



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Superato l'intervallo didattico per le prove d'esame – ma, beninteso, anche queste sono un evento formativo – il nostro cammino riprende con le attività del secondo semestre che inizia oggi con il suo corteo di lezioni, esercitazioni, forum, corsi monografici, e che ci accompagnerà sino ad oltre la metà di giugno in una vera immersione nel mare dell'apprendimento. Con alcune importanti novità. Nel nuovo anno accademico la Facoltà ha infatti promosso tre significative innovazioni, la prima delle quali già realizzata, quella del progress test, altre due in cantiere.

Il progress test è oggi ritenuto la verifica più efficace dell'apprendimento dello studente – e conseguentemente dell'insegnamento che ha ricevuto – e costituisce ottimo confronto tra il rendimento di una disciplina e di un'altra e tra discipline di sedi differenti. Questa prova, la cui realizzazione la riluttanza di molti studenti verso l'innovazione aveva procrastinato, ha avuto felice debutto nello scorso novembre e continuerà, sono sicuro, con sempre maggiore coinvolgimento dei nostri studenti anche nel corrente anno.

Poi la Facoltà ha assunto alcune importanti delibere, la prima delle quali concerne l'insegnamento delle cure primarie.

Com'è noto, oltre quella ospedaliera, esiste un'altra importante realtà sanitaria, che è la medicina del territorio, la medicina del medico di famiglia, o, come oggi si è preferito denominarla, la medicina del medico di medicina generale, figura oggi più avanzata di quel pilastro dell'assistenza che fu nel passato il medico condotto. Oggi è diffusa la consapevolezza – e quindi la volontà realizzatrice – che lo studente nel suo periodo di formazione debba venire in contatto con questa realtà e viverla da vicino, perché parte integrante del suo sapere ed esperienza utile ai fini della futura scelta di campo professionale: medicina dentro o fuori dall'ospedale?

(Continua a pagina 18)

EDITORIALE 2

La Risonanza Magnetica della mammella. Un viaggio entusiasmante dalla preistoria ad oggi
di *Gian Marco Giuseppetti*

LETTURA MAGISTRALE 7

Le citopenie immuni
di *Pietro Leoni, Ilaria Scortechini*

VITA DELLA FACOLTÀ 14

La Segreteria Studenti informa - Attività Didattica Elettiva - Dalle Professioni Sanitarie

MEMORIA ED ATTUALITÀ DELLA MEDICINA 25

Chirurgia plastica, attualità e futuro
di *Giovanni Di Benedetto*

FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE 30

Religione, Politica, Istituzioni
di *Roberto Tagliaferri*

LE FOLLIE DI UNA VOLTA 34

L'odissea di un poeta girovago e libertario tra carceri e manicomi
di *Alberto Pellegrino*
Il manicomio di Ancona e gli "scemi di guerra", ovvero i pazienti militari del '15-'18
di *Maria Grazia Salonna*

DIVENTARE MEDICO 47

The health literacy
di *Francesco Orlandi*

LIBRI 48

Formazione Permanente in Medicina
di *Giovanni Danieli*

La risonanza magnetica della mammella

Un viaggio entusiasmante dalla preistoria ad oggi

Ad un certo punto non fu più la biologia a dominare il destino dell'uomo, ma il prodotto del suo cervello. L'Universo ha elargito un grande dono all'uomo: con i suoi migliori atomi ha creato una parte di se stesso, dentro la sua mente, per studiare il resto di sé. Cosicché le uniche leggi della materia sono quelle che la nostra mente deve architettare e le uniche leggi della mente sono architettate per essa dalla materia.

J. C. Maxwell (1831-1879).

I fenomeni del magnetismo sono conosciuti dall'uomo fin dall'antichità; già Plinio il Vecchio narra come il pastore cretese Magnes (Fig. 1), adoperando un bastone di legno con la punta di ferro, scoprì la proprietà di attrazione e repulsione di certe pietre, che vennero chiamate magnetiche.

Si ha notizia che, prima della cultura filosofico-scientifica della Magna Grecia, anche le antiche culture alchemiche della Cina e dell'India conoscessero le proprietà magnetiche; erano inoltre note le proprietà d'induzione magnetica che si ottengono per contatto di un magnete naturale con un pezzo di ferro, il quale assume temporaneamente le proprietà del primo.

È universalmente noto a tutti gli scolari come Pitagora utilizzasse la proprietà d'induzione magnetica per disarmare i nemici magnetizzando le spade dei soldati della sua città, Siracusa.

Per millenni l'interpretazione del magnetismo è rimasta intrisa di riferimenti cognitivi di indole antropomorfo-vitalistica e la virtù di attrarre o respingere oggetti ed atomi ebbe, nell'antichità, spiegazioni di riferimento animistico fino al '600 convenzionalmente inteso, con la gigantesca figura del Galilei, secolo iniziatore della scienza moderna. Pertanto la natura dell'attrazione magnetica, in mancanza di una



Fig. 1 - Magnes (2.000 a.c.).

spiegazione scientifica, diede luogo a molte superstizioni utilizzate spesso, in campo medico, per interpretare le proprietà contaminanti di effluvi funesti e nell'attribuzione di attrazioni fatali nell'ambito della preveggenza del destino dell'uomo.

Fu quindi all'inizio del 1600 che il medico e scienziato inglese William Gilbert (1544-1603) (Fig. 2), considerato il padre del magnetismo, scrisse il *De Magnete*, in cui per primo intuì la correlazione tra forze magnetiche e forze elettriche. Gilbert, formatosi a Cambridge ed Oxford ove si laureò in medicina e fisica, perfezionò la sua preparazione in Italia, allora centro europeo del rinnovamento scientifico e tecnico, ove probabilmente venne a contatto con il giovane Galileo; tornato in patria divenne medico di corte ed in particolare fu medico personale di Elisabetta I e Giacomo I. È aneddoticamente da ricordare come il suo testo *De Magnete* fu uno dei pochissimi libri scampati al grande incendio di Londra del 1666 e costituì, indubbiamente, esempio e riferimento per molti scienziati, Galileo compreso.

Da Gilbert e dal suo *De Magnete* si può arrivare direttamente ai giorni nostri e precisamente al 2003, anno in cui fu conferito il Nobel per la medicina a Paul Lauterbur ed a Sir Peter Mansfield (Fig. 3) per gli studi sull'elaborazione dei fondamenti alla base dell'impiego clinico della risonanza magnetica, una rivoluzione tecnologica che ha permesso di giungere ad immagini diagnostiche con accuratezza e rapidità prima impensabili.

In effetti il fenomeno della risonanza magnetica del nucleo atomico era in realtà ben conosciuto da oltre 50 anni e venne dimostrato per la prima volta da Felix Block e Edward Mills Purcell (Fig. 4) nel 1946; una scoperta che fruttò ai due scienziati il premio Nobel per la fisica nel 1952.

Fu solo in seguito, all'inizio degli anni '70, che Paul Lauterbur, un fisico esperto di risonanza, intuì ed elaborò concetti completamente originali, iniziando a sperimentare la possibilità di ottenere un'immagine bidimensionale *in vivo* delle strutture interne del corpo su soggetti umani mediante l'uso della risonanza magnetica.

Partendo dai principi



Fig. 2 - William Gilbert (Colchester, 1544, Londra 1603).



Fig. 3 - Paul Lauterbur e Sir Peter Mansfield.

elaborati e descritti da Paul Lauterbur, Sir Peter Mansfield scoprì altre modalità per la produzione dei segnali e per la loro analisi, in modo da rendere l'*imaging* clinicamente possibile e applicabile alla diagnosi; nel decennio successivo, dall'inizio degli anni '80, le tecniche di *imaging* con risonanza magnetica vennero perfezionate e si diffusero a livello mondiale.

Fu proprio in quel decennio che iniziarono studi approfonditi nell'ambito della risonanza magnetica mammaria (MRM).

Contemporaneamente, proprio nello stesso periodo, si prese sempre maggiore consapevolezza, nella popolazione femminile e soprattutto nel mondo medico e scientifico, dell'importanza e della morbilità legate al fenomeno del carcinoma mammario.

I primi articoli sulla applicazione della risonanza magnetica in senologia risalgono agli anni '80 e, paradossalmente, sono basati su insuccessi: ci si rese infatti conto come non corrispondesse al reale l'ipotesi di differenziare tessuti sani, patologia benigna e maligna sulla base

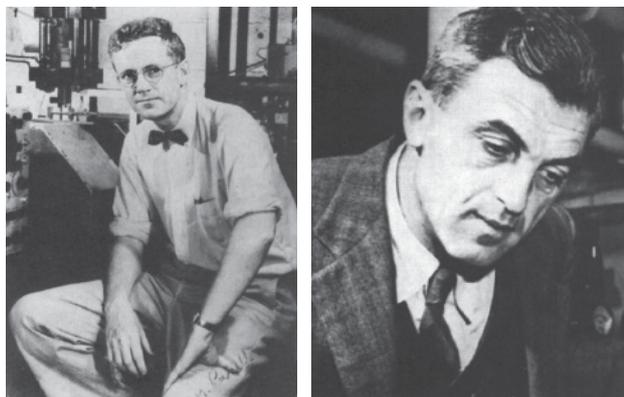


Fig. 4 - Edward Mills Purcell e Felix Block.

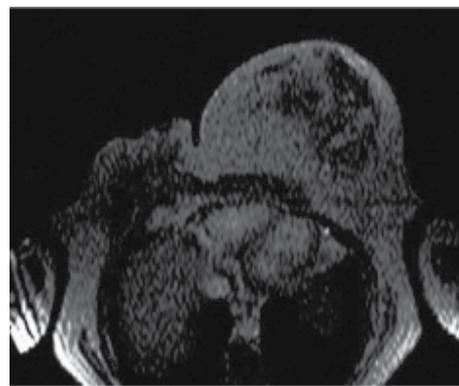


Fig. 5 - 1979 Mansfield, prime immagini di MRM esame eseguito con Body-Coil; in pz. con mastectomia evidente la scarsa risoluzione dell'immagine mammaria; posteriormente rilievo delle strutture toraciche.

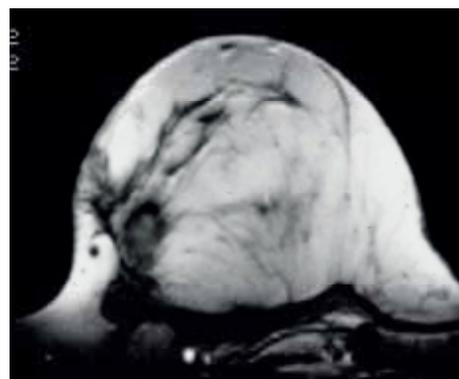


Fig. 6 - 1984 Kaiser, esame MRM eseguito con bobina dedicata; rispetto a fig.5 è evidente il netto incremento di risoluzione.

di differenti tempi di rilassamento. Non era possibile distinguere la lesione nel contesto del tessuto mammario sano circostante e tanto meno caratterizzarla; pertanto si giunse alla conclusione che questa tecnica fosse utile solo per lo studio degli impianti protesici che, al contrario, risultavano ben esplorabili e valutabili.

Le prime indagini di MRM furono condotte su pazienti poste supine utilizzando bobine dedicate allo studio di torace, addome e pelvi (*Body Coil*); tali bobine consentivano la visualizzazione simultanea di entrambe le mammelle e di parte del torace, a scapito però della risoluzione, permettendo la visualizzazione solo di lesioni superiori ai 2 cm. (Fig. 5). Le sole sequenze disponibili erano SPIN ECHO T1-T2 pesate, gravate da tempi di ricostruzione molto lunghi e da scarsa risoluzione spaziale con sezioni dello spessore minimo di 5 mm.

Nel 1984 fu realizzata, ed impiegata da Axel e Kaiser, la prima bobina di superficie dedicata alla mammella: si

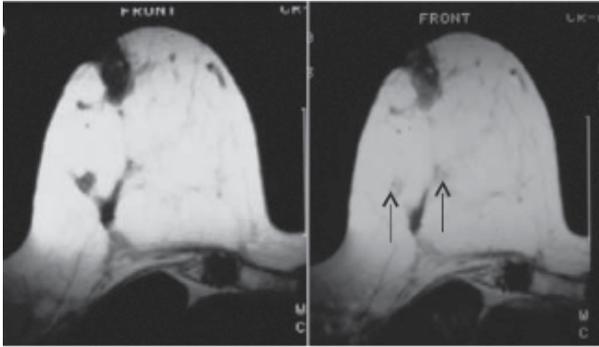


Fig. 7 - 1988 Heywang-Kobrunner; MRM eseguita con uso di mdc (immagine a sn senza mdc a dx dopo mdc); ben evidente la presa di contrasto di due lesioni neoplastiche (↑).

trattava di una bobina singola, a forma di tronco di cono, posta al centro del magnete, che consentiva l'esecuzione dell'esame a paziente prona, con la mammella alloggiata nella bobina stessa, diminuendo in tal modo gli artefatti da movimento ed ottenendo un incremento, fino a 12 volte maggiore, del rapporto S/N rispetto alla Body Coil, e conseguentemente migliore risoluzione spaziale e riduzione del tempo d'esame (Fig. 6).

Nel 1987-1989 Kaiser e Heywang introdussero le sequenze ad eco di gradiente (GE), con ulteriore riduzione dei tempi d'esame e possibilità di effettuare, tramite acquisizione di sezioni molto sottili, ricostruzioni multiplanari e 3D dell'intera mammella.

La svolta nell'impiego clinico della MRM avvenne alla fine degli anni 80 grazie alla disponibilità dei mezzi di contrasto paramagnetici, chelati di gadolinio (mdc); l'esame assunse, quindi, un ruolo sempre più importante nella diagnostica senologica (Fig. 7); nello stesso periodo iniziarono i primi studi con bobina doppia che permettevano di confrontare entrambe le mammelle (Fig. 8) con dimezzamento del tempo d'esame.

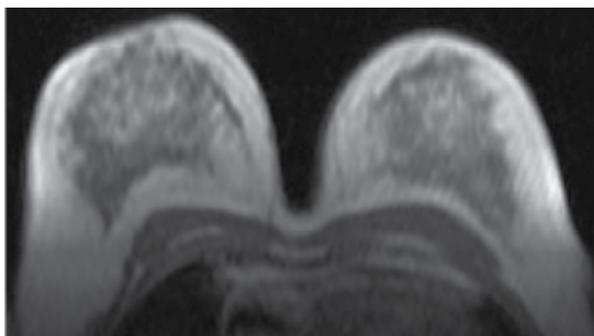


Fig. 8 - 1994 Kaiser; MRM eseguita con bobina doppia e mdc studio simultaneo di entrambe le mammelle.

