biotecnologie per lo studio dell'istologia umana normale
Dott.ssa A. Pugnaloni

2° Anno
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario
ADE00170 - L'organo adiposo
Prof. S. Cinti
ADE00365 - Fisiologia e fisiopatologia delle sinapsi
Prof. F. Conti

3° Anno
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario
ADE00312 - Diagnostica di laboratorio in Urgenze/Emergenze
Prof. A. Procopio
ADE00366 - Fattori prognostici/predittivi di risposta alla terapia oncologica
Prof. A. Catalano
ADE00313 - Metodologia della valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale
Prof. R. Sarzani
ADE00024 - I profili assistenziali
Prof. F. Di Stanislao

4° Anno
ADE00368 - Chirurgia maxillo-facciale
Prof. M. Piemontese
ADE00369 - Patologie vitreo retiniche
Prof. C. Mariotti
ADE00188 - Clinimetria e misure out come in reumatologia
Prof. F. Salaffi
ADE00189 - Traumatologia dello sport
Prof. L. De Palma
ADE00370 - Chirurgia vertebrale
Prof. N. Specchia

ADE00278 - Percorsi diagnostici in pneumologia: dal sintomo alla diagnosi
Prof. S. Gasparini
ADE00037 - Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie
Prof.ssa M. Scarpelli
ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata
Dott.ssa E. Adrario
ADE00371 - Sindrome metabolica e NASH
Prof. G. Svegliati, Dott. A. Taccaliti

5° Anno
W000199 - Inquadramento e terapia delle neoplasie cerebrali
Prof. M. Scerrati
W000200 - Approccio riabilitativo alle disabilità croniche in età adulta
Prof.ssa M.G. Ceravolo
W000201 - Anatomia radiologica del Sistema Nervoso Centrale
Prof. G. Polonara
W000202 - Schemi individuali di terapia delle malattie del sistema nervoso
Prof. L. Provinciali, Dott. M. Bartolini
W000203 - Sicurezza del traffico e del lavoro
Prof. R. Giorgetti
W000204 - Emorragie digestive
Prof.ssa C. Marmorale
W000205 - Gestione clinica complessa del paziente cardiologico
Dott. F. Guerra
W000206 - Marcatori tumorali in urologia oncologica
Prof. G. Muzzonigro, Dott. G. Milanese
W000207 - Le aritmie
Prof. A. Capucci
W000208 - Gestione del paziente HIV positivo
Prof. F. Barchiesi
W000209 - Diagnostica delle parassitosi
Dott. O. Cirioni
ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata
Dott.ssa E. Adrario
W000210 - Pneumologia interventistica
Prof. S. Gasparini
W000211 - LES cutaneo e immunopatie dermatologiche
Prof.ssa A.M. Offidani

6° Anno
ADE00046 - Condizioni perinatali e patologia dell'età adulta
Prof. V. Carnielli
ADE00316 - Applicazioni chirurgiche mininvasive in età pediatrica
Prof. G. Cobellis
ADE00411 - La chirurgia ricostruttiva della mammella
Prof. G. Di Benedetto
ADE00240 - Le ulcere cutanee
Dott. A. Scalise
Mutuato con CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria
ADE00045 - Argomentazioni di nutrizione e gastroenterologia pediatrica
Prof. C. Catassi
ADE00412 - Le malattie metaboliche nel bambino
Dott.ssa T. Galeazzi
ADE00032 - Insufficienza del pavimento pelvico
Prof. R. Ghiselli
ADE00204 - Diagnostica e terapia molecolare delle malattie genetiche
Prof.ssa F. Saccucci
ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata
Dott.ssa E. Adrario

CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00167 - Onde acustiche in medicina
Dott. F. Fiori
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario

2° Anno
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario

3° Anno
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario
ADE00307 - Sindrome orticaria-angioedema e reazione avversa ai farmaci
Dott.ssa O. Simonetti

4° Anno
W000177 - Complicanze biologiche degli impianti dentali
Dott. A. Quaranta
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario

5° Anno
ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base
Dott.ssa E. Adrario
W000213 - La chirurgia ricostruttiva dell'estremo cefalico
Prof. G. Di Benedetto
W000182 - Le ulcere cutanee
Dott. A. Scalise
W000178 - Manifestazioni oro facciali di malattie sistemiche e generalizzate
Prof. M. Piemontese

CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00280 - Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale
Avv. A. Lucchetti
ADE00024 - I profili assistenziali
Prof. F. Di Stanislao

2° Anno
ADE00069 - L'integrazione sociosanitaria nella rete dei servizi
Prof. F. Di Stanislao
ADE00373 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti

CdLM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

2° Anno
ADE00069 - L'integrazione sociosanitaria nella rete dei servizi
Prof. F. Di Stanislao
ADE00361 - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi

CdLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00280 - Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale
Avv. A. Lucchetti
ADE00024 - I profili assistenziali
Prof. F. Di Stanislao

2° Anno
ADE00069 - L'integrazione sociosanitaria nella rete dei servizi
Prof. F. Di Stanislao
ADE00373 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti

CdLM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00280 - Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale
Avv. A. Lucchetti
ADE00024 - I profili assistenziali
Prof. F. Di Stanislao

CdL in Educazione Professionale

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00062 - Autismo ed intervento educativo
Dott.ssa M. Rizzieri
ADE00072 - Il gruppo di pari: l'adolescente come strumento di prevenzione
Dott.ssa M.B. Ventura

2° Anno
ADE0064A - Le metodologie di intervento nel lavoro con i gruppi: la mutualità come risorsa. I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella realtà dei servizi sociosanitari.
Dott.ssa D. Saltari
ADE00067 - L'intervento psicoeducativo rivolto all'utente con disabilità psichica
Dott.ssa A. Gardini

3° Anno
ADE00069 - L'integrazione sociosanitaria nella rete dei servizi
Prof. F. Di Stanislao
W000174 - Approcci valutativi alla qualità all'interno dei processi riabilitativi
Dott.ssa M. Flamini
W000175 - L'approccio psicocorporeo nel trattamento delle disabilità: la disciplina della Danza Movimento Terapia
Dott.ssa D. Saltari
W000176 - Il primo approccio con situazioni a rischio: i servizi a bassa soglia
Dott.ssa A.M. Ciuccarelli

CdL in Fisioterapia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00374 - Splancnologia
Prof. M. Morroni
75 - Studio del movimento: valutazione anatomo-funzionale
Dott.ssa E. Calderisi

2° Anno
ADE00188 - Clinimetria e misure outcome in reumatologia
Prof. F. Salaffi
ADE00189 – Traumatologia dello sport
Prof. L. De Palma
W000167 - Tecniche di riabilitazione cardio-respiratoria
Dott. M. Pennacchioni

3° Anno
W000168 - Tecniche di terapia manuale

Dott. M. Pennacchioni
W000169 - Tecniche di rieducazione pelvi-perineale
Dott. M. Pennacchioni

CdL in Igiene Dentale

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00144 - Le radiazioni nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Dott. F. Fiori

2° Anno
ADE00378 - Xerostomia: approccio clinico e terapeutico
Prof.ssa M.G. Danieli, Dott.ssa S. Sparabombe

3° Anno
W000177 - Complicanze biologiche degli impianti dentali
Dott. A. Quaranta
W000173 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti
W000178 - Manifestazioni oro facciali di malattie sistemiche e generalizzate
Prof. M. Piemontese
ADE00361 - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
Dott.ssa S. Marchetti

CdL in Infermieristica
Polo didattico di Ancona

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00087 - Sicurezza in ospedale
Dott. S. Ortolani
ADE00088 - Anatomia microscopica
Prof. M. Castellucci
ADE00089 - Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica (prova finale con role-play) (aperto a tutti gli anni di corso)
Dott.ssa A. Cucchi - Dott.ssa C. Borgognoni

2° Anno
ADE00188 - Clinimetria e misure outcome in reumatologia
Prof. F. Salaffi
ADE00381 - Test funzionali in endocrinologia e malattie metaboliche
Dott. A. Taccaliti
ADE00092 - La professione infermieristica in Italia: etica, deontologia ed evoluzione dell'identità professionale
Dott.ssa A. Cucchi - Dott.ssa E. Simonetti
ADE00093 - Abilità Counseling nella relazione di aiuto
Dott. D. Gaggia

