



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

Una delle principali finalità del Corso di Studi è quella di conferire al futuro laureato la competenza clinica, ossia quell'insieme di saperi, di abilità e di comportamenti che gli saranno indispensabili per lo svolgimento della sua futura attività. Far acquisire agli studenti la competenza clinica è stato sempre un compito assai arduo, in considerazione anche del delicato e complesso contesto organizzativo in cui gli studenti in formazione vanno oggi ad interagire.

La Facoltà ha quest'anno investito energie e risorse per realizzare un progetto originale che inizia con gli studenti al III anno e sarà in futuro attivato, anno dopo anno, per gli studenti dal IV al VI anno. Il progetto ha previsto l'inserimento delle attività formative professionalizzanti nel calendario didattico in piena continuità ed alternanza con le lezioni teoriche e la definizione preliminare degli skills, che per il primo anno saranno l'Anamnesi, l'Igiene e l'Esame Obiettivo. Tale attività prevede lezioni in aula, simulazioni in laboratorio e pratica clinica in corsia. Qui gli studenti, divisi in piccoli gruppi, saranno affidati alla guida di Tutori rappresentati da Professori di I e II fascia e Ricercatori. I Crediti attribuiti alla Attività Formativa Professionalizzante, distribuiti tra i tre obiettivi, saranno acquisiti dopo valutazione alla fine del secondo semestre. La sperimentazione di quest'anno stabilirà se il risultato ottenuto risulterà o meno pari al grande impegno profuso.

Il programma didattico del secondo semestre comprende anche l'attività didattica elettiva, un'ampia offerta che la Facoltà fa ai propri Studenti perché questi possano personalizzare il proprio percorso, scegliendo gli approfondimenti più idonei per la loro personale vocazione ed in vista di una specializzazione futura. E' un'offerta che rientra nel disegno più ampio di realizzare una didattica centrata sullo Studente ossia sulle sue esigenze formative e finalizzata ad ottenere un professionista della salute preparato a servire una società così mutata nelle sue richieste di salute e nella sua composizione etnica; analogamente alla definizione del core curriculum, che guida l'apprendimento dei discenti e l'insegnamento dei docenti, alle ore riservate allo studio individuale, perché lo Studente possa educarsi alla autoformazione e al ricco programma di Scienze Umane, realizzato nell'obiettivo di fornire allo studente non solo le tecniche del mestiere ma anche quelle humanities che gli saranno parimenti indispensabili.

Desideriamo infine sottolineare, tra gli eventi culturali del prossimo aprile, il Seminario di studi dedicato alla memoria del Preside Tullio Manzoni di recente scomparso. Il Prof. Manzoni aveva preparato un seminario che doveva svolgere, nella serie dei Forum di Scienze Umane, proprio il giorno in cui è venuto improvvisamente a mancare. Abbiamo pensato di commemorarlo facendo presentare dalla Prof.ssa Stefania Fortuna il materiale iconografico preparato per l'occasione; questo dopo il ricordo della figura di uomo e di scienziato che verrà espresso dal Rettore, da chi scrive e da uno dei primi allievi del Prof. Manzoni, il Prof. Spidalieri ora ordinario di Fisiologia a Ferrara. Contiamo in un'ampia partecipazione di Docenti e di Studenti a questo momento commemorativo così pieno di significato.

Antonio Benedetti
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE 1

VITA DELLA FACOLTÀ 2

Attività Didattiche Elettive - Forum Multiprofessionali di Scienze Umane, 6

Attività Formativa Professionalizzante, 7

a cura di Loretta Gambini e Francesca Campolucci

DIGNITÀ DI STAMPA 10

Fattori predittivi di fibrillazione atriale parossistica permanente

di Maria Chiara Basile, Alessandro Capucci

DALLE PROFESSIONI SANITARIE 12

Il concetto di bisogno nell'Infermieristica

di Maurizio Mercuri, 12

Illness nursing

di Adoriano Santarelli, Giovanna Donzelli, Enrico Ceroni,

Renato Rocchi, Sandro Ortolani, Stefano Marcelli, 16

Job satisfaction

di Augusta Cucchi, Angela Ciannavei, Davide Gaggia, 19

CORSI MONOGRAFICI 21

I percorsi assistenziali

di Francesco Di Stanislao

MEMORIA ED ATTUALITÀ DELLA MEDICINA 28

Come le malattie neurologiche hanno aiutato a comprendere il funzionamento del cervello

di Simona Luzzi

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ 35

Le antiche ricette della gotta

di Walter Grassi

ECONOMIA AZIENDALE 44

Il bilancio di esercizio degli enti del Servizio Sanitario Nazionale

di Sabina Marchetti

CONVEGNI 48

Seminario di studi in memoria di Tullio Manzoni



Attività Didattiche Elettive

Anno Accademico 2011-2012 - Secondo semestre

CdLM in Medicina e Chirurgia

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

Etica: 7 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula H - 17 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula H - 28 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula N

Diritto Internazionale Umanitario: 10 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri) - 14 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.30 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri) - 23 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.30 Aula 1 (4° piano Polo Murri)

Tecnica e Sanità Militare: 21 - 25 Maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 19.00 Aula 1 (4° piano Polo Murri)

Esame: 31 maggio 2012 ore 15.00 Aula H

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00013 – Biochimica - Biochimica del sangue

Prof.ssa L. Mazzanti

8-10-15-17 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula T

ADE00051 – Istologia - Le biotecnologie per lo studio dell'istologia umana normale

Dott.ssa A. Pugnali

13 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula N

17 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula 2

11 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula 2

22 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula 22° Anno

ADE00347 – Fisiologia - Sinaptotipie

Prof. F. Conti

28 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.00 Aula R

29 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.30 Aula R

3° Anno

ADE00313 – Semeiotica e metodologia clinica e statistica – Metodologia della valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale

Prof. R. Sarzani

12 aprile 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.30 Aula Q

23 aprile 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.30 Aula R

3 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.00 Aula R

4° Anno

ADE00181 – Oftalmologia - Patologie vascolari retiniche

Prof. C. Mariotti (calendario in via di definizione)

ADE00182 – Diagnostica per immagini e radioterapia - Nuovo imaging TC e RM nelle patologie cardiovascolari

Prof. A. Giovagnoni

28 marzo 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula O

24 aprile 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula P

8 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula P

15 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula B

ADE00183 – Diagnostica per immagini e radioterapia - Aspetti fisici, tecnologici e clinici dell'ecografia in medicina

Prof. G.M. Giuseppetti

20 marzo 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.00 Biblioteca Radiologia

21 marzo 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.30 Biblioteca Radiologia

23 marzo 2012 dalle ore 16.00 alle ore 19.30 Biblioteca Radiologia

ADE00314 – Odonto-Otorinolaringoiatria - Emergenze mediche e chirurgiche in otorinolaringoiatria

Dott. M. Re

28 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.00 Aula Ex FT

30 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 18.00 Aula 1

13 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.00 Aula 1

ADE00037 – Anatomia patologica - Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie

Prof. I. Bearzi

16 aprile 2012 dalle ore 16.30 alle ore 19.00 Aula A

18 aprile, 7-11 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula A

ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata

Dott.ssa E. Adrario

27 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 Aula P

29 marzo 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula Q

30 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 Aula Q

5° Anno

ADE00040 – Malattie infettive - Gestione del paziente HIV positivo

Prof. F. Barchiesi

22-24-29-31 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula Q

ADE00199 – Malattie infettive - Diagnostica delle parassitosi

Dott. O. Cirioni

19 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri)

21 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula L

26 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula R

23 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri)

ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata

Dott.ssa E. Adrario

27 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 Aula P

29 marzo 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula Q

30 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 Aula Q

ADE00359 – Malattie cutanee e veneree – Autoimmunità e cute - Paraneoplasie

Prof.ssa A.M. Offidani

19 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 19.00 Aula P

20 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 19.00 Aula L

ADE00315 – Medicina interna e geriatria – Ipertensione arteriosa, diagnosi e terapia

Prof. P. Dessi Fulgheri

21 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula C

25 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula A

28 maggio, 1 giugno 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula C

6° Anno

ADE00344 – Clinica chirurgica – Le emorragie digestive in geriatria

Prof.ssa M.C. Marmorale

21-23 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula A

25 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula F

28 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula A

ADE00204 – Clinica medica - Diagnostica e terapia molecolare delle malattie genetiche

Prof.ssa F. Saccucci

26-27 aprile 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula 1

18 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula 2

22 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula 1

ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata

Dott.ssa E. Adrario

27 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 Aula P

29 marzo 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula Q

30 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 Aula Q

ADE00203 – Clinica medica - Linee guida nella diagnosi e terapia delle malattie immuno-mediate

Prof. A. Gabrielli, Prof.ssa M.G. Danieli

23-24-26-27 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 16.30 Aula P

CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6



Corsi Monografici

2° Anno

ADE00016 – Fisiologia umana - Regolazione del metabolismo corporeo

Dott.ssa M. Fabri

9-16-23-30 maggio 2012 dalle ore 11.00 alle ore 13.00 Aula 2

3° Anno

ADE00307 – Dermatologia- Sindrome orticaria-angioedema e reazione avversa ai farmaci

Dott.ssa O. Simonetti

24-29 maggio 2012 dalle ore 9.00 alle ore 12.00 Aula 2

31 maggio 2012 dalle ore 9.00 alle ore 13.00 Aula 3

4° Anno

ADE00211 – Parodontologia - Uso dei chemioterapici nella terapia parodontale non chirurgica

Prof. M. Piemontese

27 marzo 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula 1

3 aprile 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula 2

17 aprile 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri)

24 aprile 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula 2

ADE00360 – Ortodonzia - Gnatologia clinica

Dott. A. Sabatucci

26 marzo 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 3

2 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 1

16 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri)

23 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 2

7 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 2

5° Anno

ADE00215 – Parodontologia - Impiego del "Demineralized Freeze Dried Bone Allograft" nel trattamento dei difetti intraossei

Prof. M. Piemontese

8-15 maggio 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula 2

22 maggio 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula L

29 maggio 2012 dalle ore 12.00 alle ore 14.30 Aula 2

ADE00360 – Ortodonzia - Gnatologia clinica

Dott. A. Sabatucci

26 marzo 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 3

2 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 1

16 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri)

23 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 2

7 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula 2

CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00315 – Medicina interna e geriatria – Ipertensione arteriosa, diagnosi e terapia

Prof. P. Dessi Fulgheri

21 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula C

25 maggio 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula A

28 maggio, 1 giugno 2012 dalle ore 16.00 alle ore 18.30 Aula C

CdL in Educazione/Educatore Professionale

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00072 – Psicologia - Il gruppo di pari: l'adolescente come strumento di prevenzione

Dott.ssa B.M. Ventura

23-24 maggio 2012 ore 14.30-17.30 Aula H

30 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula H

2° Anno

ADE00067 – Psicologia dello sviluppo e dell'educazione - L'intervento psicoeducativo rivolto all'utente con disabilità psichica

Dott.ssa A. Gardini

13-20 aprile 2012 ore 14.30-17.30 Aula C

24 aprile 2012 ore 14.30-18.30 Aula C

3° Anno

ADE00065 – Metodologie dell'educazione professionale 2 - L'approccio psicocorporeo nel trattamento delle disabilità: la disciplina della Danza Movimento Terapia

Dott.ssa D. Saltari

14 maggio 2012 ore 8.30-12.30 Aula F

15 maggio 2012 ore 11.30-13.30 Aula F

21 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula F

ADE00071 – Sociologia della devianza - Il primo approccio con situazioni a rischio: i servizi a bassa soglia

Dott.ssa I. Paolini

22 maggio 2012 ore 14.30-17.30 Aula F

23 maggio 2012 ore 14.30-18.30 aula F

29 maggio 2012 ore 14.30-17.30 Aula F

ADE00319 – Organizzazione dei servizi socio-sanitari – Approcci valutativi alla qualità all'interno dei processi riabilitativi

Prof. F. Di Stanislao

7-21 maggio 2012 ore 8.30-13.30 Aula F

CdL in Fisioterapia

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00346 – Scienze del movimento – Lo studio del movimento: valutazione funzionale

Dott.ssa G. Censi

19 aprile 2012 dalle ore 14.30 alle ore 18.30 Aula Q

26 aprile, 10 maggio 2012 dalle ore 14.30 alle ore 17.30 Aula Q

2° Anno

ADE00320 – Prevenzione della disabilità – Terapia Fisica e Terapia Manuale

Prof.ssa M.G. Ceravolo

15 marzo 2012 ore 14.30-18.30 Aula S

22-29 marzo 2012 ore 14.30-17.30 Aula S

3° Anno

ADE00361 – Sanità pubblica - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi

Prof. G. Raggetti

Mutuato con CdL in Tecniche di Radiologia Medica

15-22 maggio 2012 ore 15.30-18.30 Aula A

29 maggio 2012 ore 15.30-19.30 Aula A

CdL in Igiene/Igienista Dentale

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00016 – Scienze morfologiche umane e fisiologia - Regolazione del metabolismo corporeo

Dott.ssa M. Fabri

9-16-23-30 maggio 2012 dalle ore 11.00 alle ore 13.00 Aula 2

6 giugno 2012 dalle ore 11.00 alle ore 13.00 Aula 2



2° Anno

ADE00362 – Scienze dell'igiene dentale – Laser nella parodontologia non chirurgica

Dott.ssa M. Roncati

21-28 marzo 2012 ore 15.00-17.30 Aula 3

4 aprile 2012 ore 15.00-17.30 Aula 1

18 aprile 2012 ore 15.00-17.30 Aula 3

CdL in Infermieristica Polo didattico di Ancona

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

Etica: 7 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula H - 17 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula H - 28 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula N

Diritto Internazionale Umanitario: 10 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri) - 14 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.30 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri) - 23 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.30 Aula 1 (4° piano Polo Murri)

Tecnica e Sanità Militare: 21 - 25 Maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 19.00 Aula 1 (4° piano Polo Murri) - Esame: 31 maggio 2012 ore 15.00 Aula H

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00089 – Infermieristica clinica - 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

10-16-24 maggio 2012 ore 14.00-18.00 Aula B

2° Anno

ADE00092 – Infermieristica applicata alla medicina interna generale - La professione infermieristica in Italia: etica, deontologia ed evoluzione dell'identità professionale

Dott.ssa A. Cucchi, Dott.ssa C. Borgognoni, Dott.ssa E. Simonetti

29 maggio, 7-13 giugno 2012 ore 14.30-18.30 Aula B

ADE00093 – Infermieristica applicata alla medicina interna generale - Abilità Counseling nella relazione di aiuto Dott. D. Gaggia, Dott. M. Mercuri

9 maggio 2012 dalle ore 14.30 alle ore 18.30 Aula O

16 maggio 2012 dalle ore 14.30 alle ore 18.30 Aula C

23 maggio 2012 dalle ore 14.30 alle ore 18.30 Aula BADE00237 – Medicina interna specialistica – Trapianto di cellule staminali emopoietiche

Prof. A. Olivieri

17 aprile 2012 ore 14.30-18.30 Aula F

24 aprile 2012 ore 14.30-18.30 Aula E

8 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula B

ADE00302 – Medicina interna specialistica - Elementi di dermatologia inerenti all'assistenza infermieristica

Dott.ssa A. Campanati

11-18-25 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula C

ADE00323 - Medicina interna specialistica - I test diagnostici in endocrinologia

Prof. M. Boscaro, Dott.ssa E. Faloia

3 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula I

10 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula M

17 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula I

3° Anno

ADE0227A – Sanità pubblica - La movimentazione manuale dei pazienti

Dott.ssa M. Amati

15-26 marzo, 12-20 aprile 2012 ore 14.30-17.30 Aula Biblioteca (4° piano – Polo Murri)

ADE00242 – Primo soccorso - Emergenze chirurgiche toraco-addominali

Dott. R. Ghiselli

20 marzo 2012 ore 14.30-18.30 Aula P

27 marzo 2012 ore 14.30-19.00 Aula E

17 aprile 2012 ore 15.30-19.00 Aula D

ADE00300 – Primo soccorso – Tecniche di ventilazione

Prof. P. Pelaia

7 marzo 2012 ore 14.30-16.30 Auditorium Montessori

14 marzo 2012 ore 15.30-17.30 Aula R

21 marzo 2012 ore 14.30-16.30 Aula A

28 marzo 2012 ore 16.30-19.00 Aula R

18 aprile 2012 ore 15.30-19.00 Aula R

ADE00244 – Primo soccorso - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche

Dott. M. Luchetti

5 marzo 2012 ore 15.30-17.30 Aula C

19 marzo, 16-23 aprile 2012 ore 15.30-18.00 Aula C

24 aprile 2012 ore 15.30-18.00 Aula D

CdL in Infermieristica Polo didattico di Pesaro

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00101 – Infermieristica generale e teorie del nursing - Il Codice Deontologico dell'infermiere

Dott.ssa M. Nicolino

19-26-28 marzo, 16 aprile 2012 ore 10.30-13.30

ADE0227A – Infermieristica clinica - La movimentazione manuale dei pazienti

Dott.ssa M. Amati

2° Anno

ADE00302 – Medicina interna specialistica - Elementi di dermatologia inerenti all'assistenza infermieristica

Dott. M. Campanati

ADE00363 – Medicina interna specialistica – Cure palliative in Oncologia

Prof. S. Cascinu

ADE00299 – Medicina interna specialistica - Malassorbimenti e celiachia

Dott. M. Marzoni

ADE00283 - Medicina interna specialistica - Le cellule staminali: applicazioni in ematologia ed in Medicina rigenerativa

Dott. G. Visani

ADE00329 – Pediatria e Neonatologia – Infermieristica applicata alla Neonatologia

Dott. L. Tartagni

ADE00353 – Medicina interna specialistica – Le basi fisiologiche e cliniche dell'interpretazione dell'ECG

Dott. M. Melone, Dott. P. Bocconcelli

3° Anno

ADE241PU – Chirurgia generale e specialistica - La ricostruzione della mammella

Prof. G. Di Benedetto

22-29 marzo, 12 aprile 2012 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

ADE325PU – Chirurgia generale e specialistica – L'Urologia pratica in ospedale

Dott. D. Minardi

16-23 aprile, 7 maggio 2012 dalle ore 14.30 alle ore 18.30

ADE00300 – Primo soccorso – Tecniche di ventilazione

Prof. P. Pelaia

17-26 aprile 2012 dalle ore 14.30 alle ore 16.30

10 maggio 2012 dalle ore 11.30 alle ore 13.30 e dalle ore 14.30 alle ore 16.30

17 maggio 2012 dalle ore 11.30 alle ore 13.30 e dalle ore 14.30 alle ore 16.30

ADE00330 – Primo soccorso – Il trauma toracico

Dott. M. Cicetti

2-9-14-16 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00

ADE00364 – Primo soccorso – Problematiche cliniche e gestione del paziente

Dott. A. Costantini

24 aprile, 3 maggio 2012 dalle ore 14.30 alle ore 17.30

8-15 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00

ADE00097 – Sanità pubblica - Aspetti giuridici delle professioni sanitarie

Prof. A. Tagliabracci

8-11-15-18 maggio 2012 dalle ore 11.30 alle ore 14.30



CdL in Infermieristica Polo didattico di Macerata

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00134 – Patologia e microbiologia clinica - La risposta immunitaria contro i tumori e i trapianti
Dott.ssa M.R. Rippo
12-16-19-23 aprile 2012 dalle ore 8.30 alle ore 11.30
ADE00251 – Infermieristica clinica - La responsabilità infermieristica nella somministrazione dei farmaci
Dott. R. Rocchi
28 marzo, 13-18 aprile 2012 dalle ore 14.30 alle ore 18.30

2° Anno

ADE00237 – Medicina interna specialistica – Trapianto di cellule staminali emopoietiche
Dott.ssa A. Poloni
18-25 maggio, 1 giugno 2012 dalle ore 9.30 alle ore 13.30
ADE00302 – Medicina interna specialistica - Elementi di dermatologia inerenti all'assistenza infermieristica
Dott.ssa A. Campanati
29-30 maggio, 6 giugno 2012 dalle ore 9.30 alle ore 13.30
ADE00323 – Medicina interna specialistica – I test diagnostici in endocrinologia
Dott. G. Balercia
4-8 giugno 2012 dalle ore 12.30 alle ore 18.30

3° Anno

ADE00305 – Primo soccorso – Stati di shock
Dott. Donati
13-20-27 aprile 2012 dalle ore 9.00 alle ore 13.00
ADE00354 – Primo soccorso – Maxi emergenze pre e intra ospedaliere
Dott. E. Zamponi
26 marzo 2012 dalle ore 14.30 alle ore 17.30
28 marzo, 18 aprile 2012 dalle ore 11.30 alle ore 14.30
23 aprile 2012 dalle ore 14.30 alle ore 17.30
ADE00306 – Primo soccorso – Peritonite, sepsi e shock settico
Dott. F. Mocchegiani
27 marzo, 17-24 aprile 2012 dalle ore 9.30 alle ore 13.30

CdL in Infermieristica Polo didattico di Ascoli Piceno

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00350 - Infermieristica generale e teorie del nursing - Dalle fonti dell'etica infermieristica al codice deontologico dell'infermiere
Dott.ssa L. Passaretti

2° Anno

ADE00356 – Medicina interna specialistica – L'ECG: basi teorico-pratiche
Dott. V.M. Parato
ADE00237 – Medicina interna specialistica – Trapianto di cellule staminali emopoietiche
Dott. P. Galieni
ADE00253 – Medicina interna specialistica - Malattie delle vie biliari e pancreatiche
Prof. G. Macarri
ADE00302 – Medicina interna specialistica - Elementi di dermatologia inerenti all'assistenza infermieristica
Dott.ssa A. Campanati

3° Anno

ADE240AP – Chirurgia generale e specialistica - Le ulcere cutanee
Dott. A. Scalise
15 marzo 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30
16 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 18.00
22 marzo 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30
ADE00357 – Infermieristica applicata alla chirurgia generale, specialistica e psi-

chiatrica – La contenzione fisica

Dott.ssa M. Amadio, Dott.ssa P.L. Ciapanna

12-19-20 aprile 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

ADE00242 – Primo soccorso - Emergenze chirurgiche toraco-addominali

Dott. F. Mocchegiani

17-24-30 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

ADE00305 – Primo soccorso – Stati di shock

Dott. Donati

17 aprile 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

20 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

24 aprile 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

ADE00333 – Primo soccorso – Il paziente intossicato in pronto soccorso. Elementi di tossicologia clinica

Dott. M. Loria

12-13 aprile, 2 maggio 2012 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

ADE00278 – Sanità pubblica - La movimentazione manuale dei pazienti

Prof. M. Valentino

16 aprile 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

18 aprile 2012 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

23 aprile 2012 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

CdL in Infermieristica Polo didattico di Fermo

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00132 – Infermieristica clinica - Prove d'efficacia per il nursing degli accessi vascolari

Dott. A. Santarelli

21-30 marzo, 17 aprile 2012 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

2° Anno

ADE00293 – Medicina interna specialistica - Le sindromi mielodisplastiche

Dott. P. Simoni

15-22-29 maggio, 5 giugno 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00

ADE00253 – Medicina interna specialistica - Malattie delle vie biliari e pancreatiche

Prof. G. Macarri

30 maggio, 6-13 giugno 2012 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

ADE00302 – Medicina interna specialistica - Elementi di dermatologia inerenti all'assistenza infermieristica

Dott.ssa A. Campanati

12-19-26 giugno 2012 dalle ore 9.30 alle ore 13.30

3° Anno

ADE00244 – Primo soccorso - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche

Dott. M. Luchetti

7-14-21 marzo, 17 aprile 2012 dalle ore 10.00 alle ore 13.00

ADE00061 – Primo soccorso – Malattie infiammatorie croniche intestinali

Prof.ssa C. Marmorale

6-13-20-27 marzo 2012 dalle ore 14.00 alle ore 17.00

CdL in Ostetricia

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

Etica: 7 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 Aula H - 17 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula H - 28 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula N

Diritto Internazionale Umanitario: 10 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri) - 14 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.30 Aula Biblioteca (4° piano Polo Murri) - 23 maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 18.30 Aula 1 (4° piano Polo Murri)

Tecnica e Sanità Militare: 21 - 25 Maggio 2012 dalle ore 15.00 alle ore 19.00 Aula 1 (4° piano Polo Murri) - Esame: 31 maggio 2012 ore 15.00 Aula H

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6



Corsi Monografici

1° Anno

ADE00135 – Fisiologia della riproduzione - La contraccezione

Dott. A. Turi

20 marzo 2012 ore 14.30-17.00 Aula E

27 marzo 2012 ore 14.30-17.00 Aula M

12 aprile 2012 ore 8.30-13.30 Aula N

20 aprile 2012 ore 8.00-10.00 Aula N

2° Anno

ADE00137 – Patologia ostetrica - Malattie sessualmente trasmesse

Dott.ssa O. Simonetti

17 aprile, 8-15 maggio 2012 ore 15.00-19.00 Aula E

ADE00138 – Patologia ostetrica – Il parto e le sue emergenze

Dott. S.R. Giannubilo

17 maggio 2012 ore 15.00-19.00 Aula M

24 maggio 2012 ore 15.00-19.00 Aula L

31 maggio 2012 ore 15.00-19.00 Aula M

3° Anno

ADE00259 – Scienze infermieristiche ost. gin. III - Il parto extraospedaliero in casa di maternità

Sig.ra Simonetta Silenzi, Dott.ssa L. Fermani

5 marzo 2012 ore 9.00-12.00 Aula S

12 marzo 2012 ore 9.00-12.00 Aula C

28 marzo, 19 aprile 2012 ore 11.30-14.30 Aula C

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

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

2° Anno

ADE0148A – Scienze della prevenzione nell'ambiente – Il documento di valutazione dei rischi