Il rationale su cui si basa la MRM deriva dalla capacità di questa tecnica, se utilizzata con mezzo di contrasto, di visualizzare lesioni caratterizzate da marcata vascolarizzazione ed in particolare da fenomeni di neoangiogenesi, tipica espressione delle lesioni maligne. È noto come la neoangiogenesi comporti incremento del volume e della permeabilità dei vasi oltre ad incremento dello spazio interstiziale, tutti fenomeni che ben si coniugano con le particolarità del mezzo di contrasto paramagnetico caratterizzato da diffusione extravascolare ed extracellulare. Il mezzo di contrasto impregna le lesioni aventi fenomeni di angiogenesi, con conseguente netto incremento dell'intensità di segnale (*enhancement*) che ne consente la visualizzazione (Fig. 7).

Fin dai primi studi, tutti gli Autori si sono dimostrati concordi nel segnalare l'elevato valore di sensibilità di questa tecnica, che per lesioni mammarie maligne di tipo infiltrante è circa del 98% e per lesioni *in situ* dell'80%; altro parametro di grande interesse si è dimostrato il valore predittivo negativo (VPN) molto elevato, intorno al 97%.

Alla capacità di identificazione, tuttavia, non corrisponde un'altrettanto elevata capacità di caratterizzazione; infatti non solo la maggior parte delle lesioni maligne sono ipervascolarizzate ma anche alcune alterazioni benigne, raramente il fibroadenoma, il papilloma, l'adenosi ed altre; ne deriva che una volta identificata un'area di *enhancement*, può essere difficile caratterizzarla. A tale scopo ci si basa sugli aspetti morfologici della lesione e sulla dinamica dell'*enhancement* ma, nonostante il miglioramento tecnico e metodologico della MRM, i valori di specificità non superano l'80%.

Per quanto concerne le corrette indicazioni, la MRM, nella sua applicazione clinica, non è proponibile come esame di prima istanza né in sostituzione degli esami tradizionali. Infatti, oltre ad essere più indagativa e meno riproducibile rispetto alla mammografia, più costosa di quest'ultima e dell'ecografia, gravata da falsi positivi, può non riconoscere forme *in situ*, riconoscimento che costituisce uno degli obiettivi principali della diagnosi precoce per cui, grazie al facile rilievo mammografico delle microcalcificazioni che spesso rappresentano il primo ed unico segno delle forme *in situ*, l'esame radiologico tradizionale resta il cardine della diagnosi precoce.

Le indicazioni alla MRM (Tab. 1-2) corrispondono ai limiti delle tecniche tradizionali e pertanto essa si pone solitamente alla conclusione di un iter diagnostico anche se spesso, avendo dimostrato una possibile lesione, obbliga lo specialista a rivalutare il suo risultato con le tecniche tradizionali, ed in particolare con l'ecografia. È infatti di-

- Donne a rischio genetico-familiare
- CUP syndrome
- Stadiazione locale prechirurgica
- Trattamento con terapia neoadiuvante
- Mammella operata ***
- Impianti protesici

**Studio della mammella operata, sia nell'immediato, (riscontro di margini patologici all'istologia o per mancata asportazione della lesione) sia in presenza di sospetto di ripresa di malattia alla clinica e/o all'imaging tradizionale, qualora la valutazione cito-istologica non risulti dirimenti.*

The most important indications currently present are listed below.

- Problem solving in case of inconclusive findings on conventional imaging.
- Screening of the contralateral breast in women with histological evidence of unilateral breast cancer.
- Evaluation of the breasts in case of metastases of an unknown primary carcinoma.
- Evaluation of therapy response in patients treated with neoadjuvant chemotherapy.
- Exclusion of local recurrence after breast-conserving therapy.
- Screening of women with a lifetime risk of 20% or more to develop breast cancer, including mutation carriers.

Tab. 2 - Indicazioni alla risonanza magnetica. Breast MRI: Guidelines from THS e European Society of Breast Imaging. Mann K et Al. Eur Radiol 2008; 18 (7): 1307-18.

Tab. 1 - Indicazioni alla risonanza magnetica. Indication for Breast magnetic resonance imaging. Consensus document AIS, Firenze 2007 (Santarelli F., Giuseppetti G., Canavese G. et Al., Rad Med 2008; vol. 113 n. 8 1085-95.

mostrato come gli US, guidati dalle immagini RM, consentano, in più della metà dei casi, di identificare lesioni precedentemente non riconosciute.

Lo stretto legame, che confina con una vera e propria dipendenza, tra imaging MRM ed imaging tradizionale impone, per la corretta interpretazione del primo, l'integrazione non solo operativa ma culturale tra tutto l'imaging senologico; per questo motivo il corretto impiego e risultato della MRM sono raggiungibili solo se supportati da profondo e completo sapere senologico e conoscenza

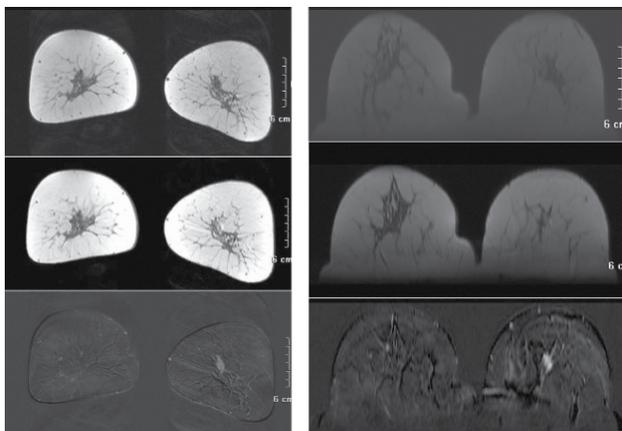


Fig. 9 - Ricostruzione (a dx) post-acquisizione su piani diversi da quello di acquisizione (a sn). MPR.

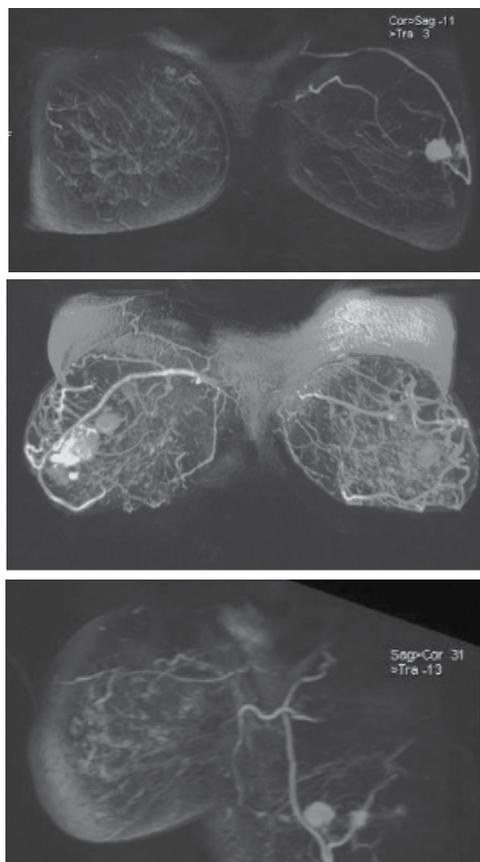


Fig. 10 - Ricostruzione tridimensionale di immagini con utilizzo dei voxel che possiedono maggiore intensità di segnale. MIP

ENH MASS-LIKE	ENH NON MASS-LIKE	FOCUS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesione occupante spazio, 3D ✓ Corrispettivo nelle T1 pre-MdC o T2 ✓ Simil-Mx 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enh in area di tess. fibroglandolare ✓ No corrispettivo nelle T1 pre-MdC o T2 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enh <5 mm ✓ "dot-like" ✓ No ulteriore caratterizz.

Tab. 3 - Analisi dei segni. ACR BIRADS lexicon for MR Imaging, 2007.

delle tradizionali tecniche di imaging.

Il medico specialista che interpreta la MRM deve essere non solo in grado di valutare le precedenti indagini senologiche ma di reinterpretarle alla luce del risultato della risonanza e rivalutare il caso riproponendo esami già eseguiti ma ritagliati sulle nuove informazioni MRM. In caso contrario la competenza tecnologica ultraspecialistica, isolata dal contesto generale, porterà inevitabilmente all'incremento di dubbi e falsi positivi con costi economici e,

soprattutto, psicologici che coinvolgono non solo il sistema sanitario ma vanno, soprattutto e prevalentemente, a coinvolgere la donna.

Attualmente la MRM si basa sullo studio bilaterale, simultaneo, dell'organo con impiego di mdc, mediante sequenze che consentano un buon compromesso tra risoluzione temporale e spaziale, tali da garantire la rappresentazione delle modificazioni del segnale indotto dal contrasto (studio dinamico dell'enhancement) ottenendo, nel contempo, immagini morfologiche di buona qualità. Acquisite le immagini iniziali, perché l'esame possa essere diagnostico, le stesse devono essere elaborate; infatti solo l'elaborazione delle immagini consente di identificare le lesioni, ipotizzarne la natura, precisarne sede e rapporti con le strutture circostanti (Fig. 9-10). Le lesioni, identificate come focalità di enhancement, vengono analizzate in base a molteplici fattori (Tab. 3) morfologici e dinamici: forma, margini, pattern di enhancement, incremento dell'intensità di segnale rispetto al segnale di base entro i primi tre minuti dall'iniezione del mdc, andamento dell'intensità di segnale nelle successive serie di acquisizione, ovvero "morfologia" della curva intensità di segnale/tempo. Si è premesso la scarsa capacità di caratterizzazione della MRM cui oggi si sta ponendo rimedio grazie alla disponibilità di apparati per biopsia percutanea con guida RM, si sta inoltre valutando l'utilità dell'incremento della risoluzione spaziale con l'impiego di magneti ad alto campo 3T (Fig. 11) e si sperimentano altre metodiche già utilizzabili con le macchine ad uso clinico in commercio come la spettroscopia dell'idrogeno e la diffusione.

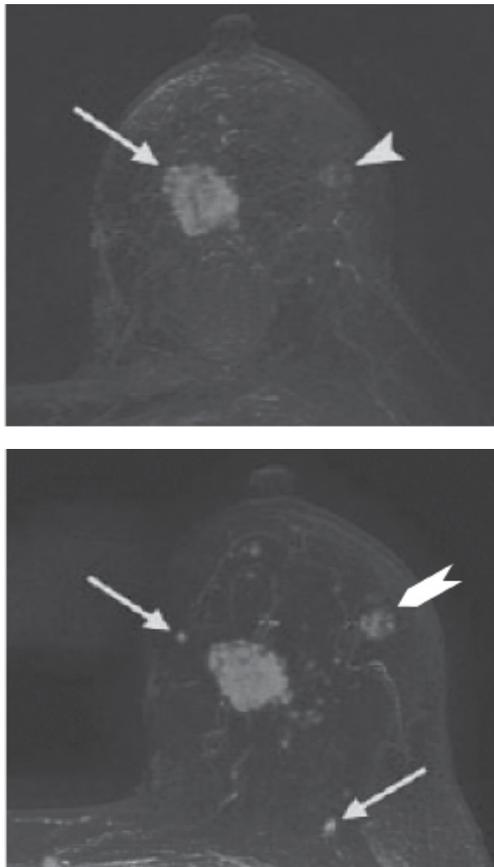


Fig. 11 - MRM con mdc: esame eseguito con magnete 1T (immagine sopra) e 3T (immagine sotto): è evidente la migliore risoluzione spaziale dell'immagine a 3T che consente il rilievo di ulteriori focalità.

**PIETRO LEONI, ILARIA
SCORTECHINI**

Clinica di Ematologia,
Università Politecnica delle Marche

Le citopenie immuni

Le citopenie immuni comprendono un ampio spettro di malattie caratterizzate tutte da una mono o pluri-citopenia che riconosce un meccanismo fisiopatologico unico o preponderante di tipo auto-aggressivo. Le citopenie immuni si distinguono in centrali o periferiche a seconda che il meccanismo agisca prevalentemente a livello midollare (centrali) o a livello del sangue (periferiche). Le forme centrali si dividono in globali o selettive in relazione al fatto che l'aggressione determini una distruzione totale o selettiva di un unico lineage midollare. Le periferiche sono più spesso selettive, con anticorpi diretti contro gli eritrociti (AEI), contro le piastrine (PTI) o contro i neutrofili (NAI o Neutropenia AutoImmune). In realtà i meccanismi fisiopatologici possono sovrapporsi creando condizioni di danno midollare e di contemporanea distruzione periferica, che può coinvolgere anche più linee, come nella sindrome di Fisher-Evans in cui l'anemia emolitica si accompagna ad una trombocitopenia.

L'Aplasia Midollare Acquisita (AA) è malattia rara che colpisce 1-2 casi per milione e per anno in Europa e il doppio in Asia e che presenta due picchi di frequenza, il più elevato fra 15 e 25 anni, il secondo intorno ai 60 anni.

Secondo una classificazione eziologica il 75-80% dei casi risulta "idiopatico", mentre il 25% è secondario a farmaci, sia con meccanismo non-dose che dose dipendente, a sostanze chimiche o tossici ambientali, a virus (CMV, HBV, Parvovirus B19 e altri), gravidanza, connettiviti, etc.

Un'altra classificazione, molto utile ai fini della decisione terapeutica, si basa sulla gravità dell'affezione e riconosce delle forme severe quando sono presenti midollo ipocitosico (<25%), PMN < 500/microlitri e reticolociti e piastrine <20.000/microlitri, molto severe (Bacigalupo) quando i neutrofili scendono sotto il valore di 200microlitri, non severe in tutti gli altri casi.

Dal punto di vista fisiopatologico è trentennale la diatriba tra "Seed and Soil" se cioè l'aplasia sia più da attribuire alle Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) o al Microambiente; in realtà entrambi sembrano coinvolti con l'aggiunta di un terzo "attore": il sistema immunitario. Le CSE sono indiscutibilmente alterate sia quantitativamente (<1% del normale) che qualitativamente in quanto i telomeri risultano ridotti significativamente nel 30-50% dei casi e nel 10% si rileva anche un'alterazione del gene che controlla l'attività telomerasica; il

tutto comporta un'incrementata apoptosi delle CSE. Il soil risulta parimenti compromesso e le Cellule Staminali Mesenchimali appaiono non più in grado di svolgere la loro normale attività regolatrice e inibitoria, sia sull'insorgenza di cloni T auto-aggressivi, sia sulla liberazione di citochine pro-infiammatorie e mieloinibitrici (INFgamma TNFalfa) con ulteriore danneggiamento delle CSE; il difetto è normalizzato dal trapianto di CSE, ma persiste indefinitamente dopo la terapia immunosoppressiva.

Il Sistema Immunitario gioca un ruolo fondamentale nella genesi dell'Aplasia Midollare; è noto da tempo che il marcato deficit della crescita di colonie mieloidi ed eritroidi in vitro possa essere ripristinato dalla T-deplezione delle cellule midollari incubate; e d'altra parte è altrettanto ben noto il drammatico effetto positivo in vivo della immunosoppressione (IS) ottenuta con la globulina antilinfocitaria.

Molto più recentemente (2009) si è dimostrato che i linfociti midollari CD3+/TNF-alfa sono più numerosi della norma, sia alla diagnosi che dopo risposta alla IS, che i linfociti T-citotossici midollari iper-esprimono INF-gamma e TNF-alfa e che sia IFN-gamma che TNF-alfa up-regolano, nei topi, l'espressione di FAS/FASL, contribuendo all'ipoplasia midollare.

