



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

La Facoltà è in lutto per la perdita di Aldo Bertani, giunto da noi proveniente dall'Università di Parma; aveva portato con sé un patrimonio singolare di cultura e di esperienza nel campo della chirurgia plastica e ricostruttiva che gli permise di creare ad Ancona in questa specialità un centro di rilevanza nazionale ed una scuola che ora continua nel solco del suo insegnamento; lo ricorda, in questo fascicolo, Giovanni Di Benedetto, suo prestigioso allievo e continuatore.

In questa breve presentazione desidero oggi sottolineare il ruolo che *Lettere* ha assunto da quindici anni a questa parte, anno dopo anno, nella vita della Facoltà.

La rivista informa innanzitutto gli Studenti sugli eventi del bimestre; in questo numero, ad esempio, precisando tempi e modi degli Esami di Laurea, dell'Esame di Stato, della Prova di ammissione ai Corsi di Laurea e presentando il calendario dell'Attività Didattica Elettiva, un ventaglio di argomenti tale da soddisfare ampiamente ogni esigenza dei nostri Studenti; riportando contributi derivati direttamente dall'attività didattica in corso, ad esempio dai corsi monografici, con un aggiornamento molto importante di Giovanni Di Benedetto sulla ricostruzione della mammella, dall'Attività Formativa Professionalizzante, con l'illustrazione dei principi e delle tecniche di Rianimazione cardio-polmonare ad opera di Erica Adrario, dai Forum di Scienze dell'Uomo, nei quali Giovanni Principato continua la sua serie di interventi sull'Etica generale, particolarmente seguiti dai nostri Studenti.

Desidero ancora sottolineare l'ampio spazio culturale dedicato alle nuove frontiere della Medicina: Alberto Pellegrino completa la trilogia sulla follia e dopo averla ricercata nel teatro e nell'opera lirica, la descrive oggi nell'arte fotografica; Fiorenzo Conti, questa volta in collaborazione con Guido Barbieri, ci porta ai confini tra medicina e musica, preannunciando una serie di importanti contributi sul rapporto cervello-musica, Walter Scotucci continua la sua brillante rubrica dedicata ai medici che fanno dell'arte e, dopo la pittura di Stefano Solimani, presenta le ceramiche di Patrizio Marcelli.

Ancora Marco Grilli ci rende partecipi della sua ricerca antropologica, mentre un gruppo di valorosi Coordinatori dei Corsi di Laurea in Infermieristica della nostra Facoltà, descrive la nuova figura di infermiere e i suoi nuovi compiti nella Sanità; è straordinario il cammino che hanno fatto questi professionisti della salute, cammino che non sarebbe mai esistito senza la formazione universitaria di cui hanno beneficiato.

Prof. Antonio Benedetti
Preside della Facoltà

| | |
|--|-----------|
| LETTERA DEL PRESIDE | 1 |
| EDITORIALE | 2 |
| <i>Exergaming, cybercycling e il mito del restare efficienti fino a 100 anni</i> di <i>Maria Gabriella Ceravolo</i> | |
| VITA DELLA FACOLTÀ | 5 |
| Ricordo di Aldo Bertani di <i>Giovanni Di Benedetto (5)</i> La Segreteria Studenti informa a cura di <i>Francesca Campolucci (6)</i> | |
| SCIENZA & FILOSOFIA | 8 |
| Cervello e musica di <i>Fiorenzo Conti e Guido Barbieri</i> | |
| DALLE PROFESSIONI SANITARIE | 20 |
| I nuovi orizzonti della professione infermieristica di <i>Adriano Santarelli, Alessandro Natale, Enrico Ceroni, Stefano Marcelli</i> | |
| L'INTERVISTA | 11 |
| Le malattie rare di <i>Orazio Gabrielli</i> | |
| ATTIVITÀ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE | 13 |
| Rianimazione cardiopolmonare. 1° parte. Cosa è cambiato negli ultimi anni di <i>Erica Adrario</i> | |
| FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE DELL'UOMO | 18 |
| Etica Generale - 1° incontro: Dal cromosoma al volto - il dilemma dello studente divenuto magicamente medico di <i>Giovanni Principato e Massimiliano Marinelli</i> | |
| MEDICI PER L'ARTE | 23 |
| Patrizio Marcelli, messaggi dell'anima scritti con la terra di <i>Walter Scotucci</i> | |
| CORSO MONOGRAFICO | 27 |
| La chirurgia ricostruttiva della mammella di <i>Giovanni Di Benedetto</i> | |
| PSICHIATRIA E FOTOGRAFIA | 33 |
| Il dramma della follia nella fotografia di <i>Alberto Pellegrino</i> | |
| RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE | 42 |
| Semplici categorie di un risveglio di <i>Marco Grilli</i> | |
| CALENDARIO | 44 |
| Attività Didattiche Elettive Marzo-Aprile 2013 | |

Exergaming, cybercycling e il mito del restare efficienti fino a 100 anni

"Ogni uomo vorrebbe vivere a lungo, ma nessuno desidera invecchiare."

Questa affermazione, attribuita all'autore dei *Viaggi di Gulliver*, Jonathan Swift, può essere considerata un'epigrafe della condizione attuale della popolazione occidentale.

In base ad un'indagine Istat, condotta in Italia nel 2010 a coloro che in quell'anno compivano 65 anni veniva riconosciuta un'aspettativa di sopravvivenza di circa ulteriori 20 anni (18,3, in media, per gli uomini e 21,9 per le donne), in crescita rispetto al 2009 e in linea con il trend europeo, che vede l'aspettativa di vita della popolazione avvicinarsi sempre più ai cento anni.

Sempre nel 2010, un illustre scienziato italiano, Edoardo Boncinelli, dava alle stampe un'opera divulgativa nella quale argomentava in merito ai risultati delle indagini epidemiologiche, descrivendo le sensazionali acquisizioni della genetica, gli esperimenti sulla vita artificiale, le opportunità offerte dalla medicina rigenerativa nelle sue applicazioni nella lotta alle malattie, e fornendo anticipazioni in merito alla comprensione dei meccanismi biologici che regolano la durata della vita. L'insieme degli ingredienti è tale da configurare scenari, solo apparentemente fantascientifici, in cui individui adulti potrebbero sempre più avvalersi di approcci terapeutici orientati al rinnovamento, o alla sostituzione, di tessuti e organi disfunzionali o degenerati.

Se questo traguardo appare ormai a portata di mano per la rigenerazione dei tessuti cutanei o delle cartilagini articolari e per la sostituzione di organi vitali (cuore, polmoni, fegato, rene), il viaggio da compiere per garantire la salvaguardia del cervello, e delle nobili funzioni da esso governate, è ancora lungo e accidentato.

Si può, anzi, affermare che proprio l'incremento diffuso della vita media abbia esaltato l'impatto epidemiologico delle patologie neurologiche (tipicamente ricorrenti in età adulta anziana), avvilendo con una severa limitazione della autonomia e della qualità di vita le prospettive di sopravvivenza della popolazione.

Pochi numeri per descrivere il fenomeno allarmante della disabilità nell'anziano: nei soggetti over65, la quota di persone non autosufficienti è pari al 18,7% e sale al 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra coloro che hanno superato gli 80 anni. Se l'impatto individuale dell'invecchiamento è imponente, altrettanto si può dire per l'impatto sociale: solo nelle Marche, tra i soggetti

MARIA GABRIELLA CERAVOLO

Clinica di Neuroriabilitazione
Università Politecnica delle Marche

ultrasessantacinquenni si contano circa 60000 persone disabili che vivono in famiglia, necessitando pertanto di assistenza da parte dei propri cari.

Tra le cause determinanti la disabilità, si annoverano ai primi posti le patologie cerebrovascolari e neurodegenerative. Nella Regione Marche, si contano circa 5000 nuovi casi di ictus, il 75% dei quali concerne soggetti ultra65enni; circa 20000, inoltre, sono le persone affette da Demenza senile, una patologia che vede crescere la sua prevalenza al 40% negli ultra 80enni, mentre si contano, nello stesso territorio, almeno 5000 soggetti affetti da Malattia di Parkinson. In quest'ultimo caso, il tasso di malati sale dal 3‰ nella popolazione totale, all' 1,5% negli ultra65enni.

Mentre appare evidente che invecchiare pone a rischio l'individuo di incorrere in malattie suscettibili di determinare una severa compromissione delle abilità di movimento e delle capacità cognitive, l'ipotesi che l'età avanzata sia sinonimo di malattia e severo degrado funzionale è considerato, peraltro, da alcuni un semplice luogo comune. Vivere a lungo e vivere in salute si può o è solo una chimera pubblicitaria?

Coloro che hanno sviluppato il concetto di *fragilità* (Winograd nel 1991, Fried nel 2001) hanno circoscritto l'ambito in cui l'invecchiamento acquista un significato peggiore. In particolare, Fried ha definito un fenotipo di *anziano fragile*, come il risultato della concomitanza, negli ultra70enni, di almeno tre dei seguenti fattori: perdita di peso non intenzionale, faticabilità, debolezza muscolare (forza prensile), velocità del cammino e sedentarietà. Tale sottogruppo di anziani (e solo quello) esprimerebbe un rischio incrementato da 2 a 4 volte rispetto ai coetanei non fragili, di eventi avversi che vanno dalle cadute accidentali, alla perdita di autonomia nelle attività di vita quotidiana, al degrado funzionale progressivo, all'ospedalizzazione recidiva, fino al decesso.

Invecchiare in salute non sembrerebbe un traguardo irraggiungibile: il quesito è se tale obiettivo sia predeterminato geneticamente o influenzabile, e fino a che punto, attraverso fattori esperienziali.

Sempre più numerose segnalazioni suggeriscono che l'esercizio fisico e l'apporto nutrizionale possano giocare un ruolo cruciale ai fini della prevenzione di malattie neurodegenerative, rallentando i processi del cosiddetto "invecchiamento cerebrale" (Stranahan 2012).

Il decadimento delle funzioni nervose, nell'anziano, è sicuramente in parte "fisiologico" e, come tale, non rimediabile. In parte, tuttavia, esso consegue a fattori culturali e sociali: la riduzione delle stimolazioni sensoriali e cognitive, che contraddistingue il passaggio all'età avanzata,



Fig. 1 - Una signora anziana esegue un allenamento al cicloergometro, avvalendosi di una modalità in realtà virtuale, che le consente di visualizzare la propria posizione su uno schermo, modulare la velocità di pedalata per evitare ostacoli avendo un feedback "ecologico" della prestazione effettuata.

può contribuire alla modifica strutturale del cervello, che con gli anni va incontro ad una perdita progressiva sia delle cellule nervose, sia delle loro connessioni sinaptiche, sviluppando un aspetto di atrofia cerebrale, che può essere documentato da tecniche di *neuroimaging*. Invertire il processo degenerativo mediante un'esaltazione dell'esperienza sensoriale e attraverso l'apprendimento di nuovi compiti è una delle sfide che anima la ricerca scientifica.

Non avresti dovuto diventare vecchio prima di diventare saggio (W. Shakespeare. King Lear, Atto I-Scena V)

Diventare saggi, per parafrasare Shakespeare, adottando uno stile di vita "igienico", potrebbe dimostrarsi un'arma vincente nella competizione tra coloro che tentano di allontanare lo spettro di una vecchiaia invalidante, il più a lungo possibile.

Tuttavia, "mantenersi attivi facendo sport", quale ricetta del benessere a oltranza, è uno slogan aspecifico, suscettibile di generare confusione, laddove non siano definiti gli ingredienti essenziali non solo a favorire la cosiddetta fitness, quanto a rinnovare il cervello stimolandone i meccanismi di riorganizzazione plastica.

È ampiamente dimostrato come l'esercizio fisico ripe-

tutto sia in grado di evocare cambiamenti morfologici persistenti nelle rappresentazioni corticali corrispondenti ai distretti più attivi, e come tali modifiche si associno al miglioramento della performance motoria dell'individuo, anche dopo una lesione cerebrale.

Il mediatore dei fenomeni di sinaptogenesi indotta dall'esercizio è un fattore di crescita neurale noto come *Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF)*, i cui livelli subiscono un incremento significativo, quanto transitorio, dopo un esercizio fisico intenso, in acuto (Knaepen 2010).

Quali caratteristiche debba assumere uno schema di allenamento per determinare i maggiori vantaggi sui

processi di plasticità cerebrale è discusso di seguito.

Intensità dell'esercizio.

In soggetti anziani "sani", un allenamento aerobico, condotto per almeno un anno, è in grado di indurre un aumento dei livelli ematici di BDNF la cui entità sembra essere direttamente responsabile dell'incremento di connettività tra aree cerebrali quali la regione paraippocampale e il gyrus temporale medio (Voss 2013). Modalità diverse di allenamento, che incorporano esercizi contro resistenza, inducono variazioni di funzionalità nella regione del gyrus temporale medio, così come nella regione dell'insula anteriore sinistra e nella corteccia orbito-frontale. Anche in questo caso l'effetto è intensità-dipendente: si osserva, in vero, a seguito di uno schema di addestramento fisico che ha frequenza almeno bisettimanale, laddove esercizi occasionali realizzati una volta a settimana non sembrano sortire eguale efficacia (Liu-Ambrose 2012).

Il ruolo dell'arricchimento ambientale

Alcuni ricercatori hanno valutato l'impatto determinato da 3 mesi di addestramento in realtà virtuale, con il cosiddetto *Cybercycling*, (Fig.1) sulle funzioni motorie e cognitive di soggetti anziani, residenti in casa di riposo, confrontando i risultati con quelli conseguibili mediante

un allenamento tradizionale al cicloergometro. Mentre entrambi i gruppi miglioravano di egual misura le prestazioni fisiche, i cyber-ciclisti mostravano un lieve incremento nelle funzioni cognitive esecutive e attentive, una significativa riduzione del rischio di progressione verso un deterioramento cognitivo ed un maggior incremento dei livelli di BDNF (Anderson-Hanley 2012).

L'effetto "motivazione"

Studi sempre più numerosi supportano l'ipotesi che attività cosiddette di *exergaming*, (allenarsi giocando), che integrano compiti motori e cognitivi, stimolando al contempo la motivazione all'esercizio con un costante feedback sensoriale, siano in grado di produrre un effetto molto più intenso e specifico in termini di riorganizzazione corticale. A tale proposito, un dispositivo commerciale, di largo consumo, quale la *Nintendo Wii Balance Board*, è stata proposta come utile strumento di allenamento domiciliare anche per soggetti anziani, ai fini di migliorare gli adattamenti posturali e contenere il rischio di caduta.

Il valore dell'impegno cognitivo

Allenare la mente con la soluzione di enigmi e rebus su riviste dedicate o mediante applicazioni sviluppate appositamente per tablet è l'ultima lusinga del marketing delle strategie anti-invecchiamento cerebrale. Mentre non è ancora possibile dimostrare che risolvere cruciverba rappresenti un baluardo contro l'insorgenza di patologie neurodegenerative, è stato peraltro osservato che, in soggetti ultra65enni, un addestramento selettivo della memoria protratto per circa 2 mesi è in grado di indurre un miglioramento della performance mnemonica, supportato da un incremento di spessore della corteccia orbito-frontale laterale destra (Engvig 2010).

Infine, i risultati delle indagini di Risonanza Magnetica Funzionale supportano l'ipotesi che le modifiche strutturali nella corteccia cerebrale, in soggetti che si dedicano ad apprendere un compito, avvengano precocemente e siano prevalentemente stimulate dalla "novità" dell'esercizio, piuttosto che dalla continuità dello stesso: in sintesi, imparare nuove abilità, piuttosto che riprodurre un compito ben appreso, rappresenta la scelta più "saggia"

ai fini della conservazione delle competenze funzionali e dell'efficienza cognitiva.

Anche l'abitudine contribuisce a far diventare vecchi; il processo mortale di fare la stessa cosa allo stesso modo alla stessa ora giorno dopo giorno, prima per trascuratezza, poi per inclinazione, e infine per codardia o inerzia.
Edith Wharton, *Uno sguardo indietro*, 1935

Letture consigliate

- 1) Edoardo Boncinelli. *Lettera a un bambino che vivrà fino a 100 anni*. Edizioni Rizzoli, 2010
- 2) Lamberto Maffei. *La libertà di essere diversi*. Edizioni il Mulino, 2012

Referenze bibliografiche

- 1) Anderson-Hanley C, Arciero PJ, Brickman AM, Nimon JP, Okuma N, Westen SC, Merz ME, Pence BD, Woods JA, Kramer AF, Zimmerman EA. Exergaming and older adult cognition: a cluster randomized clinical trial. *Am J Prev Med*. 2012 Feb;42(2):109-19
- 2) Engvig A, Fjell AM, Westlye LT, Moberget T, Sundseth Ø, Larsen VA, Walhovd KB. Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *Neuroimage*. 2010 Oct 1;52(4):1667-76.
- 3) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56.
- 4) Knaepen K, Goekint M, Heyman EM, Meeusen R. Neuroplasticity - exercise-induced response of peripheral brain-derived neurotrophic factor: a systematic review of experimental studies in human subjects. *Sports Med*. 2010 Sep 1;40(9):765-801.
- 5) Liu-Ambrose T, Nagamatsu LS, Voss MW, Khan KM, Handy TC. Resistance training and functional plasticity of the aging brain: a 12-month randomized controlled trial. *Neurobiol Aging*. 2012 Aug;33(8):1690-8.
- 6) Stranahan AM, Mattson MP. Recruiting adaptive cellular stress responses for successful brain ageing. *Nat Rev Neurosci*. 2012 Jan 18;13(3):209-16.
- 7) Voss MW, Erickson KI, Prakash RS, Chaddock L, Kim JS, Alves H, Szabo A, Phillips SM, Wójcicki TR, Mailey EL, Olson EA, Gothe N, Vieira-Potter VJ, Martin SA, Pence BD, Cook MD, Woods JA, McAuley E, Kramer AF. Neurobiological markers of exercise-related brain plasticity in older adults. *Brain Behav Immun*. 2013 Feb;28:90-9

Ricordo di Aldo Bertani



Il Prof. Aldo Bertani nasce a Parma il 10 febbraio 1946. Dopo aver eseguito gli studi di Medicina presso l'Università di Parma, si laurea in Medicina e Chirurgia il 10 Dicembre 1970 presso la stessa università (110 e lode).

Assistente di ruolo presso la Cattedra di Chirurgia Plastica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma dal 16 Ottobre 1978 al 3 Ottobre 1982.

Assistente Ordinario presso la Cattedra di Clinica Chirurgica Generale e terapia Chirurgica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona dal 4 ottobre 1982 al 5 Aprile 1983.

Nominato Professore Associato di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona.

A decorrere dal maggio 1986 è nominato Professore Straordinario alla Cattedra di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona.

Direttore di Clinica di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dal 1 gennaio 1990.

Nello stesso anno ottiene la scuola di specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, unica a livello regionale, oltre che una delle prime a livello nazionale. Da quel momento in avanti il Prof. Bertani crea un'équipe

di chirurghi plastici, costituita da medici strutturati e da medici specializzandi, che vengono inviati presso diversi centri europei ed extraeuropei, proprio al fine di acquisire nuove tecniche e di poterle applicare nella realtà medica anconetana e marchigiana. Grazie alla sua innegabile lungimiranza riesce pertanto a creare un gruppo chirurgico che copre a 360° il vasto campo della Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, spaziando dalle patologie dell'estremo cefalico a quelle della regione mammaria e toracica, dalle patologie dell'arto superiore a quelle dell'arto inferiore e della regione inguino-perineale. Autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, oltre che di monografie e capitoli su testi di Chirurgia Plastica, il Prof. Bertani era sempre pronto a dare il proprio contributo alla Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica di cui era socio e di cui era stato presidente nel 1994.

La sua disponibilità nei confronti degli altri oltre che la sua propensione al contatto umano, la sua altissima professionalità unita alla modestia che lo contraddistingueva, avevano fatto senza alcun dubbio del Prof. Bertani un maestro oltre che un esempio per i colleghi più giovani.

Si spegneva il 23 febbraio 2013.

Giovanni Di Benedetto



La Segreteria Studenti informa

a cura di Francesca Campolucci

La Segreteria Studenti informa gli studenti dell'ultimo anno di tutti i Corsi di studio sul calendario degli Esami finali di Laurea e sui principali adempimenti cui sono chiamati. Informa inoltre gli studenti laureandi in Medicina e Chirurgia sul calendario e sulle modalità degli Esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo.

Esami di Laurea

Il Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia ha approvato, per la sessione straordinaria di laurea dell'Anno Accademico 2011/2012, il seguente calendario degli esami finali, riportato nella Tabella 1.

Gli studenti laureandi della predetta sessione potranno sostenere gli ultimi esami di profitto nella seduta straordinaria degli esami che si concluderà il 1 marzo 2013.

Gli studenti candidati all'esame di laurea entro le date previste consegneranno alla Segreteria Studenti tutti i documenti richiesti per l'esame finale, tra i quali il frontespizio della Tesi firmato dal Docente Relatore e dal Correlatore laddove presente (consultare sito www.univpm.it - segreteria studenti medicina - esami finali di laurea).

L'ultimo adempimento previsto entro 5 cinque giorni dall'esame finale è la consegna della Tesi di laurea presso la Biblioteca di Facoltà nella versione CD-Rom con etichetta firmata dallo Studente, dal Docente Relatore, dall'eventuale Co-Relatore.

Solo per i laureandi in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria è prevista la consegna della copia cartacea della Tesi di laurea presso la Segreteria Studenti per il successivo inoltro all'Archivio generale.

Si ricorda agli studenti laureandi dei Corsi triennali delle professioni sanitarie che l'Esame finale di laurea ha valore di Esame di Stato abilitante all'esercizio della professione e che pertanto la prova finale consiste nella redazione di un elaborato (Tesi di laurea) e nella dimostrazione di abilità pratiche. Trattandosi di esami di Stato saranno richiesti a ciascuno studente i versamenti delle tasse e contributi previsti dalla norma.