Prof. P. Pierpaoli

10-15 maggio 2012 ore 14.00-17.00 Aula L

17 maggio 2012 ore 14.00-18.00 Aula L

ADE00261 – Scienze della prevenzione nel lavoro - La sicurezza in edilizia

Dott.ssa C. Pieroni

8-14 maggio 2012 ore 8.30-11.30 Aula H

15 maggio 2012 ore 8.30-12.30 Aula H

CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

2° Anno

ADE00275 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini IV - Rischio nelle attività diagnostiche e nelle procedure invasive

Dott.ssa E. Adrario

Mutuato con CdL in Tecniche di Radiologia

23 aprile, 7-14-21-28 maggio 2012 ore 13.30-15.30 Aula C

ADE00237 – Scienze interdisciplinari cliniche – Trapianto di cellule staminali emopoietiche

Dott.ssa A. Olivieri

17 aprile 2012 ore 14.30-18.30 Aula F

24 aprile 2012 ore 14.30-18.30 Aula E

8 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula C

3° Anno

ADE00358 – Medicina legale, igiene e norme di sicurezza e radioprotezione - Codice deontologico del tecnico sanitario

Prof. R. Giorgetti

30 marzo, 13 aprile 2012 ore 13.30-16.30 Aula G

20 aprile 2012 ore 13.30-17.30 Aula G

CdL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum Il programma dei Forum è presentato a pagina 6

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00270 – Diagnostica per immagini tradizionale e contrastografica - I rilevatori nelle attività di fisica sanitaria: dosimetria in radioterapia, rivelatori a termoluminescenza, rivelatori a stato solido nella registrazione dell'immagine digitale

Dott.ssa M. Giacometti, Dott.ssa S. Maggi

22-29 maggio, 5-12 giugno 2012 ore 14.30-17.00 Aula M

2° Anno

ADE00162 – Sistemi informatici e archiviazione II - Diagnostica per Immagini Integrata nello Studio dell'Apparato Osteo-Articolare

Dott. G. Valeri

18-21 maggio 2012 ore 14.30-17.30 Aula N

24 maggio 2012 ore 14.30-18.30 Aula N

3° Anno

ADE00358 – Sanità pubblica - Codice deontologico del tecnico sanitario

Prof. R. Giorgetti

Mutuato con CdL in Tecniche di Laboratorio

30 marzo, 13 aprile 2012 ore 13.30-16.30 Aula G

20 aprile 2012 ore 13.30-17.30 Aula G

ADE00361 – Sanità pubblica – Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi

Prof. G. Raggetti

15-22 maggio 2012 ore 15.30-18.30 Aula A

29 maggio 2012 ore 15.30-19.30 Aula A

ADE00275 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini IV - Rischio nelle attività diagnostiche e nelle procedure invasive

Dott.ssa E. Adrario

23 aprile, 7-14-21-28 maggio 2012 ore 13.30-15.30 Aula C



Forum Multiprofessionali di Scienze Umane Mercoledì ore 16,00 - 18,30

ADE03A08 Storia della Medicina

Prof.ssa Stefania Fortuna

14 - 21 - 28 marzo, Aula T

18 aprile, Auditorium Montessori

ADE09F0R Etica medica

Prof. Armando Gabrielli

9 - 23 - 30 maggio, Aula T

16 maggio, Auditorium Montessori





CLM in Medicina e Chirurgia
Attività Formativa Professionalizzante

Terzo anno, secondo semestre, Gruppi con indicazione e recapito dei tutor

Gruppo	Matricola	Cognome e Nome	Tutor e periodi assegnati ai singoli skill s		
			Anamnesi (Aula R)	Igiene (Aula F)	Esame Obiettivo Base
A	A1	1040333 CHAMEDIN ROUBA	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 03/4 e 04/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott. Augusto Taccaliti Clinica di Endocrinologia Tel. 071-5964401 a.taccaliti@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040634 CUTINI MELISSA			
		1040635 DAMIANI VALENTINA			
		1041002 EL ALI WISSAM			
		1041761 EL RAMADAN MOHAMAD			
		1040340 NAJAFI MASOUMEH			
		1040335 TALLAS DESIANA			
	A2	1040685 CORRADINI GIANLUCA MARIA	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 03/4 e 04/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott. Gianluca Moroncini Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Tel. 071-2206247 g.moroncini@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1032163 FRATTI MARCO			
		1040369 MARINELLI MATTIA			
		1040370 VECCIA DIEGO			
		1040392 ZICARELLI FEDERICO			
		1040382 ZOPPI FEDERICA			
		-			
	A3	1040647 ASCOLANI GIOVANNI	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 03/4 e 04/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott.ssa Rossana Berardi Clinica di Oncologia Medica Tel. 071-5965715 r.berardi@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040636 MARTINI ALESSANDRO			
		1040700 PAOLINELLI MATTEO			
		1040612 SORDONI STELLA			
		1040360 TACCALITI MARTINA			
		1022603 TANCREDI TERESA			
		-			
	A4	1040631 BIANCHI ALESSANDRO	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 03/4 e 04/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 12/4 e 13/4	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040363 BORRACCETTI NATALIA			
		1040686 CUPIDO CLAUDIO			
		1040387 LEONE FEDERICA			
		1040690 MARCONI CHIARA			
		1040376 PIUNTI BEATRICE			
B		1040374 RITA VERONICA			
	B1	1040614 CASCIANI FABIO	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 03/4 e 04/4	Dott. Marco Marzioni Clinica di Gastroenterologia Tel. 071-2206043 m.marzioni@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040697 MAZZANTI LAURA			
		1032357 MENTRASTI DAMIANO			
		1030659 PENNACCHIONI ANDREA			
		1040388 SANTARELLI MARCO			
		1040389 URBANO GIUSEPPINA			
		-			
	B2	1040698 AVILA LOAYZA SILVANA	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 03/4 e 04/4	Prof. Alessandro Capucci Clinica di Cardiologia Tel. 071-5965440 a.capucci@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040616 CAPRARI PAOLA			
		1041045 LANCIOTTI LUCIA			
		1041047 PIERINI LAURA			
		1040611 POTENTE ELEONORA			
		1041259 PUCCI ALESSANDRO			
		1040366 TRONCONI FRANCESCA			
	B3	1040646 CECCARELLI LUCA	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 03/4 e 04/4	Prof. Walter Grassi Clinica Reumatologica Ospedale "Murri" Jesi Tel. 0731-534133 walter.grassi@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040618 CESARETTI SILVIA			
		1041262 DI LORETO EUGENIA			
		1040630 FORCONI RICCARDO			
		1040643 PETRINI DANIELE			
		1041005 PIAZZAI FRANCESCO			
		1040617 PROCICCHIANI LUDOVICA			





VITA DELLA FACOLTÀ

Gruppo		Matricola	Cognome e Nome	Tutor e periodi assegnati ai singoli skill s		
				Anamnesi (Aula R)	Igiene (Aula F)	Esame Obiettivo Base
B4		1040380	BARBOTTI FEDERICA	Prof. Roberto Ghiselli SOD Metodologia Clinica Tel. 071-8003713 r.ghiselli@univpm.it 12/4 e 13/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 03/4 e 04/4	Prof. Marco Boscaro Clinica di Endocrinologia Tel. 071-887061 m.boscaro@univpm.it dal 26/3 al 02/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040628	CATALANI CHIARA			
		1035604	EMELURUMONYE IFEOMA NNEKA			
		1036460	ENEA GIULIA			
		1040688	GORGOGNONE ROBERTA			
		1041051	MONTANI NICOLETTA			
		1040696	PICCHINI LAURA			
C	C1	1040633	COCOMAZZI FRANCESCO	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 30/3 e 02/4	Prof. Riccardo Sarzani Clinica di Medicina Interna Tel. 071-5963269 r.sarzani@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 07/5 al 14/5
		1038243	ISOPI CLAUDIO			
		1040362	PAGNANELLI MICHELE			
		1037950	PETRACCI PAOLO			
		1035807	PIERONI JACOPO			
		1041054	ROCCETTI STEFANO			
		1038250	ROIA DANIELE			
	C2	1040372	CACCIAGIUI SONIA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 30/3 e 02/4	Dott.ssa Emma Espinosa Clinica di Medicina Interna Tel. 071-5963256 e.espinosa@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 07/5 al 14/5
		1041048	GIORGETTI ARIANNA			
		1040625	MACHARIS FABRIZIO			
		1040371	MARTELLI MARGHERITA			
		1040689	MENTRASTI GIULIA			
		1040639	NATANTI ALICE			
	C3	1040624	PELLICCONI PAOLO	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 30/3 e 02/4	Dott. Gianluca Svegliati Baroni Clinica di Gastroenterologia Tel. 071-2206043 g.svegliati@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 07/5 al 14/5
		1040638	ARCERI SEBASTIANO			
		1040394	CACIORGNA ALESSANDRA			
		1040927	DJOUKENG KENFACCHRISTELE			
		1040623	FALINI ALESSIO			
		1040368	FERRERO AMANDA			
		1040383	PEROZZI LAURA			
	C4	1036472	SCORCELLA SAMUELE	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 30/3 e 02/4	Prof. Fausto Salaffi Clinica Reumatologica Ospedale "Murrì" Jesi Tel. 0731-534128 fsalaffi@tin.it dal 03/4 al 17/4 e dal 07/5 al 14/5
		1037394	CASSIANI LORENZO			
		1040364	CERIONI EMANUELE			
		1040384	GREGORI PERSEO			
		1040385	PIRANI FILIPPO			
		1037585	SCHIAVONI SILVIA			
D	D1	1040620	SERPENTINI MATTIA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 26/3 e 27/3	Prof. Alessandro Capucci Clinica di Cardiologia Tel. 071-5965440 a.capucci@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1041257	DI RUSCIO ROBERTO			
		1040378	DI UBALDO FRANCESCO MARIA			
		1040644	MARCONI VALENTINA			
		1036224	MARCONI FABIO			
		1040610	MARCOTULLI DANIELE			
	D2	1040373	MUZI ALESSIO	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 28/3 e 29/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 26/3 e 27/3	Prof. Francesco Barchiesi Clinica di Malattie Infettive Tel. 071-5963426 f.barchiesi@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		-				
		1040683	COMPAGNUCCI PAOLO			
		1037217	FIDECICCHI ANDREA			
		1040396	LUCARELLI ANDREA			
		1038366	PACI VALENTINO			
		1040386	ROBUFFO GIORGIO			
		1040637	SAMPAOLES MATTIA			



ATTIVITÀ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE



Gruppo	Matricola	Cognome e Nome		Tutor e periodi assegnati ai singoli skill s		
				Anamnesi (Aula R)	Igiene (Aula F)	Esame Obiettivo Base
D		1038092	SBARAGLIA FRANCESCO			
	D3	1040627	ALFONSI LORENZO	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 28/3 e 29/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott. Mocchegiani Federico SOD Chirurgia dei Trapianti Tel. 071-5965727 federicomocchegiani@hotmail.com dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1040694	PAOLETTI SAMUELA			
		1037325	PAOLUCCI ALYCE			
		1040691	PELLICCONI ANDREA			
		1040640	PICCININI GIOIA			
		1040641	ROLANDO MARCO			
		1040629	SACCO MICHELE			
	D4	1040379	BENEDETTI CACCIA ANDREA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 28/3 e 29/3	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 26/3 e 27/3	Dott.ssa Rossana Berardi Clinica di Oncologia Medica Tel. 071-5965715 r.berardi@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1040693	DI BATTISTA JACOPO			
		1040365	DIANA ALESSANDRO			
		1041044	FOGANTE MARCO			
		1040687	MANFREDI ALESSANDRO			
		1040645	PALAZZI MATTEO			
		1041056	PASQUALI RICCARDO			
E	E1	1038087	CALCINARO MONICA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 30/3 e 02/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 28/3 e 29/3	Dott. Marco Marzioni Clinica di Gastroenterologia Tel. 071-2206043 m.marzioni@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1040699	DIOTALLEVI FEDERICO			
		1040377	GUBBINELLI VALENTINA			
		1040375	MAZZETTI MARTA			
		1040682	MENGHINI DENISE			
		1040381	TIBERI VALENTINA			
		1041052	VALERI ILARIA			
	E2	1036139	GHIRELLI GIULIA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 30/3 e 02/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 28/3 e 29/3	Prof. Mario Guerrieri SOD Metodologia Clinica Tel. 071-5963317 m.guerrieri@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1041055	GRACIOTTI MAREA			
		1038247	MALENA ELISA			
		1040684	MONACO FEDERICA			
		1040692	PIGLIAPOCO MARTINA			
		1040642	PJETRAJ DORINA			
		1037909	SCATIZZA LAURA			
	E3	1040626	CERIONI CANONE MARTINA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 30/3 e 02/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 28/3 e 29/3	Prof. Walter Grassi Clinica Reumatologica Ospedale "Murri" Jesi Tel. 0731-534133 walter.grassi@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1037933	FLORENIN MELANIA			
		1040615	GIAMPIERI ROBERTA			
		1040632	POMPILI SIMONE			
		1040622	RISTE' FEDERICA			
		1040621	TACCALITI CHIARA			
		1037685	TIBERI ELISA			
	E4	1040393	BONIFAZI CLAUDIA	Dott. Michele M. Luchetti Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Imm. Clinica Tel. 071-2206195 m.luchetti@univpm.it 30/3 e 02/4	Dott.ssa Pamela Barbadoro Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Tel. 071-2206200 p.barbadoro@univpm.it 28/3 e 29/3	Dott. Augusto Taccaliti Clinica di Endocrinologia Tel. 071-5964401 a.taccaliti@univpm.it dal 03/4 al 17/4 e dal 15/5 al 22/5
		1041256	CASCIOLI GENNY			
		1041255	FRATESI MARIA GIOVANNA			
		1040367	MARCUCCI MATTEO			
		1041050	ORAZI MARIA AZZURRA			
		1040619	PAPIRI GIULIO			
		1040336	TATIEZE ATIEUMO MATHURIN			



Fattori predittivi di fibrillazione atriale parossistica e persistente

Introduzione

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia cardiaca più frequente nella pratica clinica, caratterizzata da un'attivazione caotica e incordinata degli atri, che si traduce nella perdita della contrattilità atriale e si manifesta all'ECG di superficie con la scomparsa delle onde P e con la presenza di intervalli RR irregolari.¹

Nella genesi della FA giocano un ruolo cruciale numerosi fattori di rischio, in primis l'ipertensione arteriosa (50-65% dei casi), seguita dal diabete mellito (15-20% dei casi), l'obesità e il fumo. Recentemente sono stati inoltre identificati dei nuovi fattori di rischio. Tra questi vanno menzionati l'aumento delle concentrazioni ematiche dei marker infiammatori, un'elevata pressione arteriosa differenziale, i polimorfismi genetici riguardanti le giunzioni intercellulari o i canali di membrana, il BMI e le apnee ostruttive notturne.²

La sintomatologia avvertita dal paziente (Tab. 1) si presenta con un ampio spettro: dalla totale asintomaticità (10%), più frequente per le FA a media risposta (60-90 bpm), ad un corteo di irregolarità del polso, palpitazioni, dolore toracico, dispnea e affaticamento (90%) che si riscontrano prevalentemente nella FA ad alta risposta (> 90 bpm). Episodi lipotimici o francamente sincopali possono verificarsi in particolare quando la risposta ventricolare è troppo bassa, espressione solitamente di una sottostante malattia del nodo del seno (NSA), o al contrario troppo alta, qualora si associ ad una condizione di ostruzione al flusso (es. stenosi mitralica) o ancora a causa di una via di conduzione atrioventricolare anomala che, bypassando il nodo atrioventricolare, determini una fibrillazione ventricolare.¹

Una certa percentuale di pazienti, inoltre, riferisce la comparsa, soprattutto all'inizio o al termine dell'aritmia, di un episodio di *poliuria*. Questa, definita empiricamente come la produzione di una quantità di urine pari o superiore a 3 litri nelle 24 ore³, si è visto associarsi, in letteratura, a circa il 50% dei pazienti con tachiaritmie sopraventricolari ad atrio contrattile, come probabile conseguenza del rilascio e dell'azione diretta e indiretta dei

peptidi natriuretici atriale (ANP) e ventricolare (BNP). E' ben noto⁴ infatti come tutte le tachiaritmie sopraventricolari (Fig.1) si accompagnino ad un'elevazione delle concentrazioni plasmatiche di ANP e BNP ed ad una importante discesa di tali valori dopo il termine dell'episodio, indipendentemente dalla modalità con la quale avvenga il ripristino del ritmo sinusale (spontanea, farmacologica, elettrica).

Questa drammatica riduzione dei livelli dei peptidi natriuretici, ed in particolar modo del BNP, è stata dimostrata anche nei pazienti con fibrillazione atriale idiopatica. A tutt'oggi però il meccanismo che rende conto della presenza/assenza di poliuria a fronte dell'innalzamento dei peptidi natriuretici non è ben noto.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di studiare la fisiopatologia del sintomo poliuria e la sua correlazione con i peptidi natriuretici, al fine di poterne spiegare la sua esistenza in associazione alla fibrillazione atriale, quale aritmia ad atrio non contrattile.

Metodi

Sono stati arruolati 80 pazienti con FA parossistica o persistente (57 M, 23 F) ricoverati elettivamente presso la Clinica di Cardiologia, Ospedali Riuniti di Ancona, per eseguire una valutazione e/o cardioversione elettrica. Alla visita di screening e arruolamento, durante l'episodio di FA, i pazienti sono stati sottoposti ad elettrocardiogramma (ECG), ecocardiogramma transtoracico, dosaggio del BNP plasmatico e ad un'accurata anamnesi, raccogliendo dati in merito alla cardiopatia di base, alla terapia in atto, alla storia di FA (numero di precedenti episodi, numero di precedenti cardioversioni, durata dell'episodio attuale di FA) e alle caratteristiche sintomatologiche dell'episodio con particolare attenzione alla presenza/assenza di poliuria.

A 24 ore dalla cardioversione elettrica, abbiamo ripetuto l'ECG, l'ecocardiogramma transtoracico, il dosaggio del BNP plasmatico e dell'ADH nell'urine raccolte nelle 24

Symptoms	Total Population (n=756)	Paroxysmal AF (n=167)	Chronic AF (n=389)	Recent Onset AF (n=200)
Palpitations (%)	409 (54.1)	132 (79.0)	174 (44.7)	103 (51.5)
Chest pain (%)	76 (10.1)	22 (13.2)	32 (8.2)	22 (11.0)
Dyspnea (%)	336 (44.4)	38 (22.8)	182 (46.8)	116 (58.0)
Syncope, dizzy spells (%)	79 (10.4)	29 (17.4)	31 (8.0)	19 (9.5)
Fatigue (%)	108 (14.3)	21 (12.6)	51 (13.1)	36 (18.0)
Other (%)	7 (0.9)	0	7 (1.8)	0
None (%)	86 (11.4)	9 (5.4)	63 (16.2)	14 (7.0)

Tab. 1 - Incidenza dei vari sintomi distinti in base alla tipologia di fibrillazione atriale.

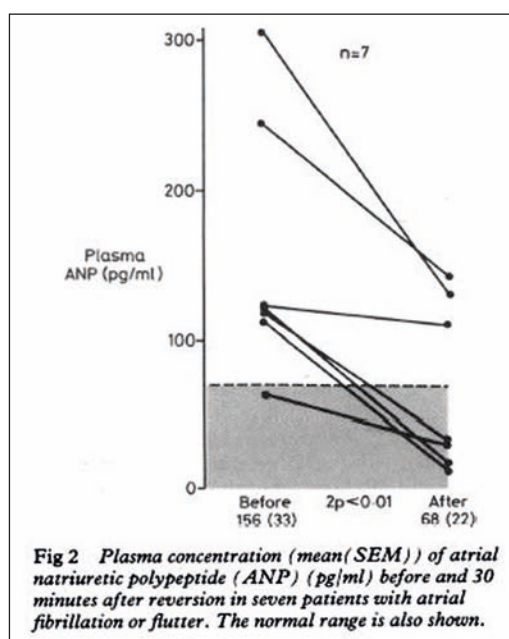


Fig. 1 - Discesa dei livelli sierici di ANP prima e dopo 30 minuti da CV (da Jourdain et al. 2002⁴).

ore (dall'arruolamento del paziente al giorno successivo alla cardioversione elettrica).

Risultati

Del campione di pazienti arruolato nello studio, il 22% presentava FA Lone, mentre il 78% FA secondaria.

In quest'ultimo sottogruppo, erano ricompresi pazienti con cardiopatia ipertensiva, cardiopatia ischemica, cardiopatia valvolare, e una certa percentuale di pazienti ipertesi, senza alcuna evidenza di cardiopatia sottostante, ma non inquadrabili nel gruppo di pazienti con FA Lone. (Fig. 2)

Il sintomo riferito poliuria si osservava in 22 pazienti (27,8%). La poliuria risultava indipendente da numerose variabili proprie del soggetto (sesso ed età), nonché dalle cardiopatie sottostanti e dalla terapia farmacologica. Inoltre si è osservato che il BMI (Body Mass Index) esercitava un'importante influenza sulla presenza o meno del suddetto sintomo. Tra i soggetti con FA secondaria, infine, la poliuria si associava in maniera statisticamente significativa con un diverso andamento della fibrillazione atriale nel tempo e con una miglior funzionalità del ventricolo sinistro, sia in termini di frazione d'eiezione che di volume tele sistolico. Il sintomo poliuria, in ultimo, si presentava con maggior frequenza in associazione a cardiopalmo e polidipsia.

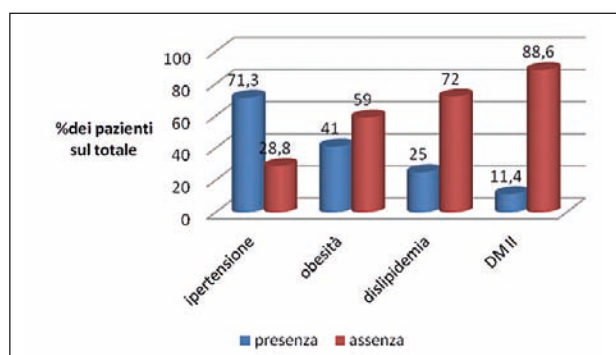


Fig. 2 - Distribuzione percentuale delle comorbidità all'interno del campione in studio.

Conclusioni

Dal nostro studio emerge come la poliuria, seppur presente, non si associ frequentemente alla fibrillazione atriale, rimanendo svincolata dalle caratteristiche dell'evento aritmico, dalla terapia in corso e da variabili proprie del soggetto, nonché da eventuali cardiopatie associate. Tuttavia, proprio per la sua indipendenza da numerosi fattori, costituisce un marker significativo nell'espressione sintomatologica della fibrillazione (associata a *cardiopalmo* e *polidipsia*) e nel monitoraggio della funzionalità del ventricolo sinistro, suggerendo così un suo possibile effetto benefico soprattutto nei soggetti con fibrillazione atriale secondaria. Inoltre la stretta correlazione tra obesità e FA getta le basi per una nuova ricerca atta a individuare i fondamenti di tale coesione, che sembrano risiedere proprio nella poliuria e negli effetti derivanti dalla liberazione dal peptide natriuretico atriale, il cui monitoraggio potrebbe contribuire all'eventuale anticipazione del sintomo poliuria e alla miglior gestione del paziente con fibrillazione atriale.

Bibliografia

- 1) S. Lévy, M. Maarek, P. Coumel, L. Guize, J. Lekieffre, J. Medvedowsky, and A. Sebaoun, Characterization of Different Subsets of Atrial Fibrillation in General Practice in France: the ALFA study, *Circulation*, vol. 99, 1999, pp. 3028-3035.
- 2) A. Raviolo (Chairman), M. Disertori (Chairman), P. Alboni, E. Bertaglia, G. Botto, M. Brignole, R. Cappato, A. Capucci, M. Del Greco, R. De Ponti, M. Di Biase, G. Di Pasquale, M. Gulizia, F. Lombardi, S. Themistoclakis, M. Tritto *Linee guida AIAC 2010 per la gestione e il trattamento della fibrillazione atriale*, 2010, pp. 10.
- 3) *Harrisons Principles of Internal Medicine*, 16/e, D.L. Kasper, E. Braunwald, A.S. Fauci, S.L. Hauser, D.L. Longo, J.L. Jameson McGraw-Hill, 2005, pp.1542.
- 4) Jourdain P, Bellorini M, Funck F, et al. Short-term effects of sinus rhythm restoration in patients with lone atrial fibrillation: a hormonal study. *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 263-7.

Il concetto di bisogno nell'Infermieristica

Il concetto di bisogno ha segnato lo sviluppo delle teorie infermieristiche, sebbene ora sia stato relativizzato da quello di funzione o di dominio, che ha modificato in gran parte il modello concettuale della pianificazione assistenziale e il ruolo del professionista¹⁻². Per bisogno si intende la dipendenza dell'essere vivente, quanto alla sua vita o ai suoi differenti interessi, da altre cose e da altri esseri. Si parla in questo senso di bisogni materiali o corporei, bisogni psicologici, bisogni sociali, bisogni culturali e spirituali, bisogno di disciplina o di regole, bisogno di libertà, bisogni di affetto e di felicità, bisogni di aiuto, di comunicazione, ecc. Ogni tipo e forma possibile di rapporto tra uomo e cose e tra uomo ed altri uomini può essere considerato sotto l'aspetto del bisogno, la qual cosa implica la dipendenza dell'essere umano da tali rapporti. Il bisogno è la manifestazione di uno squilibrio, uno stato di necessità in cui l'equilibrio ha subito una rottura; è inteso anche come una lacuna (mancanza di qualcosa) che se non colmata fa scaturire un problema o uno stato di disagio. Di solito i bisogni scaturiscono: dalle esigenze umane, dalle condizioni di necessità, dalla mancanza di benessere, dalla carenza di qualcosa. Il bisogno è la manifestazione di uno squilibrio: si ha bisogno quando qualcosa al di fuori e dentro noi, una nostra struttura fisica o mentale, un nostro riferimento sociale si è modificato. Si tratta di riadattare la condotta in funzione di questo cambiamento. L'azione si esaurisce quando si è ristabilito l'equilibrio tra il fatto che ha provocato il bisogno e la nostra organizzazione mentale quale si presentava anteriormente ad esso. Il bisogno è stato studiato da diverse discipline, tra cui la filosofia³, la psicologia⁴⁻⁵, le scienze politiche ed economiche⁶⁻⁷⁻⁸, l'infermieristica. A noi interessa affrontare il concetto di bisogno nelle teorie dell'Infermieristica

Il bisogno nell'Infermieristica – Diverse teoriche del Nursing hanno trattato del bisogno. Ne presentiamo quattro: Virginia Henderson, Dorothea Orem, Dorothy Johnson e Helen C. Erickson.