Le citopenie immuni comprendono un ampio spettro di malattie caratterizzate tutte da una mono o pluri-citopenia che riconosce un meccanismo fisiopatologico unico o preponderante di tipo auto-aggressivo. Le citopenie immuni si distinguono in centrali o periferiche a seconda che il meccanismo agisca prevalentemente a livello midollare (centrali) o a livello del sangue (periferiche). Le forme centrali si dividono in globali o selettive in relazione al fatto che l'aggressione determini una distruzione totale o selettiva di un unico lineage midollare. Le periferiche sono più spesso selettive, con anticorpi diretti contro gli eritrociti (AEI), contro le piastrine (PTI) o contro i neutrofili (NAI o Neutropenia AutoImmune). In realtà i meccanismi fisiopatologici possono sovrapporsi creando condizioni di danno midollare e di contemporanea distruzione periferica, che può coinvolgere anche più linee, come nella sindrome di Fisher-Evans in cui l'anemia emolitica si accompagna ad una trombocitopenia. L'Aplasia Midollare Acquisita (AA) è malattia rara che colpisce 1-2 casi per milione e per anno in Europa e il doppio in Asia e che presenta due picchi di frequenza, il più elevato fra 15 e 25 anni, il secondo intorno ai 60 anni.

Secondo una classificazione eziologica il 75-80% dei casi risulta "idiopatico", mentre il 25% è secondario a farmaci, sia con meccanismo non-dose che dose dipen-

dente, a sostanze chimiche o tossici ambientali, a virus (CMV, HBV, Parvovirus B19 e altri), gravidanza, connettiviti, etc.

Un'altra classificazione, molto utile ai fini della decisione terapeutica, si basa sulla gravità dell'affezione e riconosce delle forme severe quando sono presenti midollo ipocitosico (<25%), PMN < 500/microlitri e reticolociti e piastrine <20.000/microlitri, molto severe (Bacigalupo) quando i neutrofili scendono sotto il valore di 200microlitri, non severe in tutti gli altri casi.

Dal punto di vista fisiopatologico è trentennale la diatriba tra "Seed and Soil" se cioè l'aplasia sia più da attribuire alle Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) o al Microambiente; in realtà entrambi sembrano coinvolti con l'aggiunta di un terzo "attore": il sistema immunitario. Le CSE sono indiscutibilmente alterate sia quantitativamente (<1% del normale) che qualitativamente in quanto i telomeri risultano ridotti significativamente nel 30-50% dei casi e nel 10% si rileva anche un'alterazione del gene che controlla l'attività telomerasica; il tutto comporta un'incrementata apoptosi delle CSE. Il soil risulta parimenti compromesso e le Cellule Staminali Mesenchimali appaiono non più in grado di svolgere la loro normale attività regolatrice e inibitoria, sia sull'insor-

genza di cloni T auto-aggressivi, sia sulla liberazione di citochine pro-infiammatorie e mieloinibitrici (INFgamma TNFalfa) con ulteriore danneggiamento delle CSE; il difetto è normalizzato dal trapianto di CSE, ma persiste indefinitamente dopo la terapia immunosoppressiva.

Il Sistema Immunitario gioca un ruolo fondamentale nella genesi dell'Aplasia Midollare; è noto da tempo che il marcato deficit della crescita di colonie mieloidi ed eritroidi in vitro possa essere ripristinato dalla T-deplezione delle cellule midollari incubate; e d'altra parte è altrettanto ben noto il drammatico effetto positivo in vivo della immunosoppressione (IS) ottenuta con la globulina antilinfocitaria.

Molto più recentemente (2009) si è dimostrato che i linfociti midollari CD3+/TNF-alfa sono più numerosi della norma, sia alla diagnosi che dopo risposta alla IS, che i linfociti T-citotossici midollari iper-esprimono INF-gamma e TNF-alfa e che sia IFN-gamma che TNF-alfa up-regolano, nei topi, l'espressione di FAS/FASL, contribuendo all'ipoplasia midollare.

Infine Cellule T-regolatorie CD4+CD25+FOXP3+ e la proteina FOXP3, che hanno normalmente un'azione soppressoria sull'insorgenza di cloni T-autoreattivi sono diminuite nella Aplasia Midollare, così come avviene in

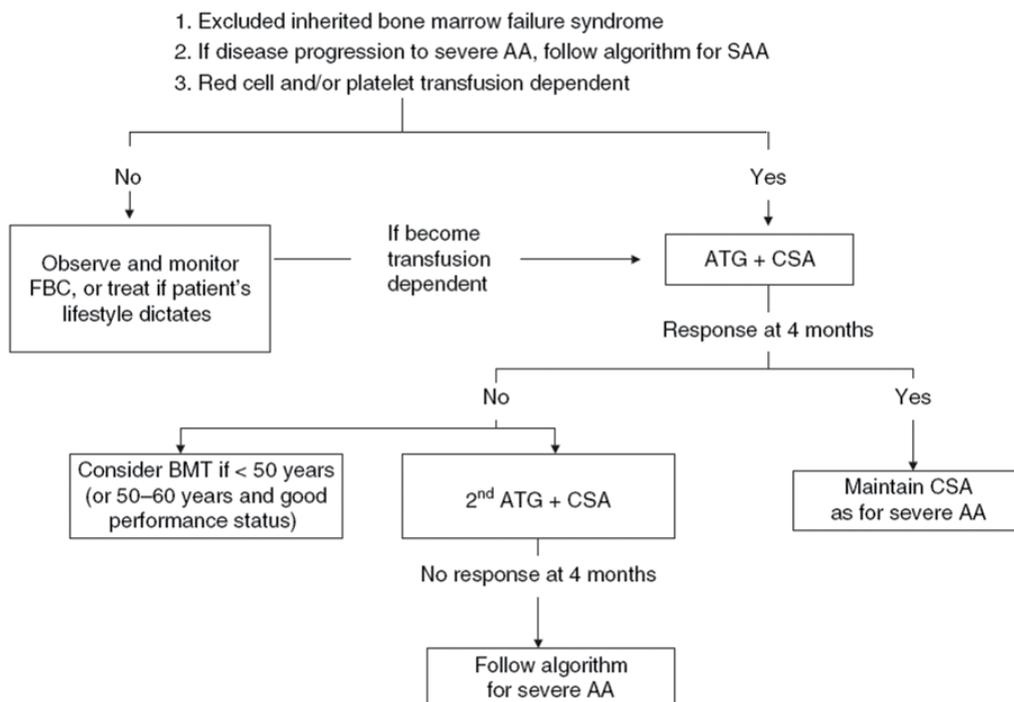


Fig. 1 - Terapia delle Aplasia Midollari Globali Acquisite Non-Severe (da Marsh et al. 2009)².

altre malattie autoimmuni¹.

Il ruolo dell'autoimmunità specifica, ancorché indagato, sembra essere minoritario ed ancora da chiarire.

Un'ipotesi unitaria potrebbe partire dalla considerazione che il danno (indotto da farmaci, virus, tossici, etc) della CSE metterebbe in atto un meccanismo autoreattivo delle cellule T normalmente quiescenti e non più, o non sufficientemente controllate dalle Cellule Staminali Mesenchimali e dai Tregs; ne conseguirebbero lo scatenamento di una tempesta citochinica prevalentemente costituita da IFN-gamma e TNF-alfa e l'attivazione dell'apoptosi delle CSE, sia direttamente che attraverso l'esaltata espressione di FAS/FASL; a questa tempesta concorre anche un'alterata espressione costituzionale di citochine da parte dei T-linfociti, non controllata dallo stroma. Infine l'apoptosi delle CSE sarebbe ulteriormente aggravata da anomalie proprie di queste cellule, come l'accorciamento dei telomeri.

In conclusione l'Aplasia midollare è dovuta ad un attacco autoimmune verso le Cellule Staminali Ematopoietiche anche se l'antigene o gli antigeni contro cui l'autoimmunità è diretta sono tuttora sconosciuti; concorrono alla patogenesi anche fattori legati alle CSE e allo Stroma. Alcuni effettori finali del danno emopoietico come il

TNF-a e IFN-g potrebbero costituire un target per trattamenti futuri.

La Terapia dell'Aplasia Midollare Globale Acquisita si basa su tre fondamentali pilastri: 1- La terapia di supporto (trasfusioni di eritrociti/piastrine e prevenzione delle infezioni), 2- La sostituzione delle CSE con il loro trapianto e 3- L'immunosoppressione.

Talasciando quella di supporto, la scelta della terapia dipende dalla gravità dell'affezione: se questa non risulta severa (Fig.1) e non è necessaria terapia sostitutiva, può anche essere attuata una strategia di tipo wait and watch, anche perché si possono osservare sia remissioni spontanee, sia al contrario progressioni verso forme più evolute che richiedono un proprio algoritmo. Se invece l'entità della citopenia è tale da rendere necessario il ricorso alle emotrasfusioni, si impone allora un'aggressiva terapia immunosoppressiva che da anni è costituita dall'associazione della Globulina Anti-Linfocitaria con la Ciclosporina; se si ottiene un buon risultato si prolunga la somministrazione di quest'ultima per 6-12 mesi, riducendo quindi il dosaggio in maniera lentissima. In assenza di risposta, in attesa di prendere in considerazione il trapianto di CSE allogeniche, si procede ad una seconda IS: in assenza di risposta dopo 4 mesi si procederà seguendo

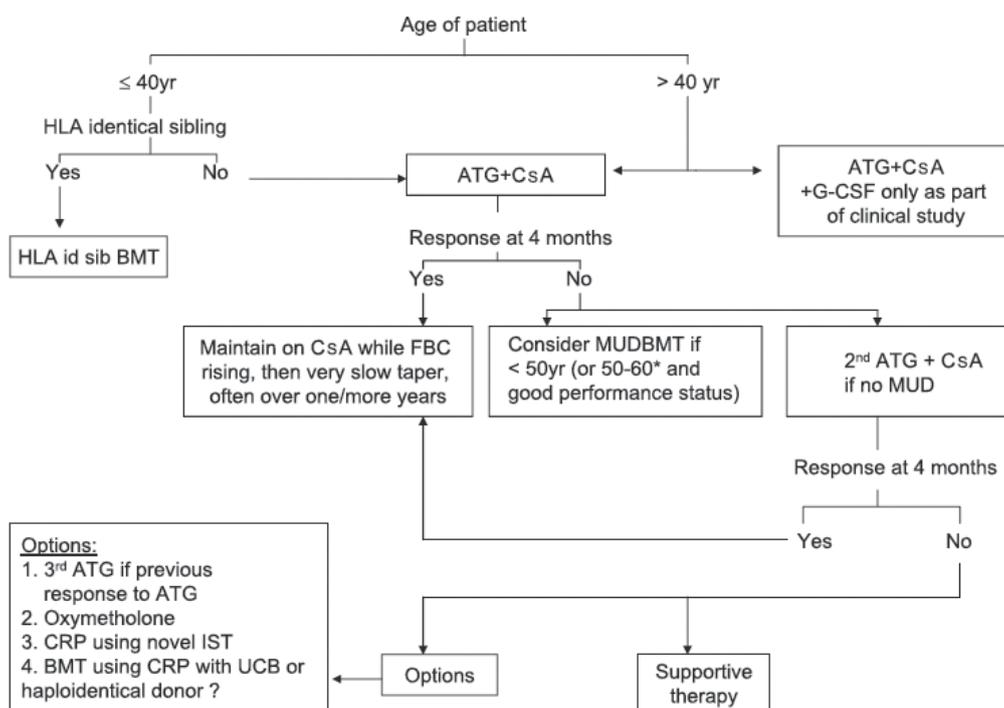


Fig. 2 - Terapia delle Aplasie Midollari Globali Acquisite Severe (da Marsh et al. 2009)².



l'algoritmo in forme severe (Fig. 2), algoritmo che prevede, nei soggetti di età inferiore a 40 anni e con donatore familiare compatibile, il trapianto. Se mancano queste condizioni si opererà per la IS, che può essere ancora ripetuta se la risposta apparirà insoddisfacente; nei soggetti non rispondenti, di età inferiore a 50-60 anni e buon *performance status*, il trapianto allogenico da donatore non correlato e, in successione, il trapianto aploidentico o da cordone ombelicale, associato a steroidi anabolizzanti ed alla terapia sostitutiva costituiscono l'ulteriore tappa dell'iter terapeutico².

Il Trapianto di CSE allogeniche da donatore familiare ha la probabilità di ottenere una risposta in più dell'80% dei casi, percentuale che è leggermente inferiore (circa 70-75%) se il donatore è non correlato.

Circa il 75% di risposte globali può essere ottenuta dalla IS, valore che non è significativamente cambiato negli ultimi 20 anni. Una recente review della Locasciulli³ basata su una casistica europea molto ampia, mostra una sostanziale sovrapposibilità di sopravvivenza a 6 anni fra trapianto e IS, ma le curve hanno un andamento assai differente: una precoce iniziale mortalità per quella dei trapiantati che poi però ottiene uno stabile plateau, indice di una guarigione definitiva, una perdita lenta, ma progressiva e continua nei pazienti trattati con terapie immunosoppressive.

Le Anemie Emolitiche Auto-Immuni (AEAI) sono dovute alla lisi degli eritrociti da parte di anticorpi IgG o IgM, molto più raramente IgA; la gravità dell'affezione dipende da diversi fattori, alcuni inerenti le caratteristiche degli anticorpi, altri invece le cellule fissanti il complemento, il tipo di antigene, l'attività del sistema reticoloendoteliale e l'efficacia del compenso midollare.

Questo fa sì che la malattia possa avere una clinica molto variabile, da soggetti in cui può decorrere misconosciuta o in forma molto lieve a casi particolarmente gravi, caratterizzati da crisi emolitiche intravascolari, che possono indurre la perdita di 200 ml di eritrociti in un'ora.

Il Test di Coombs è il test diagnostico per eccellenza, che comprende tuttavia rari, ma non rarissimi falsi positivi e circa un 10% di falsi negativi; specificità e sensibilità della metodica possono tuttavia essere incrementate ricorrendo a più test di laboratorio, tra questi la doppia incubazione nelle anemie emolitiche autoimmuni IgM caldi, e la stimolazione con mitogeni, tecnica che ha anche valenza quantitativa, ma è anche molto indaginosa⁴.

Una situazione particolarmente grave è quella deri-

vante dalla contemporanea presenza di citolisi periferica e danno midollare con conseguente scarso compenso, evidenziato dalla reticolocitopenia; sono forme molto severe e che richiedono terapia e supporto trasfusionale intensivi.

Le AEAi si suddividono in malattie da anticorpi caldi, la maggioranza (60-70%), da anticorpi freddi, sia idiopatiche che secondarie e miste, da anticorpi caldi e freddi (rare).