Esame di Stato in Medicina e Chirurgia

Con Ordinanza del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 31.01.2013 sono indette per l'anno 2013 le sessioni di esami di Stato di abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo.

I candidati agli esami di Stato dovranno presentare *domanda di ammissione* alla prima sessione dal 18 feb-

| | |
|---|--|
| Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia Laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria | 26 marzo 2013 27 marzo 2013 |
| Laurea in Infermieristica (sede di Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata, Pesaro) | - esame di Stato settimana dall'8 al 12 aprile 2013 - discussione tesi settimana dal 22 al 30 aprile 2013 |
| Laurea in Educatore professionale Laurea in Fisioterapia Laurea in Igienista dentale Laurea in Ostetricia Laurea in Tecniche di Laboratorio biomedico Laurea in Tecniche della prevenz. nell'amb. e nei luoghi di lav. Laurea in Tecniche di Radiologia medica per imm. e radiot. | - esame di Stato e discussione tesi settimana dal 15 al 19 aprile 2013 |

Tab. 1 - Calendario della Sessione straordinaria di Laurea - AA 2011-2012.



| | |
|---|------------------|
| Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria A.A. 2013-14 lingua italiana | 23 Luglio 2013 |
| Professioni sanitarie A.A. 2013-14 | 4 Settembre 2013 |
| Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria A.A. 2014-15 lingua italiana | 8 Aprile 2014 |
| Professioni sanitarie A.A. 2014-15 | 3 Settembre 2014 |

Tab. 2 - Calendario delle Prove di ammissione ai Corsi di Laurea e di Laurea magistrale.

braio 2013 ed entro l'8 marzo 2013 e alla seconda sessione dal 16 settembre 2013 ed entro il 4 ottobre 2013 presso la Segreteria Studenti della Facoltà.

Possono presentare domanda di ammissione i candidati già laureati in Medicina e Chirurgia ovvero gli studenti laureandi che conseguano il titolo accademico successivamente alla scadenza del termine sopradetto per la presentazione della domanda di partecipazione e comunque entro il 26 marzo 2013 per la prima sessione ed entro il 22 ottobre 2013 per la seconda sessione.

L'Esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo consiste in un tirocinio pratico e una prova scritta.

Il *tirocinio pratico* ha inizio il 2 aprile 2013 per la prima sessione e il 4 novembre 2013 per la seconda sessione.

Il tirocinio consiste in attività pratica a carattere continuativo della durata di tre mesi svolto per un mese presso un reparto di medicina, per un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. La certificazione della frequenza e la valutazione di ciascuno dei tre periodi avvengono sotto la diretta responsabilità e a cura del docente universitario, o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal candidato, e del medico di medicina generale, che ne danno formale attestazione sul libretto diario fornendone un motivato giudizio espresso sulle capacità e le attitudini del candidato con l'attribuzione di un punteggio massimo di novanta punti, trenta per ogni periodo. Ove il candidato non consegua un punteggio complessivo di almeno sessanta punti con un minimo di 18/30 per ciascun periodo, non è ammesso alla prova scritta, salva la possibilità di ripetere il tirocinio clinico.

La *prova scritta* si svolge contemporaneamente nelle sedi universitarie previste, con contenuto identico su tutto il territorio nazionale, il giorno 10 luglio 2013 per la prima sessione e il 5 febbraio 2014 per la seconda ed è articolata in due parti. Le due parti della prova d'esame si svolgono in sequenza in un'unica giornata. Ciascuna delle due parti consiste nella soluzione di 90 quesiti a risposta multipla estratti dall'archivio predisposto dal MIUR. Per ciascuna parte della prova i candidati hanno a disposizione 150 minuti. La valutazione della prova scritta determina l'attribuzione di un punteggio di più 1 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e meno 0,25 per ogni risposta esatta. La prova si intende superata se il candidato consegue almeno 60 punti in ciascuna delle due parti di essa.

Conclusa con esito positivo la prova scritta, il medico laureato consegue l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo.

* * *

Prove di ammissione ai corsi di laurea e di laurea magistrale programmati a livello nazionale A.A. 2013-14 e 2014-15

Si comunica che il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con proprio avviso del 14 Febbraio 2013 protocollo n. 3188, ha fissato il calendario delle prove di ammissione ai corsi di laurea e di laurea magistrale programmati a livello nazionale per gli anni accademici 2013-14 e 2014-15. Il calendario, che di seguito si riporta, è stato definito con anticipo al fine di offrire adeguata informativa agli studenti interessati e di permettere agli Atenei di procedere nella predisposizione delle opportune misure organizzative legate allo svolgimento delle prove.





Cervello e musica

Testimonianze archeologiche dell'esistenza di attività musicali possono essere datate ad almeno 50,000 anni fa e da allora l'uomo non si è mai separato dalla musica, da una parte deliziandosene e dall'altra ponendosi per secoli domande, in larga misura ancora senza risposta, sulla natura della musica, sulla sua relazione con le emozioni e con il linguaggio, sulla sua universalità e sulle sue basi biologiche.

Per secoli queste questioni sono rimaste sostanzialmente escluse dall'indagine scientifica e solo nel XX secolo, dapprima quella psicologica (come, per esempio, il celebre *Psychology of Music* di Carl Seashore del 1938, poi quella neurologica immaginariamente riassunta in *Music and the Brain* di Macdonald Critchley and RA Henson del 1977) iniziano a definire i confini dello studio neuroscientifico della musica che, inevitabilmente, ha prosperato negli ultimi 30 anni grazie anche alla disponibilità di nuovi e potenti metodi d'indagine. Oggi, molti dei tradizionali problemi che riguardano la prassi musicale e le sue basi cerebrali rappresentano una parte importante della ricerca neurobiologica. Così, iniziamo a comprendere che il cervello contiene circuiti dedicati, in larga parte distinti da quelli del linguaggio, che le nostre risposte alla musica sono sensibilità istintive e che le nostre capacità musicali si sviluppano in larga misura spontaneamente e su queste basi possiamo tentare di perfezionare strumenti che permettano di affrontare grandi questioni, per esempio sulla natura della musica e sulle ragioni per cui la nostra specie possiede un'istintiva attitudine musicale.

Per queste ragioni, l'edizione 2013 degli "Incontri di Scienza & Filosofia" è dedicata al complesso e affascinante rapporto tra cervello e musica, Poiché questi temi ci sono parsi di interesse sia per gli *habitués* degli Incontri di Scienza & Filosofia sia per i musicofili, ci siamo avventurati in una stimolante riflessione comune che ha determinato questa *joint venture* tra Università Politecnica delle Marche e Società dei Concerti "Guido Micheli", che non è limitata alla discussione dei temi trattati, ma si esprimerà anche in una "giornata comune", l'11 aprile, quando, nel nome di Ravel si terrà dapprima una conferenza e successivamente un concerto.

Siamo certi che la grande attualità dei temi, la statura dei relatori e la presenza di qualche novità garantiscono anche per quest'anno una edizione stimolante degli "Incontri di Scienza & Filosofia".

Fiorenzo Conti - Guido Barbieri

Programma

giovedì 21 marzo 2013 ore 18,00

Scienza e musica attraverso i secoli

Andrea Frova

Sapienza Università di Roma

giovedì 4 aprile 2013 ore 18,00

Cervello, musica e linguaggio

Giuliano Avanzini

Istituto Neurologico C, Besta, Milano

giovedì 11 aprile 2013 ore 18,00

Maurice Ravel e "La musique dans la tête"

Enzo Restagno

MITO, Festival Internazionale della Musica, Milano-Torino

con la partecipazione della compositrice Lucia Ronchetti

martedì 23 aprile 2013 ore 18,00

The origins of music: from behavior, to brain and genes

Isabelle Peretz

Université de Montreal, Montreal, Canada

Le Conferenze si svolgeranno presso il Rettorato della
Università Politecnica delle Marche - Piazza Roma, 22



I nuovi orizzonti della Professione Infermieristica

L'assistenza (dal latino "ad-sistere" stare vicino) nasce con l'uomo, in quanto da sempre una persona in difficoltà ha bisogno di qualcuno che gli stia vicino.

Attraverso i suoi protagonisti, l'assistenza infermieristica ha subito una spinta evolutiva sorprendente che l'ha portata a raggiungere, ai giorni nostri, numerose conquiste dal punto di vista dell'autonomia, della formazione, della competenza e della professionalità e a porre le basi per un ambizioso domani.¹

Ed è proprio agli orizzonti futuri che bisogna guardare con interesse. All'obiettivo di utilizzare la professionalità degli infermieri per avviare uno sviluppo nei vari ambiti assistenziali. Ne sono esempi concreti:

- Il *See & Treat* (letteralmente vedi e tratta), nato nei paesi anglosassoni, è un modello organizzativo dei Pronto Soccorsi che dal consueto triage fa scaturire due linee d'accesso: una classica ed una *See & Treat*. A quest'ultima accede solo una casistica di urgenze minori, selezionate per appropriatezza che vengono accolte dal primo operatore disponibile, medico o infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine. L'innovazione di questo modello organizzativo eleva l'infermiere da un rapporto prevalentemente collaborativo ad una fase in cui opera autonomamente, incrementando il numero di prestazioni con un minimo incremento di risorse umane, senza far venire meno i livelli qualitativi di assistenza erogata. Il *See & Treat* si propone di porre rimedio a problematiche quali il sovraffollamento e il contenimento delle liste di attesa e, allo stesso tempo, valorizza la professionalità degli infermieri e libera i medici da interventi a minore complessità.²

- Gli *ambulatori infermieristici*, totalmente gestiti da infermieri che rispondono alle esigenze di sviluppare l'offerta di servizi sanitari territoriali (*primary care*), assicurare la continuità assistenziale e diversificare l'assistenza attraverso la diffusione delle strutture per migliorare l'accesso della popolazione ai servizi.

È importante evidenziare come l'attività ambulatoriale non si limiti alle prestazioni strettamente tecniche e manuali, ma sia proiettato verso gli ambiti educativi,

relazionali, di consulenza, di informazione e di orientamento all'utilizzo dei servizi sanitari pubblici, di accompagnamento all'autogestione della salute, nei suoi aspetti preventivi e comportamentali.

Si tratta di un aspetto essenziale per lo sviluppo di una cultura sanitaria fondata sulla promozione e sul mantenimento dello stato di salute della popolazione.

Ricerche hanno evidenziato come gli ambulatori sorgano in piccoli comuni di provincia, abbastanza decentrati dai centri urbani e dalle strutture, e come questi siano considerati dei veri e propri centri di riferimento per la popolazione locale per alcune prestazioni sanitarie. In alcuni casi sono gli unici ponti di collegamento con le strutture sanitarie difficilmente raggiungibili soprattutto da utenti disabili e con difficoltà a spostarsi.

Rispetto a ciò, può essere interessante per un infermiere immaginare quanto le possibili e diverse attività in un ambulatorio possano essere stimolanti per la crescita professionale.^{3,4}

- Il *Case Management*: è un processo cooperativo che accerta il bisogno, pianifica, mette in atto, coordina, controlla e valuta le opzioni ed i servizi in risposta alla domanda dell'individuo al fine di raggiungere esiti di qualità ed efficienti sotto il profilo economico.

Viene utilizzato in diverse specializzazioni sanitarie e ambiti di cura, soprattutto per affrontare patologie complesse e croniche che possono presentare una molteplicità di bisogni sanitari. In queste situazioni si può avere un riscontro empirico della sua utilità in quanto la continuità assistenziale diviene l'elemento determinante del sistema di cura. Il *continuum* delle cure distribuite supera la verticalità di ogni settore; è incentrato sul paziente al fine di ridurre l'utilizzazione impropria dei servizi e la frammentazione dell'assistenza.

L'integrazione disciplinare è, nel case management, il valore paradigmatico di riferimento che permea l'agire operativo. L'*Infermiere Case Manager* in tale contesto, indipendentemente dal profilo professionale specifico, è uno snodo, una competenza distintiva, in una metaforica mappa, la rete stradale, che favorisce la presa in carico e il servizio all'utente (*customer service*), la continuità in un'ottica di previsione valutativa e dinamica, secondo una gestione non verticale-settoriale.

Il successo di un programma di case management non può disgiungersi dalle qualità in termini umani e professionali dell'infermiere Case Manager, agente di un cambiamento che è inevitabile.^{3,5}

- La *libera professione*, di natura intellettuale, disciplinata dagli artt. 2.229 e seguenti del Codice Civile. Le professioni intellettuali sono quelle in cui la componente mentale dell'attività prestata prevale sulla quella materiale ed è condizionata dal possesso di alcuni requisiti. Inoltre una professione si definisce "libera" quando viene svolta al di fuori del controllo organizzativo e direttivo di un datore di lavoro, in piena autonomia, scegliendo liberamente i comportamenti da adottare e i mezzi per metterli in esecuzione.

Nell'accettare un incarico professionale l'infermiere deve saper valutare le effettive esigenze del cliente e deve considerare le sue effettive capacità rimanendo responsabile dei danni causati secondo le regole proprie della responsabilità professionale.

Spesso i problemi che richiedono l'intervento dell'infermiere necessitano di una continuità nella presa in carico di un cliente difficilmente sostenibile operando da soli. Perciò, per la natura stessa della professione infermieristica, molti professionisti scelgono di svolgere la loro attività in associazione. L'esercizio in forma associata consente molti vantaggi operativi nella presa in carico e nella gestione del cliente e nella specializzazione del libero professionista che nell'ambito di una associazione professionale può implementare competenze specifiche.^{3,6}

- L'ultimo orizzonte viene prospettato dal Decreto del Ministero della Salute del 16/12/2010 che introduce il concetto di *Infermiere di farmacia*. Si afferma che le farmacie possono erogare nuovi servizi anche a domicilio del paziente, e che questi devono essere effettuati esclusivamente da infermieri e da fisioterapisti. L'infermiere in farmacia può, anche eventualmente con l'ausilio di altri operatori socio-sanitari che lavorino in farmacia, provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, offrire supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza (rientranti nell'ambito dell'autocontrollo), effettuare medicazioni e cicli iniettivi, svolgere attività concernenti l'educazione sa-

nitaria e la partecipazione a programmi di consulting, partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

L'infermiere può inoltre, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, erogare sia all'interno della farmacia sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale.

Questo decreto introduce novità molto importanti e potenzialmente rivoluzionarie per quello che riguarda l'assistenza sanitaria e l'accesso facilitato a diversi servizi e prestazioni.

Come noto la crisi economica colpisce tutti senza discriminazione e anche il Sistema Sanitario Nazionale fa molta fatica, creando ripercussioni su chi opera al suo interno e soprattutto su chi richiede salute. Ma nei momenti in cui le cose non vanno si cerca di cambiarle per farle tornare a funzionare, ed in questo ogni infermiere deve essere protagonista, intervenire in prima persona per andare a prendersi quello che gli spetta. Così come in passato si è lavorato per ottenere riconoscimento professionale, competenza, formazione ed autonomia, lo si deve continuare a fare oggi, domani e sempre.

Il futuro è lì e bisogna solo andare a prenderselo.

- 1) *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, Craven R.F., Hirnle C.J., Casa Editrice +Ambrosiana Milano, edizione 4, 2011.
- 2) *Il paziente non urgente (codice bianco) e il Pronto Soccorso*, Rocco S., Fusello M. - Emergency care journal.
- 3) *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Benci L., Mc Graw Hill, 2011.
- 4) *Nuovi modelli organizzativi per assistenza infermieristica. L'ambulatorio infermieristico territoriale*, D'Innocenzo M., Centro Scientifico Editore 2002
- 5) *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi* Chiari P., Santullo A., Mc Graw Hill, Edizione 2010.
- 6) *L'infermiere e la libera professione*, Cecchetto L., Mc Graw Hill, Edizione 2009.

Adoriano Santarelli¹ Alessandro Natale¹
Enrico Ceroni¹ Stefano Marcelli²
Corso di Laurea in Infermieristica,
Poli didattici di ¹Fermo e ²Macerata

Le malattie rare

Prof. Gabrielli, cosa si intende per malattia rara?

Le malattie rare sono condizioni morbose poco frequenti per definizione, spesso anche poco conosciute, poco appetibili alla ricerca sperimentale e clinica, a volte senza una terapia adeguata tanto da essersi meritate l'appellativo di "orfane". Esse non costituiscono un riconosciuto gruppo nosologico di malattie, ma piuttosto un gruppo eterogeneo di affezioni accomunate dalla bassa prevalenza ed anche da problematiche clinico-assistenziali molto peculiari e complesse. Una malattia è considerata rara, quando la sua prevalenza nella popolazione generale è minore di una soglia codificata dalla legislazione di ogni singolo paese e l'Unione Europea definisce tale soglia allo 0,05% della popolazione, ossia 1 caso/2000 abitanti. Infatti, una malattia può avere una diffusione locale più alta ad alcune latitudini rispetto ad altre per motivi genetici, ambientali od infettivi (es. β -talassemia nel bacino del Mediterraneo). Attualmente non esiste ancora una classificazione unica ed esauriente delle malattie rare, il cui numero si aggira intorno alle 6000-7000, né a livello nazionale nè europeo. In Italia l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato un elenco di malattie rare suddiviso in categorie, che comprende malattie su base genetica, malattie infettive, malattie tumorali, malattie degenerative, malattie endocrine, etc. Tuttavia predominante è la modalità di trasmissione genetica che si stima interessi fino all'80% di tutte le malattie rare. Le malattie genetiche si possono dividere in due grossi capitoli che sono le Sindromi malformative e le Malattie genético-metaboliche.

Le malattie genetiche sono sempre ereditarie?

Le alterazioni del patrimonio genetico possono colpire indifferentemente la linea delle cellule somatiche, che costituiscono i tessuti corporei, o la linea delle cellule germinali, coinvolte nella produzione della cellula uovo e degli spermatozoi. Nei casi di coinvolgimento della linea germinale tali malattie genetiche diventano anche ereditarie e cioè trasmissibili da uno od entrambi i genitori alla prole.

Le malattie genetiche sono sempre evidenti alla nascita?

Alcune di esse sono destinate a manifestarsi alla na-

Intervista del Prof. Orazio Gabrielli trasmessa il 4 febbraio 2013 nel TG3 Marche per il ciclo Prevenzione in Medicina, coordinato da Maurizio Bertucci e Antonio Benedetti.



scita, altre in periodi successivi e perfino in età avanzata; evidenti alla nascita sono quelle relative alla mutazione di un solo locus genico, quali le sindromi malformative su base genetica, a penetranza completa e le cromosomopatie (es. trisomia 21).

Che cosa è una Sindrome malformativa?

E' una malattia caratterizzata dalla possibile contemporanea presenza di malformazioni maggiori, di anormale sviluppo psicomotorio ed intellettuale, di un tratto somatico spesso "caratteristico", causata da un'alterazione di vario genere del patrimonio genetico. Sotto il profilo epidemiologico le Sindromi malformative rappresentano un capitolo consistente della patologia pediatrica (ad esempio le anomalie cromosomiche possono osservarsi in 1/180 nati).

Quando sospettare una Sindrome malformativa?

Premesso che la diagnosi di certezza richiede un impegno clinico, strumentale e laboratoristico spesso notevole, va sottolineato che a tutt'oggi il 40% dei soggetti malformati rimane senza una diagnosi e ciò primariamente a causa del "phenotype variation" la variabilità

da caso a caso del quadro dismorfo, e del “*changing phenotype*” cioè il cambiamento del quadro dismorfo nel tempo. Il sospetto di una sindrome malformativa può sorgere per anomalie evidenti alla nascita e che spesso necessitano di intervento (es. palatoschisi, cardiopatia congenita), oppure dopo il periodo neonatale per l’alterazione della curva auxologica, o per qualche anomalia osservata nei genitori che può celare la presenza di un difetto dominante comunque compatibile con la sopravvivenza e la capacità procreativa (es. S. di Noonan). Crescita anomala (alta e bassa statura), ritardo mentale, obesità, di per sé segni poco specifici, debbono sempre indurre il pediatra a non sottovalutare la possibilità che sottendano una sindrome malformativa, soprattutto quando egli ha la “sensazione” che la facies del bambino esprima una certa diversità.

Come si studia una Sindrome malformativa e cosa fare quando non si riesce a fare la diagnosi?

Prima di tutto è necessario un approccio sistematico basato su un’anamnesi dettagliata, sia personale che familiare, su un esame obiettivo completo utilizzando curve dei percentili dedicate, corredato da un riscontro iconografico al fine di valutare longitudinalmente il paziente. Se gli elementi clinici sono sufficientemente diagnostici, le indagini di laboratorio o strumentali debbono essere selettive e mirate alla conferma diagnostica; se la diagnosi clinica è incerta, un maggior numero di indagini di laboratorio e strumentali si rende necessario (cariotipo ad alta risoluzione, FISH, CGH array), tenendo presente che tale approccio diagnostico deve essere sartorializzato, caso per caso.

Per il secondo aspetto, nell’eventualità, cioè, di una diagnosi non definitiva, l’atteggiamento più saggio è quello di vigile attesa, con controlli regolari del paziente, cercando di individuare i segni clinici tipici (obesità nel Prader – Willi, tratti grossolani al volto nelle mucopolisaccaridosi, ecc.).

Una domanda sulle malattie lisosomiali: che cosa sono e quali sono oggi le possibilità terapeutiche per questi pazienti?