Per Virginia Henderson (1897-1996) l'infermiere è temporaneamente la coscienza di chi si trova in stato di incoscienza, l'amore per la vita del suicida, la gamba di chi ha subito l'amputazione, gli occhi del cieco, il mezzo di locomozione del neonato, la consulente, la confidente e la portavoce dei più deboli. La peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono

alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile. Virginia Henderson ha espresso e analizzato quali erano i bisogni fondamentali dell'essere umano identificandone quattordici, che sono poi diventati oggetto di accertamento e di cure infermieristiche:

1. Respirare normalmente.
2. Mangiare e bere in modo adeguato.
3. Eliminare i rifiuti del corpo.
4. Muoversi e mantenere una posizione desiderata.
5. Dormire e riposare.
6. Scegliere il vestiario adeguato; vestirsi e svestirsi.
7. Mantenere la temperatura corporea a un livello normale, scegliendo il vestiario adeguato e modificando l'ambiente.
8. Tenere il corpo pulito, i capelli, la barba e i vestiti ben sistemati e proteggere il tegumento.
9. Evitare i pericoli derivati dall'ambiente ed evitare di ferire altri.
10. Comunicare con gli altri esprimendo emozioni, bisogni, paure o opinioni.
11. Seguire la propria fede.



Fig. 1 - Virginia Henderson.

12. Lavorare in modo da rendersi conto di un certo risultato.
13. Giocare o partecipare a varie forme di ricreazione.
14. Imparare, scoprire o soddisfare la curiosità che porta a un normale sviluppo e alla salute e usare tutti i mezzi disponibili per la salute.

I bisogni fondamentali dell'uomo non si manifestano in modo uguale per tutti, ma sono in relazione a: età, temperamento, ambiente sociale, ambiente familiare, ambiente lavorativo.

Ogni bisogno fondamentale viene considerato sotto tre dimensioni: a) bio-fisiologica (patrimonio genetico, età, sesso, funzionamento degli organi e anatomia), b) psicologica (influenza delle emozioni: carattere, sentimenti e umore); c) socio-culturale (strutture sociali, interazioni e fenomeni sociali, famiglia e gruppi, cultura corrispondenti alle strutture sociali)⁹.

Per *Dorothea Orem* (1914-2007) l'uomo è un essere bio-psico-sociale in continua relazione con l'ambiente esterno, che nel *continuum* salute-malattia della vita può presentare diverse situazioni di bisogno. Il bisogno è la carenza di un oggetto desiderato, una "mancanza di", una motivazione fondamentale per ogni essere umano



Fig. 2 - Dorothea Orem.

malato o sano. Secondo la Orem le circostanze in cui si presentano bisogni sono: presenza o assenza di malattia, qualità dello stato di salute della persona, avvenimenti e circostanze della vita. Esistono due fondamentali gruppi di bisogno: di base (aria, acqua, cibo, ecc.) e in relazione alle alterazioni della stato di salute. In caso di malattia o di infortunio la persona non riesce a soddisfare ai propri bisogni in autonomia. Il bisogno di aiuto può essere espresso dall'individuo o identificato dall'esterno. La condizione che convalida l'intervento infermieristico è l'assenza della capacità di mantenere in modo continuativo la qualità della cura di sé. Scopo del *self-care*, attività che viene appresa ed orientata al raggiungimento di determinati obiettivi, è contribuire all'integrità strutturale, al funzionamento e allo sviluppo dell'essere umano. Nella sua teoria dei sistemi, la Orem ne individua tre: a) sistema totalmente compensatorio alla cura di sé del paziente, quando il paziente non può da solo; b) sistema parzialmente compensatorio della cura di sé del paziente, quando l'infermiere partecipa; c) sistema educativo e di sostegno quando il paziente è in grado di compiere e di apprendere i vari aspetti della cura di sé. L'infermiere può agire in vece del paziente, orientarlo e guidarlo, sostenerlo sul piano fisico e psicologico, promuovere la creazione di un ambiente favorevole allo sviluppo, fornirgli un'educazione continua.

Dorothy Johnson (1905-1984) concentra il suo lavoro sui comuni bisogni umani, sul prendersi cura e sul dare benessere e sulla riduzione dello stress¹⁰. Ha le sue origini nello studio della Nightingale e della teoria generale dei sistemi. La persona è considerata un sistema di comportamenti. Azioni e risposte della persona costituiscono un sistema di sottosistemi interagenti, per cui l'accertamento viene organizzato a partire dal loro riconoscimento. I sottosistemi sono: 1. della realizzazione; 2. dell'attaccamento o affiliativo; 3. della dipendenza, 4. dell'ingestione; 5. dell'eliminazione; 6. della sessualità; 7. dell'aggressività/protezione. Da questo modello derivano la teoria del sistema di recupero di Grubbs e quella degli imperativi di sostegno di Holaday¹¹. La persona è vista come sistema aperto, una pluralità di sottosistemi. Il comportamento è sistema, il quale è caratterizzato da sistemi ripetitivi, regolari, prevedibili e finalizzati ad obiettivi e tende sempre a raggiungere un equilibrio. I sette sottosistemi sono stati integrati con l'ottavo, che è quello di recupero. Ciascun sottosistema ha una struttura e funzione propria, oltre che ad un obiettivo basato su una pulsione univer-

sale, un set, una scelta e una azione. Questi quattro fattori contribuiscono all'attività osservabile di ogni essere umano. L'*obiettivo* di ogni sottosistema è definito come la conseguenza definitiva dei comportamenti. Alla base dell'obiettivo si trova la pulsione universale. L'obiettivo è comune a tutti gli umani, ma si presentano variazioni in base al valore attribuito all'obiettivo e alla forza della pulsione. Il set che consiste nell'agire in un certo modo in una data situazione. I set sono relativamente stabili e la loro formazione è influenzata dalle norme sociali e da variabili culturali, familiari, valoriali, percettive ed abitudinarie. La *scelta* si riferisce ai comportamenti alternativi che la persona prende in considerazione in ogni data situazione. La gamma di opzioni può essere ampia o limitata ed influenzata dal sesso, dall'età, dalla cultura e dallo stato socio-economico. L'*azione* è il comportamento osservabile, limitato dalla costituzione e dalle capacità della persona. Ogni sottosistema funziona in analogia ai sistemi fisiologici per struttura e funzionalità. Perché i sottosistemi siano efficaci l'ambiente deve garantire i requisiti funzionali e gli imperativi di sostegno necessari a proteggere da stimoli indesiderati e di disturbo. Molto interessante l'accertamento infermieristico e l'intero processo di *nursing* in base a questo modello dei sistemi comportamentali, che oggi è abbastanza in disuso. L'infermieristica ha lo scopo di mantenere, ristabilire, ottenere equilibrio o stabilità nel sistema comportamentale e nel sistema nel suo insieme. Agisce come forza regolatrice esterna per modificare o cambiare la struttura o per fornire modalità di risposta che i sottosistemi possono usare per rispondere alle esigenze funzionali della struttura stessa. L'infermiere temporaneamente impone misure di regolazione e di controllo o aiuta l'assistito a sviluppare o a migliorare i propri requisiti essenziali.

La teoria del modellamento e del modellamento di ruolo¹² nella pratica infermieristica secondo *Helen C. Erickson* (1936) sostiene che ciascun essere umano ha una visione unica del mondo e ha bisogno di mantenere il proprio ruolo nel suo modo che è unico. I professionisti dell'area sanitaria devono aiutare gli assistiti a condurre una vita di qualità e a crescere fino al massimo delle proprie potenzialità. Gli esseri umani sono costituiti da sottosistemi cognitivi, biofisici, sociali e psicologici permeati da predisposizioni genetiche e da un impulso spirituale, in continua interazione dinamica. La salute può essere definita come una sensazione di benessere dinamico che fa coincidere bene e felicità, associata alla autorealizzazione e alla trascendenza. Gli esseri umani sono in stato

di continuo cambiamento ed hanno impulsi intrinseci che motivano il loro comportamento. Questi includono un impulso alla soddisfazione dei bisogni, all'adattamento, alla

crescita e a uno sviluppo sequenziale. Quando gli individui ricevono le informazioni necessarie, un supporto emotivo adeguato ed hanno inoltre il potere di prendere decisioni soddisfacenti, avviene la crescita e il conseguente sviluppo, per cui la salute migliora. L'infermiere secondo questo modello facilita una relazione dinamica ed interpersonale con l'assistito. Aiuta la persona a identificare, sviluppare e attivare le risorse interne ed esterne necessarie per far fronte agli agenti di stress della vita per crescere e guarire. Occorre accettare incondizionatamente l'altro come individuo unico, meritevole ed importante. Quando il paziente percepisce il supporto al suo bisogno provocato dall'evento stressante ed è consapevole della possibilità di controllare l'evento, lì avviene la crescita, l'aumento delle risorse ed il benessere. Nella presa in carico l'infermiere cerca di comprendere il modello personale che l'assistito ha del proprio mondo e di apprezzare il valore e il significato che questo ha per la persona. Quest'atto di sviluppare un'immagine e di comprendere la visione del mondo altrui secondo il punto di vista altrui si chiama *modellamento*. Solo dopo l'infermiere cerca di sostenere l'individuo nell'ottenere, mantenere o promuovere la salute attraverso interventi intenzionali. Questo processo è definito *modellamento del ruolo*. L'infermiere allora identifica gli obiettivi stabiliti di comune accordo con l'assistito, promuove i punti di forza, il controllo e l'orientamento positivo della persona e costruisce la fiducia. Questi interventi sono necessari per aiutare l'assistito a raggiungere uno stato ottimale di salute percepita e di soddisfazione. Le persone sanno, magari tacitamente, di cosa hanno bisogno per migliorare e rendere ottima la salute, facilitare la propria crescita e sviluppo e per potenziare la qualità della vita. Questa conoscenza intrinseca viene chiamata conoscenza della cura di sé. Le



Fig. 3 - Dorothy Johnson.



Fig. 4 - Helen C. Erickson.

risorse interne, dalle quali l'individuo può attingere quali punti di forza per promuovere salute e crescita, e le risorse esterne, che sono le persone e la rete dei sistemi di supporto sociale, permettono di rispondere ai bisogni emergenti. Lo sviluppo e l'utilizzazione della conoscenza della cura di sé e delle risorse per la cura di sé costituiscono le azioni di cura di sé. Il potenziale di un individuo di attivare le risorse e di raggiungere una condizione di *coping* è direttamente connesso al livello di soddisfazione dei bisogni. Coloro che hanno un alto livello di soddisfazione dei bisogni sono più capaci di far fronte agli agenti stressanti e di raggiungere una condizione di equilibrio. I processi evolutivi sono compiti sequenziali, punti di forza e virtù associate con il tempo biologico. Ciascuno stadio ha un focus centrale e relativi compiti della vita che devono essere svolti. Il residuo dello stadio 1 serve da risorsa (o da ostacolo) per la risoluzione dei compiti dello stadio 2 e così via per tutto l'arco della vita. L'abilità della persona di risolvere i compiti evolutivi in modo sano (e di rielaborare il residuo precedente) dipende dalle risorse accumulate per avere soddisfatto i propri bisogni nel corso della vita. I bisogni da soddisfare nel corso della vita sono: bisogni di sopravvivenza (bisogni biofisici, bisogno di informazioni non cognitive, bisogno di sicurezza e protezione e bisogno di amore e appartenenza), bisogni di crescita (bisogno di informazioni cognitive, bisogno di stima e autogestione, bisogno di affiliazione-individuazione), bisogni di autorealizzazione. I bisogni di livello inferiore devono essere soddisfatti almeno in parte prima che emergano i bisogni di livello più alto. Per sopravvivere è necessaria la soddisfazione minima dei bisogni di livello inferiore e medio. La ripetuta soddisfazione dei bisogni ha come risultato la crescita e questa produce un residuo evolutivo di salute. I bisogni non soddisfatti divengono agenti stressanti. La soddisfazione di bisogni superiori crea tensione desiderio di ulteriore esperienza di crescita. Le condizioni di risposta allo stress sono l'attivazione e l'indebolimento. L'adattamento avviene quando i bisogni sono soddisfatti. Le risposte allo stress

diminuiscono e vengono create nuove risorse. Gli oggetti che soddisfano ripetutamente i bisogni divengono oggetti d'attaccamento. La perdita può essere situazionale e/o evolutiva, e reale, minacciata o percepita. Con la perdita compare il lutto. Gli interventi infermieristici sono finalizzati a facilitare gli assistiti nell'utilizzo delle azioni di cura di sé che li aiuteranno a rispondere ai propri bisogni fisiologici, psicologici, sociali, cognitivi e spirituali. Il processo di *nursing* utilizza linee guida per descrivere la situazione dell'assistito con particolare riguardo all'eziologia degli agenti stressanti e fonti di sofferenza e ai suoi bisogni terapeutici, le sue aspettative immediate e nel lungo periodo, le risorse potenziali interne ed esterne e gli obiettivi e compiti della vita. Lo scopo degli interventi infermieristici è quello di creare fiducia, promuovere un orientamento positivo e un senso di controllo, affermare e costruire punti di forza e stabilire obiettivi.

Bibliografia essenziale

- 1) Carpenito LJ, *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, tr. it. di C. Calamandrei e L. Rasero, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 20012, pp. 2-88.
- 2) Gordon M, *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni*, tr. it. di E. Chittaro, M. Nicastrì, A. Portalupi, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2009, pp. 1-21.
- 3) Marx K, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, tr. it. N. Bobbio, Einaudi, Torino 1980⁷.
- 4) Abraham H. Maslow, *Motivazione e personalità*, tr. it. E. Rivero, Armando, Roma 1992.
- 5) De Beni R- Moè A, *Motivazione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna 2000, pp. 67-97.
- 6) Marcuse H, *L'uomo a una dimensione*, tr. it. L. Gallino, T. Giani Gallino, Einaudi, Torino 1969.
- 7) Habermas J, *Teoria dell'agire comunicativo*, tr. it. P. Rinaldo, il Mulino, Bologna 1997.
- 8) Heller A, La teoria, la prassi e i bisogni umani e La teoria marxista della rivoluzione e la rivoluzione della vita quotidiana, in Bazzanella E (a cura di), *Agnes Heller tra Marx e Foucault*, Servizi Editoriali, Trieste 2011, pp. 27-68.
- 9) Henderson V, *Basic Principles of Nursing Care and Principles and Practice of Nursing*, Macmillan, London-New York 1978⁶.
- 10) Johnson DE, The behavioral system model for nursing. In Parcker ME (Ed.), *Nursing teorie in practice*, National League for Nursing, New York 1990, pp. 23-32.
- 11) Raile Alligood M, Marriner Tomey A, *La teoria del nursing. Utilizzazione e applicazione*, tr. it. C. Calamandrei, C. Frullatori, McGraw-Hill, Milano 2007, pp. 21, 44, 143-159.
- 12) *Idem*, pp. 327-349.

Maurizio Mercuri
Corso di Laurea in Infermieristica, Polo di Ancona

Illness nursing

Assistere secondo cultura

Introduzione

L'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente, che ha cominciato a raggiungere dimensioni significative all'incirca nei primi anni '70, per diventare un fenomeno caratterizzante della demografia italiana nei primi anni del XXI° secolo.

Secondo i dati ISTAT più recenti (1 gennaio 2011) sono presenti nel nostro Paese 4.570.317 stranieri pari al 7,5% della popolazione. Queste statistiche non comprendono coloro che dimorano illegalmente sul territorio nazionale.

La Regione Marche non è esente da questo fenomeno e si trova al 5° posto tra le regioni italiane con una presenza di immigrati pari all'8,9% della popolazione.

Tale dato ha avuto ripercussioni anche nell'accesso ai servizi sanitari. In base all'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Presidio Ospedaliero "A. Murri" di Fermo, emerge che la percentuale di stranieri sul totale dei dimessi è passata dal 2,6% del 1998 all'11,02% del 2010.

Naturalmente il ricovero ospedaliero è solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali e delle prestazioni che vengono a farvi fronte, quindi il fenomeno è molto più rilevante di quanto risulta dall'analisi delle SDO.

Il principale riferimento normativo in tema di assistenza sanitaria agli stranieri è la L. 40/98 poi confluita nel D.L. 286/98 (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione) e nel suo Regolamento di Attuazione (Dpr 394/99). Tali norme riconoscono al fenomeno migratorio una valenza strutturale non più legata all'emergenza, e propongono una politica di integrazione che metta gli immigrati nella condizioni di vivere normalmente risolvendo quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani.

L'immigrato, dalla salute alla precarietà socio-sanitaria

L'immigrato arriva generalmente nel nostro territorio con un patrimonio di salute integro (effetto migrante sano). Coloro che decidono di emigrare sono generalmente i soggetti giovani, forti, con più spirito di iniziativa e stabilità psicologica poichè il successo del loro progetto migratorio è strettamente legato all'integrità psico-fisica.

Queste considerazioni possono non valere per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, di guerra,

di persecuzione o per chi arriva percorrendo strade già tracciate e semplificate da parenti e amici.

Comunque, qualunque sia il patrimonio di salute dell'immigrato, esso è destinato a deteriorarsi rapidamente a causa di varie problematiche e carenze. Quelle che si riscontrano con maggiore frequenza sono:

- Precarietà occupazionale e scarsa tutela sul lavoro
- Inadeguatezza alloggiativa
- Disponibilità economiche limitate
- Differenze climatiche
- Mancanza di supporto psico-affettivo, diversità di costumi e valori, difficoltà comunicative e di inserimento sociale. Questi aspetti sono alla base delle cosiddette "malattie da sradicamento". Lo stress provocato dall'evento migratorio, la sofferenza per la separazione dai luoghi di origine, la solitudine, la mancanza di una rete di solidarietà portano all'insorgere di depressione e patologie psico-somatiche
- Difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari: la complessa rete burocratica alla base del nostro sistema sanitario risulta di difficile comprensione per chi proviene da un diverso contesto culturale. A ciò vanno aggiunte le difficoltà linguistiche e la mancanza di informazione sulla tipologia dei servizi, la loro dislocazione, la modalità di accesso: spesso lo straniero non sa a chi rivolgersi e l'unico punto di riferimento diventa il Pronto Soccorso a cui si rivolge anche per problemi banali.

Il nursing transculturale

Gli operatori sanitari si trovano quindi di fronte un'utenza sempre più multiculturale e sovente la relazione con il paziente risulta estremamente complessa e vissuta come evento stressante dall'operatore. Quest'ultimo è portato, anche inconsapevolmente, ad attivare meccanismi di difesa, che diventano ostacolanti per la presa in carico della persona, contaminando il processo di *nursing* di indifferenza, rabbia, fraintendimenti e inefficacia degli interventi; mentre da parte dell'assistito generano sfiducia, sconcerto e diffidenza.

Quindi scopo del *nursing transculturale* è quello di fornire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e significativa in linea con i loro valori culturali, la loro visione del mondo e i loro modi di vita. Le differenze culturali, se non rispettate, limitano lo svolgersi del processo terapeutico, rendendo inefficaci gli interventi assistenziali e problematica la convivenza con la struttura ospedaliera.

Ovviamente non si pretende che l'infermiere conosca tutte le possibili cornici culturali, ma che abbia una

predisposizione di maggiore apertura, volta al superamento di atteggiamenti etnocentrici. E' perciò importante includere nella formazione di base dell'infermiere anche discipline quali l'antropologia e la mediazione culturale con l'obiettivo di fornire al professionista gli strumenti per leggere ed interpretare le altre culture in funzione dell'assistenza che è chiamato ad erogare. Tra gli strumenti che l'infermiere dovrebbe utilizzare nella relazione terapeutica interculturale, fondamentale e irrinunciabile, è la comunicazione. Non dobbiamo dimenticare che il tempo dedicato alla comunicazione, all'informazione e alla relazione è esso stesso tempo di cura. La traduzione di moduli ospedalieri nelle principali lingue, la disponibilità di menu rispettosi delle diverse prescrizioni religiose, la codifica di percorsi amministrativi e sanitari per facilitare il ricovero degli immigrati e quant'altro possiamo implementare per venire incontro alle loro esigenze, perdono significato se coloro che gestiscono il rapporto non danno prova di disporsi verso l'altro.

L'impazienza può portare a spiacevoli incomprensioni legate, ad esempio, alla preparazione di esami diagnostici, allo svolgimento di attività amministrative, alla mancata adesione alla terapia e così via.

Oltre alla comunicazione verbale, altrettanto importante è la comunicazione non verbale specie quando non si conosce la lingua dell'assistito. Il linguaggio del corpo, le espressioni del viso, i gesti, lo sguardo hanno significati diversi, talvolta opposti nelle varie culture influenzando spesso, in modo determinante, la relazione. Talvolta bastano pochi "giusti" gesti per facilitare la complicità e la collaborazione del malato alle cure e creare un clima di fiducia.

L'infermiere è chiamato a prendere coscienza e a decostruire i propri pregiudizi e stereotipi che gli precludono la possibilità di conoscere l'assistito limitando il processo di nursing.

Illness e disease

Molto importante è anche la conoscenza della polisemia del termine malattia: *illness* e *disease*. La *disease* è la malattia così come è intesa dalla scienza medica: è l'aspetto bio-fisiologico, mentre la *illness* è l'insieme di sensazioni, emozioni, pensieri e comportamenti correlati; è la percezione soggettiva della malattia. La *illness* quindi è fortemente influenzata dalla cultura. Ogni sistema sociale ha elaborato propri concetti di malattia che servono a spiegarne l'origine, le conseguenze e le possibili strategie terapeutiche. Quindi l'infermiere non

deve trascurare la *illness*, considerando anche che il migrante, per la sua condizione sociale, vive, come già detto, una situazione di stress psichico maggiore che influisce nel procurare anche un malessere organico.

Altro aspetto fondamentale del *nursing* transculturale è l'attenzione e il rispetto per i valori e le pratiche etnoassistenziali dell'altro. Determinati atti assistenziali possono generare conflitti quando le cornici culturali di riferimento sono diverse. Un esempio classico è la soglia del pudore che riguarda l'esposizione del proprio corpo alle cure del sanitario. In certe culture l'accesso al corpo è connesso all'accesso all'intimità più propria di ciascuno e una sua esposizione brusca può causare un forte imbarazzo.

Altro esempio di conflitto di valori è la diversa percezione dei rituali che accompagnano il processo del morire: il malato musulmano può non essere spaventato dall'avvicinarsi della morte quanto dal morire da solo, dal fatto che non siano recitate le preghiere necessarie alla pace della sua anima o che la *toilette* mortuaria venga eseguita da qualcuno che ignora come debba essere svolta. Infine abbiamo la negoziazione e il relativismo culturale. L'infermiere non può guardare alle cure solo dal suo punto di vista ma deve impegnarsi a superare atteggiamenti etnocentrici cercando di capire e valorizzare anche il punto di vista dell'altro per trovare un punto di incontro. Un esempio in tal senso riguarda il bisogno di alimentazione. "*Mangiare non è solo nutrirsi di alimenti, ma anche nutrirsi di simbolismi*". Consentire al migrante ospedalizzato, quando possibile, che i parenti o gli amici portino da casa cibi tradizionali, dona al cibo il suo carattere simbolico, che rinforza, cura e lenisce la solitudine e la sofferenza, perché conferma e rende presente la rete di significati a lui comprensibile.

Quanto sopra vale anche per le visite ai degenti. E' questo spesso un momento di conflitto tra i migranti e le istituzioni sanitarie. Infatti i visitatori dello straniero si presentano spesso in gruppo e si intrattengono nella visita per lunghi periodi con disagio del personale sanitario. Sebbene occorra in certi casi, sia per il bene del malato che degli altri degenti, limitare il numero dei visitatori e la loro permanenza, tali visite possono apportare un gran beneficio al paziente: questo *entourage* attento e caloroso corrisponde a un modo di vita, a costumi solidi che confortano il malato nella propria identità e lo rendono più disponibile alle cure.

Conclusioni

Quindi l'infermiere dovrà adattare la sua prospettiva ad una visione più dinamica della società in cui vive e dovrà essere pronto a rispondere agli stimoli socio-culturali di un ambiente destinato a cambiare in senso multietnico: capire le esigenze degli utenti immigrati e stabilire un buon rapporto con le altre culture saranno aspetti sempre più importanti del proprio lavoro.

Garantire il diritto alla salute dello straniero vuol dire perciò anche preparare l'infermiere ad accoglierlo e dargli un'assistenza personalizzata, che tenga conto della sua realtà linguistica, etnica, culturale e sociale, perchè l'incontro con gli utenti immigrati rappresenti un'occasione per crescere professionalmente, umanamente ed intellettualmente.