L'emolisi da farmaci è considerata evenienza rara (un caso per milione), ma tale frequenza è verosimilmente sottostimata. L'epidemiologia cambia continuamente in relazione all'abbandono dell'utilizzo di alcuni farmaci e all'introduzione di nuovi; sono in causa alcuni farmaci antineoplastici come la Fludarabina ed il Clorambucil, alcuni antinfiammatori come il Diclofenac ed alcune cefalosporine, tra queste il Ceftriaxone e la Piperacillina compreso il Tazobactam.

Una situazione particolare è quella costituita dal tromboembolismo particolarmente frequente nelle AE autoimmuni, configurando una vera condizione trombofilica per la possibile coesistenza di un'immunità antifosfolipidica e di un anticorpo anticoagulante lupico che aumentano nettamente il rischio trombotico, sino a far considerare l'opportunità o meno di una specifica profilassi anti-trombotica⁵.

La terapia delle AEAi si avvale di molte possibilità (Tab. 1), in primis gli steroidi e le immunoglobuline endovena, la splenectomia e gli immunosoppressori compresa la ciclosporina; più recentemente si sono resi disponibili gli anticorpi monoclonali anti-CD20 (Rituximab), anti-CD52 (Campath-1), il Micofenolato e il trapianto di cellule staminali, sia autologhe che allogeniche.

Il trattamento steroideo iniziale ottiene una risposta nel 75-85% dei pazienti, ma di questi solo il 30% rimane in remissione per lungo tempo, il 50% richiede un mantenimento e il 20-30% una seconda linea di trattamento.

<i>1^a linea</i> Steroidi
<i>2^a linea</i> Splenectomia, Rituximab
<i>3^a linea</i> Azatioprina, Ciclofosfamide, Ciclosporina, Micofenolato
<i>Alternative non standard</i> , Ciclofosfamide alte dosi, Alemtuzumab

Tab. 1 - Terapia delle anemie emolitiche autoimmuni.

La splenectomia da sempre considerata la seconda linea di eccellenza, viene oggi meno praticata, sia per l'avvento dei nuovi immunosoppressori, sia per la presenza nel 22% dei casi di complicanze infettive, che rendono

necessaria la vaccinazione anti pneumococcica, meningococcica e anti Haemophilus Influenzae.

Le forme resistenti al trattamento possono usufruire dei boli di steroide (6-MetilPrednisolone 10-15 mg/Kg/die per 3 giorni), delle immunoglobuline endovena e dei boli di ciclofosfamida, ma anche della Vincristina e delle plasmaferesi; più recentemente è entrato con grande evidenza il Rituximab, di cui vi sono molti reports in letteratura, sia pure con un basso indice di evidenza scientifica. Di recente tuttavia è stata pubblicata una review⁶ dalla quale si evince che il Rituximab può indurre una risposta nel 60% dei casi, indipendentemente dai trattamenti precedenti, inclusa la splenectomia, risultando efficace anche nei casi con insoddisfacente risultato alla prima applicazione. La risposta risulta di durata molto variabile. Può quindi il Rituximab essere considerato un trattamento alternativo alla splenectomia; è dimostrata la sua efficacia sia nelle forme primarie che secondarie, la buona tolleranza e l'efficacia nelle crioagglutininemie. Inoltre, il suo uso a basse dosi (100 mg totali per 4), unitamente allo steroide in induzione, sembra essere particolarmente promettente⁷.

Fra i trattamenti alternativi, il Campath-1H risulta efficace, soprattutto nei casi in corso di Leucemia Linfatica Cronica; per il Micofenolato vi sono solo dati sporadici, peraltro molto promettenti. L'Eculizumab, anticorpo monoclonale anti-C5, sembra potersi aggiungere all'armamentario terapeutico, invero scarso delle crioglobulinemie idiopatiche.

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche, sia autologhe che allogeniche, è sembrato, negli ultimi 10 anni, promettente, ma ultimamente sta perdendo attrazione per la recente introduzione degli anticorpi monoclonali.

Per quanto concerne la *Porpora Trombocitopenica autoImmune (PTI)*, una recente Consensus Conference (2009) ha stabilito una nuova terminologia, ovviamente anglosassone: l'acronimo ITP (Immune Thrombocytopenic Purpura) è stato mantenuto, eliminando però il termine "Purpura", assai rara da osservare clinicamente, e mettendo più in rilievo la piastrinopenia (Immune Thrombocyto-Penia). La vecchia terminologia identificava la PTI come acuta o cronica in relazione alla durata della malattia dal momento della diagnosi (maggiore o minore di 6 mesi), ora comprende una fase di malattia di nuova diagnosi, che dura 3 mesi, una malattia persistente, da tre a dodici mesi, ed una cronica, oltre questo termine. Si definisce infine come piastrinopenia refrattaria una condizione di necessità di trattamento dopo la splenectomia; quando questo trattamento è considerato indispensabile,

indipendentemente dal numero delle piastrine, la malattia è definita severa⁸.

La ITP è prevalentemente primitiva, ma un 20% si presenta nell'ambito di altre malattie, autoimmuni, infettive o di sindromi linfoproliferative.

Qualche novità è intervenuta negli ultimi 10-15 anni nell'ambito della fisiopatologia: mentre in passato si è sempre ritenuto che la piastrinopenia fosse determinata solo da una distruzione periferica delle piastrine, attualmente si pensa che un certo ruolo, non irrilevante, sia giocato da una ridotta o non sufficiente produzione di piastrine e questo per un effetto "tossico" degli anticorpi anti-piastrine, ben dimostrato a livello megacariocitario e per un'insufficiente produzione, sia assoluta che relativa, di trombopoietina.

Vi è inoltre da rilevare che alla piastrinopenia concorrono sia i B che i T linfociti, sia nella distruzione periferica, che nella soppressione del compenso megacariocitario midollare, con un effetto diretto e con un'aggressione specifica tramite attivazione di una reazione immunologica di tipo 1.

La terapia consta fondamentalmente dello steroide a più o meno elevato dosaggio (Desametasone ad alti dosaggi), della splenectomia nei casi refrattari, delle immunoglobuline endovena in condizioni di urgenza e delle Ig anti D come terapia di fondo. Negli ultimi anni stanno entrando nell'armamentario terapeutico anche gli Agonisti del Recettore della Trombopoietina e gli anticorpi monoclonali, soprattutto quelli anti-CD20, che vanno ad aggiungersi al Danazolo e agli immunosoppressori classici.

La terapia steroidea ha efficacia in circa il 60-65% dei casi, ma solo il 13% di questi pazienti mantiene la risposta a sei mesi; a questo punto si pone il problema se sia più utile un intervento intensivo o uno minimalista, scelta che sembra oggi privilegiarsi, soprattutto nell'ottica di migliorare la qualità della vita con minore aggressione terapeutica e/o diagnostica, mirando più al mantenimento di un numero di piastrine di sicurezza (circa 30.000) che non ad una risposta di maggiore entità, ma di discutibile utilità.

Vi è peraltro da rilevare che la ITP refrattaria rende incerta la sopravvivenza per la possibilità di emorragie (3,3%) e di infezioni fatali (2,8%), quest'ultime favorite dalla terapia immunosoppressiva cronica.

Si è molto discusso e si discute tuttora se la prima terapia delle forme refrattarie debba essere la splenectomia o l'immunosoppressione, questa soprattutto mediante Rituximab, che si è dimostrato particolarmente efficace

in questo disordine; vi sono dati a favore, altri contro: in uno studio francese⁹, in cui sono stati inclusi 60 pazienti refrattari alla terapia steroidea, solo il 43% di essi otteneva una risposta positiva, nel giro di due anni un altro 40% ha dovuto essere splenectomizzato per l'inefficacia del trattamento e dei rispondenti solo il 18% è rimasto tale a 5 anni dal trattamento. In una review includente oltre 2622 pazienti sottoposti a splenectomia, le risposte parziali e complete sono state pari all'88%, nel 64% dei casi persistenti a 5 anni. Da questi dati sembrerebbe che il Rituximab non debba essere utilizzato nelle forme steroide-resistenti, se non nei casi in cui la splenectomia, per motivi clinici e/o personali, non possa essere eseguita.

In caso di piastrinopenia persistente dopo splenectomia, il trattamento può avvalersi degli steroidi ad alte dosi, delle immunoglobuline endovena, del Danazolo, degli immunosoppressori più o meno classici, primo fra tutti il Rituximab e, da ultimi, degli Agonisti del Recettore della Trombopoietina (ART).

Per quanto concerne questi ultimi, sono in commercio, sia il *Romiplostin* (somministrazione sottocutanea settimanale) che l'*Eltrombopag* (somministrazione orale quotidiana), ma altri sono in arrivo.

Entrambi i farmaci risultano efficaci attivando il recettore della trombopoietina in maniera leggermente diversa, ma con trasduzione del segnale sostanzialmente identico

attraverso le vie del JAK-2, dello STAT-5 e del RAS.

Studi ben condotti hanno dimostrato, per entrambi, un'efficacia intorno all'80%, sia nei pazienti splenectomizzati che non, con una riduzione dei trattamenti collaterali e delle emorragie¹⁰. La conta piastrinica peraltro torna ai valori di base, alla sospensione del trattamento, così come il rischio emorragico.

Per entrambi vi sono dei pro e dei contro e i contro sono costituiti dal fatto che: non sono trattamenti curativi, la risposta è relativamente tardiva (circa due settimane) e quindi non sono utili in urgenza, il numero delle piastrine è piuttosto fluttuante e imprevedibile, per cui è necessario un attento monitoraggio e qualche preoccupazione viene dalla sicurezza a lungo termine; è stato descritto un aumentato rischio trombotico e di insorgenza di mielofibrosi e qualche perplessità deriva dalla prolungata iperstimolazione delle cellule staminali. I costi sembrano poi molto elevati e quindi i due farmaci sembrano più adatti ad un trattamento di supporto momentaneo o di traghettamento verso la splenectomia, che non sul lungo termine.

Ritornando al *Rituximab*, l'anticorpo anti CD20, il cui uso peraltro nella ITP è tuttora *off-label*, ha senz'altro un suo ruolo nel trattamento di salvataggio nella malattia refrattaria, in cui può ottenere un risultato positivo nel

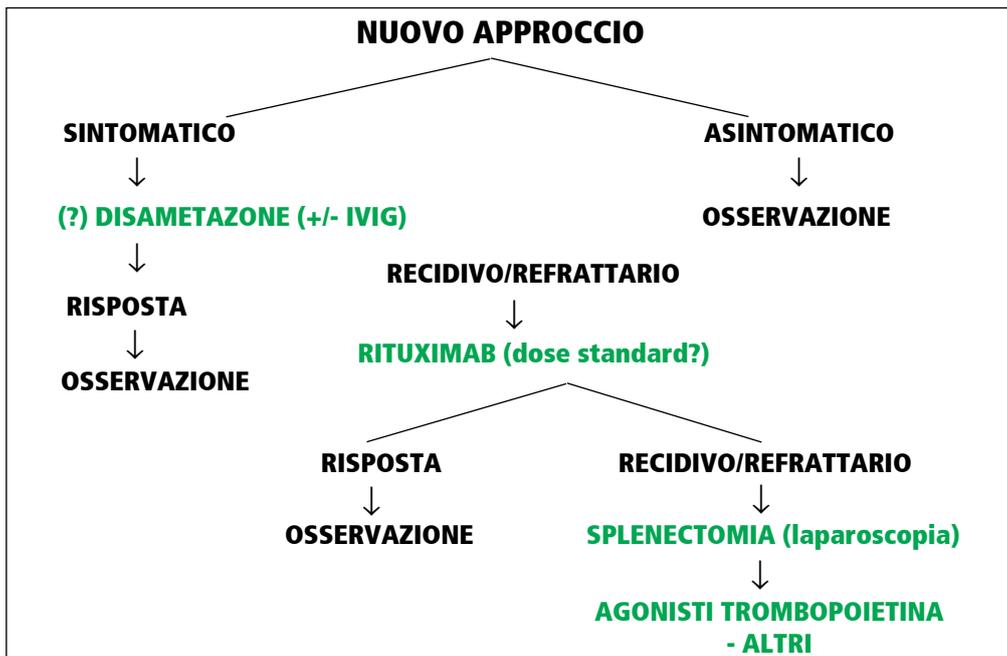


Fig. 3 - Possibile algoritmo terapeutico della Porpora trombocitopenica immune.

50-60% dei casi, risposta che interviene molto più rapidamente di quanto ci si possa attendere dal solo effetto di inibizione dell'anticorpopoiesi, soprattutto nei pazienti trattati precocemente (meno di 36 mesi dalla diagnosi); recidive possono peraltro intervenire anche a distanza di molto tempo dal trattamento.

Non è d'altra parte da sottovalutare l'aumentato rischio infettivo indotto dal Rituximab, legato soprattutto alla riduzione delle immunoglobuline, specie dopo trattamenti plurimi; particolarmente frequente la riattivazione del virus dell'Epatite B, per cui è indispensabile una profilassi con la Lamivudina, mentre è rara, ma veramente drammatica, la leucoencefalopatia progressiva multifocale, che consiglia un uso molto attento ed appropriato di questo farmaco nelle malattie autoimmuni.

Malgrado queste riserve il Rituximab è stato sperimentato anche in prima linea unitamente al Desametasone, ottenendosi indiscutibilmente un maggior numero di risposte rispetto al solo Desametasone¹¹, in una casistica tuttavia scarsamente rispondente a quest'ultimo.

Per ridurre gli effetti collaterali e i costi è stato anche disegnato un trial, nei pazienti recidivati/refrattari allo steroide, con 100 mg in dose unica di Rituximab: al confronto con le dosi standard, le risposte sono meno frequenti e più tardive, le recidive più numerose, mentre le risposte di lunga durata sono circa la metà di quelle ottenibili con la dose standard di Rituximab¹².

Si può concludere che il Rituximab è un agente attivo nella ITP, soprattutto a dosi standard, la sua attività è maggiore se utilizzato precocemente, il ritrattamento è altresì fattibile ed efficace con un buon profilo di sicurezza.

In futuro dovrà essere valutato quale sia il suo dosaggio ottimale tanto ai fini degli effetti collaterali che dei costi, e se il suo utilizzo possa effettivamente soppiantare la splenectomia.

Bibliografia

- 1) Solomou EE, Rezvani K, Mielke S, Malide D, Keyvanfar K, Visconte V, Kajigaya S, Barrett AJ, Young NS. Deficient CD4+ CD25+ FOXP3+ T regulatory cells in acquired aplastic anemia. *Blood*. 2007 Sep 1; 110(5): 1603-6.
- 2) Marsh JCW, Ball SE, Cavenagh J, Darbyshire J, Dokal I, Gordon-Smith EC, Keidan J, Laurie A, Martin A, Killick SB, Stewart R, Yin JAL Writing Group British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for diagnosis and management of aplastic anemia. *Br J Haematol*. 2009 Aug; 147: 43-70
- 3) Locasciulli A, Oneto R, Bacigalupo A, Socié G, Korthof E, Bekassy A, Schrezenmeier H, Passweg J, Führer M. Outcome of patients with acquired aplastic anemia given first line bone

marrow transplantation or immunosuppressive treatment in the last decade: a report from the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Haematologica*. 2007 Jan; 92(1): 11-8.