Si tratta di malattie da accumulo dovute al deficit di enzimi preposti alla degradazione di alcune sostanze, che secondariamente al difetto enzimatico si accumulano nei lisosomi presenti in tutte le cellule, fatta ecce-

zione dei globuli rossi. Ciò porta ad un coinvolgimento multiorgano, con un quadro progressivamente ingravescente. L’esordio dei sintomi può essere precoce (Malattia di Krabbe, Tay-Sachs) con grave compromissione neuropsichica, oppure più tardivo, quando alla compromissione neurologica si associano i segni di accumulo a livello viscerale, osseo, cardiaco e cutaneo (Mucopolisaccaridosi, M. di Gaucher, M. di Fabry, Leucodistrofia metacromatica). La prognosi è nella maggior parte delle malattie lisosomiali severa e le attuali opzioni terapeutiche sono essenzialmente il trapianto di midollo osseo e la terapia enzimatica sostitutiva. Il rationale del primo è di fornire una fonte costante di enzima funzionante prodotto dai monociti dopo l’attecchimento; la terapia enzimatica è invece disponibile solo per alcune malattie lisosomiali ed è gravata dal fatto che non passa la barriera ematoencefalica e pertanto non è efficace sul SNC.

Prof. Gabrielli, ci dica, infine, a conclusione di questa intervista qualche cosa sui cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni per quel che riguarda le malattie rare.

Fino ad un passato relativamente recente, la bassa prevalenza delle singole malattie ha comportato un minor interesse della ricerca, sia patogenetica che eziologica, una maggior difficoltà nella conoscenza della storia naturale della malattia e delle sue varianti, scarso interesse nel miglioramento delle conoscenze ed ha contribuito quindi a rendere difficile l’ammortizzare i costi della ricerca farmacologica specifica per la ristrettezza del “mercato”. Ciò ha creato ai pazienti il doppio disagio di essere affetti da malattie spesso severe e di non essere diagnosticati e curati secondo le possibilità. Fortunatamente l’attenzione per le malattie rare a livello scientifico, legislativo ed amministrativo è nelle ultime due decadi molto aumentata, grazie anche ad una pressante attività di sensibilizzazione da parte dei pazienti e delle famiglie che per troppo tempo hanno vissuto l’isolamento della malattia cronica invalidante con l’incomprensione della comunità a causa della mancanza di informazione e conoscenza della malattia e delle sue manifestazioni.

Orazio Gabrielli
Clinica Pediatrica
Università Politecnica delle Marche

ERICA ADRARIO

DIP. SCIENZE BIOMEDICHE E SANITÀ PUBBLICA
Università Politecnica delle Marche

Rianimazione cardiopolmonare Parte I Cosa è cambiato negli ultimi anni

L'assistenza (dal latino "ad-sistere" stare vicino) nasce con l'uomo, in quanto da sempre una persona in difficoltà ha bisogno di qualcuno che gli stia vicino.

Attraverso i suoi protagonisti, l'assistenza infermieristica ha subito una spinta evolutiva sorprendente che l'ha portata a raggiungere, ai giorni nostri, numerose conquiste dal punto di vista dell'autonomia, della formazione, della competenza e della professionalità e a porre le basi per un ambizioso domani.¹

Ed è proprio agli orizzonti futuri che bisogna guardare con interesse. All'obiettivo di utilizzare la professionalità degli infermieri per avviare uno sviluppo nei vari ambiti assistenziali. Ne sono esempi concreti:

- Il See & Treat (letteralmente vedi e tratta), nato nei paesi anglosassoni, è un modello organizzativo del Pronto Soccorso che dal consueto triage fa scaturire due linee d'accesso: una classica ed una See & Treat. A quest'ultima accede solo una casistica di urgenze minori, selezionate per appropriatezza che vengono accolte dal primo operatore disponibile, medico o infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine. L'innovazione di questo modello organizzativo eleva l'infermiere da un rapporto prevalentemente collaborativo ad una fase in cui opera autonomamente, incrementando il numero di prestazioni con un minimo incremento di risorse umane, senza far venire meno i livelli qualitativi di assistenza erogata. Il See & Treat si propone di porre rimedio a problematiche quali il sovraffollamento e il contenimento delle liste di attesa e, allo stesso tempo, valorizza la professionalità degli infermieri e libera i medici da interventi a minore complessità.²

- Gli ambulatori infermieristici, totalmente gestiti da infermieri che rispondono alle esigenze di sviluppare l'offer-

ta di servizi sanitari territoriali (primary care), assicurare la continuità assistenziale e diversificare l'assistenza attraverso la diffusione delle strutture per migliorare l'accesso della popolazione ai servizi.

È importante evidenziare come l'attività ambulatoriale non si limiti alle prestazioni strettamente tecniche e manuali, ma sia proiettato verso gli ambiti educativi, relazionali, di consulenza, di informazione e di orientamento all'utilizzo dei servizi sanitari pubblici, di accompagnamento all'autogestione della salute, nei suoi aspetti preventivi e comportamentali.

| | |
|--|------------|
| American Heart Association | AHA |
| European Resuscitation Council di cui fa parte l'Italian Resuscitation Council | ERC IRC |
| Heart and Stroke Foundation of Canada | HSFC |
| Australian and New Zealand Committee on Resuscitation | ANZCOR |
| Resuscitation Councils of Southern Africa | RCSA |
| Inter American Heart Foundation | IAHF |
| Resuscitation Council of Asia | RCA |

Tab. 1 - Società scientifiche che compongono l'ILCOR.

Per consentire la revisione e l'aggiornamento continuo delle linee guida è fondamentale un'accurata registrazione degli eventi e dei risultati ottenuti (Fig.1).

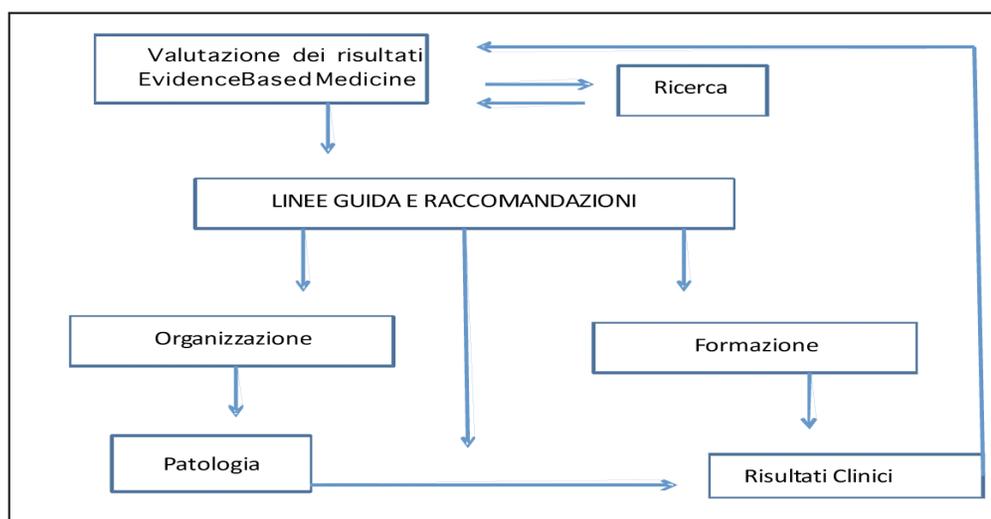


Fig.1 - Tratta da: M. Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, 2012 Piccin.

Il primo risultato della collaborazione internazionale sono stati gli ILCOR Advisory Statements del 1997, pubblicati contemporaneamente sulle riviste ufficiali dell'AHA (Circulation) e dell'ERC (Resuscitation), che hanno costituito il punto di riferimento per la successiva elaborazione, a breve distanza di tempo, delle linee guida adattate alla realtà americana ed europea. Di seguito, nel 2000, 2005 e 2010 l'ILCOR ha aggiornato le proprie raccomandazioni basandosi su una attenta valutazione di quanto pubblicato nella letteratura mondiale del quinquennio precedente a proposito di procedure, strumenti e farmaci utilizzati nell'emergenza cardiocircolatoria e quindi nella rianimazione. Dall'integrazione di queste valutazioni attraverso tappe successive si è arrivati a definire il Consenso Scientifico Internazionale sulla Rianimazione Cardiopolmonare con Raccomandazioni sul Trattamento (CoSTR) che ha costituito il punto di riferimento per l'AHA e per l'ERC nella revisione delle proprie linee con cadenza quinquennale. Va precisato che queste linee guida non definiscono l'unico modo in cui può essere affrontata l'emergenza cardiocircolatoria, ma rappresentano semplicemente il punto di vista più accreditato su come trattare l'emergenza in modo sicuro ed efficace; le linee guida e le raccomandazioni formulate dalla comunità scientifica internazionale possono poi essere adattate alle caratteristiche organizzative delle singole realtà locali, e risultano utili se affiancate da un discernimento clinico, ma senza sostituirlo a priori.

Il primo approccio ad un soggetto in gravi condizioni consiste nell'identificare e trattare rapidamente le alterazioni che costituiscono una minaccia immediata per la vita. Esso va sotto il nome di valutazione primaria, nel corso della quale si effettuano nel minor tempo possibile quegli interventi indifferibili che costituiscono classicamente l'ABC del primo soccorso valido per tutte le tipologie dell'emergenza:

- A (Airway) apertura delle vie aeree
- B (Breathing) respirazione
- C (Circulation) circolazione

ricorrendo alla Rianimazione CardioPolmonare (RCP) in caso di arresto cardiorespiratorio.

I protocolli di valutazione e di trattamento sono costituiti dall'algoritmo del Basic Life Support dell'adulto (BLS) e del Basic Life Support Early Defibrillation (BLS-D).

Il BLS ha l'obiettivo di ritardare l'insorgenza del danno anossico cerebrale nel soggetto privo delle funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo).

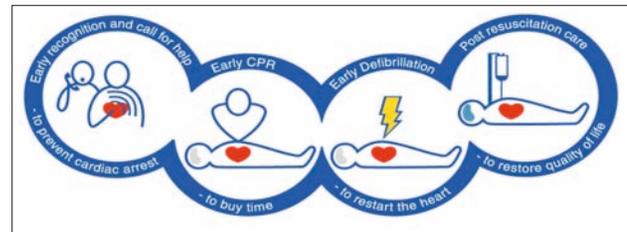


Fig. 2 - Catena della sopravvivenza per l'adulto ERC 2010. Da Koster RW et al., Resuscitation 81(2010)1277-1292.

La defibrillazione ha l'obiettivo di correggere la causa dell'Arresto Cardiaco (AC) in presenza di un ritmo defibrillabile. Il concetto chiave è che si ha poco tempo per intervenire. In assenza di RCP, le lesioni da anossia cerebrale evolvono rapidamente verso l'irreversibilità (morte biologica) con elevate ripercussioni individuali in termini di esiti invalidanti delle funzioni sensitive, motorie, di relazione, sociali in termini di spesa pubblica investita nella riabilitazione.

Quanto più precoce è l'applicazione del BLS, tanto maggiore è la possibilità di sopravvivenza della vittima in presenza di ritmo defibrillabile. La metafora della catena della sopravvivenza coniata dall'AHA (Fig. 2) sintetizza il miglior approccio al trattamento delle persone soggette ad arresto cardiocircolatorio e sottolinea l'importanza della precocità e della sequenzialità degli interventi. Ogni anello della catena ha uguale importanza ed è caratterizzato nelle linee guida ERC dall'aggettivo "precoce" a sottolineare l'importanza del fattore tempo.

1° Anello - Accesso precoce

Il primo passo è il riconoscimento dei segni e dei sintomi premonitori di un arresto cardiaco e l'allarme immediato con richiesta d'aiuto alla Centrale Operativa del Servizio per l'Emergenza extraospedaliera o al team d'emergenza intraospedaliero. Riconoscere che una persona sta per andare in arresto cardiaco è estremamente importante: le probabilità che l'AC sia la conseguenza di un infarto miocardico acuto è almeno del 21-33% nella prima ora dopo l'inizio della sintomatologia e se i soccorritori arrivano sulla scena prima che la vittima collassi le possibilità di sopravvivenza sono significativamente aumentate. Si può facilmente capire, pertanto, che nell'emergenza extraospedaliera l'anello più importante della catena è costituito dal comune cittadino e la classe medica, gli educatori ed i politici dovrebbero sentire la responsabilità di informare e formare la popolazione su aspetti fondamentali quali:

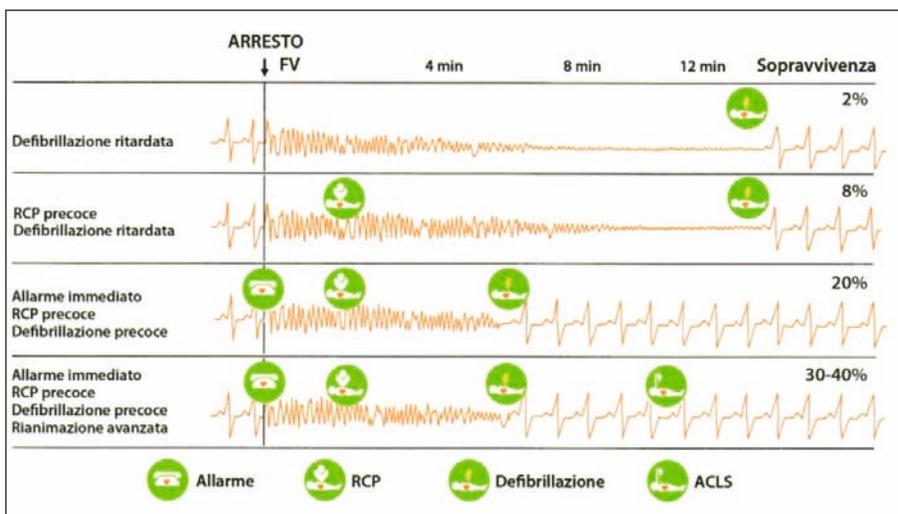


Fig. 3 - AC da FV probabilità di successo della RCP in rapporto al tempo e alla qualità del soccorso
Tratta da: M. Chiaranda - Urgenze ed Emergenze, 2012 Piccin.

- la prevenzione dei fattori di rischio modificabili;
- l'individuazione precoce dei segni premonitori dell'arresto;
- l'attivazione immediata del sistema d'emergenza;
- le manovre essenziali da mettere in atto per sostenere le funzioni vitali.

2° Anello - BLS precoce

Nella persona colpita da arresto cardiaco, il BLS può essere effettuato da chiunque senza l'ausilio di particolari strumenti, allo scopo di garantire il mantenimento della perfusione coronarica e cerebrale durante il tempo necessario all'arrivo dei soccorsi.

È di estrema importanza che il BLS venga iniziato precocemente e sia effettuato in modo appropriato, solo così si può rallentare l'evoluzione verso l'encefalopatia post-anossica o la morte dell'individuo, in attesa della terapia elettrica e/o farmacologica in grado di ripristinare la circolazione spontanea. In caso di AC con ritmo di presentazione defibrillabile un adeguato BLS triplica le possibilità di successo della terapia elettrica e di sopravvivenza della vittima.

Malgrado l'importanza del BLS, esso viene praticato solo da una minoranza dei testimoni occasionali di un AC extraospedaliero. La ripugnanza per il contatto con la bocca di uno sconosciuto e la paura di contrarre infezioni costituiscono un forte deterrente alla ventilazione bocca-a-bocca. Questi fattori contribuiscono, assieme alla mancanza di una preparazione specifica delle ma-

novre elementari di soccorso, a far sì che la rianimazione cardiopolmonare con ventilazione bocca-a-bocca e compressioni toraciche venga effettuata, in Europa, solo nel 20-40% dei casi in cui sarebbe veramente necessaria per le vittime e senza alcun rischio per i soccorritori. La popolazione dovrebbe essere informata che anche le sole compressioni possono ottenere buoni risultati in termini di sopravvivenza immediata.

Rischio per i soccorritori

La sicurezza di entrambi, del soccorritore e della vittima, è considerata come di prioritaria importanza.

Sono stati riportati pochi episodi di complicanze per il soccorritore che avesse intrapreso la rianimazione cardiopolmonare; tra questi la trasmissione di infezioni quali TBC e SARS.

La trasmissione del virus HIV durante la rianimazione cardiopolmonare non è mai stata riportata. Non ci sono stati studi sull'uomo che abbiano documentato l'efficacia dei dispositivi di barriera durante RCP; comunque, gli studi di laboratorio hanno mostrato che l'utilizzo di filtri o di altri dispositivi-barriera con valvole unidirezionali possono prevenire la trasmissione di batteri orali durante la ventilazione bocca-bocca.

I soccorritori dovrebbero portare le precauzioni di sicurezza appropriate, dove fattibile, soprattutto se la vittima è nota per essere portatrice di infezioni serie come Tbc.

3° Anello - Defibrillazione precoce

Il ritmo di esordio nel 60-80% dei casi di morte cardiaca improvvisa è rappresentato da un ritmo defibrillabile (FV/TV) senza polso che evolve rapidamente se non trattato in asistolia o PEA, è imperativo, perciò, l'utilizzo di un defibrillatore. Idealmente, la defibrillazione dovrebbe essere effettuata entro 1 minuto dall'insorgenza dell'aritmia con garanzia di successo del 100%. In pratica ci si può avvicinare a questa condizione ideale solo con la diffusione dei defibrillatori semiautomatici (DAE), che non necessitano di competenze specifiche di elettrocardiografia, a personale non sanitario. Queste



Fig. 4 - Catena della sopravvivenza per l'adulto nelle linee guida 2010 dell'AHA. Tratto da Travers AHG et al.-Circulation 2010;122:S676-S684.

apparecchiature, infatti, danno la garanzia di defibrillare solo se necessario, in totale sicurezza, senza dover aspettare l'arrivo del medico e addirittura, se prontamente disponibili sulla scena dell'AC, senza dover iniziare la RCP. Si capisce facilmente, pertanto, il crescente interesse in quest'ultimo decennio alla diffusione dei DAE in aree e settori strategici dove sia prevedibile il loro utilizzo. In Italia, apposite leggi autorizzano l'uso dei defibrillatori semiautomatici anche di personale sanitario non medico, nonché di personale non-sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica in RCP sia nell'emergenza extraospedaliera che intraospedaliera.

1 - LEGGE 3 APRILE 2001, N. 120

Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero

1. È consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare.

2. Le regioni e le province autonome disciplinano il rilascio da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale di cui al comma 1, nell'ambito del sistema di emergenza 118.. Prima di questa legge, la defibrillazione era attuabile esclusivamente dal medico. L'Italia è stata uno dei primi Paesi ad estendere ai laici l'utilizzo di tale terapia.

2 - LEGGE 15 MARZO 2004, N. 69

Modifica la precedente legge, estendendo all'ambito ospedaliero l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico ad opera del personale infermieristico.

3 - DISEGNO DI LEGGE N. 1517 (2007-2008)

Il testo avrebbe dovuto integrare la legge 120/2001. Tra le novità vi era l'introduzione dell'obbligo di avere un defibrillatore a bordo sui mezzi adibiti al soccorso sanitario di Polizia, Carabinieri, Guardia di finanza, Vigili del fuoco, Forestale, Protezione civile, Capitanerie di Porto, Polizia Municipale, oltre ai mezzi di soccorso del 118. Era previsto, inoltre, che i Defibrillatori fossero presenti in poliambulatori pubblici e convenzionati, porti, aeroporti, stazioni ferroviarie, carceri, stadi, teatri, supermercati, palestre, scuole, università e farmacie. Grande merito di tale Legge sarebbe stato il sancire l'obbligatorietà della presenza del DAE in particolari situazioni e luoghi.

4 - LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191. (LEGGE FINANZIARIA)

Disposizioni per la trasformazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato

Comma 46. È autorizzata la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012 finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni. Con Decreto del Ministero della Salute, emanato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di conferenza unificata di cui all'articolo 8 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, e successive modificazioni, sono stabiliti i criteri e le modalità per dotare di defibrillatori luoghi, strutture e mezzi di trasporto, entro il limite di spesa previsto dal presente comma.

5 - DECRETO 18 MARZO 2011

"Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge n. 191/2009"

Le Regioni predispongono piani operativi che individua-

no specifiche priorità di collocazione dei DAE, nonché i programmi di addestramento e il riaddestramento (ogni 12 mesi) degli operatori e dei cittadini.

L'allegato B definisce la ripartizione dei fondi assegnati alle singole Regioni. La collocazione dei DAE è così stabilita:

- in via prioritaria devono essere dotati di DAE i mezzi di soccorso sanitario (118, CRI, Protezione Civile, organizzazioni private, Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del fuoco, Guardia di Finanza, Capitanerie di Porto ..);
- luoghi in cui si praticano attività sanitarie, ricreative ludiche, sportive;
- auditorium, cinema, teatri, parchi divertimento, stadi, centri sportivi;
- luoghi ad elevato flusso di persone: grandi e piccoli scali per mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi, strutture industriali;
- centri commerciali, grandi magazzini, alberghi, stabilimenti balneari;
- istituti penitenziari e penali per i minori;
- strutture di Enti pubblici: scuole, università, uffici;
- farmacie, per l'alta affluenza di persone e la capillare diffusione

Il 13 Settembre 2012 è stato aggiunto un nuovo tassello al quadro relativo alla normativa per la prevenzione dell'arresto cardiaco.

Il nuovo Decreto Balduzzi (G.U.n.214. D.L.n.158) cita espressamente quanto segue:

"11. Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita."

4° Anello - Supporto avanzato delle funzioni vitali (ALS)

Il quarto anello contempla l'arrivo del team di rianimazione avanzata (118- ALS).

Il corso di BLS-D consente all'operatore di operare autonomamente fino al terzo anello e di effettuare il 75% dell'intervento su un AC.

Quindi ancora una volta viene sottolineata l'importanza della formazione di base a tutti i livelli.

L'ALS considera l'impiego di farmaci, strumenti e procedure speciali per ripristinare e mantenere il controllo delle vie aeree, un adeguato scambio gassoso intrapolmonare ed una circolazione efficiente ed il trattamento d'urgenza delle lesioni che hanno causato l'AC.

Nell'emergenza cardiologica è ampiamente documentato che non soltanto la qualità e la tempestività del BLS e della defibrillazione, nonché l'ALS influenzano la sopravvivenza e l'outcome neurologico dopo arresto cardiaco (Fig. 3).