3° Anno
W000182 - Le ulcere cutanee
Dott. A. Scalise
W000183 - La movimentazione manuale dei pazienti
Dott.ssa M. Amati
W000184 - Chirurgia mininvasiva
Dott. G. Lezoche
W000185 - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche
Dott. M. Luchetti

CdL in Infermieristica
Polo didattico di Pesaro

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00296 - Counseling ed assistenza infermieristica
Dott.ssa S. Rasori
ADE00101 - Il Codice Deontologico dell'infermiere
Dott.ssa M. Nicolino
ADE0227A - La movimentazione manuale dei pazienti
Dott.ssa M. Amati

2° Anno
ADE00327 - L'infermiere: un professionista in grado di coniugare la qualità assistenziale con la gestione del rischio clinico a tutela della sicurezza del paziente; presentazione di esperienze pratiche nell'attività assistenziale
Dott.sse P. Colasanti - T. Benedetti - F. Barbarini - S. Tonucci
ADE00329 - Infermieristica applicata alla Neonatologia
Dott. L. Tartagni
ADE00353 - Le basi fisiologiche e cliniche dell'interpretazione dell'ECG
Prof. M. Melone
ADE00384 - Etica in oncologia
Prof. S. Cascinu

3° Anno
W000186 - La chirurgia ricostruttiva della mammella
Prof. G. Di Benedetto

W000187 - Principi ATLS nella gestione del paziente traumatizzato
Docente SSN
W000188 - Problematiche cliniche e gestione del paziente ospedalizzato
Dott. A. Costantini

CdL in Infermieristica
Polo didattico di Macerata

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00268 - Neuroanatomia
Prof. M. Morroni
ADE00251 - La responsabilità infermieristica nella somministrazione dei farmaci
Dott. R. Rocchi

2° Anno
W000181 - Test funzionali in endocrinologia e malattie metaboliche
Dott. G. Balercia

3° Anno
W000189 - La chirurgia ricostruttiva della mammella
Prof. G. Di Benedetto
W000190 - Gestione del dolore toracico
Dott. G. Balercia
W000191 - Emergenze chirurgiche toraco-addominali
Dott. F. Mocchegiani
W000192 - La movimentazione manuale dei pazienti
Prof. M. Valentino

CdL in Infermieristica
Polo didattico di Ascoli Piceno

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38
Corsi Monografici

1° Anno
ADE00349 – La gestione del rischio clinico e la sicurezza dell'utente (aperto a tutti gli anni di corso)
Dott. S. Troiani
ADE00350 - Dalle fonti dell'etica infermieristica al codice deontologico dell'infermiere
Dott.ssa L. Passaretti

2° Anno
ADE00388 - Acquisizione ed interpretazione del segnale elettrocardiografico
Dott. V.M. Parato
ADE00253 - Malattie delle vie biliari e pancreatiche
Prof. G. Macarri

3° Anno
W000182 - Le ulcere cutanee
Dott. A. Scalise
W000193 - La contenzione fisica
Dott.sse M. Amadio - P.L. Ciapanna
W000191 - Emergenze chirurgiche toraco-addominali
Dott. F. Mocchegiani
W000192 - La movimentazione manuale dei pazienti
Prof. M. Valentino
W000194 - Elementi di tossicologia clinica
Dott. M. Loria

CdL in Infermieristica
Polo didattico di Fermo

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00352 - Tecniche di posizionamento dei pazienti
Dott. E. Ceroni
ADE00390 - L'applicazione del processo di nursing per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito
Dott. A. Longobardi
ADE00392 - La gestione del rischio clinico in sanità: una sfida verso la cultura della sicurezza
Dott. A. Vesprini

2° Anno
ADE00393 - Il nursing narrativo nella pratica assistenziale
Dott.ssa K. Mannocchi
ADE00394 - Gestione del politrauma secondo il metodo ATLS
Docente SSN
ADE00253 - Malattie delle vie biliari e pancreatiche
Prof. G. Macarri

3° Anno
W000182 - Le ulcere cutanee
Dott. A. Scalise
W000195 - La ferita chirurgica, gestione e complicanze

Dott. F.E. Bernetti
W000196 - Fondamenti di Urologia
Dott. A. Galosi
W000185 - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche
Dott. M. Luchetti
W000192 - La movimentazione manuale dei pazienti
Prof. M. Valentino