4) Barcellini W, Clerici G, Montesano R, Taioli E, Morelati F, Rebulli P, Zanella A. In vitro quantification of anti-red blood cell antibody production in idiopathic autoimmune haemolytic anaemia: effect of mitogen and cytokine stimulation. *Br J Haematol*. 2000 Nov; 111(2): 452-60.

5) Hoffman PC. Immune hemolytic anemia -selected topics. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2009: 80-6.

6) Garvey B. Rituximab in the treatment of autoimmune haematological disorders. *Br J Haematol*. 2008 Apr; 141(2): 149-69.

7) Provan D, Butler T, Evangelista ML, Amadori S, Newland AC, Stasi R. Activity and safety profile of low-dose rituximab for the treatment of autoimmune cytopenias in adults. *Haematologica*. 2007 Dec; 92(12): 1695-8.

8) Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, Bussel JB, Cines DB, Chong BH, Cooper N, Godeau B, Lechner K, Mazzucconi MG, McMillan R, Sanz MA, Imbach P, Blanchette V, Kühne T, Ruggeri M, George JN. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*. 2009 Mar 12; 113(11): 2386-93.

9) Godeau B, Porcher R, Fain O, Lefrère F, Fenaux P, Cheze S, Vekhoff A, Chauveheid MP, Stirnemann J, Galicier L, Bourgeois E, Haiat S, Varet B, Leporrier M, Papo T, Khellaf M, Michel M, Bierling P. Rituximab efficacy and safety in adult splenectomy candidates with chronic immune thrombocytopenic purpura: results of a prospective multicenter phase 2 study. *Blood*. 2008 Aug 15; 112(4): 999-1004.

10) Bussel JB, Kuter DJ, Pullarkat V, Lyons RM, Guo M, Nichol JL. Safety and efficacy of long-term treatment with romiplostim in thrombocytopenic patients with chronic ITP. *Blood* 2009 Mar 5; 113(10): 2161-71.

11) Zaja F, Baccharani M, Mazza P, Bocchia M, Gugliotta L, Zaccaria A, Vianelli N, Defina M, Tieghi A, Amadori S, Campagna S, Ferrara F, Angelucci E, Usala E, Cantoni S, Visani G, Fornaro A, Rizzi R, De Stefano V, Casulli F, Battista ML, Isola M, Soldano F, Gamba E, Fanin R. Dexamethasone plus rituximab yields higher sustained response rates than dexamethasone monotherapy in adults with primary immune thrombocytopenia. *Blood* 2010 Apr 8; 115(14): 2755-62.

12) Zaja F, Vianelli N, Volpetti S, Battista ML, Defina M, Palmieri S, Bocchia M, Medeot M, De Luca S, Ferrara F, Isola M, Baccharani M, Fanin R. Low-dose rituximab in adult patients with primary immune thrombocytopenia. *Eur J Haematol*. 2010 Oct; 85(4):329-34.

Letture tenute in Facoltà l'11 dicembre 2010 nel Corso di Formazione Permanente in Medicina, promosso dall'Accademia Medico Chirurgicala del Piceno



La Segreteria Studenti informa

La Segreteria Studenti informa i discenti dell'ultimo anno di tutti i Corsi di studio sul calendario degli esami finali di Laurea e sui principali adempimenti cui sono chiamati.

Esami di Laurea

Il Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia, nella seduta del 16 dicembre 2010, ha approvato, per la sessione straordinaria di laurea dell'Anno Accademico 2009/2010, il seguente calendario degli esami finali:

22 marzo 2011: Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia

23 marzo 2011: Laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Tra il 18 e il 20 aprile 2011: Laurea in Infermieristica (sede di Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata, Pesaro)

Tra l'11 e il 15 aprile 2011:

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.

Gli studenti laureandi della predetta sessione hanno potuto sostenere gli ultimi esami di profitto nella seduta straordinaria degli esami che si è conclusa il 28 febbraio scorso. Entro tale data gli studenti candidati all'esame di laurea hanno consegnato alla Segreteria Studenti tutti i documenti previsti per l'esame finale, tra i quali il frontespizio della Tesi firmato dal Docente Relatore e dal Co-Relatore laddove presente.

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.

La Segreteria Studenti informa i 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 Stato in Medicina e Chirurgia

Con Ordinanza del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 22.11.2010 sono state indette per l'anno 2011

le sessioni di esami di Stato di abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo.

I candidati agli esami di Stato devono presentare domanda di ammissione alla prima sessione entro l'11 marzo 2011 e alla seconda sessione non oltre il 7 ottobre 2011 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 22 marzo 2011.

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 1° aprile 2011 per la prima sessione e il 2 novembre 2011 per la seconda sessione.

Il tirocinio consiste nella partecipazione alle attività cliniche, 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 13 luglio 2011 per la prima sessione e il 9 febbraio 2012 per la seconda sessione ed è articolata in due parti, che 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 di meno 0,25 per ogni risposta non corretta. 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.

Francesca Campolucci





Attività Didattica Elettiva Marzo Aprile 2011

CLM Medicina e Chirurgia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna
23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D
ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli, 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00051 – Istologia - Le biotecnologie per lo studio dell'istologia umana normale Dott.ssa A. Pugnali
29 aprile 2011 dalle ore 11.00 alle ore 13.00, Aula Q

3° Anno

ADE00222 – Fisiopatologia e Patologia Generale, Distrofia muscolare, Dott. Fulgenzi - 25 marzo 1-8-15 aprile, Aula R - 29 aprile ore 15.00-17.00, Aula S
ADE00174 – Patologia Sistemica I - Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare Prof. P. Leoni
28 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula R
ADE00313 – Metodologia Clinica – Metodologia della valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale Prof. R. Sarzani, 28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula 4° Piano Polo Murri

4° Anno

ADE00184 – Odonto-Otorinolaringoiatria - Le sindromi vertiginose, Prof. V. Mallardi, 28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula Biblioteca, 4° Piano Polo Murri
ADE00037 – Anatomia patologica - Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie, Prof. I. Bearzi, 29 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula R
ADE00314 – Odonto-Otorinolaringoiatria – Emergenze mediche e chirurgiche in otorinolaringoiatria, Dott. M. Re
4-11 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 17.30, 18 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula 1 4° Piano Polo Murri
ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata Dott.ssa E. Adrario, 29 aprile, 6-13-20-27 maggio 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula R

5° Anno

ADE00040 – Malattie infettive - Gestione del paziente HIV positivo, Prof. F. Barchiesi, 24-31 marzo, 7-14-28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula A
ADE00199 – Malattie infettive - Diagnostica delle parassitosi Dott. O. Cirioni, 21-28 marzo, 4-11-18 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula S
ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata Dott.ssa E. Adrario, 29 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula R
ADE00196 – Malattie cutanee e veneree - Le sindromi paraneoplastiche, Dott.ssa A. Campanati, 29 marzo, 5-12-19 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula P

6° Anno

ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio

Polmonare (RCP) avanzata Dott.ssa E. Adrario, 29 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula R
ADE00203 – Clinica medica - Linee guida nella diagnosi e terapia delle malattie immuno-mediate – Prof. A. Gabrielli, Prof.ssa M.G. Danieli, 28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula C
ADE00061 – Clinica chirurgica – Malattie infiammatorie croniche intestinali, Prof.ssa C. Marmorale, Prof. G. Macarri, Dott. W Siquini, 28 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula C

CLM Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna
23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00
ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli, Aula D
23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00174 – Scienze mediche - Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare Prof. P. Leoni
28 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula R

5° Anno

ADE00215 –Parodontologia Impiego del "Deminerized Freeze Dried Bone Allograft" nel trattamento dei difetti intraossei Prof. M. Piemontese, 22-29 marzo, 5-12 aprile Aula Ex-FT, 19 aprile 2011 Aula 3 4° Piano Polo Murri dalle ore 12.00 alle ore 14.00

CL Educatore Professionale

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna
23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D
ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli, 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

2° Anno

ADE00067 – Metodologie dell'educazione professionale I - L'intervento psicoeducativo rivolto all'utente con disabilità psichica Dott.ssa A. Gardini, 30 marzo ore 14.30-18.00; 5 aprile ore 14.30-18.00; Aula 2 4° Piano Polo Murri, 12 aprile 2011 ore 14.30-17.30, Aula F

CL Fisioterapia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna
23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D
ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli, 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D





Corsi Monografici

1° Anno

ADE00075 – Fisiologia generale e filosofia della scienza - I sistemi di controllo motorio, Dott. L. Bragina, 29 Marzo, 5-12-19 Aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 16.30, Aula Ex FT

ADE00222 – Fisiopatologia e Patologia Generale, Distrofia muscolare, Dott. Fulgenzi 25 marzo 1-8-15 aprile, Aula R 29 aprile ore 15.00-17.00, Aula S

2° Anno

ADE00320 – Prevenzione della disabilità – Terapia Fisica e Terapia Manuale, Prof.ssa M.G. Ceravolo, 24-31 marzo, 7-14 aprile 2011, dalle ore 14.30 alle ore 17.00, Aula C

3° Anno

ADE00281 – Sanità pubblica - Introduzione al controllo di gestione in sanità, Dott.ssa G. Pettinari

8-15-29 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 16.30, Aula Ex FT

ADE00082 – Terapia occupazionale – La relazione paziente-terapista, Dott. G. Lagalla, 12-19 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 17.00, Aula S

CL Igienista Dentale

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna 23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D

ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00321 – Fisiologia generale – La saliva: fisiologia e patologia Prof.ssa M.G. Danieli, Dott.ssa S. Sparabombe 4-11 aprile dalle ore 12.00 alle ore 14.30, Aula 1 4° piano Polo Murri; 1 aprile 2011 dalle ore 12.00 alle ore 14.30, Aula 1 4° piano Polo Murri

CL Infermieristica

Polo didattico di Ancona

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna 23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D

ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

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

11-15 (Aula H), 18 (Aula G) 29 (Aula H) aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00089 – Infermieristica clinica - Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della

ferita chirurgica (prova finale con role-play) (aperto a tutti gli anni di corso), Dott.ssa A. Cucchi – Dott.ssa C. Borgognoni, 15-22-29 marzo 2011 dalle ore 14.30 alle ore 18.30, Aula Q

ADE00221 - Fisiologia - La donna nella storia della medicina Prof.ssa S. Fortuna, 28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 18.00, Aula F

2° Anno

ADE00323 - Medicina interna specialistica - I test diagnostici in endocrinologia, Prof. M. Boscaro, Dott.ssa E. Faloia 29 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula F

3° Anno

ADE00326 – Infermieristica applicata alla chirurgia generale, specialistica e psichiatrica – Gestione assistenziale pre-intra-post operatoria in paziente sottoposto ad intervento di cardiocirurgia mediante il sistema robotico “Da Vinci” Dott.ssa R. Fiorentini, Dott.ssa A.A. Lizzi, 14-21-28 marzo 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula O

ADE0227A – Sanità pubblica - La movimentazione manuale dei pazienti, Dott.ssa M. Amati, 4-11-14 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula O

ADE00242 – Primo soccorso - Emergenze chirurgiche toraco-addominali, Dott. R. Ghiselli, 15-22-29 marzo 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula F

ADE00300 – Primo soccorso – Tecniche di ventilazione Prof. P. Pelaia, 17-24-31 marzo, 7 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 17.00, Aula O

ADE00244 – Primo soccorso - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche, Dott. M. Luchetti, 5-12-19 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula O

ADE00139 – Chirurgia generale specialistica – L’infertilità maschile Dott. G. Milanese, 18-25 marzo, 1 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, Aula O

CL Infermieristica

Polo didattico di Pesaro

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

23-25-29 Marzo, 12-19-20-28 Aprile, ore 14.30-18.30; 5 maggio ore 15.00-18.00; 20 maggio 2011 ore 14.30-18.30

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00101 – Infermieristica generale - Il Codice Deontologico dell’infermiere Dott.ssa M. Nicolino 20 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 17.00 28 aprile 2011 dalle ore 8.30 alle ore 10.30

2° Anno

ADE00323 – Medicina interna specialistica – I test diagnostici in endocrinologia, Dott.ssa E. Faloia 28 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 18.30 29 aprile 2011 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

3° Anno

ADE00241 – Chirurgia generale e specialistica - La ricostruzione della mammella, Prof. G. Di Benedetto 15-22-29 marzo 2011 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

ADE00325 – Chirurgia generale specialistica – L’Urologia pratica in ospedale Dott. D. Minardi, 16-30 marzo, 6 aprile 2011 dalle ore





14.30 alle ore 18.30

ADE00330 – Primo soccorso – Il trauma toracico Dott. M. Cicetti, 28 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 17.30

ADE00284 – Primo soccorso – Il triage, Dott. V. G. Menditto 13-20 aprile 2011 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

ADE00097 – Sanità pubblica - Aspetti giuridici delle professioni sanitarie, Prof. A. Tagliabracci, 24-31 marzo, 7 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 18.30

CL Infermieristica

Polo didattico di Macerata

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00305 – Primo soccorso – Stati di shock, Dott. A. Donati 15 aprile dalle ore 9.00 alle ore 13.00; 29 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle 18.30

ADE00331 – Primo soccorso – La rianimazione cardio-polmonare Dott. C. Rasetti, 14, 20, 27 marzo 2011 dalle ore 14.30 alle ore 17.30

ADE00306 – Primo soccorso – Peritonite, sepsi e shock settico Dott. F. Mocchegiani, 4, 11, 18 marzo 2011 dalle ore 9.30 alle ore 13.30

CL Infermieristica

Polo didattico di Ascoli Piceno

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

29 marzo - 8 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

20 aprile 2011 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00240 – Chirurgia generale e specialistica - Le ulcere cutanee Dott. A. Scalise, 23 marzo, dalle ore 14.00 alle ore 19.00, 30 marzo 2011 dalle ore 11.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 19.00

ADE00242 – Primo soccorso - Emergenze chirurgiche toraco-addominali, F. Mocchegiani, 28 marzo, dalle ore 16.00 alle ore 19.00; 11 aprile dalle ore 14.00 alle 19.00; 18 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 16.00

ADE00305 – Primo soccorso – Stati di shock Dott. A. Donati 12-19 aprile 2011 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

ADE00333 – Primo soccorso – Il paziente intossicato in pronto soccorso. Elementi di tossicologia clinica, Dott. M. Loria, 13-20 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 17.00

CL Infermieristica

Polo didattico di Fermo

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00337 – Infermieristica clinica – L'infermieristica clinica nell'organizzazione dei servizi di rete, Dott. A. Santarelli, 16-23-31 Marzo 2011 ore 9.00-13.00

2° Anno

ADE00339 – Medicina interna specialistica – Le "Non Technical skills" nell'infermieristica moderna, Dott. S. Marcelli, 21-28 Marzo;