Bibliografia

- 1) Bertolini R., Bombardi S., Manfredini M., (2009) *Assistenza infermieristica e ostetrica transculturale*, Milano, Hoepli
- 2) Manara D. F., (2009) *Infermieristica interculturale*, Roma, Carocci
- 3) Leininger M., McFarland M. R., (2008), *Infermieristica transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*, Milano, Ambrosiana
- 4) AA.VV., (1999) *Il paziente immigrato*, Padova, CUAMM
- 5) AA.VV., (2002), *Medicina e multiculturalismo*, Bologna, Apeiron
- 6) Baccetti S., (2001), *La comunicazione interculturale in sanità*, Torino, Centro Scientifico Editore
- 7) Favaro G., Fumagalli M., (2004), *Capirsi diversi. Idee e pratiche di mediazione interculturale*, Roma, Carocci
- 8) Geraci S., (2005), *Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni*, Roma, Anterem
- 9) Caritas-Migrantes, *Rapporto statistico sull'immigrazione 2010*
- 10) Purnell L.D., Paulanka B.J., (2003), *Transcultural health care. A culturally competent approach*, Philadelphia, PA, F.A. Davis Company

- 11) Tortolici B., Stievano A., (2006), *Antropologia e nursing. Due mondi che si incontrano*, Roma, Carocci Faber
- 12) Tognetti Bordogna M., (2008), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli
- 13) Comuzzi P., Morrone A., *Assistenza infermieristica in ambito transculturale*, 45° Congresso Nazionale ADOL, Loreto – Porto Recanati, 13-16 settembre 2006
- 14) Marcelli S, Rocchi R, Ortolani S, Santarelli A. Nursing transculturale: la personalizzazione della relazione infermieristica. Lettere dalla Facoltà - Marzo - Aprile 2011; Anno XIV N.2: 11-12.
- 15) Manara D.F., *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri, Milano 2000

Sitografia

www.ministerosalute.it
www.clinique-transculturelle.org
www.ars.marche.it
www.simmweb.it
www.click.vi.it/sistemiculture
www.lettere.unipd.it/intercultura
www.nelmovimento.altervista.org
www.saluteimmigrazione.it
www.viveresisteresistendo.com
www.alberodellasalute.org
www.meltingpot.org
www.salute.aduc.it
www.buongiorno.regione.marche.it/immigrati
www.cestim.it

Adoriano Santarelli (Fermo), Giovanna Donzelli (Fermo),
 Enrico Ceroni (Fermo), Renato Rocchi (Macerata), Sandro
 Ortolani (Ancona), Stefano Marcelli (Fermo)
 Corso di Laurea in Infermieristica - Poli di Ancona, Fermo,
 Macerata



Job satisfaction e professione medica

*"Se vuoi trasformare un uomo in una nullità non devi fare altro che ritenere inutile il suo lavoro".
(Dostoevskij)*

Il "lavoro" viene definito come l'impiego di energie umane per un determinato fine.

Nel corso dei secoli il concetto di lavoro ha subito radicali modificazioni.

Anticamente esso veniva concepito con un'accezione negativa, poiché era inteso prevalentemente come attività manuale. Il lavoro era considerato come l'equivalente del dolore richiesto dagli Dei per concedere beni agli uomini (*Senofonte*), come l'elemento che spegne l'intelligenza che dovrebbe essere applicata a fini politici (*Aristotele*), come il fattore di distrazione dalla vita contemplativa (*Cicerone*).

La stessa radice etimologica della parola deriva dal latino labor (pena, fatica), termine riconducibile probabilmente a labare, ossia "vacillare sotto un peso gravoso", verbo che indicava in generale la sofferenza e lo sforzo dello schiavo. Quindi gli archetipi legati all'attività lavorativa rimandano alla sofferenza, alla dipendenza, allo sfruttamento e alla restrizione della libertà personale.

Del tutto opposta è la moderna concezione del lavoro. Esso oggi viene visto come diritto, aspirazione, creatività, soddisfazione. Il lavoro diviene un fattore che incide profondamente sull'identità individuale in termini di ruolo, autostima, prestigio sociale. Recente è il tema della "soddisfazione lavorativa" (*Job Satisfaction*), definizione introdotta dalla Psicologia del Lavoro, e atta a connotare il benessere psicologico del lavoratore. In particolare, la *Job Satisfaction* viene definita come "un sentimento di piacevolezza derivante dalla percezione che l'attività professionale svolta consente di soddisfare importanti valori personali connessi al lavoro" (*Locke, 1967*). Questo tema diviene oggetto di studio sia di chi si occupa di organizzazioni, sia di chi tratta i fenomeni che riguardano il mondo del lavoro. La soddisfazione lavorativa non dipende infatti soltanto dalla natura del lavoro in se stesso, ma anche dall'aspettativa degli individui rispetto ad esso (*Spector, 1997*). Al centro dell'interesse non c'è più il lavoro, ma il lavoratore, considerato come produttore di valore.

In ambito sanitario gli studi della *Job Satisfaction* sono

volti ad indagare il peso con cui fattori quali le condizioni ambientali del luogo di lavoro, le relazioni interpersonali, i bisogni, il coinvolgimento e le aspettative incidono sulla natura fisica e psichica del soggetto e sul suo rendimento all'interno dell'organizzazione in cui è inserito. Diverse ricerche hanno già dimostrato l'esistenza di una correlazione positiva tra maggiore soddisfazione e riduzione dello stress, dell'assenteismo, del turnover. Addirittura alcune indagini hanno rilevato una corrispondenza tra la soddisfazione nel lavoro e certi aspetti della produttività.

Proprio per tali relazioni, una delle nuove sfide in ambito sanitario è comprendere quali siano i determinanti che creano soddisfazione o insoddisfazione del personale.

La soddisfazione è l'appagamento di una esigenza, di una aspettativa, di un desiderio.

Con questo spirito nel Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Immuno-Allergiche e Respiratorie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, è stata condotta un'indagine volta a comprendere quali sono i fattori che determinano la soddisfazione o l'insoddisfazione del personale infermieristico.

Lo strumento utilizzato è la *Mueller-Mc Closkey Satisfaction Scale* (MMSS, 1990), una scala di valutazione composta da 31 items e 5 livelli Likert (5= molto soddisfatto; 1= molto insoddisfatto). Tale sottoscala viene suddivisa in 8 sottoscale che rappresentano specifiche dimensioni della soddisfazione/insoddisfazione degli infermieri. In questo studio la MMSS è stata preceduta da un questionario composto da 10 domande volte a delineare lo specifico background degli infermieri del dipartimento.

Il questionario è stato somministrato tra Aprile e Giugno 2010. Il numero degli infermieri operanti nelle diverse S.O.D. è di circa 120, dei quali hanno risposto adeguatamente l'89%.

Dall'analisi dei risultati è emerso che gli infermieri del Dipartimento indagato sono nel complesso mediamente né soddisfatti, né insoddisfatti del proprio lavoro, avendo ottenuto un punteggio medio sulla scala Likert di 3,05. Per quanto concerne le singole sottoscale, gli elementi critici emersi riguardano il riconoscimento esplicito, le opportunità professionali, e gli elogi e rico-



Sottoscala	Items
Riconoscimento esplicito	1, 2, 3
Equilibrio lavoro-famiglia	7, 9, 11, 12
Organizzazione orario lavoro	4, 5, 6, 8, 10
Collegli	14, 15
Opportunità Internazionali Sociali	17, 18, 19
Opportunità Professionali	16, 20, 21, 27, 28
Elogi e riconoscimenti	13, 23, 24, 25, 26
Controllo/Responsabilità	22, 29, 30, 31

Tab. 1 - Sottoscalde della MMSS.

noscimenti. Sono queste le variabili che hanno ottenuto il punteggio più basso e che evidenziano quindi una certa insoddisfazione del personale infermieristico. Fattori di soddisfazione lavorativa sono risultati essere, invece, il rapporto con i colleghi, le opportunità di interazioni sociali e l'organizzazione dell'orario di lavoro.

Lo scopo dell'analisi delle determinanti che entrano in gioco nella generazione di uno stato di soddisfazione lavorativa è quella di evidenziare le diverse sfaccettature positive e negative che stanno alla base dell'esperienza di lavoro. L'integrazione, poi, delle esigenze dei lavoratori con quelle dell'organizzazione di cui fanno parte, costituisce la base per lo sviluppo di un linguaggio

Sottoscale	Grado di soddisfazione Medio Dipartimento
Riconoscimento esplicito	2,55
Equilibrio lavoro-famiglia	3,08
Organizzazione orario lavoro	3,12
Collegli	3,75
Opportunità interazioni sociali	3,22
Opportunità professionali	2,69
Elogi e riconoscimenti	2,87
Controllo/responsabilità	3,11

Tab. 2 - Grado di soddisfazione medio del Dipartimento per ciascuna sottoscala.

comune. Un uomo soddisfatto del proprio lavoro, lavorando in armonia con l'organizzazione, produce di più e meglio.

Voi potete comprare il lavoro di un uomo, la sua esperienza, i suoi consigli, ma non potrete mai comprare l'entusiasmo, l'iniziativa, la devozione del cuore, della mente, dell'animo. Queste cose le dovete meritare con la vostra devozione verso di lui.
(Platone)

Augusta Cucchi, Angela Ciannavei, Davide Gaggia
Corso di Laurea in Infermieristica, Polo di Ancona



FRANCESCO DI STANISLAO

Igiene
Università Politecnica delle Marche

I percorsi assistenziali

I percorsi assistenziali (Care Pathway)¹, sono stati introdotti negli U.S.A. tra il 1985 e il 1987 presso il New England Medical Center di Boston (USA) (Zander, 2002) per adeguare le attività ospedaliere alle tariffe introdotte col nuovo sistema di finanziamento basato sui DRG (Mayes, 2007), avviato sperimentalmente negli USA nel 1983 per il rimborso dei ricoveri ospedalieri degli utenti dei programmi federali Medicare e Medicaid, istituiti nel 1965. I percorsi assistenziali prendono spunto dai *Critical Path*, creati negli U.S.A. alla fine degli anni '50 nel mondo industriale (Kelley et al, 1959), come strumento di valutazione e (ri)progettazione delle fasi di un processo di produzione finalizzato ad individuare i percorsi critici che impattano negativamente sui tempi di completamento dei progetti.

Nel Regno Unito i percorsi assistenziali integrati (IPC) sono stati introdotti nei primi anni '90 non solo per aumentare l'efficienza del sistema, mantenendo o migliorando la qualità delle cure ma anche per promuovere lo sviluppo dell'EBM (Evidence Base Medicine) e la concreta adozione delle linee guida nella pratica quotidiana (Cambell et al, 1998).

Dalla fine degli anni 1990 ad oggi, i percorsi assistenziali si sono diffusi in tutto il mondo, ma tale diffusione non appare ancora prevalente soprattutto se si considera il fatto che l'assistenza del 60-80% dei gruppi di pazienti negli ospedali generali, potrebbe essere eleggibile per l'utilizzazione dei percorsi (Vanhaecht et al, 2006)

Cosa sono i percorsi assistenziali?

A ormai 30 anni di sviluppo dei percorsi assistenziali non ne esiste ancora una definizione condivisa: in una ricerca bibliografica sono stati trovate 84 diverse defini-

zioni di percorsi (De Bleser et al, 2006).

Tra le tante ne riportiamo due: a) quella sviluppata presso il TriHealth Hospital di Cincinnati² che a metà degli anni '90 è stata tra le prime istituzioni ospedaliere progettare ed implementare nel proprio network ospedaliero (tra i quali il Bethesda North Hospital e Good Samaritan Hospital) i *clinical pathway* (Windle, 1994; Ferguson, 1993), all'interno di un progetto globale di *Continuous Quality Improvement* (Zander, 1992; *Canadian Medical Association*, 1995) e presa come riferimento in molte iniziative sul tema sviluppate in diverse Regioni italiane (Panella et al, 1997), b) una seconda, più recente, dell'E-P-A (*European Pathway Association*).

Nell'esperienza del TriHealth Hospital i percorsi assistenziali vengono definiti come: *"Piani interdisciplinari di assistenza creati per rispondere a specifici problemi clinici o di diagnosi. Sono, "strumenti di gestione clinica" usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche. I principi guida che devono guidare la stesura dei percorsi vengono individuati nei seguenti punti:*

- Miglioramento continuo
- Focalizzazione sui bisogni del cliente
- Riduzione delle variazioni della pratica clinica
- Lavoro in team
- Massimizzazione dell'efficienza.

L'E-P-A - European Pathway Association offre una definizione articolata e condivisa in una *Consensus conference* (Vanhaecht et al, 2007).

Un percorso assistenziale è un intervento complesso, decisionale ed organizzativo, dei processi di assistenza di un gruppo di pazienti ben definito, nel corso di un periodo ben definito.

Le *caratteristiche* che definiscono i percorsi assistenziali sono:

- una dichiarazione esplicita degli obiettivi e degli interventi fondamentali di assistenza basati sulle evidenze scientifiche, sulle migliori pratiche e sulle aspettative e caratteristiche dei pazienti;
- la facilitazione della comunicazione tra i membri del team e con i pazienti e le famiglie;
- il coordinamento del processo di cura attraverso il coordinamento dei ruoli e lo sviluppo delle sequenze delle

¹ Molti sono i sinonimi di questo termine in lingua inglese ed italiana. In inglese si segnalano i termini *clinical pathways*, *case management plans*, *critical pathways*, *care pathways*, *multidisciplinary pathways*, *collaborative care pathways*, *care paths*, *care maps*, *integrated care pathways* (ICP) ed in italiano, oltre le traduzioni dei suddetti termini (*percorsi clinici*, *piani di gestione dei casi*, *percorsi critici*, *percorsi assistenziali integrati*) le espressioni: *Processi di cura o di assistenza*; *Profili di cura o di assistenza*; *Percorsi di cura o di assistenza*; *PIC – Profilo Integrato di Cura*; *PDT - Percorsi Diagnostico-Terapeutici*; *PDTA-Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali*.

² Nel 2011, per la 14a volta negli ultimi 15 anni, il TriHealth è nella lista delle Top 100 Integrated Healthcare Networks degli U.S.A. (al 50° posto) - <http://www.trihealth.com/> (120 febbraio 2012) e <http://www.sdihealth.com/>

attività del team di cura multidisciplinare, compresi i pazienti e i loro familiari;

- la documentazione, monitoraggio e valutazione degli scostamenti e dei risultati,
- l'identificazione delle risorse adeguate.

L'*obiettivo* di un percorso assistenziale è quello di:

- migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum assistenziale, finalizzato al miglioramento degli esiti aggiustati sul rischio specifico dei pazienti,
- promuovere la sicurezza dei pazienti;
- aumentare la soddisfazione dei pazienti;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Da tali definizioni emerge il core delle caratteristiche dei percorsi assistenziali (Box 1) che contraddistinguono i percorsi assistenziali da altri "strumenti", che talvolta vengono a loro assimilati: linee guida e PDT protocolli diagnostici/terapeutici (Tab. 1). I percorsi assistenziali si "nutrono" di linee guida e PDT, che formano il sostegno di evidenze per lo sviluppo degli interventi previsti nel profilo.

L' E-P-A definisce il percorso assistenziale come intervento complesso. E' importante una breve riflessione su tale concetto per le ricadute che ha sullo studio delle evidenze e sul trasferimento delle esperienze dei percorsi assistenziali (cfr. di seguito).

Il Medical Research Council (2000) afferma che "gli interventi complessi sono costituiti da un numero di componenti che possono agire sia in forma indipendente che inter-dipendente". Di tali componenti non è nota la singola specifica efficacia e la risultante della relazione tra di essi (additiva, moltiplicativa, inibitiva, ecc.). I componenti di solito includono: prestazioni professionali, parametri delle prestazioni (es.: frequenza, timing), metodi di organizzazione ed erogazione delle prestazioni (es.: professionista, setting operativo e localizzazione), ecc. Non è facile definire con precisione quali sono le "componenti attive" di un intervento complesso. Per esempio, anche se la ricerca suggerisce che le stroke unit funzionano, quali sono le "componenti attive" che la fanno funzionare? Il mix degli operatori di assistenza? Le competenze degli operatori? L'organizzazione fisica? Le tecnologie disponibili? Le modalità organizzative?

I percorsi assistenziali sono inquadrabili tra gli interventi complessi?

Se utilizziamo il punto di vista della "persona" si possono esemplificare (Vanhaecht et al., 2010) livelli crescenti

La sequenzialità delle azioni e la continuità assistenziale
Gli interventi basati sulle evidenze scientifiche e le buone pratiche
La messa a punto del percorso sulla base delle risorse (umane, tecnologiche, organizzative, ecc) dell'organizzazione.
La taratura degli interventi sulle aspettative e caratteristiche dei pazienti
Il lavoro multidisciplinare
Il coinvolgimento dei familiari o *care-giver*
Gli "audit" sugli scostamenti dal percorso e sugli esiti

Box 1 - Il core dei percorsi assistenziali.

di complessità a livello di:

- *singolo paziente* (es.: una nuova forma di terapia cognitivo-comportamentale);
- *gruppi di pazienti* (es.: interventi basati su linee guida, protocolli di trattamento, ecc)
- *livello di popolazione* (es.: campagne di promozione della salute).

Parimenti, se utilizziamo il punto di vista della "organizzazione":

- *singoli servizi/unità di assistenza sanitaria* (es: introduzione di un fisioterapista/infermiere specializzato nella malattia di Parkinson nei servizi di cure primarie)
- *specifiche discipline/aree di assistenza sanitaria* (es.: reti assistenziali di emergenza-urgenza; rete cardiologica - rete oncologica, ecc.)
- *area dell'assistenza integrata socio-sanitaria* (es.: sviluppo dei servizi nella logica del *Chronic Care Model* e *Disease Management* (Wagner et al, 1996; Von Korff et al, 1997).

Se assumiamo il core dei percorsi assistenziali come "componenti attive" dell'intervento complesso è indubbio che i percorsi rappresentano interventi di complessità medio-alta destinati: a gruppi di pazienti, specifiche discipline/aree di assistenza sanitaria e anche nell'area dell'assistenza socio-sanitaria.

Quali sono le evidenze di efficacia dei Percorsi assistenziali?

Nelle review degli studi di efficacia di percorsi assistenziali considerati nel loro insieme (non per specifiche patologie) si erano già evidenziati effetti positivi (Rotter et al, 2008) su complicitanze, durata della degenza e adesione

	Linee guida	Protocolli diagnostico terapeutici	Percorsi Assistenziali
Da cosa nascono	EBM	EBM	EBM
Chi li produce	Esperti	Esperti	Team multidisciplinari
A che livello	Internazionale e/o nazionale	Internazionale e/o nazionale	Locale
Come agiscono	Raccomandazioni	Prescrizione	Azioni pratiche
Attenzione agli aspetti organizzativi	Media	Nulla	Forte
Attenzione agli aspetti clinici	Molto forte	Molto forte	Molto forte
Attenzione agli aspetti assistenziali	Media	Scarsa	Molto forte
Attenzione agli aspetti economici	Scarsa/nulla	Scarsa/nulla	Consistente
Parti dei processi interessati	Le più rilevanti clinicamente	Specifiche problematiche diagn.-terap.	Da processi in singole U.O. a processi ospedale/territorio

Tab. 1 - Linee guida, Protocolli diagnostico-terapeutici, Percorsi assistenziali: sinossi comparativa.

alle buone pratiche La più recente revisione Cochrane sui percorsi assistenziali (Rotter et al., 2010) (sempre considerati nel loro insieme) ha concluso che i percorsi sono associati ad una riduzione delle complicanze intraospedaliere e ad un miglioramento della documentazione, senza impattare negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri.

Su questi risultati si è aperto un dibattito - (Vanhaecht et al., 2011) e (Rotter et al., 2012) - relativamente ai possibili bias di inclusione/esclusione di studi nella review, dovuti al fatto che essendo i percorsi interventi complessi e le pubblicazioni analizzate nella review non descrivono in modo sufficientemente dettagliato l'intervento o il contesto, risulta "improprio" confrontare i risultati di studi e trials diversi. Gli stessi autori richiamano l'attenzione che una più compiuta descrizione delle componenti dell'intervento e del contesto è un problema generale delle pubblicazioni sugli interventi complessi e il miglioramento di tali descrizioni rappresenta una delle indicazioni delle linee guida SQUIRE (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*) per migliorare la qualità delle pubblicazioni (Davidoff et al., 2008) e di conseguenza facilitare la trasferibilità delle buone pratiche nelle diverse realtà operative.

I trial e le review sui percorsi assistenziali di specifiche patologie (es.: sindrome coronarica acuta, stroke, chirurgia gastrointestinale, scompenso cardiaco, artroplastica

dell'anca o ginocchio, ecc.) (Cannon et al., 2002; Kim et al., 2003; Panella et al., 2003; Kwan et al., 2004; Lemmens et al., 2008; Neuman et al., 2009; Barbieri et al., 2009; Panella et al., 2009; Van Herck et al., 2010). evidenziano che, se adeguatamente sviluppati e attuati, i percorsi assistenziali sono in grado di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria (es.: diminuzione delle complicanze ospedaliere e/o della durata della degenza e/o dei costi ospedalieri e/o maggiore adesione nell'applicazione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutico – assistenziali e/o maggior soddisfazione degli utenti).

Come si costruisce un percorso assistenziale?

La costruzione di un percorso assistenziale segue lo schema generale dei progetti MCQ - Miglioramento Continuo di Qualità (Donabedian, 1980; Deming, 1982, Berwick, 1998).

Di seguito vengono riportati i vari step del programma di cui ne verranno descritti, per esigenze di spazio, solo alcuni rimandando i necessari approfondimenti alla bibliografia (Panella et al., 2000; Morosini et al., 2005).

Le varie tappe si possono così sintetizzare:

- A. scelta del problema;
- B. costituzione dei gruppi di lavoro per il problema prescelto;
- C. analisi del processo in corso;

- D. stesura del nuovo percorso assistenziale;
- E. applicazione sperimentale del percorso modificato;
- F. valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
- G. miglioramento del percorso assistenziale;
- H. revisione sistematica dell'applicazione del percorso;

Scelta del problema (Tappa A)

La prima tappa operativa è ovviamente rappresentata dalla selezione del problema su cui costruire il percorso assistenziale. A parte i criteri di scelta che possono essere numerosi e tra i quali non vanno dimenticati:

- frequenza (incidenza e prevalenza);
- gravità dei casi
- variabilità dei processi in atto (comportamenti sia professionali che organizzativi);
- disponibilità di evidenze scientifiche sull'esistenza di interventi efficaci;
- entità dei possibili benefici per i pazienti derivanti dal miglioramento del processo
- fattibilità degli interventi di miglioramento
- entità dei possibili risparmi (riduzioni dei tempi di lavoro, eliminazione di sprechi).

È importante precisare il livello "istituzionale" in cui tale scelta viene effettuata: nella realtà italiana livelli regionali o aziendali (Noto e Di Stanislao, 2003).

Se la scelta viene effettuata a livello regionale dovranno essere costituiti:

- i. *Comitato Scientifico Regionale* (uno per ciascuna delle patologie individuate, generalmente nei piani sanitari regionali, in riferimento alle indicazioni dei Piani sanitari nazionali)
- ii. *Gruppi di Lavoro (GdL) Operativi Aziendali* per lo sviluppo dei Percorsi assistenziali a livello delle Aziende

Se la scelta viene effettuata a livello aziendale dovranno essere costituiti parimenti costituiti *GdL Aziendali di progetto* (cfr punto i) e *GdL Operativi Dipartimentali* (cfr. punto ii)

Costituzione di un gruppo di lavoro (Tappa B)

I *Comitati Scientifici Regionali* e i *(GdL) Operativi Aziendali* sono GdL multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali (in caso di coinvolgimento dei servizi sociali) costituiti da esperti e/o rappresentanti società scientifiche delle patologie oggetto del profilo. Le funzioni di questi gruppi sono:

- sistematizzare/sintetizzare le linee guida³ (Institute of

Medicine, 1992) della letteratura internazionale e nazionale;

- esplicitare la qualità delle informazioni utilizzate (livello di evidenza), l'importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (forza delle raccomandazioni) e l'entità delle conseguenze (rilevanza delle decisioni) (Istituto Superiore di Sanità, 2004)⁴;
- esplicitare gli indicatori di monitoraggio e di outcome;
- produrre i report per la fase di valutazione dei GdL operativi
- aggiornare con regolarità le Raccomandazioni prodotte

I *GdL Operativi Aziendali o Dipartimentali* per lo sviluppo dei percorsi assistenziali (anch'essi multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali) sono composti da tutti gli operatori coinvolti sul campo nel trattamento della condizione in questione, nei diversi setting operativi (ospedali, residenzialità, assistenza domiciliare, ecc.). Dovrebbero essere coinvolti anche operatori tecnici non sanitari (es. informatici), operatori amministrativi e non da ultimo rappresentanti degli utenti, per avere le loro opinioni per quanto riguarda gli aspetti di educazione sanitaria e sull'impatto delle decisioni sulla qualità percepita.

La funzione di questi gruppi di lavoro è quello di adattare le Raccomandazioni per la pratica clinica alle caratteristiche della specifica realtà organizzativa (risorse umane, tecnologiche, organizzative, economiche).

Il lavoro da sviluppare è quello relativo alle tappe (c)-(h) precedentemente elencate.

³ "Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche".

⁴ *Revisione sistematica*: "Una valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento, nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente". Qualora la natura del quesito e la qualità dei dati lo consentano, ad una revisione sistematica si può associare una metanalisi, ovvero una sintesi quantitativa dell'effetto dell'intervento, utilizzando tecniche statistiche appropriate a quantificare il contributo dei singoli studi senza annullare l'unicità delle caratteristiche di ciascuno".

Livello di prova, si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.

Forza della raccomandazione, si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

Rilevanza delle decisioni, si riferisce infine a un indicatore che misura l'entità delle conseguenze prevedibili.

Stesura del nuovo percorso assistenziale (Tappa D);

Il gruppo di lavoro ridefinisce gli interventi delle varie fasi del processo (ad esempio primi giorni di ricovero, giorni intermedi, giorni finali, follow up) in accordo con gli obiettivi di utilizzare la pratica clinica migliore, massimizzare la qualità, ridurre il consumo di risorse, ottimizzare i tempi e quindi il nuovo processo viene schematizzato in una flow-chart. Alla luce di quanto osservato nella letteratura e nella pratica clinica il team identifica l'outcome atteso (fase del "patient focus") per ogni giornata/periodo di assistenza.