CdL in Ostetricia

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Programma a pagina 38

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00135 - La contraccezione
Dott. A. Turi

2° Anno
ADE00398 - Il taglio cesareo: procedura e linee guida
Dott. S. Giannubilo - Dott.ssa L. Fermani
ADE00399 - Neoplasia della mammella: dalla diagnosi alla cura
Dott.ssa R. Berardi
ADE00400 - Procreazione medicalmente assistita
Prof. A. Ciavattini

3° Anno
W000170 - Midwifery Transculturale
Dott.sse L. Fermani - T. Paoltroni
W000171 - Il parto e le sue emergenze
Dott. S. Giannubilo
ADE00257 - Marker tissutali tumorali in patologia mammaria
Dott. A. Santinelli

CdL in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00144 - Le radiazioni nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Dott. F. Fiori

2° Anno
ADE0148A - Il documento di valutazione dei rischi
Dott.ssa C. Pieroni - Dott. M. Principi
ADE00261 - La sicurezza in edilizia
Dott.ssa C. Pieroni

3° Anno
W000179 - Corso per Responsabili del rischio amianto
Docenti Area Vasta n. 1 (Ex Zona Territoriale n. 2 di Urbino)
W000180 - Corso per prevenzione antincendio
Docenti Comando Provinciale VVFF

CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00268 - Neuroanatomia
Prof. M. Morroni
Mutuato con CdL in Tecniche di Radiologia

2° Anno
ADE00257 - Marker tissutali tumorali in patologia mammaria
Dott. A. Santinelli
Mutuato con il CdL in Ostetricia
ADE00361 - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
Dott.ssa S. Marchetti

3° Anno
W000173 – La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti

CdL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 38

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00268 - Neuroanatomia
Prof. M. Morroni
ADE00270 - I rilevatori nelle attività di fisica sanitaria: dosimetria in radioterapia, rivelatori a termoluminescenza, rivelatori a stato solido nella registrazione dell'immagine digitale
Dott.sse L. Tesei - M. Giacometti

2° Anno
ADE00162 - Diagnostica per Immagini Integrata nello Studio dell'Apparato Osteo-Articolare
Dott. G. Valeri
ADE00403 - L'impiego delle tecnologie pesanti in medicina nucleare: PET/TC
Dott.ri G. Ascoli - D. Ulivi

3° Anno
W000173 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti
ADE00361 - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
Dott.ssa S. Marchetti

Indice Generale dei Volumi XV/2012 e XVI/2013

(Titolo, anno, Autore, fascicolo, pagina)

Attività Formativa Professionalizzante
Rianimazione Cardio Polmonare, Erica Adrario 2013, 3, 20

Attualità
Microchirurgia endoscopica transanale (TEM) nel Trattamento dei tumori del retto, Giovanni Lezoche 2013, 3, 5; M. Michela Cappelletti; Mario Guerrieri
La medicina interna negli ospedali, un nuovo Scenario? Alessandro Rappelli 2013, 3, 11

Antropologia
Darwin e l'origine delle specie, Stefano Sassarelli 2012, 5, 44

Appunti dal Senato Accademico
2012, 1,24; 2012, 3,22

Convegno annuale della Facoltà
Le antiche ricette della gotta, Walter Grassi 2012, 2, 35

Corsi monografici
I percorsi assistenziali, Francesco Di Stanislao 2012, 2, 21
Gastroenterologia e nutrizione pediatrica. Un'area Formativa essenziale per lo Studente in Medicina, Carlo Catassi 2013, 1,20
La chirurgia ricostruttiva della mammella, Giovanni Di Benedetto 2013, 2, 27
Dai sintomi alla diagnosi in pneumologia 1°. Dispnea e tosse, Stefano Gasparini 2013, 3, 29
Dai sintomi alla diagnosi in pneumologia 2°. Il Dolore toracico, le emottisi, Stefano Gasparini 2013, 4, 20
La responsabilità professionale degli operatori Sanitari, Raffaele Giorgetti 2013, 4, 27, Stefano Brandimarti