4 Aprile 2011 ore 14.30-18.30

ADE00340 – Medicina interna specialistica – Assistenza al paziente in nutrizione artificiale, Dott. A. Longobardi, 6-11-18 Aprile 2011 ore 14.30-18.30

3° Anno

ADE00244 – Primo soccorso - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche, Dott. M. Luchetti, 16 marzo 2011 dalle ore 9.00 alle ore 12.00, 31 marzo, 7-20 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 17.30

ADE00061 – Primo soccorso – Malattie infiammatorie croniche intestinali, Prof.ssa C. Marmorale, 15-22-29 marzo, 5 aprile 2011 dalle ore 14.30 alle ore 17.30

CL Ostetricia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna 23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D

ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

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

11-15 (Aula H), 18 (Aula G) 29 (Aula H) aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 19.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00221 – Fisiologia - La donna nella storia della medicina Prof. ssa S. Fortuna, 28 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 18.00, Aula F

2° Anno

ADE00137 – Patologia ostetrica - Malattie sessualmente trasmesse Dott.ssa O. Simonetti, 15-22 marzo 2011 dalle ore 8.00 alle ore 14.00, Aula P

ADE00138 – Patologia ostetrica – Il parto e le sue emergenze Dott. S.R. Giannubilo, 31 marzo, 7 aprile 2011 dalle ore 8.00 alle ore 14.00, Aula P

3° Anno

ADE00259 – Scienze infermieristiche ost. gin. III - Il parto extraospedaliero in casa di maternità, Sig.ra Simonetta Silenzi, Dott.ssa L. Fermani, 14 marzo 2011 (Aula P), 21 marzo (Aula A13), 28 marzo 2011 dalle ore 10.30 alle ore 12.30 e 4 aprile 2011 dalle ore 9.30 alle ore 12.30 Aula P

CL Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna 23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D

ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli 23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00343 – Impianti industriali – Fondamenti di Progettazione





Assistita dal Calcolatore (CAD), Prof. F. Polonara
18 aprile, 9 maggio 2011 dalle ore 10.00 alle ore 13.00, Aula C

2° Anno

ADE0148A – Scienze della prevenzione nell'ambiente – Il documento di valutazione dei rischi, Dott. A. Iannotti
8 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 17.00, 14 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 18.00, 15 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 17.00, Aula N

CL Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna
23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D
ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli
23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00294 – La scoperta della medicina scientifica moderna Prof. I. D'Angelo, 29 marzo 2011 dalle ore 16.30 alle ore 18.30, Aula N; 30 marzo 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 (Forum), Aula D; 5-12 aprile 2011 dalle ore 16.30 alle ore 18.30, Aula N; 13 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00 (Forum), Aula D

2° Anno

ADE00275 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per

immagini IV - Rischio nelle attività diagnostiche e nelle procedure invasive Dott.ssa E. Adrario, 22 aprile, 2-9-16-23 maggio 2011 dalle ore 13.00 alle ore 15.00, Aula H

CL Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna
23-30 marzo, 6-13-20 aprile 2011 dalle ore 15.00 alle ore 17.00, Aula D
ADE09FOR – Scienze Umane Prof. Armando Gabrielli
23-30 marzo, 6-13 aprile 2011 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Aula D

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00164 – Sanità pubblica - Codice deontologico del TSRM Prof. R. Giorgetti, 1-8-15-29 aprile 2011 dalle ore 12.00 alle ore 14.00, Aula B
ADE00281 – Sanità pubblica - Introduzione al controllo di gestione in sanità, Dott.ssa G. Pettinari, 8-15-29 aprile 2011 dalle ore 14.00 alle ore 16.30, Aula B
ADE00275 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini IV - Rischio nelle attività diagnostiche e nelle procedure invasive, Dott.ssa E. Adrario, 18 aprile 2011 dalle ore 13.00 alle ore 15.00, Aula H

(Segue da pagina 1)

Si partirà a novembre, ma si partirà anche con un'altra iniziativa, a mio giudizio di notevole rilievo, la costituzione di una Commissione Tecnico-Pedagogica della Facoltà formata da un gruppo di docenti particolarmente interessati al rinnovamento didattico.

La CTP avrà come obiettivo principale quello di creare una coscienza pedagogica, ossia l'evidenza che esistono teorie, principi pedagogici, che sottostanno al processo educativo e che devono essere applicati, per assicurare validità ed efficacia all'insegnamento, nonché omogeneità nazionale.

Infine, un'altra importante delibera: la Facoltà ha stipulato un contratto per ottenere dal Ministero l'avvalimento di Provider ECM; questo, oltre a garantire alla Facoltà un notevole Found-raising, costituisce un importante strumento di cultura, ma anche di immagine, di valore regionale ed extraregionale.

Desidero concludere questa lettera sottolineando, accanto ai progetti citati che sono ormai programmi, il grande ruolo che le Scienze umane assumono nel percorso formativo per fare di un laureato in medicina un medico (ma questo vale ovviamente per tutte le altre professioni sanitarie), un professionista cioè che ha competenza ma anche umanità, conoscenze ed abilità ma anche empatia.

La Facoltà ha avuto da sempre grande coscienza di ciò e grande determinazione nell'inserire l'insegnamento delle Scienze umane in quello delle Scienze mediche, e di questo impegno il Bollettino che puntualmente produciamo e continueremo a produrre è la testimonianza più evidente.

Ai nostri giovani studenti l'invito a leggere ed approfondire quanto è scritto in queste pagine: farà bene alla loro salute intellettuale quanto qualsiasi altro momento formativo.

Prof. Antonio Benedetti
Presidente della Facoltà





Dalle Professioni Sanitarie

Saluto

Giovanna Corsetti e Luciana Passaretti hanno lasciato, al termine dello scorso anno accademico, l'incarico di Coordinatore della Didattica Teorico-pratica e del Tirocinio.

Hanno ricoperto questo ruolo sin dal primo giorno della istituzione del Corso di Laurea in Infermieristica nei Poli periferici rispettivamente di Macerata e di Ascoli Piceno e sono state quindi tra gli artefici principali del successo e del consenso che questi corsi di insegnamento hanno riscosso.

Chi scrive ha avuto il piacere di consegnare loro, quale rappresentante del Ministero all'esame finale, il Diploma di Infermiere e di aver avuto, circa venticinque anni dopo, quale Coordinatore della Commissione Didattica della Facoltà, l'opportunità di usufruire della loro collaborazione sempre puntuale ed efficace.

Questa Rivista ha inoltre in più riprese ospitato diversi loro contributi, sempre portatori di esperienza e di originalità.

Credo di non sbagliare se esprimo a queste due valorose Infermiere Docenti il saluto e il ringraziamento del Preside e della Facoltà per l'ottima opera di formazione svolta in tanti anni e di aggiungere a ciò il mio personale sentimento di stima e di amicizia. (G.D.)

CdL in Infermieristica Polo distaccato di Ancona

Laboratorio di Rianimazione Cardio Polmonare e Defibrillazione Precoce

*La Teoria senza pratica è vuota e
la pratica senza teoria è cieca*
(Cross 1981)

La formazione infermieristica italiana nell'impostazione dell'iter di studi, è oggi, in una fase di costante e sempre più veloce, innovazione tanto che anche chi ha la responsabilità, nella fase di attuazione, può avere molti quesiti ai quali rispondere all'atto dello studio e della sua articolazione. E' necessario quindi portare l'attenzione della comunità scientifica sulle metodologie che inserite all'interno della qualità pedagogica/assistenziale, devono essere il fondamento d'ogni "accreditata" struttura formativa, impegnata nella creazione di percorsi che conducano gli studenti all'apprendimento della disciplina infermieristica.

L'attivazione presso il nostro corso della figura del Tutor quale facilitatore dell'apprendimento e guida nel percorso formativo tecnico-pratico ha portato alla identificazione di compiti ben precisi e definiti in letteratura quali:

- creare le condizioni e le premesse per garantire allo studente il tirocinio adeguato al raggiungimento degli obiettivi, curandone anche gli aspetti organizzativi.
- in collaborazione col Coordinatore predisporre e gestire i progetti di tirocinio, prevedendo e promuovendo momenti di rielaborazione e valutazione.
- mantenere un costante contatto con lo studente ed

effettuare anche colloqui individuali durante tutto il percorso formativo.

- curare e mantenere i rapporti con il personale delle unità operative al fine del raggiungimento degli obiettivi formativi ed attivarsi per gli incontri con gli studenti e gli infermieri di riferimento, a seconda delle necessità rilevate o segnalate nel percorso di tirocinio.

- svolgere laboratori teorico-pratici a piccoli gruppi, dove gli studenti apprendono tecniche e competenze infermieristiche in ambito sia generale che specialistico.

Il laboratorio è quindi l'ambito in cui si apprende la tecnica e si affina la competenza infermieristica ed è strutturato secondo lezioni a piccoli gruppi di studenti con l'obiettivo di affrontare gli argomenti, di interesse per l'anno accademico in corso, dal punto di vista infermieristico.

Le lezioni di laboratorio, tenute dai tutor del CDL, si avvalgono di diversi ausili pratici:

- dimostrazioni pratiche con l'uso di manichini
- manipolazione dei presidi medici e chirurgici (tubi endotracheali, sonde e sondini, cateteri vescicali, ecc..)
- utilizzo di filmati dimostrativi
- simulazioni
- role-play

Per gli studenti iscritti al 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica, un importante ambito di apprendimento della formazione pratica è delineato dall'area critica dove uno degli argomenti centrali è la rianimazione cardio polmonare; l'ambito teorico viene svolto in modo approfondito in aula dai vari docenti ma la capacità operativa, la manualità pratica nelle manovre di emergenza la si





può apprendere solo attraverso esercitazioni pratiche e quindi con il laboratorio preclinico. Ma è sufficiente saper eseguire una manovra per garantire efficacia in una rianimazione? Dalla letteratura e dalla nostra esperienza sul campo emerge con forza che per garantire un'applicazione tecnica efficace ed efficiente il futuro infermiere deve rispondere al "saper essere" ovvero la capacità di mettere in atto una performance elevata, seguendo una sequenza operativa standard, valutando contemporaneamente il proprio operato e le condizioni della persona soccorsa, il tutto in un contesto che, in certi momenti, potrebbe diventare veramente difficile da gestire.

Nel 2007 la Società Italiana di Cardiologia scriveva: "i corsi di BLS (Basic Life Support Defibrillation) sono diventati diffusissimi e vengono rivolti anche ad operatori laici: non è accettabile che i giovani medici laureati escano dall'università senza preparazione in questo ambito.....". L'università di Verona, polo di Legnano, nel 2008 attiva corsi BLS per gli studenti infermieri; ricercando in rete si trovano esperienze simili sul territorio italiano.

Nella realtà didattica del nostro Corso, da colloqui con alcuni studenti, con neolaureati e guide di tirocinio, si percepiva la necessità di approfondimenti pratici in alcune aree quali: la rianimazione cardio-polmonare, il carrello di emergenza, la gestione delle vie aeree, l'approccio al paziente critico; per questi motivi nell'anno accademico 2009-2010, il corso di laurea in infermieristica di Ancona ha pensato di attivare, in via sperimentale, un laboratorio specifico di rianimazione cardio polmonare e defibrillazione precoce indirizzato agli studenti del 3° anno.

Dopo aver analizzato le risorse necessarie per l'attivazione del laboratorio abbiamo preso come standard di riferimento il corso Basic Life Support – Defibrillation secondo

le linee guida dell'Italian Resuscitation Council, anche in considerazione del fatto che tra i tutor e tra le guide di tirocinio c'erano degli istruttori accreditati a tale scopo.

Vista la disponibilità di due istruttori, si è proceduto alla ricerca di due manichini idonei alla simulazione della rianimazione cardio polmonare ed altrettanti defibrillatori da training di due ditte diverse, per dare la possibilità agli studenti di conoscere vari modelli di apparecchiature.

Si sono scelte le date di laboratori organizzando incontri di otto ore per gruppi di sei/dodici studenti lasciando agli stessi la scelta del giorno del corso. Le edizioni prevedevano un impegno giornaliero o suddiviso in due pomeriggi consecutivi.

I corsi si sono svolti all'interno delle aule dell'Università Politecnica delle Marche ed ogni incontro si sviluppava in:

- una parte iniziale teorica di circa un'ora dove si parlava dei concetti relativi ai fondamenti del BLS e Defibrillazione Semiautomatica Precoce, fasi del BLS, efficacia e sicurezza delle manovre di Rianimazione Cardio Polmonare e defibrillazione, algoritmi d'intervento, soccorso in caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo;
- una parte centrale di circa sei ore con simulazioni su manichino riguardanti le tecniche di valutazione ed azione relative alla fase A, B, C e D previste nel BLS (valutazione vie aeree e loro disostruzione in persona cosciente e non, compressioni toraciche esterne e ventilazione artificiale bocca – bocca, bocca – maschera, pallone maschera, posizione laterale di sicurezza).
- la parte finale della durata di circa un'ora per la verifica dell'apprendimento attraverso la somministrazione di un questionario a risposta multipla di 16 domande e ad uno skill test per valutare la performance acquisita.

Gli studenti che hanno superato con esito positivo la



prova finale hanno ottenuto regolare certificazione Italian Resuscitation Council di Esecutore di Rianimazione Cardio Polmonare di Base con uso di defibrillatori semi – automatici esterni DAE.

I corsi sono iniziati il 12 maggio e sono terminati il 2 luglio ed hanno portato alla formazione di 96 studenti di infermieristica del 3° anno; dal 27 luglio al 5 agosto sono stati formati 30 studenti di ostetricia.

Su di un totale di 126 studenti solo 3 di loro non hanno superato la verifica finale e più precisamente, lo skill test. Questo laboratorio è stato molto apprezzato dagli studenti che lo hanno dichiarato sia al termine delle singole edizioni che compilando un questionario di gradimento.

Vista la rilevanza dell'argomento trattato in laboratorio, si è deciso di inserirlo nell'esame di fine tirocinio. E' stata una grande gratificazione vedere che a distanza di mesi gli studenti sapevano intervenire sul manichino ad ogni richiesta di soccorso; sono stati infatti presentati casi clinici di arresto cardiaco, ostruzione delle vie aeree ed i candidati sono riusciti sempre a mettere in atto valutazioni e manovre di rianimazione consone al caso clinico in esame.

Gli studenti coinvolti nel rispetto del loro essere, con quel valore aggiunto nell'atto di riconoscerli come realmente sono e cioè adulti protagonisti, si sono responsabilizzati in uno studio approfondito che si è concretizzato al momento della certificazione. Gli studenti si sono inseriti positivamente nelle diverse unità operative dell' "area critica", non ci sono pervenute segnalazioni negative da parte di nessuna delle Guide di Tirocinio.

Questo fenomeno si è verificato in quanto il bisogno delle unità operative di avere delle persone motivate e preparate ad affrontare il Nursing dell'emergenza si è congiunta con il "sapere" degli studenti alla loro prima esperienza in area critica in possesso, generalmente, di un alto grado di motivazione.