Per i percorsi assistenziali di "breve periodo" all'interno di uno stesso setting assistenziale (es. ospedale) le attività da sviluppare per gestire il paziente possono essere inquadrare all'interno di una delle "categorie dell'assistenza" (Wilson, 1992; Panella et al, 2000) che sono una sorta di "etichetta" per identificare la valenza principale di ciascuna attività:

1. *valutazione del paziente*: raccolta dati del paziente (anamnesi; esame obiettivo, ecc.);
2. *educazione del paziente e/o della famiglia*: istruzioni di routine date al paziente e/o ai familiari riguardo la cura di sé (es.: posizione di busto e arti, precauzioni e limitazioni nelle attività, esercizi, l'uso degli strumenti, l'automedicazione, ecc.);
3. *pianificazione della continuità assistenziale*: include tutte le azioni e collaborazioni necessarie a garantire la continuità dell'assistenza e a promuovere l'indipendenza del paziente dopo la dimissione (es.: trasferimento in una residenza, supporto alla famiglia, supporto al reinserimento nella comunità, fornitura di apparecchiature mediche, fornitura assistenza domiciliare, ecc.);
4. *esami diagnostici*: (esami di laboratorio, esami strumentali invasivi e non; ecc.);
5. *farmaci*: questa sezione è quella relativa a tutti i trattamenti farmacologici;
6. *interventi/procedure*: tutti i trattamenti e procedure che potenzialmente soddisfano i bisogni del paziente, (ad esclusione dei farmaci);
7. *consulenze*: tutti i consulti interdisciplinari di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.;
8. *nutrizione*: (es.: stato nutrizionale del paziente, presenza di nutrizione parenterale, particolari necessità nutrizionali, ecc.);
9. *attività del paziente*: pianificazione dell'attività giornaliera del paziente, es: mobilitazione attiva e passiva, progressione del paziente (dal letto alla poltrona, uso del bagno, deambulazione con o senza assistenza) ecc.;

10. *sicurezza del paziente*: le misure precauzionali per garantire la sicurezza del paziente (protocolli di prevenzione delle cadute, limitazioni, protocolli antidecubito, ecc.).

Per ogni attività va specificato *chi fa, cosa e quando* e riportato a quale linea guida o protocollo si fa riferimento e come si effettua la verifica che sia stata attuata. Si arriva così a realizzare il diagramma di flusso e la matrice di responsabilità definitiva, che diventano la mappa per l'esecuzione del percorso.

Nei casi in cui il percorso assistenziale si sviluppa su un arco temporale prolungato (settimane/mesi), coinvolgendo più setting assistenziali (es.: ospedale, residenzialità, domiciliarità) e allargandosi al coinvolgimento dei servizi sociali e della comunità (es. volontariato) è chiaramente improponibile (e insostenibile) una progettazione puntuale "giorno per giorno".

Andranno quindi individuati i principali "snodi critici del percorso" (es.: l'esecuzione – tempi e modi - degli interventi a più forte evidenza di efficacia; il passaggio da un regime assistenziale all'altro; ecc.) e i risultati di salute attesi per definiti periodi del processo assistenziale, punti questi che andranno sottoposti a monitoraggio continuo per adattare in itinere il percorso ai bisogni del paziente.

Permane, naturalmente, la libertà dei professionisti di discostarsi dagli interventi previsti nel percorso (che si ricorda essere il prodotto condiviso di un processo multidisciplinare e multiprofessionale di traduzione dell'EBM in azioni pratiche sul paziente che tiene conto della realtà organizzativa in cui si trovano gli operatori). Si richiede solo che i professionisti motivino tali scostamenti e ne lascino traccia nella documentazione (cartella clinica) del paziente.

Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso (Tappa F) e miglioramento del percorso assistenziale (Tappa G);

Per questa tappa va predisposto un report con l'analisi degli indicatori (di processo e di esito), l'analisi degli scostamenti descritti dai professionisti, gli eventuali risultati delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari. Il report va discusso con tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso. A questa fase segue quella di individuazione e implementazione delle attività per il miglioramento del percorso assistenziale, fase senza la quale, l'Audit clinico non assume un valore innovativo.

A tale fine è utile ricordare alcune pubblicazioni dell'Healthcare Quality Improvement Partnership⁵ in merito ai criteri di qualità degli audit clinici (HQIP, 2009), allo sviluppo delle conseguenti azioni di cambiamento (HQIP, 2011) e ai modalità e strumenti di esecuzione degli Audit per i Percorsi Assistenziali (Pearce, 2011).

Esistono esperienze in Italia sui percorsi assistenziali?

Digitando su Google (febbraio 2012) "PDTA" venivano riportati ca.11 milioni (mil.) di risultati, a metà strada tra quelli reperibili per i termini ospedali (39 mil.) e per aspirina (5.5 mil.), infarto (4 mil.) e vicino a "pronto soccorso" (8 mil.). Si può ritenere questo un "segnale" della rilevanza del tema e della discussione sullo stesso ("governo monti" raccoglieva appena 5 mil. di risultati!).

E' evidente la difficoltà di descrivere e confrontare in un paragrafo le esperienze che si sono realizzate nelle regioni italiane, descrizioni in termini di: modelli teorici di riferimento; oggetti dei percorsi; modalità di realizzazione; modalità di monitoraggio; risultati, costi, ecc.

Al lettore si può consigliare di ricercare/analizzare le esperienze di realizzazione dei percorsi assistenziali (o PDTA, PDT, ecc..) nelle regioni che hanno da più anni inserito tale tema nei piani sanitari regionali (es. Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana) e segnalare che i percorsi assistenziali vengono applicati su molte patologie in tutte le discipline medico-chirurgiche, anche se, su alcune di queste, si concentra l'attenzione di quasi tutte le Regioni (Di Stanislao et al., 2009);

- Percorso assistenziale emergenza-urgenza-grandi traumi
- Percorso assistenziale pazienti con infarto miocardico acuto
- Percorso assistenziale pazienti con ictus
- Percorso assistenziale pazienti diabetici
- Percorso assistenziale paziente oncologico
- Percorso assistenziale pazienti con uremia cronica
- Percorso assistenziale paziente ortopedico (artroprotesi anca/ginocchio)

Considerazioni

I concetti di integrazione, reti, processi rappresentano obiettivi ormai ineludibili delle innovazioni attuate in tut-

te le organizzazioni di produzione di beni e servizi. Nel settore sanitario l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti con problemi complessi (Ovretveit, 1998; Lloyd e Wait, 2006; Di Stanislao et al., 2011).

Lo stato attuale delle conoscenze indica la potenziale utilità dell'applicazione dei percorsi assistenziali nei riguardi di molte patologie, anche se sono necessari ancora studi di vasta portata (cRTC multicentrici) prima di poter giungere a conclusioni definitive ed alla individuazione dei "componenti attivi" di tali interventi. Occorrerà sempre più condividere i risultati della ricerca e delle migliori pratiche tra le singole realtà aziendali e regionali e tra i diversi paesi.

Occorre comunque porre attenzione alla generalizzazione dei risultati (anche nel caso di risultati su specifiche patologie). Se le strategie di implementazione vengono traslate sic et simpliciter da un'organizzazione all'altra, in contesti e quindi con risorse (umane, tecnologiche, organizzative) diverse, l'organizzazione del processo di assistenza sarebbe quasi sicuramente inappropriato.

Le politiche di sviluppo dei percorsi devono essere adattate alle realtà locali e rappresentano sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.

Per contrastare le disuguaglianze di accesso/utilizzo ai servizi e alle prestazioni sanitarie (WHO, 2007), i percorsi assistenziali possono infine rappresentare una delle più concrete azioni degli operatori della sanità.

I soggetti più vulnerabili della società (poveri, anziani non autosufficienti, disabili, soggetti con problemi di salute mentale, immigrati, ecc.) hanno enormi difficoltà, se non quasi impossibilità, a conoscere e muoversi all'interno della complessità del sistema sanitario e nei confini tra le diverse articolazioni dei servizi (ospedale-territorio).

Lo strumento dei percorsi assistenziali mirato alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero), mediante la presa in carico dei bisogni del paziente, nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia, rappresenta uno strumento concreto e praticabile di tutela e promozione dei soggetti fragili.

⁵ HQIP è un consorzio dell'Academy of Medical Royal Colleges e del Royal College of Nursing and National Voices convenzionato con il Department of Health in U.K. per promuovere la qualità del servizio sanitario e in particolare per incrementare la diffusione e l'impatto dei Clinical Audit.



Bibliografia

Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis BMC Med. 2009; 7: 32. Published online 2009 July 1. doi: 10.1186/1741-7015-7-32

Berwick DM. Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement. Int J Qual Health Care Oct 1998; 10(5): 435-441

Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ 1998;316:133-7.

Canadian Medical Association. Care Maps and Continuous Quality Improvement. Ottawa 1995

Cannon, C. P., Hand, M. H., Bahr, R., Boden, W. E., Christenson, R., Gibler, W. B., Eagle, K., Lambrew, C. T., Lee, T. H., MacLeod, B., Ornato, J. P., Selker, H. P., Steele, P., and Zalenski, R. J. Critical Pathways for Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: an Assessment by the National Heart Attack Alert Program. Am.Heart J. 2002;143(5):777-89

Davidoff F, Batalden PB, Stevens DP, Ogrinc GS, Mooney SE. Publication guidelines for quality improvement in health care: evolution of the SQUIRE project. Qual Saf Health Care 2008;17:i3-i9 doi:10.1136/qshc.2008.029066

De Bleser L, Depreitere R, Waele KD, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. J Nurs Manag 2006 Oct;14(7):553-63.

Deming WE. Out of the crisis. Syndicate of the University of Cambridge; Melbourne 1982.

Di Stanislao F, Visca M., Caracci G., Moirano F.: Integrated systems and continuity in health care: a navigation through the concepts and models. International Journal of Care Pathways 2011; 15: 82-89 (DOI: 10.1258/jicp.2011.011008)

Di Stanislao F., Angeli G., Rosetti A. - Le reti cliniche, i processi assistenziali e i programmi/attività di formazione e ricerca a loro supporto nei piani sanitari regionali - (Report tecnico Convegno - Reti ospedaliere - Strumenti e modelli per la programmazione - Agenas Roma, 5 novembre 2009)

Donabedian Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I: The definition of quality and approaches in its assessment. Ann Arbor, Mich: Health Admin Press, 1980

Ferguson L.E. Steps to Developing a Critical Pathway. 58-62 Nursing Administration Quarterly Spring 1993.

Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP): Transforming Clinical Audit Data into Quality Improvements. Healthcare Quality Quest Ltd, 2011

Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP): Transforming Criteria and indicators of best practice in clinical audit. Healthcare Quality Quest Ltd, 2009

Institute of Medicine - Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington DC: National Academy Press, 1992

ISS- Istituto Superiore di Sanità e ASSR- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali - Programma nazionale per le linee guida - Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica - Manuale Metodologico. Roma, maggio 2002, aggiornamento maggio 2004

Kelley, James; Walker, Morgan. Critical-Path Planning and Scheduling. 1959 Proceedings of the Eastern Joint Computer Conference.

Kim S, Losina E, Solomon DH, Wright J, Katz JN. Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review. Journal of Arthroplasty 2003; 18(1):69-74

Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2004;(4)

Lemmens L., Van Zelm R., Vanhaecht K., Kerckamp H.: Systematic review: indicators to evaluate effectiveness of clinical pathways for gastrointestinal surgery DOI: 10.1111/j.1365-2753.2008.01079.x

Lloyd J. and Wait S.: Integrated Care. A Guide for Policymakers. Alliance for Health and the Future 2006

Mayes R.: The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System Journal of the History of Medicine and Allied Sciences (Oxford University Press). 2007 (January).62 (1): pp. 21-55

Medical Research Council . A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health . Medical Research Council ; London 2000

Morosini P - Di Stanislao F. - Casati G., Panella M. - Qualità e percorsi assistenziali - Manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Quarta edizione, Roma-Ancona maggio 2005 in <http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/intro-qualita.asp>

Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA. The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. J Am Geriatr Soc. 2009 Nov;57(11):2046-54. Epub 2009 Sep 28.

Noto G., Di Stanislao F.: Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche. Mecosan XII (47): 135-148; 2003.

Ovretveit, J. (1998) Evaluating Health Interventions. Open University Press, Buckingham.

Panella M, Moran N, Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. QA volume 8, n°1. Marzo 1997 (1-16).

Panella M, Marchisio S, Kozel D, Ongari M, Bazzoni C, Fasolini G, Sguazzini C, Minola M, Gardini A, Di Stanislao F. La costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso. QA volume 11, n° 4. Dicembre 2000 (251-262).

Panella M Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F.: Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. Qual Saf Health Care 2009;18:369-373

Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? Int J Qual Health Care 2003; 15(6):509-521

Pearce M. Guide to Carrying Out Clinical Audits on the Implementation of Care Pathways. Healthcare Quality Improvement Partnership. November 2011

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;3:CD006632.

Rotter T., Kugler J., Koch R., Gothe H., Twork S., van Oostrum J.M., Steyerberg E.W: A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes BMC Health Services Research 2008, 8:265

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate? Response to the Commentary Article Published by Kris Vanhaecht et al. Eval Health Prof March 2012 35: 43-46,

Van Herck P, Vanhaecht K, Deneckere S, Bellemans J, Panella M, Barbieri A, Sermeus W. Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. J Eval Clin Pract. 2010 Feb;16(1):39-49.

Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, Gallagher C, Gardini A, Guezo J, et al . Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries - an international survey by the European Pathway Association E-P-A.org . J Integrated Care Pathways 2006 ; 10 : 28 - 34 .

Vanhaecht K , De Witte K , Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organization of care processes . Leuven : ACCO ; 2007

Vanhaecht K., Ovretveit J., Elliott, M.J., Sermeus W., Ellershaw J., Panella M. Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate?. Eval Health Prof June 27, 2011

Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, Sermeus W. What about Care Pathways? In: Ellershaw JE, Wilkinson S, eds. Care of the Dying. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 2010.

Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H., Collaborative management of chronic illness, Annals of Internal Medicine 127 (1997): 1097-1102.

Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M.: Organizing care for patients with chronic illness, Milbank Quarterly 74 (1996): 511-544

WHO, CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Wilson CRM - Strategies in Health Care Quality, Toronto, Saunders (1992).

Windle P.E. Critical pathways: an integrated documentation tool. I25, 9 : 80f-80p. Nursing Management September 1994.

Zander K. Critical Pathways da: Total Quality Management: The Health Care Pioneers. American Hospital Publishing, 305-314, Inc 1992.

Zander K. Integrated Care Pathways: eleven international trends . J Integrated Care Pathways 2002 ; 6 : 101 - 7 .

Come le malattie neurologiche hanno aiutato a comprendere il funzionamento del cervello

Questa breve rassegna sulle malattie neurologiche è una sintesi tratta dal lavoro preparato per l'inaugurazione dell'anno accademico. Ha uno scopo meramente divulgativo e vuole essere semplicemente uno spunto di ricerca per tutti quegli studenti che sono affascinati, quanto chi scrive, dai meccanismi complessi ed intriganti che generano il pensiero ed il comportamento umano in tutte le sue forme.

Ho scelto volutamente e su consiglio del Prof. Danieli, un taglio prevalentemente narrativo e "non troppo medico", poiché queste poche righe vogliono essere dirette ai non addetti ai lavori, ai giovani che non necessariamente hanno ancora le basi per poter comprendere un linguaggio specialistico che toglierebbe fascino e ricchezza ai concetti e alle vicende descritte.

Se volessimo iniziare con una frase provocatoria potremmo dire che le malattie neurologiche hanno aiutato i neurologi molto più di quanto i neurologi abbiano sinora aiutato le malattie neurologiche. In questa frase apparentemente paradossale si cela in realtà una piccola verità. Le malattie neurologiche, attraverso le manifestazioni cliniche, hanno permesso a coloro che si sono dedicati allo studio del sistema nervoso, di acquisire una notevole mole di informazioni sul funzionamento del cervello e delle altre parti del sistema nervoso. Molto di quanto noi sappiamo oggi deriva dall'osservazione clinica di ciò che succede ai soggetti affetti da determinate malattie neurologiche. Diversamente, nonostante siano ormai noti molti dettagli sul funzionamento del cervello, sappiamo ancora assai poco della eziologia di molte delle malattie neurologiche, in particolare di

SIMONA LUZZI

Malattie del sistema nervoso
Università Politecnica delle Marche

molte delle malattie definite neurodegenerative, come la Malattia di Alzheimer, la Malattia di Parkinson, per le quali non esiste sino ad ora una terapia risolutiva.

Traumi cranici

Panoramica sul comportamento umano

I traumi cranici hanno contribuito notevolmente alla definizione dei meccanismi che regolano tanti aspetti del comportamento umano.

Nel corso del tempo la tipologia e le cause di trauma cranico sono notevolmente cambiate. Per migliaia di anni i conflitti bellici sono stati la principale "fonte" di traumi cranici, procurando lesioni spesso gravi e fortemente invalidanti. Nell'ultimo secolo il triste primato lo hanno avuto gli incidenti sul lavoro che sono stati poi soppiantati, in termini di frequenza, dai traumi della strada, che primeggiano tuttora in testa alle classifiche.

Una delle descrizioni più accattivanti ed interessanti delle conseguenze cognitive e comportamentali che i traumi cranici possono produrre è stata effettuata da un celebre neurologo, Antonio Damasio (A. Damasio, *L'errore di Cartesio*).

Egli descrive il caso di Phineas Gage un giovane venticinquenne americano vittima di un terribile incidente sul lavoro. La storia, descritta in realtà dal medico John Harlow e resa poi celebre da Damasio, è ambientata nel Vermont, nell'estate del 1848. Phineas Gage è caposquadra in una impresa di costruzioni cui viene affidato il compito di costruire una nuova ferrovia che attraverserà il Vermont. Egli ha un compito specifico: far saltare in aria la roccia. Phineas Gage è particolarmente abile e metodico nell'eseguire questo compito: ricava un foro nella roccia, sparge al suo interno, nella parte inferiore, della polvere dal sparo; inserisce la miccia e ricopre la restante parte del foro con della sabbia; pressa la terra con una barra di ferro; innesca la miccia e fa saltare la roccia. Un giorno Phineas Gage viene distratto da un collega e non ricorda di non



Fig. 1 - Ricostruzione della traiettoria della barra di ferro attraverso il cranio di Phineas Gage.

Lettura tenuta nell'Aula Magna dell'Ateneo il 1° ottobre 2011 per la Settimana Introduttiva alla Facoltà.

aver deposto la sabbia sopra la polvere da sparo. Phineas pressa con forza la barra di ferro contro la polvere da sparo; la polvere da sparo esplode e la barra di ferro attraversa, proprio come un enorme proiettile, il cranio di Phineas Cage (Fig. 1). In particolare, la barra si fa breccia in prossimità dello zigomo sinistro e fuoriesce a livello della parte più anteriore del cranio di Phineas Cage (Fig. 2).

John Harlow, il medico che osserva il ragazzo, crede che questi sia spacciato, ma Phineas Cage sorprende tutti; dopo alcuni giorni, trascorsi in preda a febbri e deliri, il ragazzo si riprende e nell'arco di un paio di mesi torna ad essere apparentemente "sano". Il medico descrive questo bizzarro caso con stupore, poiché Cage, il quale apparentemente non ha nessuno disturbo neurologico (è in grado di parlare, capire, camminare, vedere) si è "trasformato" in una sorta di creatura di Frankenstein. Ciò che il trauma ha cambiato in Phineas Cage è il suo comportamento. Ecco le parole con cui Harlow descrive Phineas Cage:

"Camminava con passo fermo, usava le mani con destrezza e non mostrava impaccio nella parola o nel linguaggio. Tuttavia "Gage non era più lui".

Ora egli era bizzarro, insolente capace a volte delle più grossolane imprecazioni da cui in precedenza era stato del tutto alieno, insofferente di vincoli o consigli che contrastassero i suoi desideri, tenacemente ostinato però capriccioso, sempre pronto ad elaborare programmi di attività future che abbandonava non appena li aveva delineati...

Il linguaggio era talmente osceno e degradato che alle donne si consigliava di non rimanere a lungo in sua presenza."

Questa descrizione evidenzia quello che in neurologia viene definito un "disturbo del comportamento", ovvero un

insieme di atteggiamenti che delineano l'incapacità del soggetto di "adattarsi" alle diverse situazioni che la vita propone. Analizziamo insieme quelle poche righe. Phineas era *"bizzarro, insolente capace a volte delle più grossolane imprecazioni"*, aveva cioè perso il controllo delle proprie pulsioni; in altre parole, obbediva ciecamente a ciò che il proprio "istinto" o "sistema emotivo" dettava, senza tener conto delle possibili conseguenze che i suoi comportamenti potevano avere, senza rendersi conto di compromettere le sue relazioni sociali.

Phineas era *"ostinato però capriccioso"*, ovvero era inflessibile, incapace di adattarsi alle circostanze. Allo stesso tempo non era in grado di essere coerente e logico.

Inoltre, egli era *"pronto ad elaborare programmi di attività future che abbandonava non appena li aveva delineati"*; Phineas manifesta un "deficit di programmazione", ovvero una incapacità di pianificare la propria vita. Quest'insieme di disturbi del comportamento condurranno Phineas Cage sul lastrico; egli non sarà più in grado, a causa della sua incostanza, di essere permanentemente occupato in una attività. Morirà in povertà, accudito dalla propria sorella.

I disturbi del comportamento, tuttavia, non si esauriscono con la proteiforme sindrome espressa da Phineas. I disturbi del comportamento si trovano spesso descritti in tanti libri di narrativa e caratterizzano, con le loro particolarità, alcuni personaggi. Tale è il caso di Madame Gaillard, un personaggio secondario descritto

da Süskind ne *"Il profumo"*. Madame Gaillard è la proprietaria dell'orfanotrofio in cui viene cresciuto Jean-Baptiste Grenouille, il personaggio principale del libro.

"M a d a m e Gaillard, sebbene non avesse neppure trent'anni, aveva già vissuto la propria vita.

Esteriormente dimostrava l'età

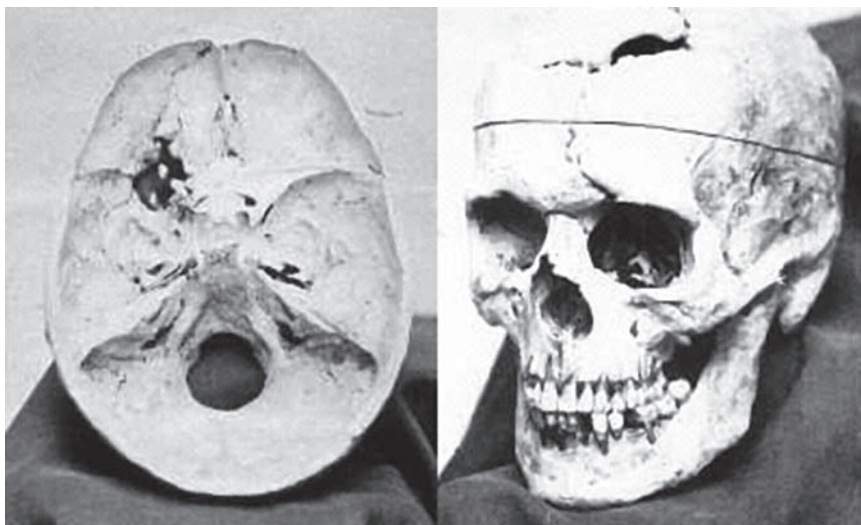


Fig. 2 - Fotografie del cranio di Cage conservato al Warren Medical Museum che mettono in evidenza i fori procurati dalla barra di ferro sulle ossa anteriori del cranio di Cage.

che in realtà aveva, e nello stesso tempo due, tre, cento anni di più, proprio come la mummia di una ragazza; ma interiormente era già morta da tempo.

Quando era bambina suo padre le aveva dato un colpo sulla fronte con l'attizzatoio, poco più su della radice del naso, e da allora lei aveva perso l'olfatto e qualsiasi senso di calore umano e di freddezza umana e soprattutto qualsiasi passione. Quell'unico colpo l'aveva resa estranea alla gioia come alla disperazione. In seguito, quando andò a letto con un uomo, non provò nulla, e nulla provò quando partorì i propri figli. Non portò il lutto per quelli che morirono e non si rallegrò per quelli che restarono."

Madame Gaillard è una sorta di antipodo di Phineas. Mentre Phineas non sa inibire le proprie emozioni, Madame Gaillard sembra non provarne: "aveva perso l'olfatto e qualsiasi senso di calore umano e di freddezza umana e soprattutto qualsiasi passione." E' una donna nella quale il sistema emotivo sembra non funzionare più; è una donna priva di qualsiasi passione.

Cosa è successo a questi due soggetti? Perché Phineas Cage non sa più tenere a freno le proprie emozioni e Madame Gaillard sembra non avere la più pallida idea di cosa significhi "emozionarsi"?

Queste due persone hanno subito entrambi un trauma, un trauma che ha distrutto la parte anteriore del cervello, denominata "lobo frontale".

E quindi, il denominatore importante in questi due casi, non è la causa (il trauma) ma la sede di lesione. In neurologia questo assioma è fondamentale: la localizzazione della lesione, più della causa della lesione, è responsabile della manifestazione clinica.