Dalle Professioni Sanitarie
Il catetre vescicale della storia, Augusta Cucchi, Mara Marchetti 2012, 1, 12
Analisi comparative dei protocolli di BLS D IRC-ERC, Matteo Barabani 2012, 1, 17
Priorità per l'assistenza infermieristica: l'utilizzo della CHECK list, Silvano Troiani, Manuela Amadio, Agnese Gionni, 2012, 1,19
Il concetto di bisogno nell'infermieristica, Maurizio Mercuri 2012, 2, 12
Illness nursing, Adoriano Santarelli, Enrico Ceroni, Renato Rocchi, Sandro Ortolani,Stefano Marcelli, 2012, 2, 16
Job satisfaction, Augusta Cucchi, Angela Ciannavei, Davide Gaggia, 2012, 2, 19
Il counseling e l'infermieristica, Maurizio Mercuri 2012, 3, 12
Il paziente terminale. Il domicilio come unità di cura, Stefano Marcelli, Renato Rocchi, Enrico Ceroni, Sandro Ortolani, Francesca Gallone, Adoriano Santarelli, 2012, 3,17
Oggettivare la misurazione del dolore post-operatorio. L'utilizzo della Numerical Rating scale (NRS) a supporto Dell'infermieristica, Adoriano Santarelli, Roberto Leone, Renato Rocchi, Sandro Ortolani, Enrico Ceroni, Stefano Marcelli 2012, 4, 10
UNIVPM – Pesaro and Fermo part in the IPproject for The school of nursing, Mauro Barchiesi 2012, 5, 42
Viaggio studio a Londra per gli student Infermieri dell'Università Politecnica delle Marche, Mauro Barchiesi, Augusta Cucchi, Maurizio Mercuri, 2012, 5,43
L'analisi dei fattori intermittenti negli ambienti di apprendimento clinico, Stefano Marcelli, Renato Rocchi, Catia Fiorani, Silvano Troiani, Francesca Gallone, Sandro Ortolani, Adoriano Santarelli, 2012, 6, 9,
Le tesi degli studenti del CL in Infermieristica. L'influenza del Tutor, Mariella Amadio, Simona Pagaloni, Patricia Liana Ciapanna, Tiziana Traini, Silvano Troiani, 2012, 6, 11
L'apprendimento dall'esperienza nella pratica Infermieristica, Tiziana Traini, Mariella Amadio, Patrizia Liana, S. Fattori, Silvano Troiani, 2013, 1, 9,
Il carico assistenziale dei caregives in ambito ecologico, Gilda Pelusi, Margherita Latini, Dania Comparcini, Michela Francoletti, Claudia Montevecchi, 2013, 1, 13
I nuovi orizzonti della professione infermieristica, Adoriano Santarelli, Alessandro Natale, Enrico Ceroni, Stefano Marcelli, 2013, 2, 20
L'utilizzo delle mappe concettuali dell'apprendimento nel ragionamento clinico, Patrizia Liana, Mariella Amadio, Tiziana Traini, Silvano Troiani, 2013, 3, 13
Donazione di organi e problema oppositivo. Indagine conoscitiva tra gli operatori sanitari, Enrico Ceroni, Daniele Zoppi, Stefano Marcelli, Adoriano Santarelli, 2013, 3, 17,
Etica in oncologia, Mauro Mancino, Paolo Marchionni,

2013, 4, 10,
La qualità della vita nel paziente con neoplasia, Gilda Pelusi 2013, 4, 14
Ematologica. Studio osservazionale, Sonia Stante, Dania Comparcini, Romano Natalini
Dalle fonti dell'Etica all'Etica infermieristica, Luciana Passaretti 2013, 5, 23
Vising the Royal Bourner Mouth and Christchurch Hospital in bourneng mounth, Mauro Barchiesi, Augusta Cucchi, Andrea Toccaceli, 2013, 6, 15
Il mantenimento funzionale e l'integrazione possibile della persona malata di sclerosi multipla, Adoriano Santarelli, Vanessa Pazzaglia, Enrico Ceroni, Stefano Marcelli, 2013, 6, 16
Attività integrative al tirocinio. Il caso clinico per l'apprendimento di competenze professionali, Milena Nicolino, Serena Bellomi, 2013, 6, 18