Le ricerche in campo pedagogico tendono sempre più ad analizzare le modalità con le quali lo studente costruisce le sue conoscenze, le evolve in modo sempre più complesso ed arriva quindi ad una visione sistemica, per poterle valutare la spendibilità e l'efficacia anche nel tempo, riutilizzandole in contesti sempre nuovi e diversi. Apprendere significa risolvere i problemi ed appropriarsi delle risposte. L'esperienza è quindi un elemento fondamentale dell'apprendimento e la Qualità Pedagogica avviene se l'insegnamento tende a costruire un'offerta di ambienti d'esperienza che aiutino lo studente ad estrapolare dalla realtà quegli elementi fondamentali che gli consentono di costruirsi un modello di mappa mentale

per poter leggere, utilizzare, vivere la realtà stessa. In questo rapporto con la realtà, lo studente acquista il proprio apprendimento-cambiamento e acquista nuove padronanze.

Per noi infermieri, il concetto di padronanza ha da sempre costituito un'istanza profondamente avvertita, sia nelle scuole regionali e ancor più in questi ultimi anni, con il passaggio della nostra formazione professionale all'interno dell'Università.

Bibliografia e Sitologia

www.sicardiologia.it www.ircouncil.it www.medicina.univr.it
BLS-D Basic Life Support Defibrillation – 2007 Italian Resuscitation Council
Daniela Cavani - *La formazione infermieristica in Italia* – Università Modena

Augusta Cucchi, Davide Gaggia, Paola Graciotti

Corso di Laurea in Infermieristica Poli distaccati di Ancona, Fermo e Macerata

Nursing transculturale La personalizzazione della relazione infermieristica

La modernità delle cure infermieristiche si identifica nel porre al centro del processo di cura la persona, intesa come portatrice di valori, considerando la dinamicità dei contesti sociali, sempre più multiculturali¹. La popolazione immigrata presente nel nostro paese arriva con lingue, culture, e più specificatamente con modelli di organizzazione sociale e familiare diversi e spesso lontani dai nostri. Il nursing e l'antropologia formano un connubio indissolubile e la scienza che si occupa di assistere l'uomo nel suo continuum salute-malattia è inestricabilmente legata con i suoi bisogni più profondi ed essenziali all'essere umano, le cui esperienze sono un risultato di dimensioni culturali, etniche e sociali². Le forme paradigmatiche dell'epoca transculturale che la nostra società sta affrontando sono caratterizzate da elementi fondamentali come differenza e relazione, conoscenza e comunicazione, tolleranza ed assistenza, sostituibili tra loro perché ognuna di esse può rappresentare il presupposto e la conclusione delle altre. Per operare quotidianamente in ambito clinico – assistenziale vi è la necessità di acquisire un certa consapevolezza della propria eredità culturale con lo scopo di comprendere gli altri. Questo continuo comprendere, dovrebbe permettere di capire e rispettare le differenze e le somiglianze, conferendo il giusto valore a quel dono meraviglioso che è la diversità degli esseri umani, dove le pratiche assistenziali culturalmente congruenti, promuovono la salute, la guarigione



e la qualità di vita³. Il confronto con persone diverse dal punto di vista culturale, di aspettative, di storie e di interpretazioni diverse dei singoli bisogni dai nostri, comporta continui mutamenti nella nostra società, non solo nei comportamenti e nel linguaggio, ma anche nell'assistenza infermieristica⁴. L'aggettivo nursing transculturale si caratterizza come una metodologia relazionale capace di affrontare il pensiero della differenza, dove i singoli operatori comprendono le richieste d'aiuto del malato, non solo dal punto di vista biologico e psicologico, ma anche dal punto di vista culturale. Madeleine Leininger, l'infermiera antropologa americana che ha contribuito alla nascita e alla diffusione del nursing transculturale, aveva compreso sin dagli anni sessanta quanto fosse importante lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto alle pratiche d'assistenza connesse alle credenze e ai valori, allo scopo di fornire un'assistenza infermieristica efficace e significativa⁵. Gli scritti della Leininger, offrono ai professionisti una guida, un modello concettuale fondato sul "culture care", come il mezzo olistico più ampio per conoscere, spiegare, interpretare e prevedere varie forme di cura e per indirizzare l'assistenza infermieristica. Può esistere un'infermieristica culturalmente adeguata solo quando si conoscono, si rispettano e si mettono in pratica i valori, le espressioni e le forme di culture care dell'individuo, del gruppo, della famiglia e della comunità. Pazienti che sperimentano forme di assistenza non adeguate ai loro valori mostrano segni di conflitti culturali, stress, problemi morali o etici, e una lenta guarigione⁶. L'obiettivo dell'infermieristica moderna e dei sistemi complessi che quotidianamente offrono salute, è quello di offrire un'assistenza adeguata a 360°, credibile e coerente, caratterizzata dal superamento delle barriere ideologiche e culturali, dove la collaborazione tra infermiere e utenza si rende necessaria, al fine di identificare, pianificare, mettere in pratica e valutare ogni modalità assistenziale in modo transculturale.

Bibliografia

- 1) Bourdin MJ, Bennegadi R, Paris C. Cultural competence in the healthcare relationship with migrant patients. *Soins*. 2010 Jul-Aug;(747):24-5.
- 2) Vonarx N. Culture and nursing care, from a biomedical to an anthropological approach. *Soins*. 2010 Jul-Aug;(747):16-20.
- 3) Pilkington FB. Envisioning nursing in 2050 through the eyes of nurse theorists: Leininger and Watson. *Nurs Sci Q*. 2007 Jan;20(1):8. Miller JE, Leininger M, Leuning C et al. Transcultural Nursing Society position statement on human rights. *J Transcult Nurs*. 2008 Jan;19(1):5-7.
- 4) Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul;13(3):189-92.

5) Huang YL, Yates P, Prior D. Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *J Clin Nurs*. 2009 Dec;18(24):3421-9.

Stefano Marcelli (Fermo), Renato Rocchi (Macerata), Sandro Ortolani (Ancona), Adoriano Santarelli (Fermo)

Corso di Laurea in Infermieristica Polo distaccato di Ascoli Piceno

Corriamo più veloci del diabete

Esperienza di educazione sanitaria degli studenti di III anno C.di L. in Infermieristica

Introduzione

Secondo una definizione dell'American Diabets Association, il diabete è un disordine metabolico caratterizzato da elevati livelli di glicemia e da complicanze micro vascolari che incrementano sostanzialmente la morbilità e la mortalità associate alla malattia, riducendo l'aspettativa di vita.

Proprio per la sua diffusione e gravità e per le complicanze, è difficile da affrontare e risolvere; l'ONU il 21 dicembre 2006 sigla una Risoluzione che designa il 14 novembre come Giornata delle Nazioni Unite per il diabete, dove si richiede a tutti gli Stati Membri di promuovere una politica per la prevenzione.

Quest'anno la Giornata del Diabete è dedicata all'educazione ed alla prevenzione del Diabete.

Grazie al supporto volontario di medici e infermieri, diabetologi, dietisti, associazioni di pazienti e altri operatori sanitari e il coordinamento della Giornata assicurato da un apposito comitato di lavoro promosso da Diabete Italia, si è potuto realizzare questo evento.

Nelle principali piazze italiane, oltre 400, dei presidi diabetologici predisposti, offrono gratuitamente:

- consulenza medica qualificata
- materiale informativo
- sussidio alla compilazione di questionari diagnostici (per valutare il rischio di sviluppare il diabete)
- l'esecuzione di screening per la rilevazione della glicemia (oltre alla misurazione della pressione, del peso, della circonferenza vita).

Nell'ambito delle attività del servizio di Diabetologia, della Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno, 13 studenti del III anno del Corso di Laurea in Infermieristica, sono stati coinvolti nella realizzazione di interventi educativi rivolti alla popolazione nell'ambito dell'iniziativa "Corriamo più veloci con il Diabete" svoltasi il 14 novembre 2010 nella Città di Ascoli Piceno.

L'opportunità di partecipare all'evento degli studenti

di Infermieristica, è scaturita dal fatto che l'educazione-formazione del paziente è parte integrante del concetto di assistenza. La gestione del paziente diabetico richiede, infatti, un approccio multidisciplinare dove l'infermiere assume un ruolo cruciale soprattutto per la stretta relazione con la capacità dell'utente di recepire e condividere le indicazioni e le strategie fornitigli circa l'autocontrollo delle proprie patologie e la modificazione del suo *modus vivendi*.

La stessa teorica del nursing H. Peplau, nel 1952 descriveva l'assistenza infermieristica come "un processo interpersonale terapeutico che ha la funzione, in collaborazione con gli altri processi, di mantenere e/o recuperare lo stato di salute da parte di un individuo o di un gruppo. Con tale affermazione si enfatizza il ruolo educativo e terapeutico dell'infermiere (in questo caso laureando), che si realizza stabilendo con lui una efficace relazione d'aiuto.

Obiettivo

Indagare lo stile di vita, l'alimentazione e l'attività fisica della popolazione ascolana e contestualmente promuovere un processo educativo di prevenzione e gestione del diabete.

Materiali e Metodi

Il campione è rappresentato dalla popolazione ascolana di ogni età e sesso che nel giorno dedicato al Diabete, si è avvicinata alla postazione per sottoporsi allo screening offerto.

I dati sono stati raccolti in forma anonima compilando la scheda predisposta per l'occasione.

Risultati

Le informazioni raccolte mediante l'elaborazione dei dati durante la giornata sono:

utenti intervistati 436, di cui 185 donne e 251 uomini.

Per quanto riguarda lo stile di vita la maggior parte del campione mangia frutta e verdura tutti i giorni e fa esercizio fisico giornaliero e la maggior parte degli uomini assume farmaci antipertensivi. (Tab. 1)

	Uomini		Donne		Totale
	Si	No	Si	No	
Mangiano frutta e verdura tutti i giorni	162	89	134	51	436
Esercizio fisico giornaliero	170	81	108	77	
Farmaci ipertensivi	123	42	72	113	
Totale					436

Tab. 1 - Stile di vita.

I cittadini intervistati sono stati in prevalenza anziani consigliati dai propri medici di famiglia, o figli, che incuriositi, hanno ceduto alla tentazione di sottoporsi al check-up. Sono stati controllati anche giovani già affetti da diabete e adulti spinti dal desiderio di saperne di più.

La maggior parte degli uomini non ha familiarità diabetica al contrario delle donne che invece la dichiarano. La maggioranza del campione non mostra, al momento dell'indagine, presenza di diabete. (Tab.2)

	Uomini		Donne	
	Si	No	Si	No
Familiarità diabetica	89	158	74	41
Soggetti diabetici	44	207	52	128

Tab. 2 - Familiarità per il diabete, diabete conclamato.



L'indice BMI si è rivelato nella normalità nella maggior parte delle donne mentre è in aumento nella maggior parte degli uomini. (Tab. 3)

BMI	Uomini	Donne	
- di 25	60	94	Totale
Da 25 a 30	130	60	
+ di 30	61	31	
Totale	251	185	

Tab. 3 - Indice BMI

Discussione

Il 14 novembre u.s. in occasione della giornata "Corriamo più veloci del diabete" svoltasi in A.P., sono stati raccolti dati di tipo anagrafico - anamnestico, finalizzati all'inquadramento clinico e si è indagato sulle conoscenze da parte dei cittadini circa la compliance e lo stile di vita appropriati alla prevenzione del diabete.

Contestualmente alla raccolta dati circa le abitudini di vita, si è avuta l'occasione di consigliare strategie per poter migliorare l'alimentazione proponendo una dieta equilibrata ed invitando ad una regolare attività fisica quale strategia efficace per la prevenzione del diabete e delle sue complicanze. Le persone si sono sottoposte alla rilevazione del peso corporeo dell'altezza e la circonferenza vita, si è spiegato che l'aumento di questo ultimo valore è fattore di rischio non solo delle patologie metaboliche ma anche di quelle tumorali. Dopo i parametri antropometrici è stata rilevata anche la pressione arteriosa e la glicemia.

L'iniziativa ha dato agli studenti l'opportunità di mettere in pratica non solo le loro conoscenze e le abilità gestuali ma anche di sperimentare la relazione d'aiuto con l'utente affinché acquisisca maggiore consapevolezza della propria personalità, del proprio atteggiamento verso la malattia, dei propri bisogni impliciti ed espliciti nonché delle paure e false credenze.

L'esperienza ha testimoniato che oggi all'infermiere più che mai, vengono richieste competenze educative che prevedono, oltre alla conoscenza e perizia, capacità comunicative e di adattamento alle nuove logiche sociali, psicologiche ed economiche dell'utente e del familiare. Il *self-care* (teoria della cura) della D. Orem, ci suggerisce infatti che il paziente deve essere condotto all'autovalutazione/gestione della sua malattia in modo graduale e sistematica; "L'Arte del nursing è praticata operando

per la persona disabile aiutandola ad operare da sola o aiutandola a imparare a fare da sola" (Orem 1956).

Tale opportunità ha fatto più che mai prendere atto che la professione infermieristica non può in nessun modo prescindere dalla relazione e dall'educazione dell'assistito. L'esperienza, per gli studenti, è stata senz'altro di elevato livello formativo e nel puzzle dell'assistenza infermieristica hanno aggiunto una tessera chiamata Prevenzione che rappresenta il primo cardine della salute dei cittadini. Sulla base delle caratteristiche sociali e demografiche e sulla base dei dati emersi dall'intervista guidata, viene rafforzata la validità dell'attività educativa in quanto centrata sulla vita reale del singolo intervistato; in questo modo il lavoro svolto (seppure su un piccolo campione), acquisisce valore e significato in quanto trasferibile sulla quotidianità del cittadino e sulla divulgazione delle informazioni o meglio diffusione di comportamenti tra le reti sociali.

Conclusioni

Le evidenze scientifiche dimostrano che la strategia di prevenzione delle malattie come il diabete, con strumenti che prevedono linguaggi chiari, accessibili, mediante regole appropriate e l'adesione ad uno stile di vita corretto (*disease management*), da una parte permette il controllo di questa patologia che oggi coinvolge la quotidianità circa 3 milioni di italiani e dall'altro può essere prevenuto solo conoscendo il prima possibile il proprio livello di rischio ed intervenire precocemente.

Infine, anche se c'è molto ancora da fare per sensibilizzare il paziente o il care giver allo scopo di ridurre la morbilità e di prevenire nuovi casi di diabete, è necessario promuovere un modello adeguato di educazione sanitaria/promozione alla salute, dove l'infermiere, nell'ambito del setting terapeutico - assistenziale, sia un punto di riferimento, per il miglioramento della qualità di vita dei cittadini.