Nelle linee guida 2010 viene sottolineata l'importanza del trattamento avanzato dopo la ripresa del circolo spontaneo (ROSC) con il trasferimento del paziente in terapia intensiva per garantire un adeguato trattamento post-arresto cardiaco attraverso un intervento multidisciplinare allo scopo di ottimizzare la funzione emodinamica, respiratoria, neurologica e metabolica del paziente. Al fine di limitare le conseguenze delle lesioni indotte dall'ischemia-riperfusion viene suggerito per ottimizzare il recupero neurologico l'uso dell'ipotermia indotta, individuare la sindrome coronarica acuta e le altre possibili cause responsabili dello scompenso cardiorespiratorio e correggerle con terapia medica o chirurgica appropriata.

Per dare maggior rilievo all'importanza di queste raccomandazioni, nelle linee guida 2010 l'AHA ha distinto l'ALS precoce dal trattamento post-arresto aggiungendo ai precedenti quattro anelli della Catena della Sopravvivenza (Fig. 4) un quinto anello, costituito appunto dal trattamento intensivo dopo la ripresa della circolazione spontanea.

Bibliografia

- 1) M. Chiaranda: *Urgenze ed Emergenze* - istituzioni-Terza edizione 2012 PICCIN ed.
- 2) 2010 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations-Circulation 2010;122 [suppl II]:S249-S581
- 3) 2010 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations-Resuscitation 2010;81S:e288-e330
- 4) 2010 European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation- Resuscitation 2010;81:1219-1276
- 5) 2010 AHA Guidelines for CPR and ECC- Circulation 2010; 122 [suppl III]:S640-S946
- 6) Manuale IRC-BLS/BLS-D 2010
- 7) C. Sandroni, J.Nolan: ERC 2010 guidelines for adult and pediatric resuscitation: summary of major changes. *Minerva Anestesiologica* 2011 February;77(2):220-6
- 8) Schober P., Loer S.A., Schwarte L.: Cardiopulmonary resuscitation 2010: push hard, push fast, don't stop. *Minerva Anestesiologica* 2011 February;77(2):129-31

Etica Generale - 1° incontro Dal cromosoma al volto Il dilemma dello studente divenuto magicamente medico

Come è ormai tradizione, nei giorni 9-16-23-30 gennaio 2013 si è svolto il Forum di Etica generale che ha avuto quasi trecento iscrizioni e che vede nella partecipazione attiva degli studenti, provenienti dai diversi corsi di laurea, una delle sue caratteristiche principali.

Il Forum, partendo da una riflessione sull'essenza della medicina, ha inteso esplorarne l'alto significato etico e preparare gli studenti ai principali temi che affronteranno nell'esercizio della loro professione ed alle decisioni etiche che dovranno assumere.

Il Forum si è articolato in quattro incontri: il primo è partito dall'analisi di un cromosoma per giungere al problema del rapporto con il volto di colui che possiede quel cromosoma mutato, per evidenziare la differenza qualitativa esistente tra lo studio oggettivo scientifico e il rapporto personale antropologico.

Il secondo incontro è andato a ricercare l'essenza dell'*ethos* umanitario che un medico dovrebbe possedere assieme alla conoscenza scientifica ed alla abilità tecnica, per essere adeguato al compito che lo attende, rintracciandolo nel prendersi cura di chi è ammalato, analizzando gli aspetti antropologici della sofferenza umana.

Nel terzo incontro, si sono presi in considerazione le origini dei principi etici di riferimento che successivamente saranno trattati nell'etica clinica e nel quarto, e conclusivo, si sono delineate alcune delle esigenze etiche che un paziente esprime, più o meno consapevolmente, al professionista della salute come quelle dell'accoglienza, dell'ascolto e del riconoscimento della dignità individuale.

Di seguito si riporta il testo del primo incontro.

Dal cromosoma al volto

Questa immagine dovrebbe esservi familiare: si tratta di un cromosoma umano e, precisamente, del cromosoma n 7 (Fig. 1). Avete imparato a conoscerlo e, probabilmente, conoscete anche la sequenza attuale che passa da un gene alla produzione della proteina ed al modello della proteina nella membrana cellulare.

Vi hanno spiegato, inoltre, che mutazioni geniche possono produrre un'alterazione della funzione alla quale la proteina era deputata. In questo caso la mutazione più

frequente nell'etnia caucasica è legata ad una delezione di 3 nucleotidi (CTT), che provoca la perdita dell'aminoacido fenilalanina codificato dal codone 508 (delta F508).

Voi ora siete qui.

Prossimamente vi sarà insegnato che si tratta (Fig. 2) di una mutazione del gene CFTR (*cystic fibrosis trans membrane conductance regulator*), la cui proteina normalmente trasporta ioni cloruro attraverso le membrane cellulari, a livello della membrana apicale delle cellule epiteliali delle vie aeree,

del pancreas, dell'intestino, delle ghiandole sudoripare. La mutazione altera la secrezione degli ioni cloruro con un maggior riassorbimento di ioni sodio ed acqua.

La malattia genetica si chiama **fibrosi cistica o mucoviscidosi** (Fig. 3); uno su 20 individui nella popolazione caucasica ne trasporta il gene difettoso.

Successivamente, conoscerete le implicazioni cliniche di tale patologia e di come essa colpisca più organi; apprenderete la sua gravità e come deve essere trattata.

GIOVANNI PRINCIPATO,
MASSIMILIANO MARINELLI
Biologia e Genetica
Università Politecnica delle Marche

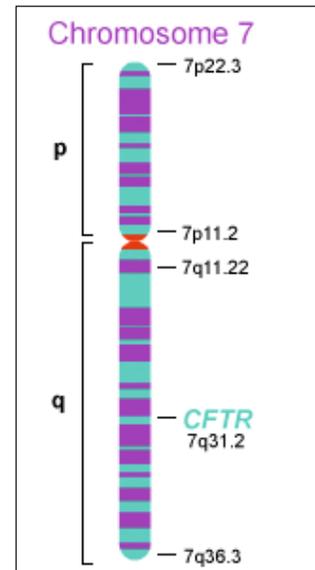


Fig. 1 - Il cromosoma 7.

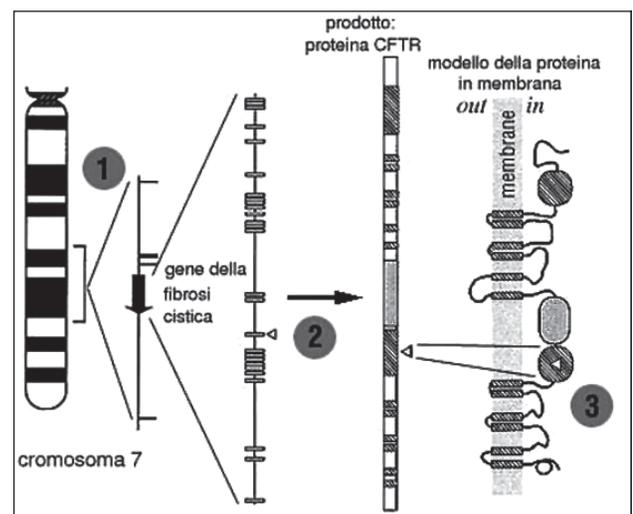


Fig. 2 - Alterazione funzionale della proteina prodotta dal gene CFTR.

Alla fine del percorso degli studi ognuno di voi conoscerà tutto questo.

Voi sarete qui.

Il problema, tuttavia, è che una volta diventati medici non avrete a che fare con la fibrosi cistica, ma con Anna, Paolo e Maria, tutti e tre affetti da tale patologia.

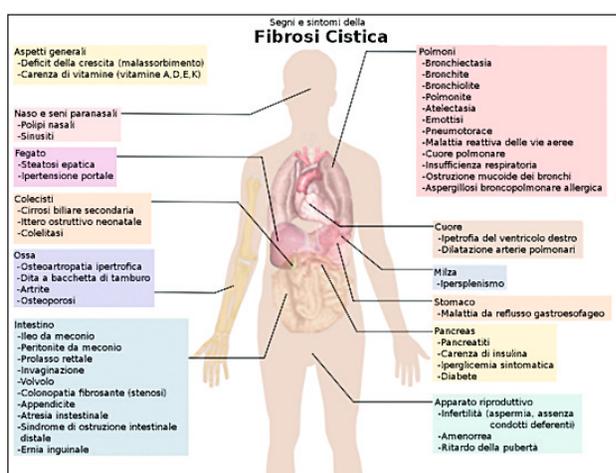


Fig. 3 - Manifestazioni patologiche della fibrosi cistica.

Il vostro compito sarà prendervi cura di loro e della patologia della quale sono affetti e della quale è stato spiegato ogni rapporto di causa ed effetto. Troverete delle difficoltà e tutti quei dati oggettivi così chiari e pertinenti, con le loro ovvie relazioni causali, che mettono ogni cosa al suo posto, potrebbero non essere sufficienti ad instaurare una reale relazione di cura. Vi accorgete che conoscere perfettamente una patologia, non significa automaticamente essere in grado di curare Paolo, Anna e Maria (Figg. 4, 5, 6), che ne sono affetti.

Ognuno di loro, pur presentando tutto ciò che avete studiato: dalla mutazione genica, ai sintomi e ai segni clinici, non può essere curato attraverso essi, con la stessa oggettiva modalità con la quale avete studiato il passaggio dalla perdita della fenilalanina alla morte per le complicanze della malattia. Anna, Paolo e Maria sono molto di più: sono amati e amano i loro genitori, giocano a modo proprio e ti guardano in maniera differente, timida, o spavalda, o impaurita. Ognuno di loro e le loro famiglie saranno costretti a gestire la malattia e lo faranno in modo differente l'uno dall'altro.

Ciò che per noi è un dato epidemiologico: uno su 20 individui nella popolazione caucasica trasporta il gene difettoso, per loro è una questione di vita o di morte.

Quando visiterete questi bambini, quindi, non sarà sufficiente il bagaglio tecnico scientifico che avete acquisito durante gli anni di studio, ma dovrete utilizzare anche un altro paradigma: un altro modo di guardare Anna, Paolo e Maria. Si tratta della stessa differenza con la quale si esamina un particolare (le caratteristiche di un nervo, la simmetria di una rima buccale, il riflesso di una pupilla colpita dalla luce) rispetto a quando si coglie l'intero volto.

Analizzeremo successivamente i significati etico-filosofici (Levinas) e psicobiologici (Kandel) che il volto umano assume per un osservatore, per ora è sufficiente comprendere che lo sguardo che coglie il volto di quei bambini assomiglia maggiormente a quello di un artista, un artigiano piuttosto che a quello di uno scienziato. Proponiamo, sin d'ora, la *Medicina basata sulla Narrazione (NBM, narrative based medicine)* come capace di porre quello sguardo e recuperare le soggettività di Anna, Paolo e Maria, rimosse dallo sguardo scientifico



Figg. 4 - 5 - 6 - Paolo, Anna e Maria (nomi di fantasia, immagini prese da siti internet sulla Fibrosi Cistica).

oggettivante che spiega con esattezza i rapporti patologici di causa ed effetto.

Deve essere subito chiaro che non si tratta di una semplice esigenza etica, legata al comportamento da tenere con quei bambini, ma della necessità metodologica di utilizzare gli strumenti capaci di costruire l'intero atto medico. Sin da ora si afferma che un genuino atto medico non si dà senza la composizione degli aspetti scientifici con quelli basati sulla narrazione.

Un atto medico privo di fondamenti scientifici sarebbe cieco: non conoscerebbe le strade che portano ad una vera terapia, pur naturalmente potendo imboccare quella giusta; un atto medico privo degli aspetti basati sulla narrazione sarebbe vuoto: saprebbe dove andare, ma senza i necessari contenuti antropologici non riuscirebbe ad esprimere la ricchezza del prendere in cura.

La Medicina basata sulla narrazione, quindi, rappresenta una modalità di fare Medicina, assolutamente non in antitesi con quella basata sulle evidenze cliniche (EBM, evidence based medicine), completandosi entrambe a vicenda.

Tuttavia, se è vero che la NBM, nella sua essenza, non ha a che fare con l'etica, essa costituisce la casa dell'etica medica ed è il luogo naturale dove il rapporto medico paziente abita.

Proprio perché nella Medicina Narrativa l'etica soggiorna, è vera l'affermazione di Jaspers che caratterizza la figura del medico, da un lato per la conoscenza scientifica, dall'altro per l'*ethos* umanitario (Jaspers, 1991).

Ecco allora che, in un forum sull'etica generale nella sanità, dovremo chiederci che cosa sia questo *ethos* umanitario che caratterizza un lato del medico e quale sia il rapporto che l'etica medica intrattiene con i tre bambini che avremo di fronte a noi.

Un'indagine siffatta necessita, in via preliminare e del tutto superficiale, un chiarimento su alcuni concetti dell'etica.

Che cosa è l'Etica?

In linea del tutto generale, l'etica ha a che fare con il concetti di bene e di male, con le azioni buone e quelle cattive rispetto al comportamento umano, ma che cosa è?

Tra le possibili definizioni dell'etica, c'è una a forma di domanda: l'etica avrebbe il compito di rispondere al problema: come dovrei vivere la mia vita?

Tale interrogativo rivela la sostanziale praticità dell'etica che, al di là della speculazione teoretica, si muove nell'orizzonte della prassi.

È chiaro che tale domanda, per avere significato, si pone già in un orizzonte morale. Chi la ritenesse futile e insignificante si troverebbe al di fuori dei luoghi dell'etica e abiterebbe in un mondo amorale oppure nel territorio dell'edonismo egoistico, dove la decisione tra differenti alternative cerca di chiarire ciò che ci conviene di più, ciò che farà maggiormente è il nostro interesse (Lecaldano E., 1996).

Orientare le proprie azioni eticamente presuppone, infatti, la consapevolezza che ciò sia possibile e necessario.

A questa domanda se ne può aggiungere un'altra le cui risposte demarcano periodi differenti della cultura umana occidentale. La risposta alla domanda perché dovrei agire moralmente? differenzia l'etica antica da quella moderna e contemporanea.

L'etica degli antichi risponde perché così e solo così sarai felice, quella dei moderni risponde con Kant perché è tuo dovere e quella contemporanea perché così ho deciso.

Da notare, quindi, come negli antichi la promessa di felicità rappresenti lo scopo della condotta morale. Non si giunge alla vera felicità se non attraverso la retta condotta morale (Vegetti M., 1989).

Quanto a Kant, l'imperativo categorico: agisci in modo che la massima tua volontà possa sempre valere come principio di una legislazione universale (Kant, 1970).

La risposta contemporanea promuove il concetto di libertà: l'unica motivazione possibile è quella della libera decisione, mediante la quale l'uomo occidentale accoglie l'etica come modalità essenziale del suo comportamento. Tale decisione, naturalmente, non implica che si sarà capaci di agire sempre secondo la propria carta di valori, ma che tale carta è ritenuta la costituzione del vivere personale e civile.

Nel corso dei secoli, numerose teorie morali si sono assunte il compito di rispondere a tale appello.

L'idea di una legge naturale, l'etica kantiana, la tradizione del contratto sociale, l'utilitarismo, la teoria della virtù, i diritti umani, l'egoismo, la deontologia, i doveri *prima facie*, il consequenzialismo hanno tentato di rispondere alla richiesta di definire una possibile vita morale (Singer P, 1993).

Tutte queste teorie, nelle versioni più moderne, convivono nella nostra società e ognuno di noi possiede nozioni su quale siano le azioni buone e quelle cattive, anche se non si è consapevoli delle radici filosofiche alle quali tali nozioni si rifanno. Tali nozioni personali orientano anche comportamenti nell'ambito dell'etica medica.



Per comprendere come i nostri pre-giudizi etici possano modificare scelte in sanità, può essere utile proporre il dilemma dello studente divenuto magicamente medico.

Il dilemma dello studente divenuto medico

Siete gli unici operatori disponibili e venite chiamati contemporaneamente in due luoghi diversi per due urgenze indifferibili (A, B) che potete curare.

L'azione è necessaria e sarà decisiva e risolutrice, tuttavia nulla si potrà fare per colui che non riceverà il vostro intervento.

Si tratta, quindi, di salvare la vita di una persona, sapendo di non poter impedire la morte di un'altra.

Da chi andate?

Per orientare la vostra scelta esistono delle informazioni sulle due persone che richiedono l'intervento medico.

Quali delle seguenti informazioni ritenete decisive per la vostra scelta?

- 1 - A è un uomo giusto B è un assassino;
- 2 - A è una persona di 65 anni B è un neonato;
- 3 - A dopo l'intervento rimarrà completamente paralizzato sino al termine della propria vita, B dopo l'intervento sopravvivrà in buone condizioni per un anno e poi morirà. (NB nessuno dei pazienti conosce il destino dopo l'intervento);
- 4 - A è un uomo comune, B è uno scienziato che ha scoperto come combattere il problema del riscaldamento globale e questo metodo è solo nella sua memoria, venendo irrimediabilmente perduto con la sua morte;
- 5 - A ha una malattia non contagiosa, B ha una malattia contagiosa che se non viene bloccata dal vostro intervento si propagerà fatalmente uccidendo molte persone.

Molto probabilmente non tutti risponderete allo stesso modo e riterrete alcune informazioni decisive mentre altre meno; tuttavia, le vostre risposte dipenderanno proprio dall'idea del bene e della gerarchia dei valori etici che possedete, al di là della consapevolezza o no di abbracciare una particolare teoria etica.

Caso 1

Generalmente la quasi totalità degli studenti non ritiene decisiva l'informazione sulle qualità morali dei pazienti: l'atto medico è universale: non dipende dal giudizio morale o sociale sull'uomo che mi sta di fronte: qualunque delitto abbia commesso, qualsiasi sia il suo statuto

morale merita il mio intervento al massimo delle competenze.

Caso 2

Nel dilemma tra salvare la vita di un neonato o di un sessantacinquenne, invece, solo alcuni continueranno a ritenere questa informazione non decisiva, mentre molti si orienteranno verso la cura del neonato.

Questo fatto è interessante perché delinea una demarcazione più o meno consapevole tra il valore assoluto o relativo che si dà alla vita. Ritenere la vita un bene assoluto significa attribuirle un valore infinito. Nel caso si ritenesse il valore della vita assoluto, quindi, nessuna informazione potrebbe essere ritenuta decisiva per orientare la scelta, poiché non esiste alcun dato capace di ridurre o aumentare un valore infinito. Nessuna informazione sarebbe capace di risolvere il dilemma.

Scegliere di salvare la vita di un neonato rispetto a quella di un anziano significa allora che una società dovrebbe proteggere i neonati in modo maggiore degli anziani, oppure che il valore della vita è in relazione all'età. Può essere forte l'idea che il neonato abbia davanti a sé tutta una vita, mentre l'anziano per lo più l'ha vissuta, quindi l'atto medico che salva il neonato ha in sé un valore più grande perché salva una quantità di vita maggiore. In questo caso la teoria di riferimento potrebbe essere l'utilitarismo. L'atto medico più utile è quello che garantisce più quantità di vita.

Inoltre, si può tenere in considerazione l'idea che una morte prematura come quella di un neonato sia un disvalore maggiore rispetto alla morte di un sessantacinquenne. Da segnalare che preferire di salvare un neonato piuttosto che un anziano non è accettata da tutti i moralisti. Alcuni potrebbero scegliere di salvare l'anziano per una diversa idea della persona umana. Ci sono differenti concezioni della persona umana. Esiste una posizione ontologica per la quale è sufficiente essere un essere umano per potersi definire persona. In questo caso l'essenza della persona è data dall'appartenenza alla specie umana e, poiché, anche l'embrione può essere definito un essere umano, tale posizione accomuna l'embrione alla persona.

Un'altra concezione, invece, ritiene che non tutti gli esseri umani possano essere definiti persone, in quanto la persona si identifica per la presenza di alcune qualità come l'autocoscienza, la razionalità, un certo grado di libertà e di senso morale senza le quali lo *status* di persona non si dà.

I neonati, quindi, non possedendo tali qualità sono delle





non persone, e poiché per alcuni filosofi sono le persone che decidono i valori (Engelhardt, 1991) non è contraddittorio pensare che la vita di un neonato possieda un valore pari o inferiore a quella di un anziano.

Infine altri filosofi danno un grande valore alla storia del soggetto alle esperienze passate e ritengono che la morte si risolva in una perdita di tutto ciò, quindi, una perdita maggiore rispetto alla tabula rasa del neonato che neppure sa di poter morire. Dworkin (Dworkin R., 1993), per esempio ritiene che la concezione che quanto è stato distrutto da una morte prematura corrisponda la stima di quanto, in caso contrario, sarebbe stata lunga la vita precocemente recisa, sia incompleta. Si possono misurare la vita e dunque la perdita di vita in modi differenti. La verità cruciale secondo Dworkin è che la distruzione della vita è spesso più grave e più tragica a causa di quello che è già accaduto nel passato: la morte di un adolescente, per esempio, è peggiore della morte di un neonato perché la prima frustra gli investimenti che l'adolescente e gli altri hanno fatto nella sua vita. Dworkin, quindi, assegna al valore della vita il peso del contributo umano creativo che ha investito e prodotto i contenuti di quella vita.

Caso 3

La maggior parte di voi potrebbe non ritenere le informazioni decisive, soprattutto per l'impossibilità di scegliere, non conoscendo le carte dei valori dei pazienti. Infatti si tratta di preferire la lunghezza di una vita di ridotta qualità o la brevità di una vita ancora qualitativamente ricca. Il dilemma può essere risolto solo dall'interessato, e coloro che hanno ritenuto tale informazione decisiva non hanno fatto altro che ritenere i propri valori quelli dei pazienti.

Tuttavia non si può ritenere di sapere quale sia il bene

del paziente, solo per il fatto di essere un medico e di possedere conoscenze tecniche: il rispetto per l'autonomia del paziente, infatti, sarà uno dei principi della bioetica clinica e imporrà al medico di agire esclusivamente con il consenso informato del malato.