Dignità di stampa
Impiego del bleeding severity score nella Malattia di Woone Millegrand, Elisa Honorati, Annarita Scortecchini, Pietro Leoni, 2012, 1, 40,
Fattori predittivi di fibrillazione atriale parossistica e permanente, Maria Chiara Basile, Alessandro Capucci, 2012, 2, 10
Inositolo e tolleranza glicemica in gravidanza. Studio Sperimentale materno fetale, Annalisa Di Stefano, Stefano Giannubilo, Andrea L. Tranquilli, 2013, 1, 18

Diventare medico
di Francesco Orlandi, 2012,3,46; 2012,46; 2012, 4,13; 2012,5,28

Dossièr
Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
a cura della Ripartizione Tecnica e della Segreteria di Presidenza 2012, 5, 29
Glossario accademico 2012, 5,37

Economia aziendale
Il bilancio di esercizio degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, Sabina Marchetti 2012, 2, 44

Editoriale
La chirurgia epato-biliare e dei trapianti ad Ancona, Marco Vivarelli 2013, 5, 6

Etica medica
Questioni etiche di fine vita e dichiarazioni anticipate di volontà, Fulvio Borromei, 2012, 1, 44

Farmaci e Farmacie
Farmacie di tradizione e antiche Spezierie nella provincia di Ancona, Maria Luisa Polichetti, 2012, 1, 27

Forum Multiprofessionali di Scienze umane
Pianificazione anticipata delle cure v.s. testamento biologico implicazioni etiche e deontologiche, Massimiliano Marinelli, Sabrina Pecora, 2012, 4, 19
Dai cromosomi al volto. Il dilemma dello Studente divenuto magicamente medico, Giovanni Principato, Massimiliano Marinelli, 2013, 2, 18
Alla ricerca delle radici dell'ethos umanitario, Massimiliano Marinelli, Giovanni Principato, 2013, 3, 36

Intervista
Il Check-up, oggi, Giovanni Pomponio 2012, 6, 39
Prevenzione del rischio cardiovascolare, Alessandro Rappelli 2013, 1, 30
Le malattie rare, Orazio Gabrielli 2013, 2, 11
Le cadute nell'anziano, M. Gabriella Ceravolo 2013, 3, 42
Demenza tra presente e futuro. Acquisizioni, prospettive, certezze e zone d'ombra, Simona Luzzi, Leandro Provinciali, 2013, 4, 38,

Le delibere del Consiglio di Amministrazione
2012, 1,21; 2012, 3,20

Lettera del Preside
di Antonio Benedetti, 2012, 1,1; 2012, 2,1; 2012, 3,1; 2012, 4,1; 2012, 5,1; 2012, 6,1; 2013, 1,1; 2013, 2,1; 2013, 3,1; 2013, 4,1; 2013, 5,1; 2013, 6,1

Libri
2012, 3,47

Medicina e letteratura
Il medico a fumetti, Alberto Pellegrino 2013, 4, 41

Medicina e teatro
Il tema della follia nel teatro di prosa, Alberto Pellegrino 2012, 5, 53

Medicina ed arte
Girolamo Crescentini e i sopranisti dell'età barocca, Alberto Pellegrino 2012, 3, 39
Il dramma della follia della fotografia, Alberto Pellegrino

2013, 2, 33
Giuseppe Verdi e la sofferenza umana, Alberto Pellegrino 2013, 6, 22

Medici illustri Marchigiani
Cecco d'Ascoli medico e astrologo, Alberto Pellegrino 2013, 5, 13
Augusto Celli, un grande igienista tra scienza e Sociale, Marcello D'Errico, Fabio Filippetti, 2013, 6, 10,

Medici per l'arte
Stefano Solimani, Walter Scotucci 2013, 1, 23
Patrizio Marcelli, messaggi dell'anima scritti con la terra, Walter Scotucci 2013, 2, 23

Memoria ed attualità della medicina
Odontoiatria, passato, presente e futuro, Maurizio Procaccini, 2012, 1, 33
Come le malattie neurologiche hanno aiutato a comprendere il funzionamento del cervello, Simona Luzzi 2012, 2, 28
Acqua e Biochimica. Dalla biochimica alla Clinica Laura Mazzanti, Francesca Raffaelli, 2012, 3, 28
La patologia generale. Dagli studi osservazionali alla medicina molecolari, Francesca Fazioli 2012, 6, 14
Ormoni e malattie. Quale relazione tra Enrico VIII e J.F.Kennedy? Marco Boscaro 2012, 6, 19