Il nostro cervello lavora per moduli cerebrali, ovvero determinate funzioni cognitive sono gestite da circuiti dedicati; il lobo frontale, che rappresenta la parte filogeneticamente più recente e qualitativamente più sofisticata del nostro sistema nervoso, è quella parte del cervello dedicata alla programmazione, supervisione e controllo di tutte le attività cerebrali. E' una sorta di "direttore d'orchestra" che regola il funzionamento del cervello in base alle diverse circostanze. Esso decide e seleziona il comportamento più adatto alle diverse situazioni. Facciamo un esempio: sono seduta al mio tavolo in un ristorante. Ho moltissima fame, ma tardano a servirmi. Cosa faccio? Aspetto? Mi lamento con il cameriere? Provo a sfamarmi rubando del cibo dal piatto degli altri? Di queste alternative le prime due sono plausibili, la terza è assai improbabile. Direi che posso far di tutto, ma evito di alzarmi dal tavolo e attingere alle portate di un estra-

neo, pur di sfamarmi. Questo esempio, apparentemente scontato e banale, lo è solo in virtù del corretto funzionamento dei lobi frontali, che è proprio di ciascuno di noi. Perché non faccio la cosa più giusta per garantire la mia sopravvivenza, ovvero sfamarmi ad ogni costo? Il nostro lobo frontale seleziona il comportamento più indicato, a seconda delle circostanze, e nel caso esemplificato prevale, di gran lunga, ai fini della mia "sopravvivenza" in termini di "animale sociale", rispettare la regola "non si mangia dal piatto degli altri" e quindi inibire una pulsione fondamentale, pur di garantire il rispetto della mia persona da parte degli appartenenti alla mia specie. Un bambino di due o tre anni non è ancora in grado di fare questo tipo di scelta, proprio perché non sono ancora maturi in costui i complessi circuiti allocati nel lobo frontale. Non è infrequente vedere nei ristoranti un bambino che si aggira tra i tavoli e ottiene (spontaneamente o su invito dei commensali) un pezzetto di pane o un biscotto. La regola "non si mangia dal piatto degli altri" in tal caso è trasgredita (spesso con compiacimento degli stessi individui a cui apparentemente il bambino procura il "danno"), in quanto, all'interno della nostra specie, vige una regola più forte che detta più o meno così: "è normale che bambini molto piccoli attingano dal piatto degli altri". Questa regola implicita, condivisa da tutti noi, fa sì che ciascuno di noi adatti il suo comportamento (biasimo o compiacimento) a seconda della circostanza (l'adulto va punito, il bambino piccolo va compiaciuto). Questa "regola" valida per un bimbo di due-tre anni, comincia a venir meno man mano che il soggetto cresce e già non risulta ammissibile per un bimbo di qualche anno più grande (il quale sarà biasimato sia dal soggetto a cui ha rubato il cibo che dai suoi stessi genitori). Quest'insieme estremamente flessibile e plastico di regole viene "assorbito" nel corso della nostra esistenza dal nostro lobo frontale, che "impara" a selezionare i comportamenti idonei in accordo alle regole apprese.

Quando questo complicato sistema non funziona più, il nostro cervello viene lasciato in balia di "se stesso" e quindi tende ad obbedire alle proprie pulsioni e non più alle regole impartite dalla società. Questo cervello senza regole è un cervello "disinibito", senza freno. Questo è il cervello di Phineas Cage.

Perché Madame Gaillard, la quale condivide con Phineas Cage una lesione dei lobi frontali, è una sorta di antipodo di Cage?

Il lobo frontale è, in realtà, una rete specializzata di circuiti che garantiscono non solo di tenere a freno le pulsioni, ma anche liberare le pulsioni nel momento in

cui siano "necessarie".

Pensiamo al caso in cui, passeggiando per un bosco, vediate di fronte a voi un rettile o un altro animale pericoloso.

Prima che riusciate a trovare una strategia avete già trovato una via di fuga. Quasi senza accorgervi, voi state già correndo, con il cuore in gola, lontano, lontanissimo, il più possibile lontano da quel pericolo, selezionando la via migliore, senza quasi sapere come avete fatto a scegliere quella via di fuga.

Che cosa è successo? Chi ha scelto per voi? Per voi, che vi ritrovate salvi, senza sapere come, ebbene, per voi ha scelto "l'altro cervello", il cervello emotivo, quel cervello sepolto, inconscio, che lavora in sordina, in silenzio, e getta le basi del vostro comportamento cosciente.

Alla base dei nostri comportamenti, delle nostre scelte vi sono le emozioni. Le emozioni sono dei meccanismi adattativi, innati e stereotipati, che permettono una soluzione rapida ed efficiente di problemi enormi, spesso legati alla sopravvivenza dell'individuo e della specie. Decidere se mangiare o rifiutare, se scappare o restare, se urlare o tacere. Questi sono alcuni aspetti di tipo "tutto-nulla", "sì-no", dicotomici, ai quali bisogna dare una risposta netta e soprattutto rapida. Se vi attardaste a pensare se quel rettile possa farvi del male, se indulgiaste a pensare al suo nome, se vi soffermasteste a ponderare quale sia il modo migliore di agire tra più alternative o sulla più efficace via di fuga, ebbene, a breve voi potreste essere morti. Il sistema emotivo lavora per voi. Ordina direttamente ai vostri muscoli: "scappa" e li mette in moto. Ordina alle ghiandole che abbiamo nel corpo di produrre gli ormoni dello stress, tra i quali la più conosciuta è l'adrenalina, che regala al vostro

corpo una marcia in più, e vi fa correre via veloci come non avete mai fatto. Ordina a quegli organi che non servono di mettersi a tacere, regolando l'afflusso di sangue soltanto là dove serve. Ordina a quegli organi che debbono esplorare l'ambiente esterno di dare il massimo (le pupille si dilatano, l'orecchio ascolta con maggior attenzione e ode rumori minimi che usualmente ignora, le narici si dilatano per favorire l'olfatto ed analizzare gli odori).

Questo sistema, il sistema emotivo, è il più rudimentale di tutti i circuiti che popolano il cervello; è il primo a formarsi, sia nella scala filogenetica che ontogenetica; è un sistema che propone sempre lo stesso tipo di risposta, stereotipata, ma estremamente efficiente che rende conto spesso della nostra sopravvivenza. Il sistema emotivo si trasmette pressoché immutato nei secoli (l'*homo erectus* scappava di fronte al pericolo esattamente come scappereste voi e il suo corpo produceva lo stesso tipo di risposte motorie e ormonali che produrrebbe il vostro corpo) e nell'ambito dello stesso individuo dall'inizio della vita alla fine: un bambino ha paura e mette in moto i circuiti della "paura" in maniera analoga a quella utilizzata da una persona anziana.

Questo sistema, che nella situazione precedente (rubare il cibo dal piatto di un altro), viene inibito, nella situazione attuale (pericolo nella foresta) deve essere lasciato libero di agire senza freni. Questo sistema, emotivo,

anche in situazioni non di stress, ma conviviali, (es: la festa di compleanno) deve essere lasciato libero di agire e manifestarsi. Se colui che regola questa inibizione, il lobo frontale, non è più in grado di "mettersi da parte" quando necessario, il sistema emotivo viene soffermato, sommerso.

Questo è quello che succede a Madame Gaillard. Il suo lobo frontale ha imprigionato

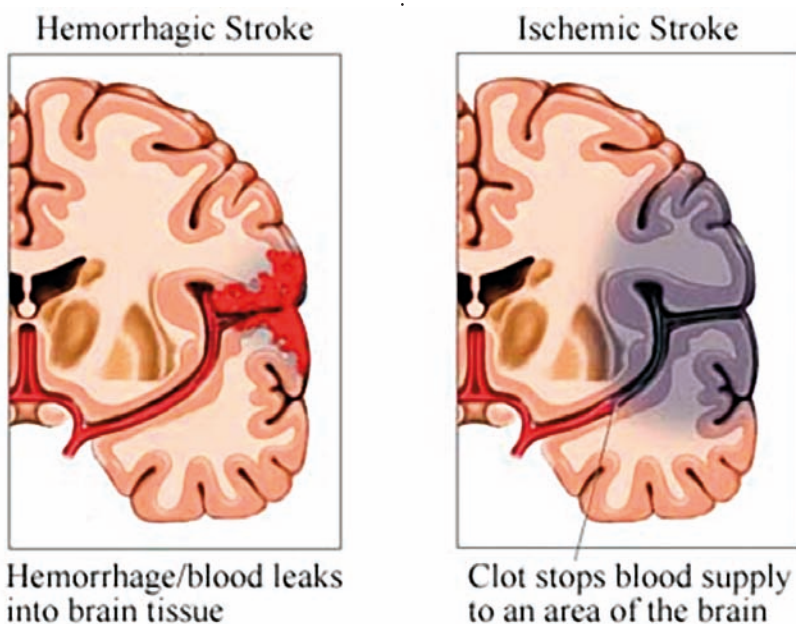


Fig. 3 - Esempificazione di ictus ischemico ed emorragico.

per sempre le sue emozioni, le ha spente; ha ucciso ogni passione, ogni pulsione, ogni istinto; ha privato questa donna del sistema che colora gli aspetti cognitivi della vita quotidiana.

Cosa ha di diverso la lesione di Madame Gaillard da quella di Phineas Cage? Perché nella prima inibisce e nel secondo disinibisce? La risposta è di nuovo: la sede. All'interno dei lobi frontali ci sono regioni che attivano le emozioni e gli istinti ed altre che li inibiscono quando necessario. In Madame Gaillard sono lesionate le regioni che "liberano" emozioni e pulsioni, in Phineas Cage sono distrutte le regioni che hanno il ruolo di inibire il cervello emotivo ed istintuale.

Phineas Cage e Madame Gaillard sono i prototipi delle tante "sindromi comportamentali" che si riscontrano nella pratica clinica e che sono semplicemente il triste riflesso del venir meno di una splendida rete di connessioni che veicola gli aspetti più nobili del comportamento umano.

Lesioni focali

Inizio di una nuova era

Sono molte le cause che danno origine a lesioni focali del sistema nervoso, ovvero ad alterazioni che sono limitate ad una specifica regione del cervello. La causa più comune e nota che è in grado di procurare una lesione focale è un disturbo di circolazione del sistema nervoso, che dà origine a una sindrome che prende il nome di *ictus* o *stroke*. Classicamente l'ictus viene suddiviso in ischemico ed emorragico. Nell'ictus ischemico, che costituisce circa l'85% degli infarti cerebrali, si ha una mancanza di afflusso di sangue in una determinata regione, per diversi motivi (i più comuni sono trombi od emboli che occludono un vaso sanguigno).

Nell'ictus emorragico si ha una fuoriuscita di sangue da un vaso con formazione

di un ematoma intracerebrale. La zona a valle dell'ematoma soffrirà, analogamente a quanto avviene per l'ictus ischemico, della carenza di sangue. Inoltre, l'ematoma di per sé produce un effetto massa che contribuisce a diminuire ulteriormente l'afflusso di sangue nella zona interessata (Fig. 3).

Sia nell'ictus ischemico che nell'emorragico, l'assenza di sangue e quindi di ossigeno, se protratta nel tempo, conduce alla morte neuronale. Dal punto di vista clinico il paziente improvvisamente manifesta uno specifico problema neurologico, che è nient'altro che il riflesso della sofferenza di quella determinata zona, sede del disturbo circolatorio.

Oggigiorno, molto si conosce del funzionamento del cervello ed è noto che diverse regioni sono deputate ad espletare determinati compiti o funzioni. E' perciò generalmente abbastanza semplice per il neurologo risalire dal tipo di disturbo alla sede di lesione. Fino a circa due secoli fa, questi concetti, per noi scontati, non erano noti. Poco si sapeva sul funzionamento del cervello e le ipotesi maggiormente in voga a quel tempo descrivevano il cervello come una massa compatta, in cui tutte le parti interagivano per determinare le funzioni cerebrali.

Nella seconda metà dell'800 si assiste ad una vera e propria rivoluzione. Diversi studiosi scardinano con rigore scientifico quelle ipotesi e danno il via alla teoria localizzatoria. Pierre-Paul Broca è uno dei primi neurologi che hanno contribuito a definire le basi del funzionamento del cervello. Egli si imbatte in un paziente che improvvisa-

mente perde la capacità di parlare. Questo soggetto non manifesta altri problemi neurologici e, sorprendentemente, è in grado di comprendere tutto quello che gli viene detto. Il suo unico problema è parlare; egli riesce solo ad emettere una sillaba stereotipata: *tan-tan*. Questo signore, il quale passerà alla storia come il celebre paziente "Tan-tan" morirà dopo non molto tempo. Pierre-Paul Broca ha l'opportunità di praticare l'autopsia

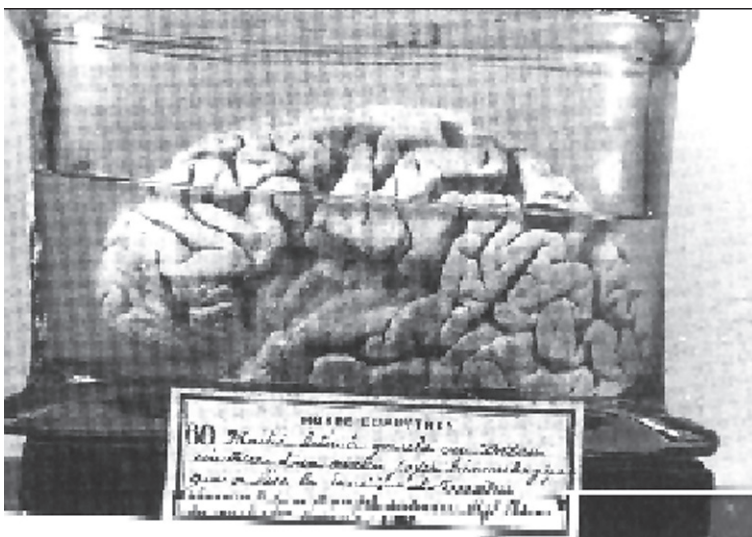


Fig. 4 - Il cervello del paziente Tan-tan in cui è tuttora visibile la lesione ischemica al piede della terza circonvoluzione frontale sinistra.

sul corpo di questo paziente ed esamina a fondo il cervello di Tan-tan (Fig. 4). Quel cervello è normale in tutte le sue parti ad eccezione di una piccola zona situata nella parte sinistra del cervello, al piede della terza circonvoluzione frontale, in cui si vedono gli esiti di un danno circolatorio. Il paziente Tan-tan, in altre parole, aveva subito un ictus ischemico; il sangue non era affluito ad una piccola regione che oggi porta, non a caso, il nome di "area di Broca".

Quella di Pierre-Paul Broca è una scoperta sconvolgente che porta questo studioso ad una deduzione altrettanto sorprendente: Noi parliamo con l' emisfero sinistro. Questa frase che resta scolpita nella storia e nei libri di neurologia del secolo successivo è l'inizio di una nuova era: quella della neurologia moderna e della neuropsicologia, ovvero della branca della neurologia che studia le funzioni cognitive.

Dopo qualche anno un altro studioso, Wernicke, si imbatte in un paziente che è l'alter ego di Tan-tan; questo paziente accusa improvvisamente un disturbo di linguaggio; diversamente da Tan-tan, egli è in grado di parlare, ma non può comprendere. L'esame autoptico del suo cervello rivela una ischemia in un'altra zona dell'emisfero sinistro: la prima circonvoluzione temporale. Questa area, "l'area di Wernicke" è l'area che regola la capacità di comprendere il linguaggio in tutte le sue forme, parlata e scritta.

Oggi sappiamo che in quasi tutti gli individui, fatta eccezione per una piccola percentuale di soggetti, usualmente mancini, il linguaggio è veicolato da strutture che risiedono nella parte sinistra del cervello e questo circuito si fonda su due aree fondamentali e complementari: l'area di Broca e l'area di Wernicke (Fig. 5).

Le lesioni focali e le manifestazioni cliniche cui hanno dato luogo, sono state determinanti per comprendere a pieno il funzionamento delle diverse aree cerebrali e dar luogo ad una mappa funzionale del cervello. Grazie alle lesioni focali conosciamo, almeno in parte,

il significato, in termini funzionali, di quasi tutte le aree cerebrali.

Malattia di Alzheimer

Un tuffo nella memoria del mondo

Molte delle malattie neurologiche hanno una base neurodegenerativa, ovvero si assiste, nel corso del tempo, ad un processo di morte neuronale progressiva, la cui causa è tuttora da determinare. Queste malattie danno luogo a disturbi neurologici variegati, in base alla zona del sistema nervoso in cui si verifica il processo degenerativo. L'esempio più noto e più frequente di malattia degenerativa è la Malattia di Alzheimer. E' una malattia progressiva caratterizzata da un prevalente disturbo di memoria, che spesso costituisce il primo segno, cui si associano, nel tempo, man mano che la degenerazione progredisce, altri disturbi cognitivi, come disturbi di linguaggio, di orientamento nello spazio, di riconoscimento di volti noti e così via.

Perché un individuo con Malattia di Alzheimer perde la memoria? Cos'è la memoria?

Si potrebbe dire che la memoria è una esperienza "virtuale". La memoria nel nostro cervello si trasforma attimo per attimo. Ogni ricordo non è mai lo stesso.

Il concetto di memoria umana, intesa come una sorta di archivio statico, una biblioteca, dove le informazioni sono classificate, uguali a come sono state memorizzate per la prima volta, è un concetto ormai obsoleto. La memoria umana è una struttura estremamente dinamica, che viene influenzata e modificata da ogni esperienza cosciente o incosciente.

Nel nostro cervello sono contenute tante memorie diverse; memorie labili (memorie che hanno la funzione di immagazzinare informazioni solo per brevissimi periodi di tempo) e memorie stabili, che sono organizzate per tenere saldi i ricordi e non cancellarli.

La memoria episodica, ovvero quella memoria che riguarda la nostra esperienza individuale, il nostro "diario" personale, è una delle memorie stabili e coscienti e ci con-



Fig. 5 - Emisfero cerebrale sinistro: sono indicate l'area di Broca (verde) e l'area di Wernicke (rosa).

sente di immagazzinare tutte quelle esperienze ed episodi del nostro vissuto personale che hanno un valore importante per noi (quasi sempre i ricordi importanti sono quelli con una valenza emotiva). La struttura che consente di assorbire le informazioni dall'ambiente esterno e fissarli è chiamata ippocampo (ha la forma di un cavalluccio marino) e si trova all'interno del lobo temporale (Fig. 6). Quell'ippocampo è una struttura fondamentale

per acquisire nuovi ricordi, è la chiave che permette al nostro scrigno, la memoria, di aprirsi e immagazzinare le nuove esperienze. Nella Malattia di Alzheimer il processo degenerativo attacca i neuroni all'interno di questa struttura e li distrugge. La conseguenza è che i nuovi ricordi non possono essere più fissati. Questo permette di spiegare un paradosso comune in cui spesso ci si imbatte quando si esaminano i pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (e che è presente anche in minima parte nelle persone molto anziane). I ricordi, più sono vecchi, più sono vividi ed integri, mentre i ricordi nuovi non sono memorizzati. Non è infrequente che un malato di Alzheimer vi racconti dettagli esatti della propria gioventù e del proprio passato remoto e non sia in grado di dirvi che cosa gli è successo la giornata precedente alla visita. Il paradosso si spiega proprio in questi termini: le vecchie informazioni, già presenti all'interno del cervello, sono conservate (almeno nelle fasi non avanzate della malattia), mentre quelle nuove non possono essere immagazzinate.

Dimenticare è un processo fisiologico ed essenziale per la nostra esistenza. Noi trascorriamo la maggior parte della nostra vita a dimenticare.

Gabriel Garcia Marquez sintetizza brillantemente questo concetto nella seguente frase: "La vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla".

Di una intera esistenza restano scolpite nella memoria individuale poche esperienze, quelle esperienze che

► Location of Major Limbic System Structures

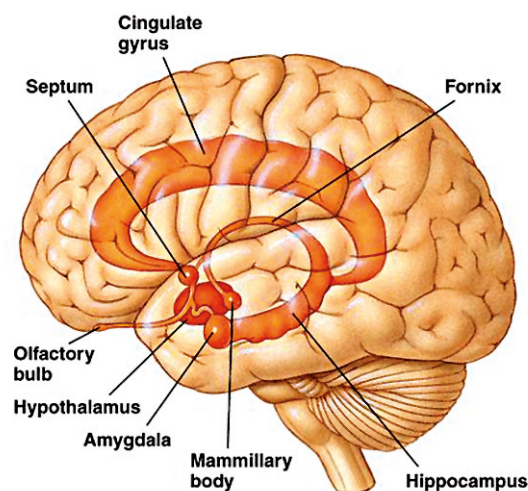


Fig. 6 - Il circuito della memoria episodica.

non debbono essere dimenticate, perché sono esperienze gratificanti o di dolore ed hanno sempre un valore formativo, didattico. Sono esperienze, per lo più emotive, che permettono di determinare le scelte future, sono i fili di Arianna che ci legano al passato e ci occorrono per proiettarci nel futuro e per operare delle scelte sagge.

Quante volte avrete detto nella vostra vita "mai più commetterò lo stesso errore", ebbene,

quel processo di apprendimento, che vi permetterà in futuro di allontanare da voi una esperienza sgradevole, è possibile grazie alla vostra memoria che ha "marcato", per usare un termine caro a Damasio, quella esperienza come negativa e che risuonerà per sempre, nel vostro cervello, come un campanello di allarme.

Ho definito la Malattia di Alzheimer un tuffo nella memoria del mondo. Attraverso lo studio del cervello di persone che hanno perso la memoria gli studiosi hanno capito come funziona la memoria nell'uomo. E' con la Malattia di Alzheimer, eccellente esempio del filo conduttore di questo piccolo viaggio al centro del cervello, che concludo questa breve rassegna, che spero abbia saputo "intrattenere" piacevolmente i ragazzi interessati al funzionamento del cervello. Di seguito sono indicati alcuni spunti di approfondimento. Sono libri divulgativi, scritti da neurologi o psicologi che hanno dedicato la loro vita allo studio dei meccanismi che generano i processi cognitivi ed emotivi e che hanno il pregio di raccontare con chiarezza e semplicità la complessità del pensiero umano e delle strutture preposte a questo compito.

Lettere consigliate

L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano. Antonio R. Damasio. Edizioni Adelphi.

Il cervello plastico. Come l'esperienza modella la nostra mente. Ian H. Robertson. Edizioni Rizzoli.

Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni. Joseph Le Douarin. Edizioni Baldini & Caltoldi.

L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello. Oliver Sacks. Edizioni Adelphi.

WALTER GRASSI

Reumatologia

Università Politecnica delle Marche

Le antiche ricette della gotta

Introduzione

La gotta è una malattia indiscutibilmente unica nel panorama della patologia umana per la sua espressività clinica così ampia e variegata da racchiudere in sé le caratteristiche di quasi tutte le malattie. La gotta può essere del tutto asintomatica o raggiungere livelli di dolore insopportabile; può guarire completamente o risultare del tutto incurabile; può essere di agevole ed immediata diagnosi o risultare ingannevole ed insidiosa; può manifestarsi in soggetti giovanissimi od esordire in tarda età.

In passato essere colpiti da questa malattia significava precipitare in una sorta di girone infernale dominato da dolore e disabilità, caratterizzato da crisi di insopportabile intensità di dolore e dalla inesorabile progressione delle espressioni di malattia fino a quadri di penosa invalidità e di mortificante deturpazione fisica (gotta tofacea).

Le caratteristiche cliniche ed evolutive della gotta erano tali che la malattia non poteva certo passare inosservata e non poteva non suscitare curiosità e stimoli alla ricerca ed alla riflessione per comprenderne la natura e poterne quindi curare le drammatiche manifestazioni. Prima della rivoluzione culturale e scientifica del XIX secolo non vi erano strumenti adeguati per svelare i misteri della gotta. Non appare quindi strano che nel corso dei secoli si siano formulate le teorie più bizzarre sull'origine

di questa sconvolgente malattia. A conferma di ciò si può citare quanto il professor Andral, autorevolissimo medico francese, affermava nel 1836 nel suo corso di patologia interna: *"Vi sono poche malattie sopra la natura e sede delle quali si è più lungo tempo dissertato. Non ve n'è alcuna sopra la quale tante dissertazioni abbiano determinato dei risultati sì contraddittori, e quindi dei dati sì poco certi. Ricordare qui tutte le opinioni emesse sulla gotta sarebbe rammentare tutti gli errori, tutte le assurdità che può creare lo spirito umano"*¹.

La terapia della gotta ha sfidato per millenni le capacità di generazioni di medici e le prese di posizione in materia hanno spesso oscillato dalla spavalderia al dubbio, ed alla rassegnazione. Non vi è probabilmente alcuna altra malattia nella storia dell'uomo per la quale si siano sperimentati sulla pelle dei poveri pazienti tanti medicinali o presunti tali²⁻¹⁰.

Nella terapia della gotta rimarrà per secoli dominante l'insegnamento di Galeno con variazioni ed integrazioni a volte molto singolari. Solo a partire dal XVI secolo le cose inizieranno a cambiare ma, nonostante gli innumerevoli tentativi, resterà dominante per non meno di altri tre secoli un forte scetticismo in merito alla possibilità di un efficace trattamento della gotta.

Incertezza e rassegna sulla terapia della gotta sono chiaramente espresse nel monumentale *Dizionario Classico di Medicina Interna ed Esterna*, vera e propria Bibbia della Medicina della prima metà del XIX secolo: *"Non havvi malattia che al pari di questa abbia tanto comportato i cimenti dell'empirismo; innumerabili*

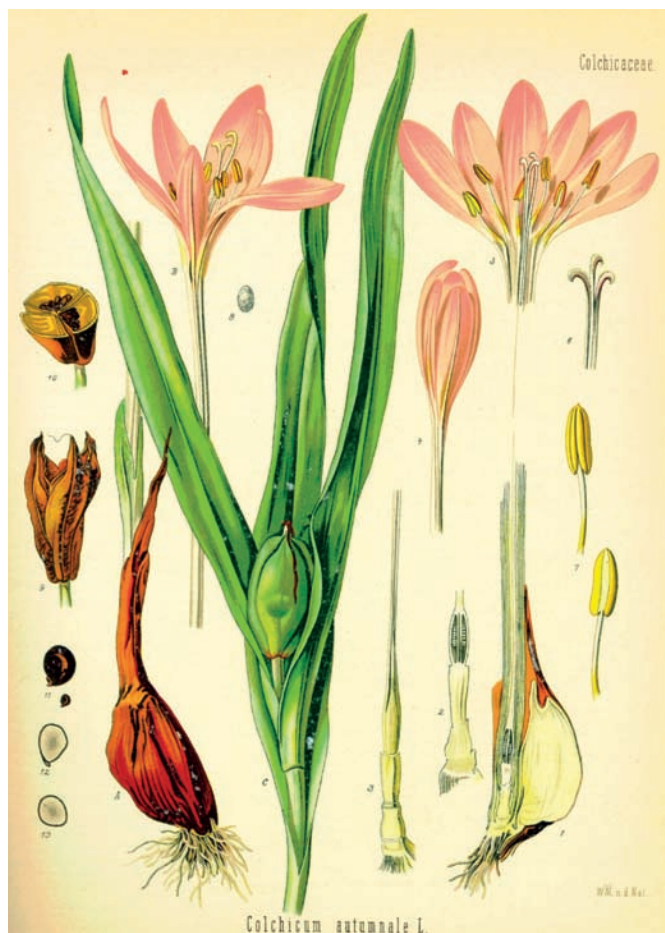


Fig. 1 - Pianta del *Colchicum autumnale* L.