Caso 4

Coloro che salveranno lo scienziato riterranno che il valore della vita dipende anche dall'utilità per la società. Anche in questo caso l'atto medico più utile è quello che salva lo scienziato in quanto aumenta notevolmente il bene per l'intera società.

Caso 5

Infine in questo caso, i più decideranno di bloccare l'epidemia, sostenendo così l'idea che il medico deve evitare il male al maggior numero di persone.

Una malattia contagiosa è anche un buon esempio di un conflitto di valori prima facie, nel quale gli interessi della società dove vige l'obbligo della denuncia delle malattie infettive per difendere la collettività dal rischio del contagio, prevalgono su alcune libertà del cittadino.

Bibliografia

- 1) Dworkin R., *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia, e libertà individuale*, traduzione italiana di C. Bagnoli, Edizioni di Comunità, Milano, 1994
- 2) Engelhardt Jr H.T., *Manuale di bioetica*, traduzione italiana di S. Rini, Il Saggiatore, 1999
- 3) Kant I., *Scritti morali*, a cura di P. Chioldi, UTET, 1970
- 4) Jaspers K., *Il medico nell'età della tecnica*, traduzione italiana a cura di M. Nobile, editore Raffaello Cortina, Milano, 1991
- 5) Lecaldano E., *Etica*, TEA Milano, 1996
- 6) Singer P. (ed.), *How ought I to live?*, In *A companion to ethics*, Blackwell Publ. Ltd, Oxford, 1993
- 7) Vegetti M., *L'etica degli antichi*, Laterza, 1989



A CURA DI WALTER SCOTUCCI

Medico Pediatra, Critico d'arte
Monterubbiano (Fm)

Patrizio Marcelli, messaggi dell'anima scritti con la terra

Patrizio Marcelli vive ed esercita da oltre un trentennio la professione di pediatra a San Benedetto del Tronto, città alla quale è profondamente legato per storia, tradizione ed affetti.

Percorso creativo sorprendente ed originale quello di quest'artista che tra le molteplici attività, ha scelto come campo espressivo prevalente quello della ceramica. In questo settore, che considera ottimale perché in grado di fondere scultura e pittura nella creazione di un'opera d'arte, ha potuto esprimere compiutamente il suo interesse per il colore e per la forma. Nel corso degli anni ha percorso un tragitto creativo particolarmente variegato ed eclettico, alternando con grande disinvoltura esperienze prima nel campo della pittura, poi della calcografia e successivamente dell'oreficeria e della lavorazione dei pellami. Non vanno neppure trascurate altre sue passioni, apparentemente lontane da quella principale, come l'allevamento di cani bassotti o la realizzazione di monumentali piante bonsai, che finiscono per essere ricongiunte al principale linguaggio espressivo mediante la creazione di pregevoli sculture canine, o la realizzazione di vasi contenitori per bonsai. Per non dire poi delle sue raffinate competenze gastronomiche volte alla riscoperta della più autentica tradizione marchigiana. Il tutto sempre condotto con estremo rigore e con risultati di assoluto valore, direi a dir poco entusiasmanti.

Personalità dunque complessa, estrosa e di grande onestà intellettuale, Marcelli plasma le forme che nelle sue mani divengono messaggi dell'anima scritti con la terra. Acuto osservatore del rapporto tra materia e forma, mostra un'arte non accademica, ma carica di profondi contenuti spirituali. È uomo che non si ferma mai, che mai dorme, che non ha riposo. Un'anima inquieta che rifugge la celebrità per rimanere anonima e solitaria, lontano dalle mode. Un maestro della ceramica indipendente e geloso delle proprie idee, ma anche giocoso ed ironico, chiuso nel suo laboratorio seminterrato,

come in una specie di improbabile rifugio aperto soltanto agli amici più stretti. Genio artistico a tutto tondo che unisce al talento ed alla perizia tecnica la sua grande umanità, la spiccata personalità e un'incontenibile passione.

Il suo processo creativo, speculativo e sperimentale, non è esente da virtuosismi di marca tradizionale, rimanendo comunque al di fuori di schemi precostituiti. Le sue opere 'senza tempo' mostrano un carattere a metà strada tra modernità e tradizione. Dopo i primi tentativi rivolti all'ambito decorativo, l'artista ha iniziato ad esplorare varie potenzialità della materia avvicinandosi alla tecnica raku. Con essa ha realizzato variazioni in chiave occidentale di manufatti di antica matrice orientale, applicati con esiti di grande raffinatezza proprio ai vasi per bonsai. Vanta all'attivo anche una copiosa mole di creazioni in maiolica costituite per lo più da gruppi scultorei e da grandi piatti cui si sovrappongono splendidi rilievi. Lavora con molta padronanza sul tema del mare, del volo dei gabbiani, del passaggio delle stagioni, dei segni zodiacali, proponendo una brillante interpretazione della creatività che non rinuncia mai al valore dei simboli, del mito e della fantasia. Non di meno riflette sul tema della fede, dove oltre ai calici, alle acquasantiere, alle serie con Cristo pantocratore, alle Madonne con Bambino, sviluppa originali interpretazioni del presepe che, costruito secondo canoni modulari e contemporanei, viene comunque interpretato chiave lirica. I suoi pastori rimandano al mondo transadriatico e le sue vele a l'arte di alcuni protagonisti del Novecento come De Carolis, Châtelain e Marchegiani. Nelle sue Natività è sempre molto forte l'intento espressionistico che si traduce in forme di grande intensità interpretativa e di raffinata arcaicità.

I manufatti fittili che escono dai forni di questo incontentabile maestro si riconoscono per la policromia vivacissima. La sua cifra stilistica si caratterizza soprattutto per l'esasperata attività di ricerca della perfezione, per gli straordinari esiti di lucentezza degli smalti, per i preziosi effetti cromatici, per il movimento delle superfici increspate, piegate o ritagliate, in un perfetto amalgama di razionalità, di passione, di cultura e di follia del cuore.









Patrizio Marcelli negli ultimi anni ha esposto in diverse mostre:
 2008-2009 - San Benedetto del Tronto, Mostra antologica "Umanità, Passione, Artificio. Ceramiche dal 1988 al 2008" (220 ceramiche);
 2009-2010 - Budrio (BO) mostra personale "La sacralità nella ceramica" - promossa dall'associazione culturale "Senza confini" (79 ceramiche).
 2011 - Torino, Biennale di Venezia, Padiglione Italia "Lo stato dell'Arte" (2 ceramiche);
 2011 - Cesena, "Bassart" (10 ceramiche);
 2012 - San Benedetto del Tronto, "Medicinar" (20 ceramiche);
 2012 - Amandola, "Eretico e leratico" (4 ceramiche);
 2012-2013 - Massa Martana, "Mostra nazionale del presepe artistico" (19 ceramiche).

Dall'età di dodici anni, fino ai ventiquattro, Patrizio Marcelli si è dedicato alla pittura ad olio, all'acquaforte e alla serigrafia. L'interesse per queste due ultime tecniche in particolare, riguardava il loro aspetto seriale che l'artista ha ritenuto sempre il metodo più idoneo per avvicinarsi al risultato 'compiuto'.

Sin dall'adolescenza ha frequentato botteghe di maestri locali come Marcello Sgattoni e Mario Lupo ed ha condiviso con loro e con suo padre, molto impegnato nella pittura anche se solo per diletto, esperienze, tecniche e ragionamenti sull'arte.

La sua pittura era figurativa, con predilezione per alcuni temi, come i nudi femminili, la maternità e qualche raro paesaggio. La tecnica ad olio, eseguita su una base di pastelli oleosi dapprima a pennello, poi rifinita con la spatola, si presentava piuttosto materica. Lo spessore della pittura e la 'matericità' lo hanno in effetti sempre affascinato, anche nelle più recenti esperienze con la ceramica, dove ha ricercato l'idea di una superficie che non solo si potesse apprezzare con la vista, ma anche con il tatto.

Sempre nel periodo giovanile ha esposto in due mostre personali alla sala d'arte Guglielmi di San Benedetto del Tronto, la prima delle quali, in particolare, nel 1969, ha riscosso un ottimo successo di critica e di pubblico.

La fraterna amicizia con Mario Lupo gli ha consentito di seguire il maestro nelle sue "peregrinazioni per l'Arte" in tutta Italia e gli ha permesso di partecipare ad importanti collettive a Milano, Bologna, Torino, Foggia, Siena, Riccione e Modena. Nel periodo degli studi universitari ha proseguito la sua attività creativa interessandosi di calcografia presso una nota stamperia artistica modenese. Quest'esperienza sarà importante per stimolare la nascita cronologica ed artistica della "Stamperia dell'Arancio" di Grottammare. A Modena, da studente universitario, Patrizio Marcelli è stato anche segretario-collaboratore di una affermata galleria d'Arte.

Con l'inizio della professione medica, all'età di venticinque anni, ha smesso di dedicarsi alla pittura. Successivamente si è interessato all'arte orafa, in particolare alle fusioni a cera persa, ed alla coltivazione di Bonsai. Quest'ultimo interesse, nato nei primi anni Ottanta, lo ha riportato sulla strada del "fare arte". In quel periodo infatti ha iniziato a manipolare l'argilla per costruire vassoi e vasi da usare come contenitori di queste piante, raccolte in natura e coltivate con "arte in vaso". Da lì il passo è stato breve per arrivare alla terracotta e alla ceramica. Dal 1987 al 1992 si è dedicato esclusivamente alla decorazione ceramica su biscotti provenienti dalle fabbriche artigiane di Castelli e di Deruta ed ha frequentato le botteghe artistiche di Cleto Capponi e di Paolo Lazzarotti.

Nel 1992 è stato 'folgorato' dal raku che, anche se praticato per un breve periodo, ha dato una svolta decisiva al suo modo di fare ceramica. Attraverso la realizzazione di questa tecnica ha scoperto un nuovo rapporto tra artefice e manufatto. Comprende subito che con il raku è possibile modulare e 'sentire' la potenzialità del fuoco, la multiforme granulosità delle argille, la variabilità coloristica degli ossidi metallici e la consistenza delle fritte, ma soprattutto che si può dare al manufatto quella 'matericità' che non esiste nelle basse temperature tipiche della ceramica mediterranea. Per tale motivo ha realizzato smalti e colori personalissimi dalle materie prime e forni a gas per le cotture delle sue creazioni.

Con Ugo Nespolo ha partecipato alla costruzione di sette sculture raku che sono state oggetto di una mostra alla civica galleria d'arte di Gallarate.

Da alcuni anni s'interessa alle alte temperature e anche alla paper clay, un'altra tecnica ceramica di origini antichissime che è stata rivisitata e rinnovata negli ultimi decenni.

Per circa venticinque anni il suo lavoro di ceramista è rimasto confinato nel suo studio-laboratorio e condiviso soltanto con pochi amici.

Ha eseguito cicli tematici riguardanti il "sacro domestico" (presepi, acquasantiere, Cristi, Croci, Madonne, etc.), il mare (gabbiani, vele, pesci, etc.), i segni zodiacali, le stagioni e le sculture (vasi, piastre, piatti, etc.) con tecniche raku e paper clay.

GIOVANNI DI BENEDETTO

Clinica di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
Università Politecnica delle Marche

La chirurgia ricostruttiva della mammella

La ricostruzione della mammella è un intervento chirurgico che ha lo scopo di ripristinare il volume, la forma e la simmetria mammaria. Sono candidate a tale intervento le pazienti che hanno subito una resezione chirurgica parziale o totale (mastectomia) o che sono affette da un'anomalia di sviluppo della mammella (amastia).

La ricostruzione della mammella è uno degli interventi di chirurgia plastica più eseguiti: basti pensare che il carcinoma mammario è la neoplasia più diffusa nel sesso femminile, dopo i carcinomi cutanei. In Italia è attualmente la neoplasia più diagnosticata sia nella fascia d'età 0-49 anni (41%), sia tra i 50 e i 69 anni (35%), sia in donne di età superiore ai 70 anni (21%). Bisogna considerare inoltre che la sua incidenza ha subito un forte aumento negli anni '80 in seguito all'introduzione dello screening mammario di massa.

La ricostruzione della mammella è l'ultima, ma non per questo meno importante, fase del trattamento di una neoplasia mammaria dopo la sua escissione chirurgica e il trattamento chemio-radioterapico e/o ormonoterapico.

Nella maggior parte dei casi con stadiazione I/II, secondo il sistema di stadiazione TNM del cancro al seno (AJCC), la lampectomia o la quadrantectomia, unita alla linfadenectomia ascellare e alla radioterapia, risultano essere il trattamento di scelta. In relazione alla presenza o all'assenza di metastasi linfonodali e alla diagnosi istopatologica, può essere indicato o meno aggiungere alla terapia locoregionale un ulteriore trattamento sistemico chemioterapico e/o ormonoterapico. La mastectomia radicale modificata, la mastectomia skin-sparing e la mastectomia nipple-sparing sono le tecniche di elezione quando le terapie chirurgiche più conservative sono controindicate, qualora la paziente ne esprima la preferenza o, in generale, in associazione con la chemioterapia o la radioterapia, nel trattamento di carcinomi allo stadio III e IV.

I problemi psicologici che la paziente si trova ad affrontare in seguito alla mastectomia includono disturbi dell'umore quali la depressione, perdita dell'interesse sessuale e della femminilità. La ricostruzione mammaria moderna riduce sensibilmente questi disagi permettendo alla paziente di rapportarsi in modo adeguato alla patologia.

Il colloquio iniziale della paziente con il chirurgo pla-

stico ha lo scopo di ricercare le problematiche personali e fisiopatologiche del singolo caso in modo da attuare la tecnica più idonea a soddisfare le aspettative della paziente. Per questo motivo, al fine di ottenere il risultato migliore, il chirurgo plastico deve essere a conoscenza di varie tecniche chirurgiche le quali comprendono sia l'utilizzo di tessuto autologo che di materiale eterologo.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un'evoluzione della ricostruzione della mammella che da una tecnica raramente eseguita e con scarsi risultati estetici è divenuta una pratica chirurgica essenziale nel processo di riabilitazione. Ciò è stato reso possibile dal miglioramento sia delle tecniche chirurgiche demolitive che di quelle ricostruttive. Il sempre maggiore utilizzo della mastectomia radicale modificata, che ha permesso un maggior risparmio di tegumento, in accordo all'utilizzo di lembi specifici e materiali protesici evoluti, ha infatti reso possibile il raggiungimento di standard ricostruttivi elevati.

Storia della ricostruzione mammaria

L'era moderna della ricostruzione mammaria si può far risalire agli anni '60, periodo di introduzione nella pratica chirurgica dell'utilizzo delle protesi mammarie preimpilate in gel di silicone da parte di Cronin e Gerov. Nei dieci anni successivi lo sviluppo delle tecniche di espansione tissutale da parte di Radovan ha consentito di affinare ulteriormente le possibilità ricostruttive mediante l'uso di presidi gonfiabili sfruttando così le proprietà elastiche dei tessuti sottoposti a vari gradi di tensione. Negli anni '80 Becker ha introdotto gli espansori a permanenza, evitando la sostituzione dell'impianto con uno definitivo. L'uso degli impianti mammaria ha subito un declino negli anni '90, ed in particolare nel 1992, anno dell'introduzione del divieto da parte della FDA (food and drug administration) di utilizzare le protesi in gel di silicone nella ricostruzione mammaria, se non in maniera ristretta e controllata all'interno di trials clinici. Le basi di questa decisione risiedevano nell'assenza di studi clinici che dimostrassero inconfutabilmente l'efficacia e la tollerabilità degli impianti in gel di silicone dopo 30 anni di uso non controllato. Stimolati dal divieto all'utilizzo delle protesi in gel di silicone, studi clinici nel campo dei materiali di riempimento e della loro tollerabilità a medio e lungo termine, hanno dimostrato nel 1999 la mancanza di un legame tra impianti mammaria e lo sviluppo di un carcinoma, di malattie autoimmuni e



Fig. 1 - Esempio di protesi espansore anatomica tipo Becker 35 (composta dal 35% di gel altamente coesivo e dal 65% di soluzione salina).

altre malattie sistemiche.

Una delle prime tecniche utilizzate allo scopo di fornire una copertura tissutale per la riparazione di perdite di sostanza toraciche anteriori conseguenti all'amputazione della mammella è stata descritta da Tansini nel 1897 e consisteva nel trasferimento del muscolo latissimo del dorso sull'arco di rotazione anteriore. Sotto l'influenza della dottrina di Halsted, ostile all'utilizzo della ricostruzione mammaria, l'impiego di questa tecnica cadde in disuso. Venne riscoperta nel 1976 da Olivari il quale ripropose l'utilizzo del lembo a copertura miocutanea del muscolo gran pettorale. Va invece a Bostwick (1977) il merito di aver descritto estesamente la tecnica e le sue indicazioni riportando la sua esperienza su 52 pazienti per un periodo di 2 anni sull'utilizzo del muscolo latissimo del dorso (o gran dorsale) come lembo miocutaneo associato o meno a impianti protesici. Nonostante la sua riscoperta, l'interesse chirurgico verso tale lembo subì un declino a favore dell'uso del lembo miocutaneo di retto addominale (Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous - TRAM) il quale consentiva una ricostruzione totale della mammella senza ricorrere agli allora poco evoluti impianti eterologhi. Il lembo di latissimo del dorso veniva quindi relegato a quei casi in cui il lembo del retto dell'addome veniva controindicato. Negli ultimi anni, il miglioramento dei materiali, della tollerabilità, della resistenza e della forma degli attuali impianti protesici ha permesso di utilizzare il lembo di latissimo del dorso raggiungendo risultati estetici

migliori del TRAM senza sottoporre la paziente alla morbidità associata alla trasposizione dei muscoli retti dell'addome. In un selezionato numero di pazienti, resta comunque possibile l'utilizzo del lembo senza che questo venga associato all'impianto protesico.

Per quanto riguarda la ricostruzione con tessuti autologhi, Holmstrom è stato il primo autore ad aver dimostrato la possibilità di utilizzare la cute addominale, in particolare un esteso lembo dai quadranti inferiori, utilizzando le arterie epigastriche inferiori profonda e superficiale.

L'attuale lembo miocutaneo dei retti dell'addome venne descritto per la prima volta nel 1982 da Hartrampf che lo utilizzò per la ricostruzione completa della mammella in un unico tempo chirurgico. Anche grazie agli studi di Boyd sulle relazioni tra i sistemi vascolari della parete addominale, il lembo TRAM venne rivisitato in varianti differenti. Grotting, infatti, lo descrisse nel 1989 nella variante di lembo libero e, vista la parità dei retti dell'addome, questo lembo venne presto utilizzato bipenduncolato per la ricostruzione dopo mastectomia bilaterale. Nonostante sia la variante bipenduncolata che quella libera diano risultati abbastanza soddisfacenti, la scelta di queste tecniche resta vincolata dalle complicanze a livello del sito donatore e dalla necessità di esperienza chirurgica. Complicanze note e difficilmente evitabili sono infatti ernie addominali, laparoceli, disturbi gastrointestinali e dolore addominale, le quali possono costringere ad ulteriori interventi chirurgici.

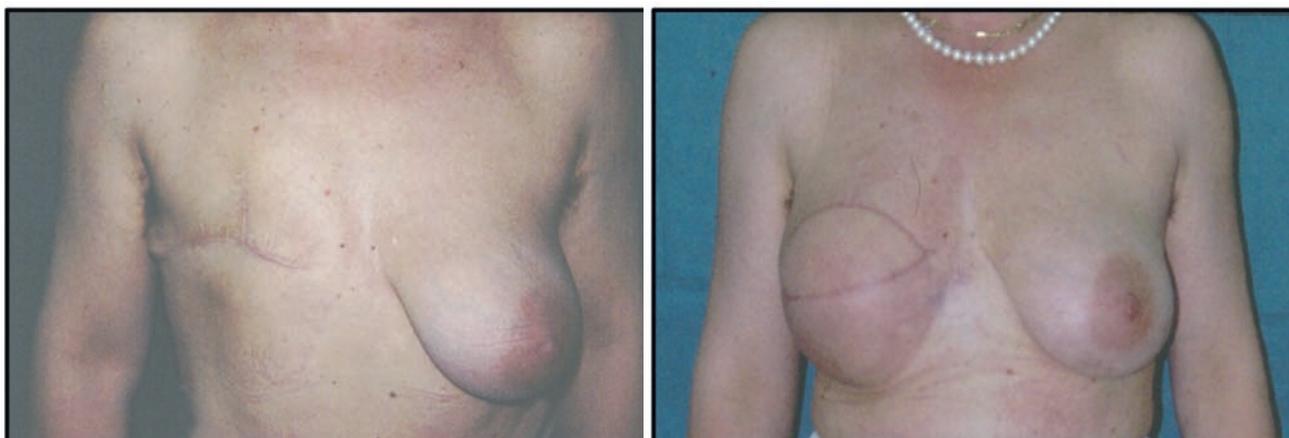


Fig. 2 - Ricostruzione della mammella destra mediante lembo latissimo del dorso e mastopessi controlaterale.

Al fine di minimizzare la morbilità al sito donatore, Koshima nel 1989 dimostrò la possibilità di sollevare un lembo di cute addominale non comprendente il muscolo retto e basato su una perforante dell'arteria epigastrica inferiore (Deep Inferior Epigastric Perforator – DIEP). Nel 1994 Allen e Treece utilizzarono tale tecnica per la ricostruzione mammaria confermando i vantaggi descritti da Koshima. L'affinamento dell'utilizzo di questa tecnica chirurgica nell'ultimo decennio, ha fatto sì che questo rimpiazzasse il TRAM nella ricostruzione mammaria qualora non si rendesse necessario l'apporto muscolare. Va inoltre sottolineato come tale lembo, oltre a colmare la perdita di sostanza a livello mammario con buona approssimazione dell'anatomia preoperatoria, comporti una contemporanea riduzione di ampiezza del pannicolo adiposo addominale con un ulteriore miglioramento estetico per la paziente.