Riflessioni antropologiche
Appunti di viaggio. Il senso della neve, Marco Grilli 2013, 1, 32
Semplici categorie di un risveglio, Marco Grilli 2013, 2, 42
Passaggio a settembre, Marco Grilli 2013, 6, 30

Santi in Medicina
Introduzione Grazia Callegari 2012, 4, 26
Introduzione Marco Belogi 2012, 6, 29
S.Giuliano l'ospitaliere un santo tra storia e legenda, Alberto Pellegrino 2013, 1,36
I Santi Ausiliatori, Giovanni Principato 2013, 4, 31

Scienza e Filosofia
Cervello e musica, Fiorenzo Conti, Guido Barbieri, 2013, 2, 8

Storia della medicina
Umberto Baccarani, primo Direttore Sanitario dell'Ospedale Umberto I di Ancona, Stafania Fortuna, 2012, 3, 24
Gustavo Modena, Direttore del Manicomio di Ancona, Stefania Fortuna 2012, 4, 15
Prime riflessioni sulla Medicina tradizionale cinese in Occidente, Lucio Sotte 2013, 5, 18

Storia delle malattie
Sclerodermia, radici storiche di una malattia sistemica Massimo Mattioli 2013, 3, 27

Varie
Il Rettore Sauro Longhi saluta gli studenti di Medicina Sauro Longhi 2013, 6, 3
Dalla biblioteca, informazioni per l'uso, Giovanna Rossolini 2013, 6, 9
Ricordo di Francesco Orlandi, Antonio Benedetti 2012, 6, 7

Vita della Facoltà a cura di Loreta Gambini e Francesca Campolucci
2012,1,3; 2012, 1,2; 2012, 3,2; 2012, 4,8; 2012, 5,2; 2012, 6,32, 2012; 6,34, 2012; 6,3; 2013, 1,3; 2013, 2,5; 2013, 3,3; 2013, 5,2; 2013, 6,9; 2013, 2,44; 2013,3,45; 2013,5,28

Indice degli Autori

(Autore, anno, fascicolo, pagina)

Adrario Erica 2013,2,13; 2013,3,20;
Amadio Mariella 2012, 1,19; 2012,6,11; 2013, 1,9; 2013,3,13;

Barabani Matteo 2012, 1,17
Barbieri Guido 2013, 2,8;
Barchiesi Mauro 2012, 5,42; 2013, 6,15
Basile Maria Chiara 2012, 2,10
Belloni Serena 2013, 6,18
Belogi Marco 2012, 6,29;
Benedetti Antonio 2012,1,1; 2001,1,3; 2012, 2,1; 2012,3,1; 2012,4,1; 2012,5,1; 2012, 6,1; 2012, 6,7; 2013, 1,1; 2013,2,1; 2013,3,1; 2013, 4,1; 2013, 5,1; 2013, 6,1
Borromei Fulvio 2012, 1,44
Boscaro Marco 2012, 6,14;
Brandimarti Stefano 2013, 4,27

Calegari Grazia 2012, 4,26

Campolucci Francesca 2012, 1,5; 2012,2,2; 2012, 3,2; 2012,4,8; 2012,5,2; 2012, 6,3; 2013, 1,3; 2013,2,6; 2013,5,2
Cappelletti M.Michela 2013, 3,5;
Capucci Alessandro 2012, 2,10
Catassi Carlo 2013, 1,20;
Ceravolo M. Gabriella 2013, 2,2; 2013,3,42
Ceroni Enrico 2012, 2,16; 2012, 3,17; 2012,4,10; 2013,2,9; 2013,3,17; 2013, 6,16
Ciannavei Angela 2012, 2,19
Ciapanna P. Liana 2012, 6,11; 2013, 1,9; 2013,3,13;
Comparcini Dania 2013, 4,14
Conti Fiorenzo 2013, 2,8;
Cucchi Augusta 2012, 1,12; 2012,2,19; 2012, 5,42; 2013, 6,15

Danieli Giovanni 2012, 5,37; 2013,5,8
D'Errico Marcello 2013, 6,10
Di Benedetto Giovanni 2013, 2,5; 2013,2,27;
Di Stanislao Francesco 2012, 2,21
Donzelli Giovanna 2012, 2,16