Lettura tenuta in Facoltà il 18 maggio 2011 nel Convegno Farmaci e Farmacie, Industrie farmaceutiche e Farmacie di tradizione nelle Marche.

risultano i rimedj pretesi specifici contro di tal morbo, che pur non si vince mai; mentre viceversa pochissimi si mostrano i rimedj razionali.” Nella stessa opera si prospetta tuttavia la possibilità che forse, dopo tanti insuccessi, non si è lontani da una svolta: *“Nella cura della podagra e delle affezioni calcolose, i nostri padri furono così poco fortunati, che reputarono cotali malattie come lo scoglio dell’arte loro; e, riguardo alla prima, non giunsero mai a pienamente smentire l’imputazione data dal Sulmonese: Tollere nodosam nescit medecina podagram. Dopo le scoperte fatte dalla scienza chimica sulla natura delle concrezioni articolari ed orinarie, sembra però essere giunta l’epoca da poter delineare un metodo curativo razionale, conforme a varii altri che già si conoscono efficaci per diverse umane infermità”*¹.

Gli antichi rimedi

Nella terapia della gotta si è tentato veramente di tutto². Le prime testimonianze si rinvencono nel papiro di Ebers. Tra gli ingredienti delle prime ricette per i pazienti gottosi primeggiavano il vino alla mirra, il papavero e lo zafferano, così come lo sterco di mucca e di vitello, il sangue di donnola, lo sterco di gallina. Le diverse ipotesi sulla natura della gotta hanno condizionato in modo rilevante l’approccio terapeutico che in molti casi non può che apparire del tutto singolare ai nostri occhi. Una delle teorie più originali, ad esempio, era quella di ritenere che la gotta fosse causata da un fluido gassoso, una specie di miasma, intromesso con gli umori in tutti i tessuti organici. Sulla base di questa teoria, i medici giapponesi usavano praticare una puntura profonda per dare sfogo a questo “vento straniero”. La lista degli antichi rimedi e delle relative ricette è sorprendentemente ampia. L’elenco che segue deve quindi essere considerato come una parziale sintesi di una realtà ben più variegata e ricca.

L’ACQUA

L’uso terapeutico dell’acqua ha da sempre costituito parte integrante degli schemi di trattamento della gotta, che si sono succeduti nel corso dei secoli.

“Il primo pensiero di un podagroso e di un calcoloso debb’essere quello d’introdurre nell’apparecchio circolatorio tanta quantità di acqua, da tenere costantemente in soluzione tutto l’acido urico. Nè taluno s’immagini di conseguire l’intento bevendone dieci

*o dodici bicchieri al giorno, che la poca solubilità di questo acido ne richiede una proporzione di gran lunga maggiore. Quando appariscono i sintomi precursori della malattia la dose dovrà essere di dieci o dodici boccali almeno, e si cerchi di accrescerla se per mala sorte sopravvenisse il parossismo. Affinchè poi gl’infermi non restino annojati dal bere questa copia di acqua, sarà loro permesso di variarla in diverse maniere gentili e piacevoli. Le lattate, il tè, il caffè non debbono certamente recare disgusto, e talvolta potranno anche usarsi le limonee, i sorbetti e qualunque fluido acqueo sì caldo che freddo addolcito con qualche sciroppo. Le persone poco facoltose ricorreranno alle erbe aromatiche dei giardini o delle nostre montagne per fare una bevanda simile a quella del vero tè cinese, prendendo, per esempio, l’erba cedrina o lilla, il tè svizzero, il tè messicano, la melissa turca, la salvia, la maggiorana, il timo volgare, la menta peperina, lo spigo domestico, l’erba paraguay e specialmente il tè moldavico, e simili. Essi otterranno anche maggior effetto se in queste infusioni metteranno di quando in quando una presa di nitro per eccitare l’attività secretoria renale”*¹.

IL LATTE

I medici dell’antica scuola Ippocratica, seguendo gli insegnamenti del grande loro maestro, consigliavano l’uso del “latte asinino e bufalino, da prendersi per quaranta giorni ed anche più oltre, se le forze dell’infermi il consentivano e se la pertinacia della malattia l’avesse richiesto. Frattanto non si doveva prendere, per quanto era possibile, nè altro cibo nè altra bevanda; chè il latte solo aveva da supplire a tutto. Molte guarigioni si narrano conseguite in questa maniera.” Il Magini poi che pubblicò in Roma nel 1670 un libretto sulla podagra chiamandolo *Opusculum curiosum et utile*, racconta di un vescovo di Foligno il quale dopo d’esser stato salassato e purgato, prese il latte per undici mesi e guarì da una fierissima podagra”¹.

I PURGANTI

I purganti hanno goduto di un grande credito per debellare la podagra e le affezioni calcolose. Thomas Sydenham (1624-1689), benchè nemico di tali medicine, confessò di averle vedute usare da vari “empirici” con grandissimo vantaggio.



Papavero - *Papaver somniferum*.



Tragopongono - *Tragopogon dubius*.



Imperatoria - *Peucedanum ostruthium*.



Dentaria - *Latranea clandestina*.



Mandragora - *Mandragora autumnalis*.



Chinico - *Carthamus tinctorius*.



Canna - *Canna indica*.



Aro egizio - *Calocasia antiquorum*.



Herigio marino - *Eryngium maritimum*.



Musa - *Musa paradisiaca*.



Cardo Santo - *Cnicus benedictus*.



Heringio montano - *Eryngium campestre*.



Atratile - *Carduus carlinaefolius*.



Atratile - *Centaurea bracteata*.



Eringio marino - *Eryngium maritimum*.



Heringio Atractilis - *Scolymus hispanicus*.

Fig. 2 - Erbario Figurato (Garden Library, Durbarton Oaks) di Giovanna Garzoni (Ascoli Piceno 1600 - Roma 1670), insieme opera pittorica e scientifica della pittrice naturalista marchigiana.

IL COLCHICO

Grazie al contributo dei medici bizantini Ezio, Alessandro di Tralle e Paolo di Egina (V, VI e VII secolo) lo scarno armamentario terapeutico a disposizione contro la gotta si arricchisce di un potente alleato: l'ermodactò. Questo era il nome che i medici orientali assegnavano al colchico autunnale. L'ermodactò era il dito di Hermes, il dito del dio egiziano che guarisce. Il colchico era consacrato a questo dio.

La colchicina, farmaco ancor oggi essenziale nella terapia e nella profilassi della gotta ha una lunga militanza nell'antica lotta contro questa malattia. Nel Tomo settimo del monumentale *Dizionario classico di Medicina Interna ed Esterna* pubblicato in edizione italiana nel 1832¹ viene riportata una delle più efficaci e complete descrizioni del Colchico:

"Questo genere di pianta forma il tipo della nuova famiglia delle colchicacee, e vi si distingue atteso il suo calice lungo e tubuloso, il cui lembo è allargato ed a sei divisioni eguali pe' suoi sei stami distinti, pel suo germe trilobato, ogni lobo del quale porta alla propria sommità uno stilo lunghissimo. La capsula è ovale a tre faccette, a tre lobi. Il Colchico d'autunno è la specie più comune; la si rinviene nei mesi di settembre e di ottobre, nei prati in cui si attrae i nostri sguardi atteso i suoi grandi fiori rosei, il cui tubo alto sei in otto pollici esce immediatamente dal bulbo carnoso, immerso in una grandissima profondità sotterra; si aprono essi assai prima delle foglie, che non isvolgonsi se non che alla fine dell'inverno ed al principio della primavera. I fiori hanno all'incirca la stessa forma di quelli dello zafferano; donde il nome di zafferano bastardo sotto cui si conosce il colchico in molte province. Sono i bulbi solidi del colchico le uniche parti di questa pianta che abbiano fissato l'attenzione dei medici; risultano irregolarmente ovali, grossi quanto una noce, compressi sopra uno dei loro lati, rivestiti esternamente di membrane sottili, lisce e brune. La loro sostanza interna è compatta, carnosa, bianca; hanno sapore acre, ardente, nauseoso, al pari del loro odore che riesce spiacevolissimo. Forma l'amido da sé solo quasi tutta la massa di questi bulbi; vi si aggiunge certo principio particolare acre, essenzialmente velenoso, scoperto da Pelletier e Caventou che lo riconobbero analogo ad altri alcali organici e che nomarono veratrina, avendolo dapprima riscontrato nelle radici degli ellebori o veratri. E' la veratrina un principio attivissimo e pericolosissimo, a cui devesi attribuire l'azione energetica appalesata dalla

radice del colchico, ove sia posto a contatto coi tessuti viventi".

La colchicina si diffuse nella terapia della gotta nel medioevo e riscosse non pochi consensi, anche se contro l'uso della colchicina si esprime fermamente Thomas Sydenham².

Nella prima metà del XIX secolo si registra l'isolamento del *Colchicum alkaloid* da parte di Pelletier e Caventon (1820) e la purificazione della Colchicina da parte di Geiger (1833).

Sull'uso della colchicina, anche alla fine del XIX secolo non si registrano pareri concordi. In merito al possibile uso di questo antico rimedio nel trattamento dell'attacco acuto di gotta così si esprime Teodoro von Juergensen nel suo *Manuale di Patologia Speciale Medica* (con particolare riguardo alla terapia) pubblicato in versione italiana nel 1888:

"Il colchico – prima molto usato – da prendere al meglio come vino di colchico, da 12 a 30 gocce quattro volte al giorno – ora è abbandonato – con ragione. Il suo vantaggio è dubbio e meno i suoi effetti accessori dispiacevoli, diarree ed offesa dell'attività cardiaca."

La tollerabilità dei diversi tipi di preparazioni a base di colchico risultava indiscutibilmente problematica. Così annota Patterson, nel suo libro *On Gout and Rheumatism* nel 1839³:

"I have observed that even drops of the mildest preparation of colchicum, could not be taken without most distressing internal irritation and sense of sinking being produced".

LA CHINA

Tra i vari rimedi somministrati ai pazienti con gotta la china ha rivestito un ruolo rilevante e veniva prescritta con la finalità di prevenire le recidive degli attacchi acuti. I commenti in merito alla sua efficacia erano generalmente favorevoli:

"...se col suo uso non si distrugge quest'affezione, puossi almeno iscansarne molti attacchi"¹.

"Ed è già celebre qui in Bologna la guarigione di un Eminentissimo Porporato, che oggi siede al timone di stato della corte romana, il quale essendo afflitto da gotta crudelissima ed ostinata sotto il più attivo e coraggioso metodo antiflogistico, amministrato dalli suoi medici ordinarii, trovò ristoro sotto l'uso di forti e ripetute dosi di china, china che per sua buona ventura un medico



fino a quell'ora non troppo favorito dalla fortuna, seppe giudiziosamente prescrivergli. Così questi sali tant'alto nella stima e nell'affetto di quel principe potentissimo, che n'ebbe onorevolissima remunerazione nella carica di Direttore di uno stabilimento sanitario"⁴.

I SALI DI LITIO

Nella terapia di fondo della gotta "per mettere l'eliminazione dell'acido urico nelle migliori condizioni possibili" il miglior rimedio, secondo von Juergensen sono i sali di litio, anche se ne sottolinea la scarsa tollerabilità, mentre risulta ben tollerato il bicarbonato di sodio "tre volte al giorno un cucchiaino da tè colmo sciolto in mezzo litro di acqua a 30°-40°, preso 1/2 ora ad 1 ora prima di ogni pasto".

IL BICARBONATO

I dottori Genois e Robiquet ci hanno in seguito narrato altre guarigioni di calcoli renali fatte coll'uso del bicarbonato di soda. "Cotali guarigioni sarebbero anche in maggior se tali e tanti seguaci di Esculapio non trascurassero vergognosamente di conoscere e di mettere in pratica i soccorsi che la scienza offre alla medicina. Noi siamo debitori alle ingegnose osservazioni del Morand, dell'Halles, dell'Hartey, del Wilt, del Brande, del Mascagni, del Magendie, del Thenard e di altri sommi uomini se finalmente abbiamo scoperto il mezzo più efficace per disciogliere l'acido urico. La potassa e la soda unite all'acido carbonico od a qualche acido vegetabile, col passare celeramente dalle prime vie nelle orine sempre in carbonati, formano un sottourato alcalino molto solubile".

LA TERAPIA LOCALE

Nel trattamento di una malattia che esordiva quasi sempre con un quadro di violentissima monoartrite non potevano mancare i tentativi più disparati di una qualche terapia locale.

I cataplasmi hanno goduto grande popolarità. Riolan vantò i "meravigliosi effetti" dei cataplasmi composti con farina di fieno greco, con aceto e con miele. Non meno popolare, nella prima metà del XIX secolo risultava il cataplasma di Pradier, composto di farina di lino con aggiunta di una piccola quantità di alcool saturo di qualche principio delle seguenti sostanze: salvia, china rossa, zafferano e balsamo della Mecca.

Le modalità di trattamento sono di seguito riportate:

"Si versa sopra tre libbre di cataplasma due once circa della tintura indicata; indi lo si applica tanto caldo che il malato lo possa soffrire, e che copra le due gambe fin al ginocchio; lo si rinnova una sola volta nel corso delle ventiquattr'ore. Poco dopo applicato scemano i dolori per foggia da permettere il sonno. Scorsi otto o dieci giorni dall'apponimento di tale rimedio, si svolge, levando l'apparecchio, certo odore fetido, nauseoso, il quale diventa per solito di buon augurio".

Sulla terapia locale della gotta i medici hanno dato prova di ampia fantasia. Scribonio largo (46 d.c.), ad esempio, per la cura dell'attacco acuto di gotta propone un originale protocollo di elettroanalgesia: "appena il dolore gottoso comincia, il paziente deve mettere sotto il piede una torpedine nera viva".

LA DIETA

La maggior frequenza della gotta fra i soggetti appartenenti alle classi dominanti veniva attribuita allo stile di vita e, soprattutto, agli eccessi alimentari. La conferma di questa ipotesi deriva anche dalla osservazione che alcuni uomini facoltosi che pativano di podagra e di calcoli, sono giunti a guarire senza il soccorso di alcun rimedio dopo essere divenuti miserabili. Molti di questi fatti si leggono registrati nei libri dei medici osservatori, ed il Magendie, narra di un mercante il quale, sottoposto alle vicende della sua professione, tre volte divenne ricco e tre altre cadde in miseria. "Quando costui era ricco veniva tormentato dalla podagra e dai calcoli, ma quando era povero godeva ottima salute. L' Hoffmann, il quale racconta di aver veduto guarire molti podagrosi nelle carceri dove non poteano più abbriacarsi a loro voglia, sarebbe stato forse indotto a credere la privazione dei liquori spiritosi aver prodotto in egual modo la salute di quel mercante; noi però dobbiamo dare maggior peso alla privazione dei cibi lauti e molto azotati dai quali difficilmente l'uomo ricco si astiene, Laonde il Petrarca dava un ottimo consiglio ad un suo amico allorchè gli scriveva: Si a podagra liberari cupis, aul pauper sis, oportet aut ut pauper vivas"¹.

I rapporti con l'alimentazione erano ben evidenti. Loubet, nelle sue lettere sulla gotta, non riconosceva altra causa della malattia se non quella di un sangue troppo ricco di materiali nutritivi, per effetto di una alimentazione troppo abbondante.

L'unico elemento di dubbio nei confronti di tale teoria era rappresentato dalla osservazione che "alcune persone le quali conducono una vita riposata e seden-



taria e mangiano lautamente, bevendo sempre vini generosi e puri, non vanno soggetti nè alla podagra nè ai calcoli urinari”.

Per lungo tempo i medici si posero il problema del perché *“le concrezioni renali ed artritiche”* si formarono *“nei ricchi, nei magnati e in coloro che lautamente si nutrono, e non nei poveri e nei contadini”*. La risposta era oltremodo chiara: *“Il vitto delle persone miserabili e degli agricoltori consiste quasi sempre in erbaggi ed in legumi, nè le bevande loro sono certamente i vini generosi e potenti. Ma le classi più elevate del popolo fanno spesso volte abuso di molti piaceri e massime di quelli della mensa, d’onde nasce il principio generatore delle concrezioni”*¹.

La posizione sulla dieta era quindi doverosamente categorica:

“Deggiono i gottosi usare la massima attenzione sul metodo alimentare; la dieta vegetabile e l’astinenza dal vino alleviarono maggior numero di malati che non verun altro mezzo farmaceutico. I gottosi ed i calcolosi dovranno esclusivamente alimentarsi di quelle sostanze le quali sono prive di azoto, ovvero ne contengono in piccolissima proporzione.

*Le minestre di riso e di polenta di formentone, condite coll’olio comune od anche meglio col burro o collo strutto, i legumi, gli erbaggi, lo zucchero, le gomme, i frutti, la cioccolata, la panna di latte, il pane di cruschetto, ed anche di farina di segala colle patate, le fecole dei cereali, e simili, saranno i cibi che potranno meglio convenire per siffatto metodo curativo. D’altronde la carne, il pesce, le uova e il formaggio, non che il pane di fior di farina, debbono abbandonarsi del tutto. Io non saprei dire se i seguaci di Budda nelle Indie i quali si nutrono di soli vegetali, restano sempre immuni dai calcoli e dalla podagra, ma vedo fra noi la gente più carnivora esserne principalmente il bersaglio. Ed oggimai sembra un fatto incontestabile che dietro l’uso de’ cibi non azotati cessa di comparire nelle urine il sedimento rossastro che suole incrostare i vasi, perchè cessa di prodursi nel fluido circolante sanguigno quella sostanza speciale, onde nascono le concrezioni morbose nei piedi e nelle pelvi de’ reni”*¹.

L’utilità di una rigorosa dieta vegetariana non solo veniva considerata utile al fine di introdurre una minore quantità di *“sostanze prive di azoto”* ma appariva opportuna anche per aumentare il volume urinario: una sorta di terapia uricosurica *ante litteram*.

“Il vitto vegetabile non solo non somministra il pri-

*mo elemento per la formazione dell’acido urico, ma sembra in particolar modo accrescere la secrezione delle urine. Se un uomo si nutre di sole carni, ed un altro di soli erbaggi, la quantità delle urine si presenta maggiore nel secondo che nel primo, ad onta che le bevande siano della medesima natura e nella medesima proporzione. Il migliore mezzo adunque per allontanare il pericolo delle concrezioni calcolose e gottose, si è quello di cibarsi di alimenti vegetabili e di bere acqua in abbondanza”*¹.

Le restrittive prescrizioni in materia di alimentazioni non erano allora come oggi facili da rispettare, anche perché non erano prive di qualche effetto collaterale:

*“I legumi sembrano essere un ottimo nutrimento nell’infermità podagrosa e calcolosa, perchè non contengono che pochissimo azoto, ma tante volte le persone delicate difficilmente li digeriscono soffrendo peso allo stomaco e grande sviluppo di aria”*¹.

Fortunatamente, tra gli alimenti consigliati ve ne erano anche di gradevoli:

*“Era noto anticamente che il mangiare in abbondanza le ciliegie riusciva utilissimo per la cura della podagra, nè siffatto cibo fu infruttuoso al celebre Linneo. Il sullodato chimico di Heidelberg dopo aver saputo da un suo amico che dietro l’uso delle ciliegie le urine divengono alcalescenti e fanno effervescenza cogli acidi, si pose ad esaminare questi frutti e vi scoprì un sale alcalino vegetabile, avendolo trovato in maggior copia nelle ciliegie dolci che nelle agre. Molti altri frutti sono forniti di un medesimo sale, in ispecie le fragole, ma non quelli del ribes e del cedro nei quali esiste un acido libero”*¹.

Se si era raggiunta nel XIX secolo una posizione molto chiara sugli alimenti da consigliare al gottoso, una posizione ancor più netta ed inequivocabile la si rileva nella proibizione delle bevande alcoliche.

La posizione di Sydenham è categorica al proposito. Egli scrisse in modo inequivocabile che i liquori fermentati, specie il vino, dovevano essere assolutamente proibiti ai gottosi. Thomas Sydenham dava ottimi consigli ma sembra che non fosse così scrupoloso nel seguirli dal momento che, a detta dei suoi contemporanei, sembra facesse egli stesso uso di *“vino di Spagna e delle Canarie”* negli accessi di gotta che lo tormentavano.

Il testo che segue affronta il problema degli *“ostacoli che potranno impedire l’esecuzione dei metodi curativi proposti”*:

“Ma certi uomini opulenti, assuefatti a sedere a lau-



ta mensa, fra gli agi e le mollezze, diranno forse che il rimedio è più intollerabile dello stesso male. I vecchi poi saranno i più difficili a piegarsi a questo consiglio; mentre crederebbero di affrettarsi la morte se non cercassero di sostenere le forze languenti con buoni cibi. Ed in vero, tu gli odi continuamente riflettere che il vino è il latte della vecchiaia, che i teatri, le conversazioni e gli spettacoli sono di noia per essi, e che non rimane lor altra cosa piacevole tranne le saporite vivande. La vista, l'udito e l'odorato si ottundano in fatti assai per tempo nella macchina vivente, ma il gusto non soffre alterazione, finchè nell'ultima decrepitezza si estingue colla face della vita.

Io però non pretendo sottoporre sempre i gottosi e calcolosi ad una rigida ed inalterabile astinenza dal vino e dal vitto animale. Ho date superiormente le regole di una esatta cura onde usarle nei casi di maggior bisogno; nel resto a vincer la malattia basta il più delle volte scemare la quantità delle carni o dei liquori fermentati che si prende per nutrimento giornaliero. Se un empirico, diceva il Sydenham, non somministrasse ai gottosi che la birra leggiera quale specifico e persuadesse loro di non bere altro liquore spiritoso, potrebbe guarirne a migliaia e formare la sua fortuna con un rimedio tanto semplice. Noi però dobbiamo rammaricarci, soggiunge il Darwin, che questo grande osservatore non abbia avuto il coraggio di praticare in sé medesimo la propria ricetta, mentre invece preferiva il vino di Spagna e della Canarie negli accessi di gotta, e perì vittima di una malattia per la quale indicava il mezzo di trionfare. Lo stesso Darwin attaccato dalla podagra narra la storia del male sofferto, e mostra i vantaggi che ottenne dall'astinenza delle bevande fermentate. Colla età di quarant'anni cominciò a patire il primo parossismo. Il dito grosso del suo piede destro era assai voluminoso, gonfio e molto infiammato, e così rimase cinque in sei giorni, ad onta di un salasso ed un purgante con dieci grani di calomelano. Egli cessò, allora di bere la birra gagliarda ed il vino pretto, e si limitò alla birra lievissima ed al vino allungato con una triple quantità di acqua. Nello spazio di circa un anno soffersse due altri attacchi meno violenti. Si astenne allora da qualunque liquore fermentato ed anche dalla birra piccola; mangiava però in abbondanza la carne ed ogni sorta di vegetali e di frutti, bevendo a pranzo l'acqua pura o la limonata e l'acqua col cremor di tartaro: prendeva il tè ed il caffè leggerissimo, come per consueto. Fu esente dalla gotta per quindici

o sedici anni, indi cominciò a prendere tratto tratto della piccola birra, del vino, del sidro, il tutto mescolato coll'acqua. Questa foggia di vivere gli cagionò in capo a qualche mese un accesso di gotta, la quale si fissò per tre giorni nel dito grosso del suo piede, ciocchè lo determinò a tornar a bere acqua pura, e per più di venti anni godette quindi perfetta sanità intorbidita solo da qualche reuma. Prima di astenersi da' liquori spiritosi andava soggetto all'emorroidi, alla renella, ma avendo rinunciato a siffatte bevande, non ne soffersse più verun sintomo. Narra il medesimo Darwin un altro caso forse più ancora considerabile, perciò che la gotta era inveterata ed ascendeva a circa vent'anni addietro. Nell'età di quarant'otto anni fu l'individuo per essa costretto a starsene nella propria camera pel corso di sette anni: esistevano nei talloni e nei gomiti parecchi tumori tofacei, l'astinenza dai liquori fermentati fu meno severa, mentre a pranzo l'infermo beveva tre in quattro once di vino mescolato a tre o quattro volte di questa quantità di acqua zuccherata con o senza limone. Per cinque anni che visse in tale regola non soffersse che un accesso moderato, il quale durò appena qualche settimana e non molti mesi ogni anno come per l'addietro¹.

IL SALASSO

Nell'armamentario terapeutico della gotta non poteva mancare il salasso al quale si attribuiva una certa efficacia palliativa e "preservativa". Fra i sostenitori autorevoli del salasso nei gottosi vi erano lo stesso Galeno e, dopo di lui, Boerhaave.

"Botallo, Chesneau, Riverio e Carlo Pisone, consigliarono di ripeterlo in ogni mese ed almeno in primavera ed in autunno. Esso non solamente sottrae molti principj nutritivi, ma tende anche ad abbattere la forza plastica e quella energia vitale che tanto influisce sulla formazione dei morbi sopradetti. Questa sorta però di rimedio, se talvolta sembra efficace più anche dei purganti ad impedire o vincere il male, apporta quasi sempre incomodi maggiori, nè gl'infermi lo ricevono di buona voglia fuori del bisogno di opporsi ad una manifiesta e grave infiammazione"¹. La pratica del salasso non si diffuse tuttavia molto. Sydenham e Barthez si dichiararono contrari a tale rimedio.