L'attuale ricostruzione della mammella

L'obiettivo principale che la chirurgia ricostruttiva postmastectomia si propone di raggiungere è la creazione di un rilievo quanto più simile possibile alla mammella controlaterale per forma, volume e proiezione. Ciò comprende la garanzia di un décolleté simmetrico che consenta una normale vestibilità senza il ricorso a protesi esterne e la possibilità di celare le cicatrici chirurgiche all'interno di un comune capo di abbigliamento. I problemi che il chirurgo ricostruttivo si trova ad affrontare sono differenti da caso a caso e comprendono a vario titolo la presenza di cicatrici chirurgiche, la mancanza del volume ghiandolare, dei tegumenti, del complesso areola-capezzolo e, in alcuni

casi, della muscolatura toracica.

La ricostruzione mammaria può essere effettuata contemporaneamente all'intervento demolitivo o in un secondo tempo chirurgico. La ricostruzione immediata ha indubbiamente un migliore effetto psicologico sulla paziente che non subisce il trauma legato alla mutilazione, tuttavia non consente l'utilizzo di molte tecniche chirurgiche e non può essere effettuata qualora la paziente debba sottoporsi a radioterapia. La ricostruzione differita è invece quella effettuata come ultima tappa dell'iter terapeutico e consente al chirurgo una più ampia scelta di opzioni ricostruttive.

Il chirurgo plastico ha attualmente a disposizione 3 categorie di metodiche per la ricostruzione della mammella: l'uso di tessuti autologhi, l'uso di presidi protesici o l'impiego di entrambi nello stesso tempo chirurgico.

La ricostruzione immediata comprende l'utilizzo di protesi espansori che consentano di modulare dimensione, forma e proiezione della mammella ricostruita attraverso un sistema di riempimento estraibile (Fig.1). Il riempimento della protesi è caratterizzato da un'espansione lenta, progressiva e modulabile nel tempo personalizzata per ogni paziente. L'uso di presidi protesici fornisce il vantaggio di evitare il prelievo di tessuto da un'area donatrice riducendo l'impegno fisico della paziente e i tempi operatori. Controindicazione alla ricostruzione mediante protesi è la necessità della paziente di sottoporsi a terapia radiante la quale determinerebbe un'importante alterazione della cute con possibilità di esposizione protesica. L'utilizzo della sola protesi, non coadiuvato dal trasferimento di tessuto

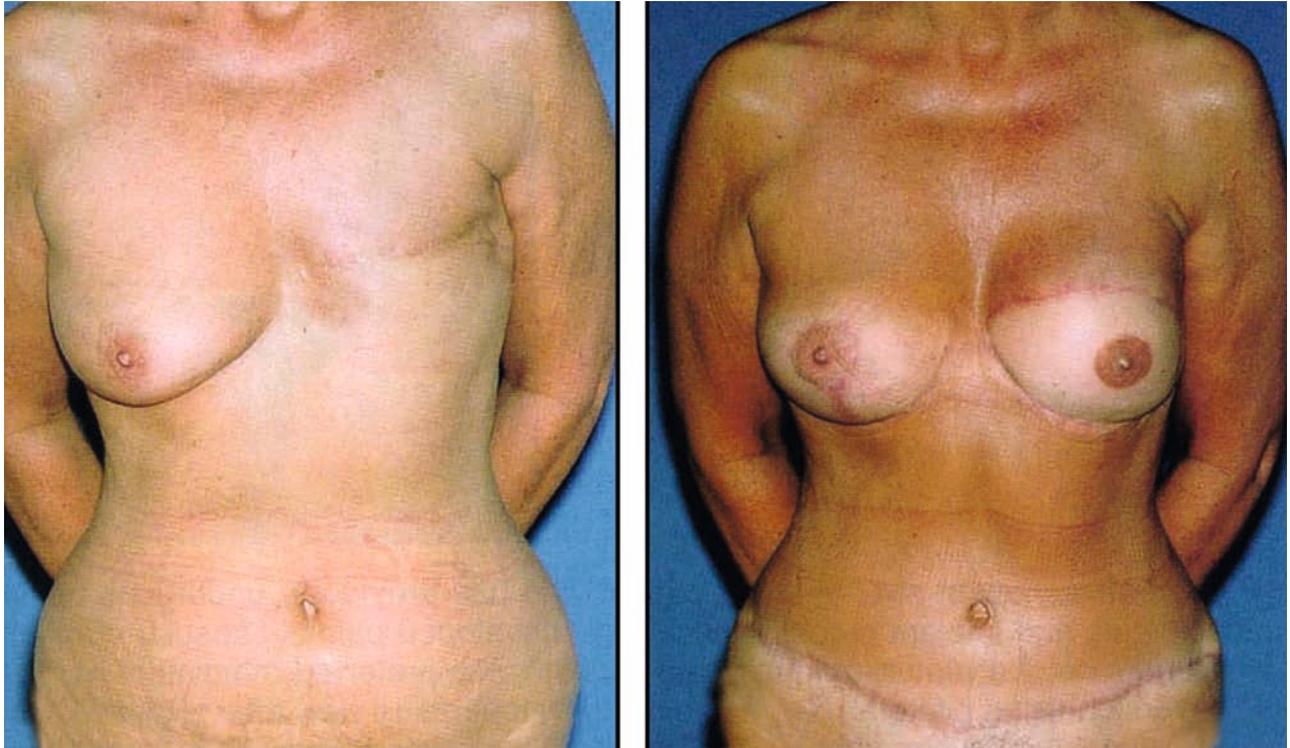


Fig. 3 - Ricostruzione della mammella sinistra mediante lembo TRAM (muscolo retto dell'addome) e mastopessi controlaterale.

autologo, spesso determina l'impossibilità di mimare la naturale ptosi controlaterale e rende quindi necessaria una mastoplastica riduttiva o mastopessi controlaterale. Un ulteriore svantaggio che si manifesta nelle ricostruzioni monolaterali sta nella lenta ma progressiva perdita di simmetria legata ai normali processi di senescenza a cui è sottoposta la mammella naturale.

L'utilizzo di presidi protesici nella maggior parte dei casi prevede due tempi chirurgici. Nel primo tempo, eseguito contemporaneamente alla mastectomia, si procede all'inserimento di un espansore mammario, scelto sulla base delle caratteristiche della mammella controlaterale, in una tasca sottomuscolare formata dal muscolo grande pettorale e dal muscolo serrato anteriore. L'espansore viene parzialmente riempito in sala operatoria, riempimento che verrà completato nel corso di successivi controlli ambulatoriali. Il progressivo riempimento della protesi espansore, effettuato nell'arco di 2/3 mesi, determina un aumento della superficie cutanea toracica necessario ad alloggiare, in un secondo tempo chirurgico, la protesi definitiva.

La ricostruzione con il solo utilizzo di materiali eterologhi è controindicata nei casi di mastectomia radicale

sec. Halsted, mastectomia estesa alla cute e/o comprendente i muscoli pettorali.

Nella ricostruzione differita è possibile ricorrere all'utilizzo di tessuti autologhi, associando o meno l'utilizzo di materiale protesico. Le metodiche che prevedono l'uso di tessuti autologhi hanno il vantaggio di ottenere una mammella più simile alla controlaterale, per volume e presenza del solco sottomammario, in quanto costituita da tessuto adiposo. Quando alla ricostruzione autologa non si associa l'impiego della protesi mammaria, la paziente non ha importanti controindicazioni ad eseguire la terapia radiante postoperatoria, la quale comunque potrebbe determinare distrofia tissutale con conseguente perdita della simmetria. Non va comunque dimenticato che, rispetto alla ricostruzione protesica, l'utilizzo di tessuto autologo risulta più invasivo per la paziente, è caratterizzato da un maggior numero di complicanze, comporta un aumento dei tempi operatori e una degenza prolungata e necessita quindi di una maggiore competenza ed organizzazione dell'equipe operatoria.

Le opzioni chirurgiche più utilizzate comprendono il lembo latissimo del dorso, in associazione o meno

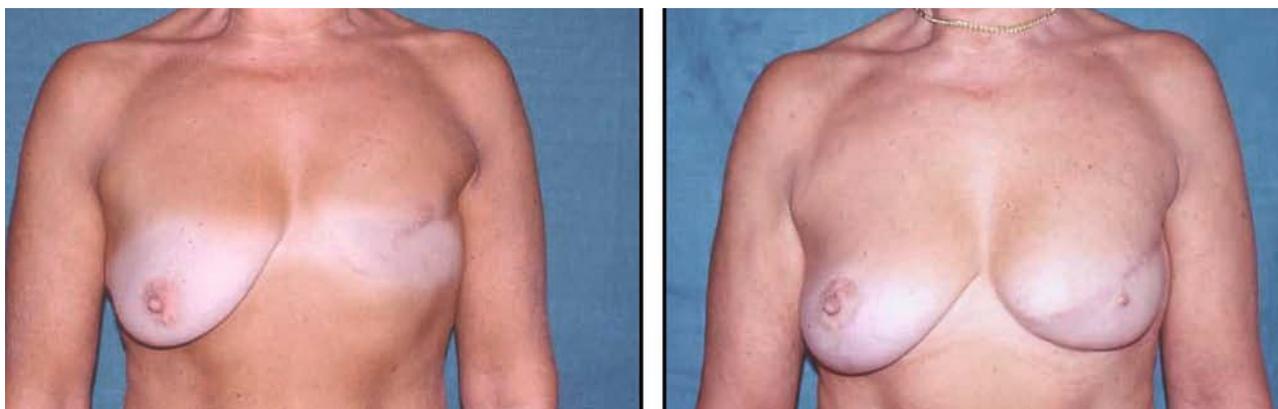


Fig. 4 - Ricostruzione della mammella sinistra mediante DIEP.

a materiale protesico, il lembo miocutaneo del retto addominale e il lembo adipocutaneo basato sulla perforante dell'epigastrica inferiore profonda.

La ricostruzione mediante lembo latissimo del dorso (Fig. 2) consiste nel reintegro della superficie cutanea mediante la rotazione di un lembo miocutaneo prelevato dalla faccia posteriore del torace e, se necessario, nella reintegrazione del volume mammario mediante l'inserimento di protesi definitiva posizionata sotto il muscolo pettorale e/o sotto il muscolo gran dorsale. È una ricostruzione indicata quando non è disponibile un'area di tessuto autologo (ad esempio addominale) sufficiente a ricostruire la mammella senza l'ausilio di materiali protesici; quando la mammella da ricostruire non è eccessivamente voluminosa; quando la paziente è disponibile ad eseguire un adeguamento della mammella controlaterale; quando si prevede o è stata praticata radioterapia e quando si deve eseguire una ricostruzione bilaterale.

Il lembo TRAM microchirurgico consiste nel trasferimento in sede toracica di una losanga di tessuto muscolo-cutaneo-adiposo o solamente muscolo-adiposo prelevato dalla porzione sotto-ombelicale dell'addome e comprendente la porzione distale del retto addominale, mediante anastomosi dei vasi epigastrici inferiori profondi con i vasi toracodorsali o mammari interni (Fig. 3). La versione pedunculata consiste invece nel trasferimento della parte prossimale del retto addominale il quale riceve la vascolarizzazione dalle perforanti sotto-ombelicali dei vasi epigastrici inferiori che si anastomizzano con i vasi epigastrici superiori. In questo caso non è quindi necessaria l'anastomosi microchirurgica.

La ricostruzione con lembo DIEP (Fig. 4) consiste nel

trasferimento in sede toracica di una losanga di tessuto cutaneo-adiposo o solamente adiposo prelevato dalla porzione sotto-ombelicale dell'addome mediante l'isolamento delle perforanti dei vasi epigastrici inferiori profondi, con risparmio dei muscoli retti addominali. I vasi epigastrici vengono anastomizzati microchirurgicamente ai vasi toraco-dorsali o mammari interni precedentemente isolati.

Sia il lembo TRAM, nelle sue diverse, varianti che il DIEP trovano indicazione alla ricostruzione quando è disponibile un'area di donazione di tessuto autologo addominale sufficiente a reintegrare il volume mammario richiesto; quando si richiede la ricostruzione di una mammella voluminosa evitando l'adeguamento della controlaterale; quando è stata o andrà praticata radioterapia; dopo il fallimento di precedenti ricostruzioni o dopo mastectomie allargate con ampia perdita di tessuti molli. La ricostruzione con DIEP è controindicata invece quando la paziente ha un elevato indice ASA o rifiuta un intervento di lunga durata; quando gli esiti cicatriziali di precedenti interventi hanno compromesso la vascolarizzazione addominale o in presenza di anomalie della coagulazione. La ricostruzione con TRAM, oltre a queste controindicazioni, ha lo svantaggio di creare un difetto muscolare nella parete addominale con un sensibile aumento della possibilità di sviluppare un successivo laparocèle.

Altra tecnica chirurgica che si accompagna alla ricostruzione e che ha lo scopo di migliorare la simmetria mammaria reintegrando in parte il volume mammario o colmando deformità e depressioni è il trasferimento di tessuto adiposo da una regione donatrice alla regione mammaria. Il trapianto di tessuto adiposo (lipo-filling) è un intervento, eseguito in anestesia locale o

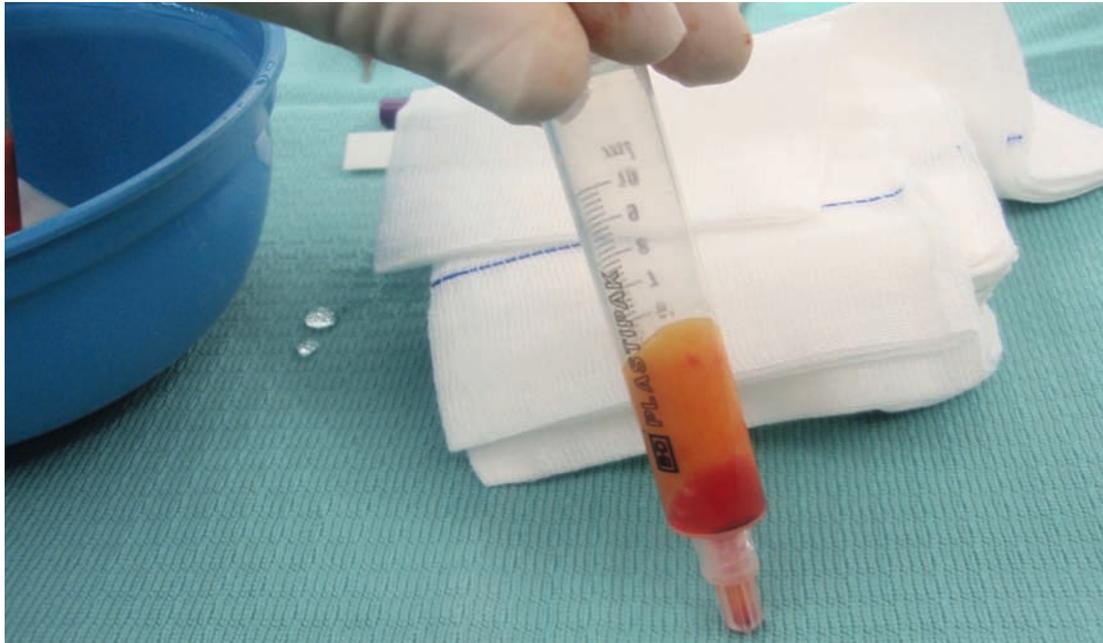


Fig. 5 - Prelievo di tessuto adiposo prima del trapianto nella zona ricevente (lipofilling).

locoregionale, che prevede il prelievo di tessuto adiposo da aree donatrici quali addome, fianchi o cosce mediante aspirazione, la sua centrifugazione secondo la metodica di Coleman e il suo reintegro a colmare il difetto mammario (Fig. 5). Mediante il lipofilling oltre al trasferimento di cellule adipose, vengono trapiantate cellule staminali mesenchimali capaci di differenziare a livello del sito ricevente in altre tipologie di tessuto.

L'ultima parte del processo ricostruttivo è costituita dal ripristino del complesso areola-capezzolo (c.a.c.). La ricostruzione va differita di almeno 3 mesi dalla data dell'ultimo intervento ricostruttivo, indipendentemente dalla metodica chirurgica utilizzata. La scelta della tecnica ricostruttiva deve tener conto della posizione, del colore, delle caratteristiche della cute areolare, dalla proiezione e dimensione del capezzolo.

Tra le tecniche a disposizione del chirurgo plastico ricordiamo l'innesto composito, i lembi locali e il prelievo di parte del capezzolo controlaterale. La ricostruzione dell'areola può anch'essa essere effettuata

mediante prelievo dell'areola controlaterale o innesto autologo. Infine, il tatuaggio dell'areola è una metodica che comporta risultati meno soddisfacenti in termini di simmetria, naturalezza e permanenza della pigmentazione, ma risulta di più semplice esecuzione.

Bibliografia

- 1) Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994; 32(1): 32-8.
- 2) Blondeel N, Wanderstraeten GG, Monstrey SJ, Van Landuyt K, Tonnard P, Lysens R, Boeckx WD, Matton G. The donor site morbidity of free DIEP flap and free TRAM flaps for breast reconstruction. *Br J Plast Surg* 1997; 50(5): 322-30.
- 3) Hartrampf CR, Scheffan M, Black PW. Breast reconstruction with transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69:216.
- 4) Holmstrom H. The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction. An experimental study and clinical case report. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1979; 13(3): 423-7.
- 5) Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. *Br J Plast Surg* 1989; 42(6): 645-8.
- 6) Blondeel PN, Hijiawi J, Depypere H, Roche N, Van Lanuyt K. Shaping the breast in aesthetic and reconstructive breast surgery: an easy three-step principle. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123(2): 455-62.

ALBERTO PELLEGRINO
 Storico, saggista
 San Severino Marche (Mc)

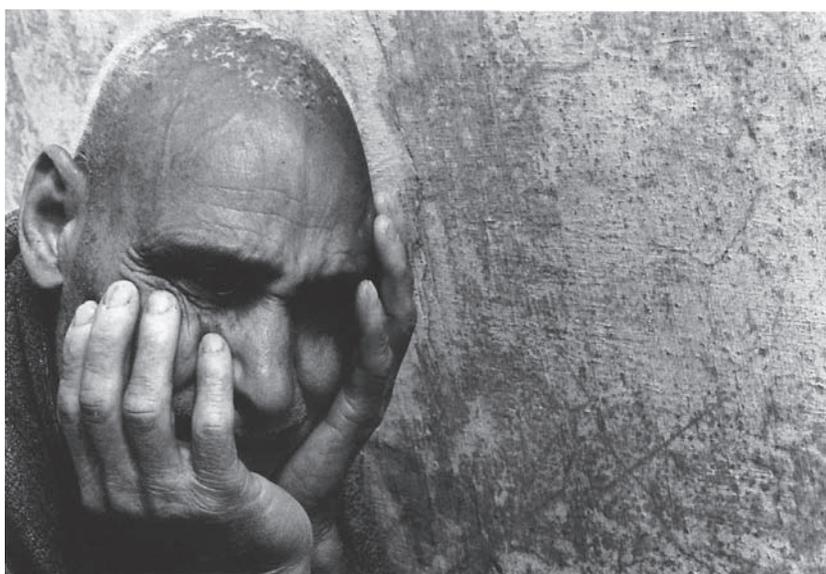
Il dramma della follia nella fotografia

L'incontro tra psichiatria e fotografia avviene nella seconda metà dell'Ottocento, quando la psichiatria positivista ritiene di usare la fotografia per individuare, osservare e classificare la malattia mentale. I fotografi entrano quindi nei manicomi come stretti collaboratori dei medici con il compito di usare la tecnica fotografica come fedele riproduzione di quella realtà che assume la forma della malattia mentale, perché la fotografia positivista ritiene che le immagini fotografiche possano documentare una fredda e impersonale rappresentazione del "vero". La psichiatria positivista usa la fotografia come garanzia del sapere scientifico e come prova di quelle teorie che ritengono possibile curare la malattia mentale attraverso l'istituzione manicomiale. Attraverso la fotografia era possibile riprodurre l'immagine dei pazienti per documentare i segni della malattia mentale, per classificarli e trasmetterli ai propri studenti di medicina. Secondo questo uso classificatorio, che trovò una parallela applicazione nell'antropologia criminale di Cesare Lombroso per la classificazione della tipologia criminale (G. Colombo, *La scienza infelice. Il museo di antropologia criminale di Cesare Lombroso*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000) Le immagini dei corpi avevano un puro valore documentario ed erano utili per individuare i sintomi e segni della follia e per essere

un valido strumento didattico, poiché si pensava che i sintomi della malattia registrati con la fotografia potessero servire a riconoscere la realtà della follia sul campo, per poterla studiare e reprimere. Nel Novecento la fotografia psichiatrica perde gran parte del suo valore didattico per mantenere la sua funzione classificatoria, come di-

mostrano le immagini conservate negli archivi di alcuni ex ospedali psichiatrici, oppure era impiegata in modo istituzionale per dimostrare come fosse "ordinata" e funzionale la vita all'interno dei manicomi, diventando un genere che si affianca alla fotografia criminale (A. Gilardi, *Wanted!*, Bruno Mondadori Editore, Milano, 2003).