Fattori S. 2013, 1,9;
Fazioli Francesca 2012, 6,14
Filippetti Fabio 2013, 6,10
Fiorani Catia 2012, 6,9;
Fortuna Stefania 2012, 3,24; 2012,4,15

Gabrielli Orazio 2013,2,11;
Gallone Francesca 2012, 3,17; 2012, 6,9;
Gambini Loreta 2012, 1,5; 2012,2,2; 2012, 3,2; 2012,4,8; 2012,5,2; 2012, 6,3; 2013, 1,3; 2013, 5,2
Gasparini Stefano 2013,3,29; 2013,4,20
Gelo Giorgio 2012, 5,2
Gionni Agnese 2012, 1,19
Giorgetti Raffaele 2013, 4,27
Grassi Walter 2012, 2,35
Grilli Marco 2013, 1,32; 2013,2,42; 2013, 6,30
Guerrieri Mario 2013, 3,5;

Honorati Elisa 2012, 1,40

Leone Roberto 2012, 4,10
Leoni Pietro 2012, 1,40
Lezoche Giovanni 2013,3,5;
Luzzi Simona 2012, 2,28; 2013,4,38

Macchioli Massimo 2013, 3,27
Mancino Mauro 2013,4,10
Marcelli Stefano 2012, 3,17; 2012, 4,10; 2012, 6,9; 2013,2,9; 2013,3,17; 2013, 6,16
Marchetti Mara 2012, 1,12
Marchetti Sabina 2012, 2,44
Marchionni Paolo 2013,4,10
Marinelli Massimiliano 2012,4,2; 2012,4,19; 2013,2,18; 2013,3,36;
Mazzanti Laura 2012, 3,28; 2012, 3,28
Mercuri Maurizio 2012, 2,12; 2012, 3,12; 2012, 5,42;

Natale Alessandro 2013,2,6;
Natalini Romano 2013, 4,14
Nicolino Milena 2013, 6,18

Orlandi Francesco 2012, 1,43; 2012, 3,46; 2012,3,47; 2012,4,13; 2012, 5,28;
Ortolani Sandro 2012, 2,17; 2012, 4,10; 2012, 6,9;

Pagaloni Simona 2012, 6,11;
Passaretti Luciana 2013, 5,23
Pazzaglia Vanessa 2013, 6,16
Pecora Sabrina 2012, 4,19;
Pellegrino Alberto 2012,3,39; 2012,5,53; 2013,1,36; 2013,2,33; 2013, 4,41; 2013,5,31; 2013, 6,22
Pellegrini Francesco 2012,1,4; 2012, 3,39;
Polichetti Maria Luisa 2012, 1,27
Pelusi Gilda 2013, 4,14
Pomponio Giovanni 2012, 6,39;
Principato Giovanni 2013,2,18; 2013,3,36; 2013, 4,31
Procaccini Maurizio 2012, 1,13
Provinciali Leandro 2013, 4,38

Raffaelli Francesca 2012, 3,28
Rappelli Alessandro 2013, 1,30; 2013,3,11;
Rocchi Renato 2012, 2,17; 2012, 4,10; 2012, 6,9;
Rossolini Giovanna 2012, 5,2; 2013, 6,9

Santarelli Adoriano 2012, 2,16; 2012, 3,17; 2012,4,10; 2013, 2,6; 2013,3,17; 2013, 6,16
Sassaroli Stefano 2012, 5,44;
Scortechini Annarita 2012, 1,40
Scotucci Walter 2013, 1,23; 2013,2,23;
Sotte Lucio 2013, 5,18
Stante Sonia 2013, 4,14

Toccaceli Andrea 2013, 6,15
Traini Tiziana 2012, 6,11; 2013,1,9; 2013,3,13;
Troiani Silvano 2012, 1,19; 2012, 6,9; 2012, 6,11; 2013, 1,9; 2013,3,13;

Vettore Luciano 2012, 5,37; 2013,5,8
Vicarelli M. Giovanna 2013,4,3
Vivarelli Marco 2013, 6,5

Zoppi Daniele 2013,3,17

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 XVII - n° 1
Gennaio - Febbraio 2014
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, Loretta Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

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