LE SANGUISUGHE

Ai gottosi non è stata risparmiata l'applicazione di sanguisughe "nei dintorni dell'articolazione" che veni-



va riconosciuta come efficace anche se veniva richiesta una certa perseveranza anche dopo "una lunghissima mancanza di attacchi". Nei pazienti "soggetti alle flussioni passeggiare" si consigliava l'applicazione delle sanguisughe a livello dell'ano.

IL FREDDO E IL CALDO

Sulla utilità del freddo e del caldo sono registrati orientamenti molto controversi nel corso dei secoli. L'uso del freddo era fortemente supportato dallo stesso Ippocrate e da Areteo di Cappadocia mentre l'impiego del calore era consigliato da Celso (25 BC-50 AD) e molto più tardi da Sir William Temple (1681).

Tra le misure caldamente raccomandate ai pazienti gottosi non poteva comunque mancare quella di evitare l'aria fredda ed umida ed i rapidi passaggi dal caldo al freddo, *"sebbene gli opposti non risultino scevri da pericolo"*. Ai gottosi veniva raccomandato, in particolare, l'uso di vestiti di lana portati a nudo sulla pelle. Il pericolo del freddo ambientale era considerato così rilevante da sconsigliare di *"abitare in paese ed in case esposte a questa costituzione atmosferica"*.

I BAGNI TERMALI

L'abitudine di ricorrere ai bagni termali si diffuse ampiamente nel XVIII e nel XIX secolo. Baden-Baden (Germania) era una delle località più rinomate. Tra le altre figuravano Vichy, Wisbaden, Neuenhar.

Un autorevole sostenitore della utilità dei bagni termali nella terapia della gotta fu Philippus Aurelius Teophrastus Bombastus von Hoenheim, meglio noto come Paracelso (1493-1541), grande medico e filosofo del '500, fondatore della balneologia, il quale riteneva che era fondamentale consigliare la scelta del bagno giusto.

Il bagno ristoratore e lenitivo non si è mai negato ai malati reumatici e, in particolare, ai pazienti con gotta cronica. Nelle ricette ottocentesche si rileva spesso la prescrizione di *"bagni prolungatissimi di acqua semplice, a cui aggiungerassi la continua applicazione di cataplasmi emollienti e narcotici"*.

L'azione terapeutica dell'acqua è stata molto valorizzata anche sul versante della idropinoterapia. Il concetto dell'acqua che depura e che scioglie in qualche modo le concrezioni di acido urico che deturpano il corpo dei malati di gotta cronica è chiaramente espresso in una autorevole ricetta della prima metà dell'800. Al

paziente con gotta viene prescritto di *"bere abbondantemente acqua caldissima (quarantotto bicchieri da sei once ognuno, senza sosta)"*.

Ai sostenitori dell'azione favorevole del calore si opponevano, tuttavia, coloro che valorizzavano l'utilità del freddo che consigliavano il ricorso a *"bevande agghiacciate"* alle quali però veniva riconosciuto un *"effetto incertissimo"*.

LO STILE DI VITA

La gotta è stata associata con un eccessivo ardore sessuale. L'importanza del potus e degli eccessi venerei trova mirabile, sintetico riconoscimento in questi versi di Edilo (270 a.c.), che così canta: *"la figlia di Bacco, il re del vino, che toglie le forze, e di Afrodite, la regina dell'amore, che toglie le forze, è la gotta, che toglie le forze"*.

Il rapporto tra gotta ed attività sessuale ha attirato l'attenzione dei medici di varie epoche. Specie nel XIX secolo, era diffusa la convinzione che l'attacco di gotta non potesse essere spiegato altrimenti che come espressione di una irritazione meccanica legata all'atto sessuale notturno. In fondo, questa teoria poteva rappresentare una vera e propria quadratura del cerchio: la gotta non colpiva le donne ma gli uomini solo dopo la maturazione puberale, insorgeva nella seconda metà di notte, improvvisamente (il gottoso si coricava in perfetta salute e, dopo qualche ora, al cantar del gallo, si scatenava l'attacco violentissimo) e, almeno all'inizio, tendeva alla remissione spontanea. Non sorprende perciò che essere colpiti dalla gotta potesse rappresentare un problema non trascurabile per monaci e sacerdoti, che erano indotti a non ammettere di essere affetti da una malattia così imbarazzante.

La consapevolezza, sin dai tempi di Ippocrate, che la gotta fosse associata all'eccesso di cibo e ad una vita sregolata ha comportato che l'esortazione ad abitudini di vita sobrie e ad evitare tutti i fattori capaci di scatenare l'attacco acuto non sia mai mancata nelle ricette dei medici di ogni epoca.

La grande importanza che si attribuiva all'attività sessuale come fattore favorente la comparsa della malattia trova una evidente testimonianza nella seguente esortazione riportata in uno dei più corposi ed importanti trattati di Medicina del XIX secolo: *"Si proibiranno severamente i piaceri venerei, e specialmente agli individui inoltrati cogli anni"*¹.

I pazienti gottosi venivano incoraggiati al movimen-

to. Questa esortazione all'esercizio trova una mirabile sintesi nel proverbio: *"Gotta strapazzata è per metà risanata"*. Per la evidente possibilità che un'eccessiva sollecitazione funzionale potesse indurre la esacerbazione della flogosi, si consigliava di proporzionare l'esercizio alla forza del male.

LA CHIRURGIA

L'incisione dei tofi gottosi per favorirne la fuoriuscita del materiale che li costituiva ha rappresentato la forma di chirurgia minore più diffusa nel corso dei secoli.

Nel disperato tentativo di trattare le più gravi forme di gotta si cercarono soluzioni chirurgiche anche estreme basate su osservazioni epidemiologiche inequivocabili. Il fatto, ad esempio, che la gotta risparmiasse gli eunuchi era noto da gran tempo e non era sfuggito allo stesso Ippocrate: *"eunuchi non laborant podagra"*. L'essere risparmiati dalla gotta costituisce addirittura il principale vantaggio della castrazione: *"Se il castrato è pusillanime, vile ed incapace a grandi intraprese, s'egli si trova periodicamente tormentato dalle emorroidi, se è soggetto a litterizia, alla polisarcilia, all'edema, alla clorosi e a molte altre infermità, egli va in compenso esente dai dolori gottosi"*¹.

Questo tipo di osservazioni portò alla introduzione della castrazione nel trattamento della gotta. Nei testi medici della prima metà dell'800, la castrazione viene effettivamente riportata tra le pratiche terapeutiche, per altro estreme, capaci di arrecare un indiscutibile giovamento nella terapia della gotta.

Conclusioni

La gotta è oggi una malattia curabile e guaribile. Ci sono voluti secoli per arrivare a questo risultato, reso

possibile dalla disponibilità di farmaci capaci di arrestare in modo rapido ed efficace l'attacco acuto e di prevenire l'accumulo di acido urico nei tessuti. Prima di raggiungere questo risultato, i medici di ogni tempo hanno cercato con ogni mezzo di combattere questa terribile malattia. Gli antichi rimedi e le antiche ricette destinati ai malati gottosi ci fanno ben comprendere quanto tenaci e variegati siano stati i tentativi di fermare questo tremendo male. Il fatto che non si siano trascurate forme di intervento estremo quali l'applicazione locale di "ferro arroventato" e la stessa castrazione ci offre anche una misura indiretta del dolore di questi pazienti. Una delle più intense testimonianze ci viene dalle parole di un grande poeta, John Milton, che ebbe la sventura di essere affetto da una grave forma di gotta. Milton così descrive il dramma del dolore: *"Ma dei mali il peggior, miseria estrema è il cruccio del dolore, che giunto al colmo travolge ogni costanza."*

Bibliografia

- 1) Adelon et al. *Dizionario Classico di medicina interna ed esterna*. Giuseppe Antonelli ed., Venezia, 1834.
- 2) Sydenham T. *Tractatus de podagra et hydrope*, London, 1683.
- 3) Patterson JD. *Treatise on gout and rheumatism*, Churchill ed., London, 1839.
- 4) Tommasini G. *Raccolta complete delle opera mediche*. Dall'Olmo e Tocchi ed., Bologna, 1834.
- 5) Kinglake R. *A dissertation on gout*. J. Murray ed., Edinburgh, 1804.
- 6) Lambrechts AF. *A treatise on the gout*. J. Bouquet ed., London, 1754.
- 7) Parkinson J. *Observations on the nature and cure of gout*. HD Symonds ed., London, 1805.
- 8) Gairdner W. *On gout*. Churchill ed., London, 1854.
- 9) Garrod AB. *The nature and treatment of gout*. Walton and Maiberly ed., London, 1859.
- 10) Hill J. *The management of the gout*. Baldwin ed., London, 1771.

Il bilancio di esercizio degli enti del Servizio Sanitario Nazionale

Premessa

Comprendere il bilancio di un'azienda sanitaria ci consente di capire se quella realtà oltre ad assicurare la qualità dei servizi erogati a favore del mantenimento della salute e dello stato di benessere dei cittadini, attraverso l'erogazione di molteplici e complesse prestazioni, è anche sana sotto l'aspetto dell'equilibrio economico e finanziario. Il tentativo di garantire omogeneità, uniformità e trasparenza al bilancio di esercizio degli enti sanitari¹ è stato realizzato dal decreto legislativo n.118/2011², le cui disposizioni si applicano ai bilanci di previsione 2012 ed ai consuntivi 2012. L'obiettivo del provvedimento è diretto a superare gli schemi di bilancio introdotti nel 2007, ancora applicabili ai bilanci al 31 dicembre 2011, e ad individuare un modello contenente l'elenco dettagliato delle voci di bilancio utilizzabili attraverso l'applicazione di criteri omogenei per procedere alla valutazione delle voci di bilancio mediante una disciplina finalizzata ad assicurare l'uniformità dei conti degli enti sanitari.

I principi generali che guidano la redazione del bilancio e i principi di valutazione specifici del settore sanitario

I principi che guidano la redazione del bilancio possono riassumersi in *principi generali* e *principi specifici del settore sanitario*.

La normativa civilistica in materia di bilancio d'esercizio è articolata in una "clausola generale"³ relativa all'impianto giuridico per la redazione del bilancio di esercizio e nei principi di redazione del bilancio⁴. I principi generali del bilancio sono i principi della chiarezza e della rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria e del risultato economico dell'esercizio⁵. La "clausola generale" si articola quindi nei principi

¹ Enti di cui alle lettere c e d del comma 2 dell'articolo 19, comma 2, lettera b, punto i. Aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni, aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale.

² L'art.38 del D.Lgs. n.118/2011 stabilisce che i disposti di cui al Titolo II rubricato "Principi contabili generali e applicativi per il settore sanitario" entrano in vigore dall'anno 2012. Applicabili ai bilanci al 31 dicembre 2011. Il consuntivo 2011 è escluso

³ Art. 2423 c.c. "Redazione del Bilancio" criteri guida per informare la redazione del bilancio alla clausola generale.

⁴ Art. 2423 bis c.c. "Principi di Redazione del Bilancio".

SABINA MARCHETTI

Economia Aziendale
Corso di Laurea in Tecniche
di Laboratorio Biomedico

di "chiarezza"⁶, di "verità", e di "correttezza"⁷ i quali rappresentano le linee guida di formazione del bilancio. Da questi discendono gli orientamenti, a livello operativo, per la redazione del bilancio, principi redazionali del bilancio, cui fanno da corollario i principi contabili, emanati dall'Organismo Italiano di Contabilità che intervengono per interpretare in chiave tecnica le norme di legge in materia di contabilità e bilancio.

I principi di redazione del bilancio sono indicati all'art. 2423 bis del codice civile:

- principio della prudenza⁸: il redattore del bilancio d'esercizio deve pertanto tener conto di tutti i rischi prevedibili, di eventuali perdite aventi origine nel corso dell'esercizio o di esercizi anteriori, ancorchè tali rischi o perdite siano emersi solo tra la data di chiusura dell'esercizio e la data di redazione del bilancio;

- principio della continuazione delle attività: la valutazione delle voci di bilancio deve essere fatta nella prospettiva della continuazione dell'attività⁹ (*going concern*);

- principio della competenza¹⁰: nella redazione del bilancio si deve tener conto dei proventi e degli oneri di competenza dell'esercizio, indipendentemente dalla data

⁵ Art. 2423, secondo comma codice civile.

⁶ La chiara rappresentazione della situazione patrimoniale e finanziaria e del risultato economico del periodo si realizza mediante una chiara forma di esposizione: la distinta indicazione dei singoli elementi reddituali e patrimoniali come previsto dallo schema di bilancio civilistico (articoli 2424 c.c. "Contenuto dello Stato Patrimoniale" e 2425 c.c. "Contenuto del Conto Economico"), la separazione dei componenti ordinari da quelli straordinari e/o non tipici della gestione, l'affiancamento ai prospetti di stato patrimoniale e conto economico di informazioni integrative necessarie per rendere esauriente il quadro di insieme del rendiconto annuale, da inserire nella nota integrativa.

⁷ Il principio della rappresentazione veritiera e corretta obbliga coloro che redigono il bilancio ad esprimere in modo "vero" (principio di verità) e "corretto" (principio di correttezza) i dati dell'azienda. Il concetto di "veridicità" può riferirsi ai dati oggettivamente misurabili, per i quali non vi sono problemi di quantificazione o a dati che invece sono stimabili per i quali i dati devono essere credibili.

⁸ Art. 2423 Bis del codice civile, al punto 1), indica che la valutazione delle voci di bilancio deve essere fatta secondo prudenza e nella prospettiva della continuazione dell'attività, nonché tenendo conto della funzione economica dell'elemento dell'attivo o del passivo considerato.

⁹ Il principio di continuità dell'attività svolta dall'impresa esprime la necessità di fondare il processo di determinazione dei valori del bilancio di esercizio sul presupposto che l'impresa, alla quale le valutazioni sono riferite, sia destinata a permanere nel tempo. Le problematiche legate alla valutazione nascono dall'esigenza di valutare l'azienda nel tempo.

¹⁰ Art. 2423 bis del codice civile, punto 3.

dell'incasso o del pagamento¹¹;

- valutazione separata degli elementi eterogenei¹²: gli elementi eterogenei ricompresi nelle singole voci devono essere valutati separatamente;

- costanza dei criteri di valutazione¹³: i criteri di valutazione non possono essere modificati da un esercizio all'altro per esprimere la situazione patrimoniale e finanziaria ed il risultato economico dell'esercizio dell'azienda in modo veritiero. L'obbligo di costanza dei criteri di valutazione consente anche di comparare nel tempo i bilanci ed all'interno del bilancio d'esercizio le singole voci purché di natura omogenea.

L'art. 29 del Decreto legislativo n.118/2011 ha emanato principi specifici nel settore sanitario, in questa sede ci soffermiamo su alcune fattispecie. Per esempio il comma 1 dell'art. 29 lettera b recita che *"i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione"*. Il primo aspetto di dubbio riguarda la possibilità di fare investimenti, per esempio per attrezzature, utilizzando la parte corrente con l'effetto di impedire la comparabilità dei bilanci o il trend storico degli investimenti in quanto tali attrezzature diventerebbero costi attraverso un inserimento in una apposita voce della macroclasse A dello schema di conto economico, con segno negativo e quindi a detrazione del valore della produzione.

La lettera e) invece indica che *"le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo"*. La perplessità riguarda il modo in cui effettuare l'utilizzo diretto.

La lettera g) indica poi che *"lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo"*. Ad una prima lettura sembrerebbe una sorta di avallo e di piena responsabilizzazione da parte

della regione sull'adeguatezza dei fondi iscritti in bilancio (per esempio in materia di contenzioso).

Struttura e contenuti del bilancio

Il bilancio di esercizio nella nuova formulazione stabilita dall'art. 26 comma 3 del decreto legislativo n.118/2011, redatto con riferimento all'anno solare si compone dello stato patrimoniale (Fig. 1), del conto economico (Fig. 2), del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale.

Attraverso l'esame degli schemi riconosciamo alcune delle principali novità rispetto ai medesimi di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007:

- nello schema di stato patrimoniale è stata data la possibilità di discernere il contenuto finanziario delle immobilizzazioni finanziarie, dei crediti e dei debiti per i quali è ora richiesto, come nello schema civilistico, distinguere gli importi esigibili entro e oltre l'esercizio successivo. Ciò consente al lettore di avere una rilevante informazione ai fini di una riclassificazione delle poste sulla base del criterio finanziario;
- è stata correttamente prevista la macroclasse F "Conti d'ordine" in calce allo stato patrimoniale in quanto sono dei valori che non si generano nell'ambito della contabilità "economico-patrimoniale";
- la macroclasse A "Patrimonio Netto" del passivo di stato patrimoniale ha posto opportunamente come prima classe il fondo di dotazione per la sua similarità con la voce capitale sociale prevista per lo stato patrimoniale civilistico;
- nel Conto Economico, le tasse¹⁴ sono ora incluse nella classe B9 "oneri diversi di gestione" e sono state formalmente divise dalle imposte¹⁵ ora previste alla macro classe Y "imposte sul reddito dell'esercizio".

I documenti di corredo del bilancio: la Nota integrativa e la Relazione sulla gestione

La *nota integrativa*¹⁶ è lo strumento destinato a fornire all'utilizzatore del bilancio tutte le informazioni supplementari, che non sono desumibili dallo Stato Patrimoniale e dal Conto Economico, anche se non specificamente riferiti ad un dato periodo.

¹² L'art. 2423 bis del codice civile, al punto 5.

¹³ L'art. 2423-bis del codice civile, al punto 6.

¹⁴ Imposte di Bollo, Tasse smaltimento rifiuti etc..

¹⁵ Ires "Imposta sul reddito delle società" e Irap "Imposta sui redditi delle attività produttive".

¹⁶ "Schema di Nota Integrativa" Allegato 2/3 Dlgs 118/2011.

¹¹ La corretta assegnazione del risultato economico all'esercizio implica un complesso procedimento di individuazione e di misurazione dei costi e dei ricavi economicamente correlati che indipendentemente dalla manifestazione finanziaria possono essere ritenuti perti-

SCHEMA DI STATO PATRIMONIALE	ANNO T	ANNO T-1
ATTIVO		
A) IMMOBILIZZAZIONI		
A.I) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI		
A.II) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI		
A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE con separata indicazione, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo		
TOTALE A)		
B) ATTIVO CIRCOLANTE		
B.I) RIMANENZE		
B.II) CREDITI - Con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo		
B.III) ATTIVITA' FINANZIARIE CHE NON COSTITUISCONO IMMOBILIZZAZIONI		
B.IV) DISPONIBILITA' LIQUIDE		
TOTALE B)		
C) RATEI E RISCONTI ATTIVI		
TOTALE C)		
TOTALE ATTIVO (A+B+C)		
F) CONTI D'ORDINE		
TOTALE F)		
	ANNO T	ANNO T-1
PASSIVO		
A) PATRIMONIO NETTO		
TOTALE A)		
B) FONDI PER RISCHI E ONERI		
TOTALE B)		
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO		
TOTALE C)		
D) DEBITI con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo		
TOTALE D)		
E) RATEI E RISCONTI PASSIVI		
TOTALE E)		
TOTALE PASSIVO (A+B+C+D+E)		
F) CONTI D'ORDINE		
TOTALE F)		

Fig. 1 - Nota: si noti che lo schema qui riportato espone l'articolazione per macro classi.

chieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione veritiera e corretta dei fatti aziendali ed in ottemperanza al postulato della chiarezza del bilancio. Essa ha la funzione di:

- indicare i criteri adottati dall'azienda nella valutazione delle voci del bilancio di esercizio;
- indicare le motivazioni e gli effetti sul risultato e sul patrimonio di eventuali cambiamenti¹⁷ di principi contabili applicati;
- illustrare i dettagli e le motivazioni relative all'iscrizione in bilancio di alcune voci;
- indicare i dati relativi al personale;
- fornire informazioni qualitative e quantitative relative alle variazioni, intervenute tra un esercizio e l'altro, delle voci di bilancio più significative;
- fornire informazioni complementari quando ciò si rende necessario ai fini della rappresentazione veritiera e

¹⁷ Per esempio se le voci dell'esercizio precedente, relative allo stato patrimoniale, al conto economico e/o al rendiconto finanziario, non sono comparabili. Ai sensi dell'articolo 2423-ter, comma 5, codice civile, se le voci non sono comparabili, quelle relative all'esercizio precedente devono essere adattate. La non comparabilità e l'adattamento o l'impossibilità di questo devono essere segnalati e commentati nella nota integrativa.

relazione degli amministratori riguardano le generalità sul territorio servito, la popolazione assistita¹⁹ e l'organizzazione dell'Azienda.

Le generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi devono comprendere le informazioni dedicate:

- all'assistenza ospedaliera: occorre dare informazioni sui presidi a gestione diretta e sulle case di cura convenzionate attraverso cui l'azienda opera; devono essere dati i numeri dei posti letto direttamente gestiti e quelli convenzionati ed in forma tabellare occorre distinguere i posti letto ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per presidio;
- alle modalità di svolgimento dell'assistenza territoriale e allo stato dell'arte in merito all'accreditamento di tutte le tipologie di strutture;
- alla prevenzione: occorre dare informazioni circa lo stato dell'arte con il numero di strutture²⁰ a disposizione e loro distribuzione sul territorio; obiettivi dell'anno in merito a variazioni su strutture/organizzazione concordate con Regione (aumento/diminuzione offerta, ecc.);

¹⁸ "Schema di Relazione sulla Gestione" Allegato 2/4 Dlgs 118/2011.

¹⁹ In caso di Asl. Devono essere date anche le indicazioni sulla popolazione esente da ticket, nell'esercizio e per quali motivazioni se per reddito o altro.

corretta dei dati di bilancio.

La *relazione sulla gestione*¹⁸, redatta dal direttore generale nel caso delle aziende sanitarie, arricchisce il complesso delle informazioni del bilancio di esercizio ed evidenzia i collegamenti del documento di bilancio con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali.

In particolare le informazioni che devono essere date nella

avanzamento lavori e grado di raggiungimento degli obiettivi esposti; investimenti effettuati e fonte di finanziamento degli investimenti.

Nello schema di relazione sulla gestione segue al punto n. 4 l'attività del periodo contenente la reportistica gestionale sui dati di produzione, declinata per livello di assistenza:

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza territoriale
- Prevenzione
- Ricerca²¹.

Nel punto n. 5 titolato alla "gestione economico-finanziaria dell'Azienda" devono essere indicate le seguenti informazioni:

- la sintesi del bilancio e relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico finanziari²²;
- il confronto tra il conto economico preventivo/consuntivo e relazione sugli scostamenti anche rispetto ai dati preventivi e consuntivi dell'esercizio precedente;
- la relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti;
- la relazione sul bilancio sezionale della ricerca²³;
- i fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio;
- la proposta di copertura di perdita e/o destinazione utile attraverso l'analisi delle cause, dei provvedimenti adot-

²⁰ Servizi di Igiene e sanità pubblica, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro, Sanità pubblica veterinaria, ecc..

²¹ Solo per gli IRCCS.

tati per coprire la perdita o dei provvedimenti adottati per ricondurre in equilibrio la gestione.

Conclusioni

Nonostante il 2012 sia iniziato, lo scenario è ancora fluido ed in evoluzione in quanto non sono ancora disponibili gli aggiornamenti ai piani dei conti economici e patrimoniali e le casistiche applicative per gli enti del servizio sanitario nazionale e per la gestione sanitaria accentrata regionale.

²² Relazionare in forma descrittiva e tabellare (dati preventivi confrontati con dati consuntivi e con quelli dell'esercizio precedente) su: Macro-obiettivi economico-finanziari dell'anno; Scostamenti rispetto ai dati preventivi.

²³ Solo per gli IRCCS.

SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	ANNO T	ANNO T-2
A) Valore della produzione		
A1) Contributi in conto esercizio		
A2) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie		
A3) Concorsi, recuperi e rimborsi		
A4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)		
A5) Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio		
A6) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia		
A7) Altri ricavi e proventi		
TOTALE A)		
B) Costi della produzione		
B1) Acquisti di beni		
B2) Acquisti di servizi		
B3) Godimento di beni di terzi		
B4) Costi del personale		
B5) Ammortamenti		
B6) Svalutazione dei crediti		
B7) Variazione delle rimanenze		
B8) Accantonamenti		
B9) Oneri diversi di gestione		
TOTALE B)		
Differenza tra valore e costi della produzione		
C) Proventi e oneri finanziari		
C1) Interessi attivi e altri proventi finanziari		
C2) Interessi passivi e altri oneri finanziari		
TOTALE C)		
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
D1) Rivalutazioni		
D2) Svalutazioni		
TOTALE D)		
E) Proventi e oneri straordinari		
E1) Proventi straordinari		
E2) Oneri straordinari		
TOTALE E)		
Risultato prima delle imposte		
Y) Imposte sul reddito dell'esercizio		
Y1) IRAP		
Y2) IRES		
Y3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)		
TOTALE Y)		
Utile (perdita) dell'esercizio		

Fig. 2 - Nota: si noti che lo schema qui riportato espone l'articolazione per macro classi.



CONVEGNO



Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Seminario di studi in memoria di Tullio Manzoni

Ancona

18 Aprile 2012

ore 16.00 Auditorium Montessori

Interventi di

Marco Pacetti, Magnifico Rettore

Antonio Benedetti, Preside della Facoltà

Giuseppe Spidalieri, Ordinario di Fisiologia, Università di Ferrara

Stefania Fortuna, Professore di Storia della Medicina, Università Politecnica delle Marche

Presentazione del volume *Farmaci e Farmacie*, a cura di Giovanni Danieli

Esculapio con Telesforo, il gallo e il serpente, in un'antica stampa (dalla collezione privata di Tullio Manzoni).

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-Winkhofer,
H. Biedermann
"Le livre de signes et des symboles."
Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XV - n° 2
Marzo - Aprile 2012
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale

Antonio Benedetti

Comitato Editoriale

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

Redazione

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

Direttore Responsabile

Giovanni Danieli