I primi lavori fotografici tendono dunque a documentare gli ambienti e la vita all'interno degli ospedali psichiatrici come dimostrano le raccolte fotografiche realizzate a La Salpêtrière (1876-1880), uno dei più illustri ospedali psichiatrici francesi, dove i fotografi Bourenville e Regnard realizzarono nel 1867, per conto del neuropsicologo Jean-Martin Charcot (1825-1893), una serie di immagini che sono state pubblicate nel volume di G. Didi-Huberman, *L'invenzione dell'isteria. Chacot e l'iconografia fotografica della Salpêtrière*, (Marietti, 2008). Una ricerca particolare è programmata da Guillaume Benjamin-Amand Duchenne de Boulogne (1806-1875) nel campo della elettrofisiologia muscolare, facendo importanti scoperte sulla conducibilità dei neurotrasmettitori e sulla pratica della biopsia muscolare. La sua opera *Mécanisme de la physionomie humaine* (1862) è un testo di neurofisiologia che contiene una serie di studi fotografici sulla fisionomia umana ottenuti per mezzo dell'applicazione di elettrodi sui muscoli facciali. In Italia Emilio Poli realizza alla fine dell'Ottocento una serie di immagini scattate tra i ricoverati

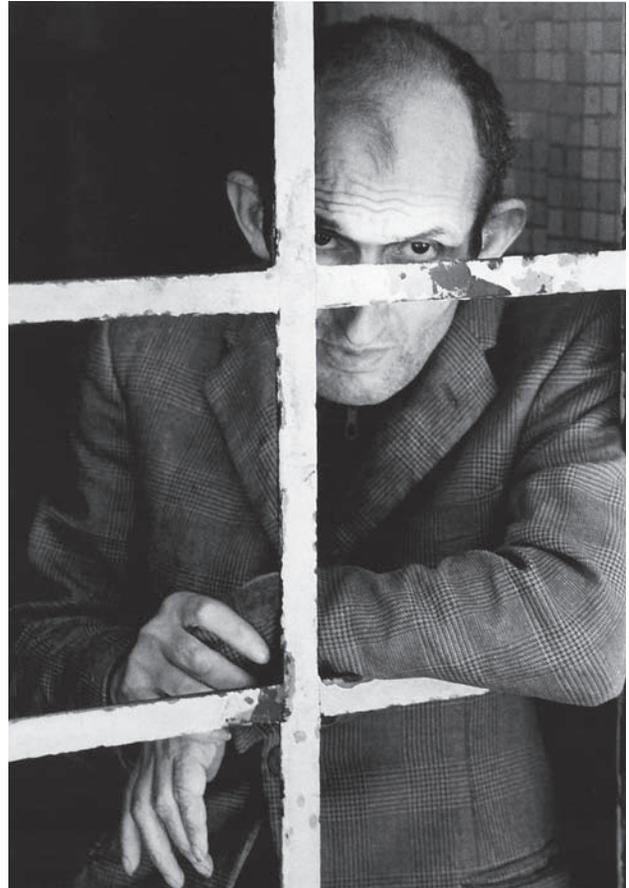


Luciano D'Alessandro, Ospedale psichiatrico di Materdomini (Salerno), 1965.

del Manicomio di San Lazzaro a Reggio Emilia; Giuseppe Fantuzzi è l'autore nel 1910 di un reportage fotografico nello stesso ospedale psichiatrico incentrato soprattutto nella documentazione degli interni e del lavoro dei ricoverati; infine Vasco Ascolini pubblica nel 2000 una serie di fotografie scattate in vari manicomi e isti-



Luciano D'Alessandro, *Ospedale psichiatrico di Materdomini (Salerno)*, 1966.



Mimmo Iodice, *Napoli, Ospedale psichiatrico*, 1977.

tuzioni medico-scientifiche. Questa serie di esperienze sono documentate nel volume *Nascita della fotografia psichiatrica* (La Biennale, Venezia, 1981).

La svolta della fotografia sociale

La situazione cambia intorno alla metà degli anni Sessanta, quando all'interno della comunità scientifica della psichiatria si verifica una frattura e uno scontro fra coloro che rimangono legati alla tradizione scientifica, coloro che si battono per una nuova concezione del malato con lo scopo di difendere la dignità umana all'interno dell'istituzione manicomiale opportunamente riformata e coloro, infine, che si battono apertamente contro le istituzioni ospedaliere in un movimento che trova il suo leader in Franco Basaglia e che porta nel 1978 all'approvazione da parte del Parlamento della legge 180, con la quale si sancisce la chiusura degli ospedali psichiatrici e la creazione di nuove strutture

di assistenza come i Servizi di Salute Mentale (SSM) dislocati sul territorio regionale e i Centri Psichiatrici di Diagnosi e Cura Ospedalieri (CPCD) per brevi periodi di degenza. Questa legge fu considerata in tutto il mondo un provvedimento "rivoluzionario" che toglieva di mezzo i manicomi ma, come spesso accade in Italia, doveva registrare ritardi o inadempienze per la creazione e il funzionamento delle nuove strutture. Lo spirito della legge, accusata di avere un'ispirazione ideologica, ha invece una matrice "liberale" che si fonda sul riconoscimento dei diritti civili del malato di mente, che non è tanto la libertà quanto il riconoscimento della dignità della persona, la quale non può essere sottoposta a sistemi di cura prevedono prevaricazioni, maltrattamenti e umiliazioni. Il rispetto della persona non significa misconoscere l'esistenza della malattia e far prevalere un principio di libertà assoluta sulla necessità di sottoporre i malati a trattamenti farmacologici e psi-

cologici e, quando se ne presenta la necessità, a periodi di internamento in strutture adeguate, ma riconoscere la malattia come un problema sociale che necessita di aiuti concreti da parte della sanità pubblica, del coinvolgimento delle famiglie, della comunità scientifica e della società civile.

Parallelamente a quanto accade all'interno della comunità scientifica, si muove un gruppo di comunicatori che opera attraverso la fotografia tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta. Si tratta di autori impegnati nel campo della fotografia sociale che usano le immagini per documentare aspetti e trasformazioni della società italiana, che denunciano ritardi e squilibri sul piano sociale.

Alcuni di questi fotografi decidono di documentare quanto avviene all'interno delle istituzioni psichiatriche, per cui entrano nei manicomi per combattere gli stereotipi e i pregiudizi sulla follia diffusi nella società italiana, per dimostrare che gli internati nei manicomi sono persone con una loro dignità, per denunciare la violenza di cui essi sono spesso vittime. Questo modo di produrre e divulgare le immagini del disturbo mentale porta alla creazione di una documentazione capace di incidere positivamente



Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, *Morire di classe*, Einaudi, 1969

te sul sapere psichiatrico, perché gli autori fanno del manicomio una fonte d'informazione diretta in quanto lavorano e abitano all'interno degli ospedali psichiatrici. Molte delle esperienze vissute da tanti fotografi tra Ottocento e Novecento sono state raccolte nel prezioso volume curato da Valentina Redditi *Il volto della follia. Un secolo di immagini del dolore* (Skira, Milano, 2005).

Il primo di questi autori è il napoletano Luciano D'Alessandro, da sempre impegnato a documentare i vari aspetti della società napoletana, che tra il 1965 e il 1968 scatta una serie di immagini fortemente drammatiche all'interno dell'ospedale psichiatrico "Materdomini" di Nocera Superiore (Salerno), poi pubblicate nel volume *Gli esclusi* (Diaframma, Milano, 1969). Lo segue su questa strada l'altro fotografo napoletano Mimmo Jodice che, nel 1977, scatta alcune immagini estremamente significative e drammatiche nell'Ospedale psichiatrico di Napoli. Gian Butturini, fotografo bresciano fortemente impegnato nel sociale, lavora a fianco di Franco Basaglia dal 1972 al 1975 nell'ospedale psichiatrico di Trieste e raccoglie i suoi reportage nei volumi *Tu interni io libero* (Bellimi, Verona, 1977) e *C'era*



Mario Dondero, *ex Manicomio di Fermo*, 2003.



Mario Dondero, *ex Manicomio di Fermo*, 2003.

una volta l'ospedale psichiatrico (Area Market, Brescia, 1998). Un maestro del fotoreportage come Ferdinando Scianna non poteva ignorare il problema della follia e realizza per il settimanale *L'Europeo* un memorabile servizio nei manicomi di Gorizia e Udine. Tra il 1979 e il 1980 il fotografo francese Raymond Depardon realizza un reportage in alcuni manicomi italiani per denunciare le difficoltà di reinserimento sociale di molti ricoverati dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, facendo intuire la sofferenza di quanti fino allora avevano vissuto in una condizione di totale segregazione. Uliano Lucas è sempre stato fin dagli anni Settanta un fotografo "militante" nel senso che si è occupato dei diversi, degli emarginati, degli emigranti, dei portatori di handicap, degli anziani, del lavoro nero e minorile, cioè di tutta quella parte di umanità relegata ai margini dalla società opulenta. È evidente che Lucas non poteva dimenticarsi degli ospedali psichiatrici, per cui lavora nel 1975 all'interno del vecchio manicomio di Gaiato (Modena) e nel 1978 in quello di Cernusco sul Naviglio, realizzando una serie di immagini pubblicate in *Altri sguardi* (T-Scrive Edizioni, Roma, 2001). L'esperienza umana e artistica più significativa Lucas la vive nell'ospedale psichiatrico di Trieste a fianco di Franco Basaglia, dove era arrivato con lo scopo di documentare e far conoscere l'esperienza triestina. Egli decide di vivere a fianco dei degenti per conoscere direttamente le loro storie e questo gli consente di entrare sempre

più a fondo negli aspetti umani, stabilendo un rapporto di fiducia con i malati per fotografarli con più rispetto e delicatezza, perché con il passare del tempo Lucas si rende conto che stava in qualche modo violentando l'intimità di queste persone "che era già fin troppo violata per poter permettere di farlo un'altra volta, e per di più da un estraneo". Secondo Lucas, l'esperienza triestina è quella che ha aperto una nuova stagione per la psichiatria, perché l'integrazione dell'istituzione nel territorio è una conquista indiscutibile che ha portato alla nascita di altri centri dove i pazienti possono entrare a far parte della realtà che li circonda. Lucas è poi tornato a Trieste per seguire i malati quando sono usciti dal centro e li ha seguiti nel loro reinserimento nella vita sociale, mettendo

in luce "i loro incontri, il loro ritornare nei luoghi che frequentavano prima di essere internati", raccogliendo queste immagini nel volume *Ritratti al tavolino* (1987).

Morire di classe

Un vero e proprio manifesto della nuova psichiatria diventa in breve tempo il libro *Morire di classe*. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, a cura di Franco Basaglia e Franca Basaglia Ongaro (Einaudi, Torino, 1969). Dall'incontro di Carla Cerati, una scrittrice con la passione per la fotografia, con Gianni Berengo Gardin, uno dei più grandi fotografi del mondo dotato di una grande sensibilità e di un forte impegno sociale, nasce questo lavoro a due mani condotto con grande intelligenza visiva, senza mai cadere nella retorica, nell'enfasi, nel sentimentalismo, che si propone di presentare all'opinione pubblica con fredda efficacia un'immagine straziante e sconosciuta nei manicomi italiani. Queste immagini scattate negli ospedali psichiatrici di Gorizia, di Parma e di Firenze, opportunamente selezionate e montate, formano un racconto drammatico e struggente della condizione del malato mentale all'interno dell'istituzione psichiatrica. La nuova linea di comunicazione abbandona la funzione conoscitiva e celebrativa della scienza da parte della fotografia, per diventare strumento di critica e di denuncia. I due autori decidono di



Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, *Morire di classe*, Einaudi, 1969

collaborare con i due esponenti della nuova psichiatria per trasmettere un nuovo messaggio alla società civile che dovrà accogliere e assistere gli internati una volta liberati da uno stato di segregazione istituzionalizzata. L'obiettivo viene puntato per focalizzare i risvolti sociali e gli effetti di una condizione manicomiale che, invece di liberare la persona, la opprime. I due fotografi adottano un nuovo modello comunicativo che sceglie la realtà più comoda da rappresentare, rompe gli schemi tradizionali, interroga se stesso senza trovare e dare risposte, ma si limita a mostrare a chi guarda una condizione umana ben diversa da quella ufficiale, per mettere in evidenza soprattutto la frattura esistente tra le persone affette da disturbi mentali e il resto dell'umanità, per comunicare il volto della follia e dell'istituzione psichiatrica senza il filtro del sentimentalismo e senza stereotipi antropologici e culturali. Carla Cerati afferma con convinzione che entrare con l'obiettivo fotografico all'interno dei manicomi "era un modo per



Eriberito Guidi, *Ex Manicomio di Fermo*, 2003.

capire meglio il mondo in cui vivo e che significasse esprimere delle idee".

I due fotografi nel riprendere ambienti e persone devono necessariamente compiere delle scelte, senza tuttavia ricorrere a nessuna manipolazione delle immagini, perché sono convinti che la forza d'impatto di una fotografia è forse superiore a quella di un testo scritto. I due autori hanno voluto lavorare in un preciso contesto dalle caratteristiche drammatiche, perché lo scopo era quello di denunciare una condizione di vita e di far vedere il malato all'interno di una struttura repressiva che, invece di curare, rafforzava la sofferenza del malato stesso, basti pensare alla drammatica foto che rappresenta un malato a cui è stata applicata la "strozzina", cioè un lenzuolo bagnato e attorcigliato che veniva stretto al collo del paziente, legato poi per i polsi e i piedi al letto di contenzione.

Franco Basaglia accoglie i due fotografi nell'ospedale



Eriberito Guidi, *Ex Manicomio di Fermo*, 2003.

di Gorizia e li mette a contatto con una realtà segnata dalla sofferenza. Carla Cerati dice di avere provato un profondo senso di pena anche in quell'ospedale "dove non c'erano più le camicie di contenimento, però c'era la miseria con gente ricoverata da cinquant'anni che non si rendeva più conto che non c'erano più i muri di recinzione né le sbarre. Erano talmente condizionati che, anche durante la passeggiata, arrivavano dove una volta c'era un muro e tornavano perché per loro il muro continuava a esserci". In questo ospedale diretto da Basaglia si tiene tutti i giorni un'assemblea di malati e medici con lo scopo di rendere autonomi i degenti meno gravi, per cui i due fotografi possono spiegare il lavoro che stanno facendo e possono scattare le fotografie sempre con il consenso dei malati.

Nel 1969 Basaglia lascia Gorizia per assumere la direzione dell'ospedale psichiatrico di Colorno a Parma, la Cerati e Berengo Gardin lo seguono e scattano altre

immagini particolarmente interessanti salvate dall'astuzia di Berengo Gardin perché, quando gli infermieri si accorgono delle fotografie che essi stanno scattando, chiedono che siano consegnati i rullini ma Berengo Gardin dà loro dei rullini "vergini", nascondendo quelli impressionati dentro un ombrello, a dimostrazione del clima in cui i due autori stanno lavorando. Nell'ospedale psichiatrico di Ferrara essi non riescono a fotografare niente, perché il direttore li fa seguire a vista senza dare loro la possibilità di vedere niente d'interessante. Nell'ospedale psichiatrico di Firenze riescono a entrare grazie a due giovani psicoanalisti e a scattare qualche immagine, ma essi sono avvertiti il giorno dopo di non poter tornare, perché la direzione dell'ospedale si è resa conto di quello che stanno facendo.

Fotografare gli antichi manicomi

Dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, i fotografi hanno preso un'altra strada, abbandonando il tema dell'internamento e della follia istituzionalizzata, per dedicarsi da un lato a documentare le esperienze vissute nei centri di salute mentale e dall'altro i percorsi di reinserimento sociale dei malati, dando un contributo a questo problema della salute mentale che, a distanza di tanti anni dall'introduzione della legge 180, rimane ancora un problema aperto che non può essere certamente discusso in questa sede (cfr. F. Manzoli, *La follia per immagini. Storia fotografica della fine dei manicomi*, Jcom, n.3, giugno 2004).

Su un altro versante, diversi autori sono andati alla ricerca degli edifici un tempo adibiti a ospedali psichiatrici e non riutilizzati, quasi subissero il fascino del vuoto, dell'abbandono, non solo per lasciare la memoria storica di quei luoghi, ma come se volessero rievocare, attraverso il vuoto spesso drammatico dell'abbandono, le voci, i suoni, le presenze fisiche che hanno animato quegli ambienti. Bruno Cattani, un fotografo emiliano impegnato nella fotografia sociale, dopo aver condotto una ricerca su I luoghi dell'arte (1996-2001), si dedica alla documentazione de *I luoghi della follia* (2010), un'indagine sui manicomi condotta in collaborazione con il Comune e l'AUSL di Reggio Emilia, con il Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria. L'autore ha voluto lasciare una testimonianza di quelle strutture che non sono più una presenza attiva nella nostra società, che non devono però cadere nell'oblio della coscienza collettiva, perché esse ricordano sia la storia di un recente e doloroso passato, sia un presente

dove è ancora aperta la questione del disagio mentale, dei diritti dei malati, della carenza delle strutture medico-sociali. Secondo Cattani è importante mantenere viva la memoria degli ospedali psichiatrici che sono ancora una ferita sociale non rimarginata: "Il manicomio è rimasto una memoria viva e, ripercorrendo gli spazi, si possono percepire le tracce di ciò che è stato, memoria inquietante che tocca il senso morale più intimo di chi la osserva. La memoria implica un atto di redenzione. Ciò che è ricordato è salvato dall'annullamento. Ciò che è dimenticato è stato rinnegato. Ricercare e fotografare questi luoghi per me significa astrarli dal passato per non farli dimenticare, perché la memoria di ciò che è stato è l'emozione del presente".



Romano Folicaldi, *L'uomo non è nato per il dolore*, Fermo 2003.

Sull'ex ospedale psichiatrico di Maggiano (Lucca) si è concentrata l'attenzione di autori come Enzo Cei, che ha pubblicato il volume *Vite. Follia e fotografia: cronache di una svolta* (Marsilio, Venezia, 1999), dove racconta la sua esperienza prima a contatto con i degenti, poi con la struttura ormai abbandonata. Cei racconta gli ostacoli interiori che ha dovuto superare prima di

avventurarsi fra quelle mura: "Ci misi anni a trovare il coraggio per oltrepassare a colpi di cuore quel cancello di Maggiano: prima c'erano rinchiusi un migliaio di malati di mente. Ma passare davanti all'ex manicomio e non riuscire a fermarsi è arretrare di fronte al proprio disagio senza una via di fuga".



Romano Folicaldi, *L'uomo non è nato per il dolore*, Fermo 2003.

Giovanni Nardini pubblica a sua volta *Luci d'Ombra. Viaggio per le antiche stanze dell'ex ospedale psichiatrico di Maggiano* (Pezzini Editore, Viareggio, 2010). L'autore penetra con il suo obiettivo in questa monumentale struttura ormai abbandonata con timore e rispetto, consapevole che ormai quelle stanze sono vuote, senza più i volti, i gesti inconsulti, le nudità, le urla di un tempo: "Ho attraversato lunghi corridoi abbandonati, saloni immensi, celle sporche di escrementi, ho visto mura screpolate, soffitti aperti che facevano intravedere neri solai, bagni devastati e finestre che facevano filtrare fili di luce a illuminare poveri resti. Cose abbandonate. Ho visto i volti della follia negli ultimi

autoritratti abbandonati nel salone dove si svolgevano le attività di pittura, scultura e altro. In un silenzio scuro ho incontrato in questi luoghi tracce del dolore, della sofferenza, della follia... Non vi erano più i matti eppure ogni cosa mi parlava di loro, di quel misterioso dio che viveva dentro di loro, ho fotografato il buio del dolore, della follia, ho gettato la luce della fotografia sui resti delle vite, nei segni labili che il tempo lasciava. Cosa resterà di Maggiano?...oggi in questo luogo l'urlo della pazzia è avvolto in una grande silenzio. Ma la magia della fotografia è anche quella di penetrare in questo silenzio, di dare voce, seppure flebile e dimesa, frammentaria, a chi sembra non avere più parole di cogliere quella traccia di dolore e sofferenza che è propria di quella "misteriosa e divina manifestazione dell'uomo che è la pazzia".

Il fotografo toscano Nicola Gronchi ha condotto una serie di ricerche fotografiche sugli ex manicomi di Cogoleto (Genova), Coloro (Parma), Pistoia. Particolarmente importante è il reportage fotografico realizzato nell'ospedale psichiatrico di Volterra, istituito nel 1888 e divenuto una delle più grandi strutture ospedaliere italiane con oltre 100 mila metri cubi di volume; articolato su tre edifici, esso poteva ospitare fino a 6000 degenti con 20 lavandini e due gabinetti ogni 200 ricoverati. In questa struttura, che si trova in uno stato di tragico abbandono, rimangono ancora i graffiti di Oreste Fernando Nannetti, un ricoverato che si firmava NOF4; si tratta di poesie, parole e disegni incisi nei lunghi anni di degenza con la fibbietta del gilet della divisa su un muro esterno lungo 180 metri, che costituiscono una testimonianza diretta dei sentimenti e delle condizioni di vita dei ricoverati. Nel 2011 anche Gronchi entra nell'ex ospedale psichiatrico di Maggiano per testimoniare con le immagini lo stato di precarietà di questa struttura e sottolineare l'opportunità di un suo recupero.

Tanto interesse per questo ex ospedale psichiatrico è dovuto al fatto che su di un suo muro sono ancora incise queste parole: "La mia vita è qui, nel Manicomio di Lucca. Qui si snodano i miei sentimenti. Qui sincero mi manifestò. Qui vedo albe, tramonti e il tempo scorre nella mia attenzione. Dentro una stanza del Manicomio studio gli uomini e li amo. Qui attendo: gloria e morte. Qui parto per le vacanze. Qui, fino a questo momento, sono ritornato. Ed il mio desiderio è di fare di ogni grano di ogni territorio un tranquillo, ordinato, universale

parlare". Queste parole sono di Mario Tobino (1910-1991), uno dei maggiori scrittori italiani del novecento, vincitore dei Premi Strega, Campiello e Viareggio. A Maggiano egli ha esercitato la sua professione di psichiatra, mettendo in atto numerose iniziative per coinvolgere i malati nella struttura sociale e per stabilire contatti con il mondo esterno, mostrando sempre grande attenzione per il disagio psichico, grande rispetto e attenzione per i pazienti, impegnato per "ottenere che i malati fossero trattati meglio, meglio nutriti, meglio vestiti, (che) si avesse maggiore sollecitudine per la loro vita spirituale, per la loro libertà". Nonostante il suo impegno di medico e di scrittore, egli non è favorevole alla legge 180, perché è convinto che una istituzione ospedaliera più umana e di piccole dimensioni sarebbe più efficace nei confronti della malattia psichiatrica: "L'oscuro e appassionato amore, il vilipeso sacrificio di tanti medici di manicomio che consumarono la loro vita in una speranza, in un folle tentativo, si è fatto verità? Ora sarebbe proprio il momento che anche i sani fossero consapevoli di quel che succede, e collaborassero e intervenissero... Ora ci vorrebbero tanti più psichiatri, più infermieri specializzati, più dedizione, più accuratezza, più giornaliera pazienza, più denari, se è vero che i matti sono anch'essi creature degne d'amore, sono anch'essi cristiani. Se si pensa all'incontrario allora lo si dichiara: si continui a tenere i pazzi in un oscuro antro, quasi abbandonato... è necessario costruire piccoli ospedali per modo che ogni malato sia una persona e non un numero pressoché anonimo, è necessario e obbligatorio innanzitutto non dare soltanto il denaro ma partecipare, sorvegliare, criticare, appassionarsi a ogni passaggio di questa meravigliosa impresa contro la pazzia, la più misteriosa dea che esista al mondo".

Mario Tobino si laurea in medicina nel 1936 presso l'Università di Bologna, dove si specializza in neurologia, psichiatria e medicina legale. Riceve il suo primo incarico nell'ospedale psichiatrico di Ancona, nel quale rimane fino al 1940, quando è richiamato e inviato sul fronte libico, dove vive tragiche esperienze narrate nel romanzo *Il deserto della Libia* (1952). Da studente aveva dato alle stampe nel 1934 la sua prima raccolta di poesie e in Ancona pubblica una seconda raccolta intitolata *Amicizia* (1939). Dopo la guerra, lavora per qualche tempo nel manicomio di Firenze per poi passare a dirigere l'ospedale psichiatrico di Maggiano, dove rimane dal 1955 al 1975. Tobino racconta il mondo del manicomio straordinari romanzi *Le libere donne di Ma-*



gliano (1953), *Per le antiche scale* (1972) e *Gli ultimi giorni a Magliano* (1982), che rappresentano altrettante tappe di un percorso umano e professionale di un medico che vive il suo primo impatto con la malattia mentale, che vede evolversi sotto i suoi occhi le condizioni umane e terapeutiche dei malati e che, infine, deve fare i conti con la chiusura degli ospedali psichiatrici decretata dalla legge 180.

Viaggio nell'ex manicomio di Fermo

L'Associazione culturale Periferie di Fermo ha pubblicato il volume *Il volto che muta. Viaggio intorno all'ex Manicomio di Fermo* a cura di Luana Trapè (Andrea Livi Editore, Fermo, 2003). La ricerca, che si propone di lasciare una testimonianza scritta e visiva dell'istituzione ospedaliera fermana, si apre con un intervento dell'architetto Manuela Vitali intitolato *Le fasi storiche di trasformazione architettonica della "Fabbrica del Manicomio"*, in cui si ripercorrono le varie fasi di ristrutturazione e adattamento dell'edificio: dall'antico convento del XV secolo alla creazione del Manicomio nel 1854, dall'ampliamento del 1895 alla radicale ristrutturazione del 1925. Luana Trapè ha raccolto sotto il titolo *Sole mio bello, non ti vedrò mai più* una serie di significative e a volte struggenti testimonianze di internati. A queste ci permettiamo di aggiungere la testimonianza di quello che è stato forse il più illustre ospite di questa struttura ospedaliera: il poeta anarchico e socialista Giovanni Antonelli (Sant'Elpidio a Mare, 1851) che ha passato gran parte della sua vita nei manicomii di Ancona, Macerata, Napoli, Aversa, Roma e appunto Fermo (vedi A. Pellegrino, *Giovanni Antonelli, l'odissea di un poeta girovago e libertario tra carceri e manicomii*, in *Manicomii marchigiani, le follie di una volta*, a cura di G. Danieli, il lavoro editoriale, Ancona, 2008, pp.36-74). A seguito della sua lunga e drammatica permanenza nei vari ospedali psichiatrici, Antonelli accusa la classe dominante per aver creato per i poveri "le orrende galere pe' dementi" e parla della sua condizione di internato in questo sonetto composto quasi sicuramente a Fermo e intitolato *In cella del manicomio*

Come tra' rudi scogli il naufragato
freme travolto dalla ria procella,
io sempre fremo in questa orribil cella
tutto atterrito del mio negro fato.
Qui sol da occulto orror nuovo ispirato,
privo di moto e privo di favella;
né da fidar puote nell'età novella

Questo mio cor sì a lungo straziato.
Pure il dolore ha spento nel mio petto
l'atroce scempio d'esseri venali,
cui muto resta ogni gentile affetto.
Oh, se mi fosse dato metter l'ali,
su la luna vorrei cercar ricetta,
e in terra di lassù lanciar gli strali!

Particolarmente importante risulta anche la raccolta di testimonianze e di ricordi dei medici Ernesto Buondonno, Donato Leccisi e Giorgio Ripani, che hanno lavorato all'interno dell'istituzione psichiatrica fino al 1978, perché da essa emergono le difficoltà, i dubbi, le sofferenze di chi ha prestato la propria opera professionale spesso in condizione di disagio e d'impotenza per mancanza di risorse tecniche e finanziarie.

Per quanto riguarda la documentazione fotografica, Mario Dondero, uno dei più grandi fotografi italiani, è penetrato all'interno della struttura per mostrare i segni di un irreversibile abbandono, per leggere le "tracce" di un passato vissuto nelle camerate e nei corridoi, nei cortili e nei giardini, nelle "presenze" umane sopravvissute al tempo. Parallelamente il fotografo fermano Eriberto Guidi racconta, con un drammatico bianco e nero dai forti contrasti, un percorso che parte dall'esterno dell'edificio per penetrare negli androni e nei corridoi, dove stazionano solitarie carrozzine, nelle stanze dove sono ammassati cuscini e materassi, letti e tavoli con ancora le stoviglie, mentre le antiche inferriate sembrano evocare le ombre di un doloroso passato. Luana Trapè ha fotografato con umana partecipazione e sentita pietà i Segni che per anni gli internati hanno inciso sui mattoni del muro orientale del Reparto Agitati, lasciando la testimonianza viva di una sofferenza antica e reiterata nel tempo. Infine Romano Folicaldi, illustre fotografo, fermano di adozione, ha testimoniato da par suo, con le parole e le immagini, la serata di musica, video-proiezioni, dizione di versi e installazioni intitolata *L'uomo non è nato per il dolore*, che si è tenuta negli spazi verdi dell'ex Ospedale Psichiatrico, con lo scopo come scrive Folicaldi "di richiamare l'attenzione, di aiutare a ricordare un luogo già scomparso per quanto riguardano gli scopi di cui era stato teatro per tanti anni, ma di cui stavano per essere cancellate le ultime tracce, arrugginite, inanimate, semidistrutte ma capaci di suscitare ricordi in chi sa ancora leggerle", poiché l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Fermo è destinato a scomparire per i lavori di ristrutturazione della città.



Semplici categorie di un risveglio

Primavera d'intorno brilla nell'aria, e per li campi esulta, si ch'a mirarla intenerisce il core. Odi greggi belar, muggire armenti; gli altri augelli contenti, a gara insieme per lo libero ciel fan mille giri, pur festeggiando il lor tempo migliore...

Giacomo Leopardi

... a volte invece il volo esprime una vertigine. Affacciato sull'abisso di un nero profondo, vuoto di luce, su cui aleggiano corvi dal movimento tautologico e inconcludente, nero su nero. Zanzare fastidiose d'estate girano e girano intorno a un centro immaginario, come brutti elicotteri che hanno perduto il senso del controllo, e l'anima. Eppure si innalzano, e con una ossessiva coazione a ripetere puntano ancora verso quella stessa luce che le ha fatte impazzire¹. Ma poi di nuovo precipitano e tornano a compiere il loro movimento rotatorio, ogni volta più vorticoso, spirali necessarie di un volo tragico.

Ovviamente tutto questo può essere spezzato, a partire da piccoli gesti divergenti, conversioni affettive e di schemi mentali. Perché c'è sempre il sogno, o una speranza, che qualcosa accada all'improvviso, qualcosa di imprevisto e di meraviglioso. Come questa stagione, che già significa apertura, e ci rende partecipi di un rinnovamento diffuso, penetrato negli elementi della natura e nei sistemi biologici. In ognuno di essi sembra ripetere che tutto è flusso, che niente è così

grave, nessun inizio e nessuna fine, nessuna malinconia, nonostante la nostra passione di mettere ordine, e definire attraverso precise tassonomie una sostanza, la vita, che invece è inafferrabile, dialettica, multiforme, metafisica, complessa, semplicemente evidente, non verificabile (né falsificabile), trascendente, contraddittoria, evanescente e ricorsiva, plastica, creativa, indeterminata, cioè assolutamente libera, nella sua essenza di poesia pura. Ed è sorprendente recepire, di tanto in tanto, piccoli frammenti, quasi un insight² di quando tutto era più che una somma di questi singoli istanti. Chiudere gli occhi, lasciarsi condurre da semplici richiami di vita. Semplici categorie di un risveglio. E alla fine le parole non servono più.

Note

- Nel cartoon Disney *A bug's life* un insetto risponde così a chi lo sta avvisando di non avvicinarsi alla luce di una lampadina: "Non posso farne a meno, è così bella!", evidenziando il carattere deterministico e unidirezionale del comportamento nelle forme di vita meno complesse.

- Intuizione improvvisa

Bibliografia

O. Sacks, *Risvegli*, Adelphi, Milano 1987 (da cui il film omonimo del 1990 diretto da Penny Marshall, con Robert De Niro e Robin Williams)

Le canzoni

I giardini di marzo di Mogol - Battisti

La stagione dell'amore di Battiato

Primavera di Luberti - Cocciante

La Primavera, da *Le quattro stagioni* di Vivaldi





Forum e Corsi monografici - Marzo-Aprile 2013



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

**Organizzazione sanitaria
Coordinatore Prof. Francesco Di Stanislao**

**Francesco Di Stanislao - I Patti per la Salute - I Livelli
Essenziali di Assistenza (20 marzo)**

**Giuliano Tagliavento - La prevenzione collettiva negli
ambienti di vita e di lavoro (3 aprile)**

Alessandro Marini - I servizi distrettuali (10 aprile)

**Nadia Storti - Le innovazioni nell'assistenza ospedaliera
(17 aprile)**

4-7 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.30
18 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.00

4° Anno

ADE00370 - Chirurgia vertebrale

Prof. N. Specchia

4-6-11-13 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

ADE00278 - Percorsi diagnostici in pneumologia: dal sintomo alla
diagnosi

Prof. S. Gasparini

12-15-19-22 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

Aula didattica Pneumologia Interventistica

Ospedale Torrette (Piano 0)

ADE00037 - Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie

Prof. I. Bearzi

8-15-22-29 aprile 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata

Dott.ssa E. Adrario

2-9-16-23 aprile 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

5° Anno

ADE00409 - Marcatori tumorali e diagnosi precoce in urologia

Prof. G. Muzzonigro, Dott. G. Milanese

12-14-19-21 marzo 2013 dalle ore 14.30 alle ore 17.00

ADE00040 - Gestione del paziente HIV positivo

Prof. F. Barchiesi

4-8-11-15 aprile 2013 dalle ore 14.30 alle ore 17.00

ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata

Dott.ssa E. Adrario

2-9-16-23 aprile 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

6° Anno

ADE00412 - Le malattie metaboliche nel bambino

Dott.ssa T. Galeazzi

18-24-30 aprile, 7 maggio 2013 dalle ore 14.30 alle ore 17.00

ADE00032 - Insufficienza del pavimento pelvico

Dott. R. Ghiselli

4-8-11-15 aprile 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

ADE00204 - Diagnostica e terapia molecolare delle malattie genetiche

Prof.ssa F. Saccucci

22-29 aprile, 6-13 maggio 2013 dalle ore 14.30 alle ore 17.00

ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata

Dott.ssa E. Adrario

2-9-16-23 aprile 2013 dalle ore 16.00 alle ore 18.30

CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum multiprofessionali

vedi sopra

CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Forum multiprofessionali

vedi pagina 44

Corsi Monografici

CdLM in Medicina e Chirurgia

Forum multiprofessionali

vedi sopra

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00013 - Biochimica del sangue

Prof.ssa L. Mazzanti

29 aprile, 6-13-20 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 16.30

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

Dott.ssa A. Pugnali

23-30 aprile, 7-14 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 16.30

3° Anno

ADE00313 - Metodologia della valutazione del Rischio
Cardiovascolare Globale

Prof. R. Sarzani

4-9-11-16 aprile 2013 dalle ore 15.00 alle ore 17.30

ADE00024 - I profili assistenziali

Prof. F. Di Stanislao



Corsi Monografici

1° Anno
 ADE00024 - I profili assistenziali
 Prof. F. Di Stanislao
 4-7 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.30
 18 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.00

2° Anno
 ADE00373 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari
 Prof. R. Giorgetti
 12 aprile, 3 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 18.00
 24 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

CdLM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche

Forum multiprofessionali
 vedi pagina 44

Corsi Monografici

1° Anno
 ADE00024 - I profili assistenziali
 Prof. F. Di Stanislao
 4-7 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.30
 18 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.00

CdLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Forum multiprofessionali
 vedi pagina 44

Corsi Monografici

1° Anno
 ADE00024 – I profili assistenziali
 Prof. F. Di Stanislao
 4-7 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.30
 18 marzo 2013 dalle ore 16.00 alle ore 19.00

CdL in Educazione/Educatore Professionale

Forum multiprofessionali
 vedi pagina 44

CdL in Fisioterapia

Forum multiprofessionali
 vedi pagina 44
Corsi Monografici

1° Anno
 ADE00375 - Studio del movimento: valutazione anatomo-funzionale

Dott.ssa G. Censi
 11-18 marzo 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
 8 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00
 3° Anno
 ADE00361 - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
 Dott.ssa Sabina Marchetti
 19 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
 10 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
 17 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

CdL in Igiene/Igienista Dentale

Forum multiprofessionali
 vedi pagina 44

Corsi Monografici

3° Anno
 ADE00373 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari
 Prof. R. Giorgetti
 12 aprile, 3 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 18.00
 24 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 19.00
 ADE00361 - Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
 Dott.ssa Sabina Marchetti
 19 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
 10 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
 17 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

CdL in Infermieristica Polo didattico di Ancona

Forum multiprofessionali
 vedi pagina 44

Corsi Monografici

1° Anno
 ADE00089 - Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica (prova finale con role-play) (aperto a tutti gli anni di corso)
 Dott.ssa A. Cucchi - Dott.ssa C. Borgognoni
 6 - 13 - 20 marzo 2013 ore 14.00-18.00

2° Anno
 ADE00092 - La professione infermieristica in Italia: etica, deontologia ed evoluzione dell'identità professionale
 Dott.ssa A. Cucchi, Dott.ssa C. Borgognoni, Dott.ssa E. Simonetti
 10-17 aprile e 8 maggio 2013 ore 14.00-18.00

3° Anno
 ADE0227A - La movimentazione manuale dei pazienti
 Dott.ssa M. Amati
 7-14-21 marzo ore 14.00-18.00
 ADE00382 – Chirurgia mininvasiva





ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE

Dott. G. Lezoche
18 aprile e 7-14 maggio ore 14.00-18.00
ADE00383 – La ventilazione meccanica
Prof. P. Pelaia
13-20 marzo; 3-10-17 aprile; 8 maggio ore 14.00-16.00
ADE00244 – La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche
Dott. M. Luchetti
8-15-22 aprile ore 14.00-18.00

CdL in Infermieristica **Polo didattico di Pesaro**

Corsi Monografici

ADE00008 – Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana
Dott. Renato Pizzi – Capitano Corpo Militare Croce Rossa
Dott. Sebastiano Di Priolo – Tenente Corpo Militare Croce Rossa
Sorella Giuseppina Breccia – Ispettrice Regionale Corpo delle Infermiere Volontarie

1° Anno
ADE0227A – La movimentazione manuale dei pazienti
Dott.ssa M. Amati
3-10-17 aprile 2013 ore 8.30-12.30

2° Anno
ADE00327 – L'infermiere: un professionista in grado di coniugare la qualità assistenziale con la gestione del rischio clinico a tutela della sicurezza del paziente; presentazione di esperienze pratiche nell'attività assistenziale
Dott.ssa P. Colasanti, Dott.ssa T. Benedetti, Dott.ssa F. Barbarini, Dott.ssa S. Tonucci
4-11-18 aprile, 2 maggio 2013 ore 8.30-11.30
ADE00384 – Etica in oncologia
Prof. S. Cascinu
4-11-18 aprile, 2-9 maggio 2013 ore 14.30-16.30
16 maggio 2013 ore 16.30-18.30

3° Anno
ADE241PU – La chirurgia ricostruttiva della mammella
Prof. G. Di Benedetto
9-16-23 aprile 2013 ore 9.00-13.00
ADE00383 – La ventilazione meccanica
Prof. P. Pelaia
18 aprile, 7-16-23 maggio 2013 ore 14.00-16.00
30 maggio 2013 ore 11.00-13.00 e 14.00-16.00
ADE00385 – Principi ATLS nella gestione del paziente traumatizzato
Dott.ssa M. Lambertini
6-13-20-27 maggio ore 14,00-17,00
ADE00414 – Bioetica delle professioni sanitarie
Prof. S. Cascinu
4-11-17 aprile 2013 ore 14.30-16.30
24 aprile, 8 maggio 2013 ore 14.30-17.30

CdL in Infermieristica **Polo didattico di Macerata**

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00251 – La responsabilità infermieristica nella somministrazione dei farmaci
Dott. R. Rocchi
12-19 aprile, 3 maggio 2013 ore 14.30–18.30

3° Anno
ADE00305 – Stati di shock
Dott. Donati
5-12-19 aprile 2013 ore 9.00–13.00
ADE00387 – Gestione del dolore toracico
Dott. C. Rasetti
4-11-18 aprile 2013 ore 14.30–18.30
ADE00242 – Emergenze chirurgiche toraco-addominali
Dott. F. Mocchegiani
2-9-16 aprile 2013 ore 9.30 – 13.30
ADE0227A – La movimentazione manuale dei pazienti
Prof. M. Valentino
3-10-17 aprile 2013 ore 14.30–18.30

CdL in Infermieristica **Polo didattico di Ascoli Piceno**

Corsi Monografici

1° Anno
ADE00350 - Dalle fonti dell'etica infermieristica al codice deontologico dell'infermiere
Dott.ssa L. Passaretti
2-15-22 aprile ore 14,00-18,00

2° Anno
ADE00388 – Acquisizione ed interpretazione del segnale elettrocardiografico
Dott. V.M. Parato
Date da definire
ADE00253 – Malattie delle vie biliari e pancreatiche
Prof. G. Macarri
Date da definire
ADE00302 – Elementi di dermatologia inerenti l'assistenza infermieristica
Dott.ssa A. Campanati
Date da definire

3° Anno
ADE00357 – La contenzione fisica
Dott.ssa M. Amadio, Dott.ssa P.L.Ciapanna
4-6-11 marzo ore 12,30-13,30; 14,00-17,00
ADE00242 – Emergenze chirurgiche toraco-addominali
Dott. G. Lezoche
7-19 marzo - 4 aprile ore 14,00-18,00



ADE00305 – Stati di shock
Dott. Donati
16 aprile ore 8,30-12,30 - 19 aprile ore 14,00-18,00
23 aprile ore 8,30-12,30
ADE00389 – Elementi di tossicologia clinica
Dott. M. Loria
9-16-18 aprile ore 14,00-18,00

**CdL in Infermieristica
Polo didattico di Fermo**

Corsi Monografici

3° Anno
ADE00244 – La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche
Dott. M. Luchetti
3-13 marzo - 3-10 aprile ore 10,00-13,00
ADE00397 – Counseling nell'emergenza sanitaria
Dott.ssa E. Adrario
22 marzo - 5 - 12 - 19 aprile ore 14,30-17,30

CdL in Ostetricia

Forum multiprofessionali
vedi pagina 44

Corsi Monografici

2° Anno
ADE00400 – Procreazione medicalmente assistita
Prof. A. Ciavattini
29 aprile, 6-13-20 maggio 2013 dalle ore 8.30 alle ore 11.30
3° Anno
ADE00257 – Marker tissutali tumorali in patologia mammaria
Dott. A. Santinelli
2-9 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
16 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

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

Forum multiprofessionali
vedi pagina 44

Corsi Monografici

2° Anno
ADE00261 – La sicurezza in edilizia
Dott.ssa C. Pieroni

4-9 aprile 2013 ore 9.30-12.30
16 aprile 2013 ore 8.30-12.30

CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum multiprofessionali
vedi pagina 44

Corsi Monografici

2° Anno
ADE00257 – Marker tissutali tumorali in patologia mammaria
Dott. A. Santinelli
2-9 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
16 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00
ADE00361 – Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
Dott.ssa S. Marchetti
19 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
10 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
17 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00

3° Anno
ADE00373 – La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti
12 aprile, 3 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 18.00
24 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

CdL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum multiprofessionali
vedi pagina 44

Corsi Monografici

3° Anno
ADE00373 – La responsabilità professionale degli operatori sanitari
Prof. R. Giorgetti
12 aprile, 3 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 18.00
24 maggio 2013 dalle ore 15.00 alle ore 19.00
ADE00361 – Aspetti economico-finanziari nei processi di diagnosi, terapia e prognosi
Dott.ssa Sabina Marchetti
19 aprile 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
10 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 17.00
17 maggio 2013 dalle ore 14.00 alle ore 18.00
ADE00275 – Rischio nelle attività diagnostiche e nelle procedure invasive
Dott.ssa E. Adrario
22-29 aprile - 6-13-20 maggio ore 14,00-16,00



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



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XV - n° 2
Marzo - Aprile 2013
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale

Antonio Benedetti

Comitato Editoriale

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

Redazione

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

Direttore Responsabile

Giovanni Danieli