Bibliografia

- 1) M. Sommaruga *Comunicare con il paziente* Carrocci Faber IV Ed. Roma 2009
- 2) Anderson RM, Funnell MM. *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators*. 2000; 26:597-604
- 3) Barbieri G.; 2008; *Le responsabilità dell'infermiere*; Carrocci Faber
- 4) Brunner S. : 2010; *Infermieristica medico chirurgica* vol II; CEA
- 5) L. Benci *Aspetti giuridici della professione Infermieristica* Mc Graw Hill, Milano 2008
- 6) www.diabete.net
- 7) www.salute.gov.it (5° Conferenza internazionale sulla sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali)

S. Troiani, M. Amadio, A. Gionni



Corso di Formazione Permanente in Medicina

Reumatologia

Direttore Prof. Walter Grassi

Dopo circa tre mesi si registra la riacutizzazione dell'impegno articolare, prevalente a livello delle mani, con rigidità mattutina superiore ad un'ora. La posologia del methotrexate viene portata a 10 mg/settimana con comparsa di effetti collaterali (nausea e dispepsia). L'adalimumab viene sospeso e viene iniziata la somministrazione di etanercept (50 mg/settimana) e ciclosporina (150 mg/die).

Dopo circa tre mesi di terapia la paziente viene valutata per la prima volta presso l'Ambulatorio della Clinica Reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche.

Rilievi obiettivi

Sinovite di grado medio delle interfalangee prossimali e dei polsi.

Indagini di laboratorio e strumentali

VES e PCR nella norma, fattore reumatoide 24 UI/ml, anticorpi anti-citrullina 182 UI/ml, ANA 1:80 (pattern punteggiato).

Esame radiografico delle mani: non rilevabili erosioni ossee.

diagnosi di artrite reumatoide. Terapia con prednisone (5 mg/die), proseguita per circa due mesi senza beneficio. Veniva quindi associato il trattamento con farmaco anti-TNF (adalimumab 40 mg ogni due settimane) e methotrexate (7.5 mg/settimana), con miglioramento della sintomatologia.

Clinica di Reumatologia, Università Politecnica delle Marche - ASUR Marche ZT 5 Jesi.

partendo dalla dose di 7.5 mg/settimana. Gli effetti collaterali, specie a livello del tratto gastro-intestinale, sono frequenti e possono essere dose-dipendenti, anche se l'attuale formulazione con somministrazione sottocute ha aumentato la compliance da parte del paziente. Per prevenire la comparsa di tossicità ematica e/o epatica è importante ricordare che il giorno successivo l'assunzione del methotrexate va sommini-

strata al paziente una dose di acido folico (5 mg)¹.

Il caso presentato dimostra come una percentuale rilevante di pazienti (circa il 20-30%) non risponde adeguatamente ad un primo trattamento con anti-TNF⁴. In questi casi, si può tentare l'approccio con un secondo anti-TNF⁵. La persistente refrattarietà anche dopo un trattamento di seconda linea con farmaci appartenenti alla stessa classe, suggerisce, sulla base delle attuali linee-guida per il trattamento dell'artrite reumatoide, il ricorso ad un farmaco con differente meccanismo d'azione (nel nostro caso, un anticorpo monoclonale anti-CD20, rituximab). Infine, la terapia loco-regionale a livello delle articolazioni con espressività flogistica dominante, determina un pronto e netto beneficio, rilevabile sia clinicamente che ecograficamente anche dopo poche ore⁶.

Degno di nota è il fatto che la radiografia convenzionale non dimostrava la presenza di erosioni che sono risultavano invece presenti all'esame ecografico ed alla TC. La presenza di sia pur minime erosioni giustifica una rivalutazione dello schema di trattamento se tali erosioni si collocano nel contesto di altre espressioni indicative di una intensa attività del processo flogistico articolare.

Consigli pratici

L'obiettivo principale della terapia dell'artrite reumatoide nei soggetti giovani con esordio recente di malattia deve essere quello del massimo controllo possibile delle espressioni di flogosi articolare per prevenire la comparsa di un danno anatomico irreversibile. Nei pazienti con artrite reumatoide che presentano una chiara persistenza dei segni e dei sintomi di sinovite attiva trova indicazione una indagine mirata a livello delle articolazioni più intensamente colpite allo scopo di documentare la presenza dei segni di attività della malattia (ipertrofia sinoviale, segnale power-Doppler intra-articolare) e di espressioni di danno cartilagineo (assottigliamento della cartilagine articolare) ed osseo (erosioni).

La terapia con anti-TNF non garantisce sempre e comunque il raggiungimento di una accettabile remissione clinica nei pazienti con artrite reumatoide. Anche in presenza di una remissione "parziale", il monitoraggio sia clinico che strumentale dovrebbe essere effettuato ad intervalli regolari (ogni tre mesi nei casi di artrite reumatoide di recente esordio) per poter prontamente individuare e trattare segni anche sub-clinici di "attività" di malattia. Se un paziente non risponde dopo sei mesi ad un farmaco anti-TNF, deve essere presa in considerazione la possibilità di una seconda linea terapeutica⁴.

La terapia loco-regionale eco-guidata con steroidi è prontamente efficace nel trattamento della sinovite in pazienti che non rispondono ai farmaci di fondo, sia tradizionali che biologici.

Bibliografia

1. F. De Leonardis et al. Consensus italiana sulle raccomandazioni per l'utilizzo del methotrexate nelle malattie reumatiche con focus sull'artrite reumatoide: i risultati della "3E initiative". Reumatismo

2010; 62:34-45.

2. Valesini et al. Recommendations for the use of biologic (TNF-blocking) agents in the treatment of rheumatoid arthritis in Italy. Clin Exp Rheum 2006;24;4:413-423.

3. Wakefield RJ et al. The value of sonography in the detection of bone erosions in patients with rheumatoid arthritis: a comparison with conventional radiography. Arthritis Rheum 2000;43:2762-2770.

4. Pocock JM et al. Assessment of anti-TNF-alpha efficacy in rheumatoid arthritis: is 3 months sufficient? Rheumatology (Oxford) 2008;47:1073-6.

5.

log

Ma

6.

sys

pat

Rh

Ca

I

Me

(II,

co

an

sin

di

mi

Principali rilievi anamnestici

La paziente, dopo l'esordio della sintomatologia era stata trattata con 6-metilprednisolone (16 mg/die per una settimana e successivamente 8 mg/die per una settimana), con notevole beneficio. Alla sospensione dello steroide, si è registrata la ripresa della sintomatologia.

Rilievi obiettivi

Dolorabilità di grado medio alla mobilizzazione dell'anca sinistra, sinovite di grado lieve della caviglia sinistra e dolorabilità di grado lieve alla digitopressione della I metacarpofalangea destra e della II interfalangea prossimale della mano sinistra.

Indagini di laboratorio e strumentali

Aumento degli indici di flogosi (VES, PCR e fibrinogeno),

presenza di aumentati livelli di fattore reumatoide (180 IU/ml) e di anticorpi anti-peptide citrullinato/anti-CCP (122 UI/ml).

Tampone vaginale ed uretrale: presenza di *Ureaplasma urealyticum*.

1° Diagnosi

Artrite reattiva secondaria ad infezione urogenitale da *Ureaplasma urealyticum*.

1° Terapia

giorno.
ferisce una
degli indici
a distanza
erca dell'U-

rollo per la
a carattere
metatarso-
a due ore e
di presa. Le
dei livelli di
o del fattore
to. L'esame
rattere ero-
ente.

37 [tabel-
eumatoide.
5 mg/sett),
successiva
sione), con

1. Rigidità mattutina di almeno un'ora
 2. Artrite di tre o più articolazioni
 3. Artrite delle interfalangee prossimali, delle metacarpofalangee e dei polsi
 4. Artrite simmetrica
 5. Presenza di noduli reumatoidi
 6. Positività del fattore reumatoide
 7. Erosioni e/o osteoporosi iuxta-articolare a mani e/o polsi alla radiografia
- I primi quattro criteri devono persistere per almeno sei settimane. Per la definizione di artrite reumatoide sono necessari almeno quattro criteri.

Tab. 1 - Criteri ARA/ACR 1987.

Discussione

Gli anticorpi anti peptide citrullinato, considerati assai più specifici del fattore reumatoide, possono comparire nel siero di pazienti che svilupperanno un'artrite reumatoide fino a 10 anni prima della comparsa delle manifestazione cliniche della malattia^{1,4}. È inoltre ben noto che episodi infettivi², oltre che innescare una artrite reattiva, possano favorire l'insorgenza, in soggetti predisposti, di un'artrite reumatoide. Nel caso presentato, l'esordio della sintomatologia (interessamento articolare asimmetrico ad andamento sostitutivo con prevalente interessamento degli arti inferiori) appariva riconducibile nel contesto di una artrite reattiva, anche per il riscontro di una infezione urogenitale da *Ureaplasma urealyticum*. Tuttavia, la positività degli anticorpi anti-peptide citrullinato e del fattore reumatoide non permettevano di escludere una possibile evoluzione verso un reumatismo infiammatorio cronico.

In seguito ad un periodo di remissione clinica e laboratoristica di pochi mesi si è registrata, infatti, la comparsa di una sintomatologia articolare con caratteristiche ben diverse dalle precedenti. La presenza di tre criteri clinici (sinovite simmetrica a carattere persistente a livello delle piccole articolazioni di mani e piedi da più di sei settimane) e di uno laboratoristico (positività per il fattore reumatoide) ha orientato lo specialista verso la diagnosi di artrite reumatoide. Va sottolineato che la presenza di anticorpi anti-citrullina e le erosioni ossee documentate all'ecografia non rientrano tra i criteri ARA/ACR 1987. Queste ultime, infatti, prendono in considerazione solo le erosioni presenti all'esame radiografico. Va tuttavia ricordato che l'ecografia è assai più sensibile della radiografia convenzionale nell'individuare interruzioni del profilo osseo anche di dimensioni sub-millimetriche³. Tale rilievo è importante, oltre che ai fini diagnostici, anche per quelli prognostici, dal momento che la precoce comparsa di erosioni sub-condrali identifica un subset di pazienti che svilupperanno un'artrite dalle caratteristiche più "aggressive".

Il caso presentato lascia aperti non pochi quesiti di ordine diagnostico-differenziale. L'evidente innesco della flogosi da parte dell'*Ureaplasma* induce a valorizzare l'ipotesi di un'artrite reattiva ad evoluzione cronica (rientrante quindi nel gruppo delle spondiloartriti sieronegative), mentre il quadro di artrite simmetrica a carico di mani e piedi, la presenza del fattore reumatoide, degli anticorpi anti-CCP e le erosioni precoci orientano verso la diagnosi di artrite reumatoide. I quadri di overlap tra le artriti croniche ad innesco batterico e l'artrite reumatoide sono tutt'altro che infrequenti. Le riserve di ordine diagnostico differenziale possono essere sciolte solo con un attento monitoraggio clinico, di laboratorio e strumentale. La terapia impostata nel caso specifico trova indicazione sia in presenza di una artrite reumatoide "classica" sia di una artrite reattiva "cronicizzata" con impegno dominante artro periferico.

Raccomandazioni nazionali per l'utilizzo del methotrexate nell'artrite reumatoide e in altre malattie reumatiche (De Leonardis F, et al. Reumatismo 2010;62:34-45. Modificato)

1) La valutazione dei pazienti affetti da AR che devono iniziare terapia con MTX deve comprendere i seguenti esami: enzimi epatici; albumina; emocromo; creatinemia; sierologia per l'epatite B e C; radiografia del torace; β HCG nelle donne fertili che non utilizzano metodi di contraccezione efficaci. Il trattamento con MTX non dovrebbe essere iniziato in presenza di gravidanza; cirrosi; insufficienza renale severa; abuso di alcool; deficit di ematopoiesi; epatite B o C attiva.

2) All'inizio del trattamento con MTX, l'incremento graduale della dose (da 7.5 mg a 25 mg/sett per os, in dipendenza della risposta) può essere suggerito come strategia ottimale. Al fine di aumentare l'efficacia, il MTX può essere somministrato per via parenterale ma è attesa una maggiore incidenza di effetti collaterali.

3) Al fine di minimizzare gli effetti collaterali da MTX senza interferire con la sua efficacia, possono essere somministrati acido folico o acido folinico. L'acido folico può essere somministrato o al dosaggio di 10 mg/sett, 24 ore dopo il MTX o a quello di 1 mg/die nei paesi in cui tale formulazione è disponibile. L'acido folinico deve essere somministrato al dosaggio di ≤ 5 mg/sett, 24 ore dopo il MTX.

4) Le transaminasi (AST, ALT) sono i parametri di laboratorio più utili per monitorare la tossicità epatica da MTX. L'emocromo e gli indici di funzionalità renale devono essere valutati nei pazienti in terapia con MTX. I sopraelencati tests devono essere eseguiti ogni 2 settimane per il primo mese, quindi ogni 4-12 settimane come strategia ottimale per evidenziare una tossicità epatica, ematologica o renale. Lo sviluppo di polmonite da MTX non può essere predetto né dalla radiografia del torace né dai tests di funzionalità respiratoria.

5) Un aumento del livello di enzimi epatici ($\geq 2x$ limite massimo normale) dovrebbe indurre a prendere in considerazione una riduzione del dosaggio di MTX o una temporanea interruzione della somministrazione. La persistenza di elevati livelli (nonostante la co-somministrazione di folati) rappresenta una indicazione alla interruzione del trattamento. La biopsia epatica è indicata in caso di livelli persistentemente elevati di enzimi epatici nonostante l'interruzione del trattamento ed in presenza di altri fattori di rischio per epatopatia.

6) L'incidenza di interruzione del trattamento per tossicità in pazienti in terapia con MTX è simile a quella in pazienti in terapia con idrossiclorochina ed inferiore a quella occorrente in pazienti in terapia con sali d'oro e sulfasalazina. Gli effetti collaterali più frequenti in corso di terapia con MTX sono quelli gastro-intestinali che dimostrano un'incidenza costante nel tempo e quelli epatici (aumento dei livelli di enzimi) che si realizzano soprattutto nei primi 5 anni e determinano un'interruzione del trattamento per tossicità epatica nel 4.7%. Il consumo di alcool dovrebbe essere evitato perché appare essere un fattore di rischio per lo sviluppo di fibrosi epatica. Il MTX non è un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo di infezioni comprese le infezioni severe Herpes-Zoster e le infezioni post-chirurgiche rispetto ad altri DMARDs in pazienti con AR. Il MTX non sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di neoplasie. Il MTX può prolungare la sopravvivenza dei pazienti con AR riducendo la mortalità cardiovascolare. Cionondimeno in pazienti con AR con cardiopatia già presente, l'uso del MTX può essere un fattore di rischio di mortalità cardiovascolare.

7) In pazienti MTX-naive o in pazienti che presentano una mancata risposta al MTX, possono essere associati a questo farmaco, al fine di aumentare l'efficacia, uno o due DMARDs (fra sulfasalazina, ciclosporina A, azatioprina, oro per via intramuscolare, idrossiclorochina+ sulfasalazina). La tripla associazione (idrossiclorochina+sulfasalazina+MTX) può essere tentata in pazienti MTX-naive per ritardare la progressione radiologica ed è da preferire per minimizzare l'incidenza di interruzione per effetti collaterali.

8) Il MTX (fino a 10 mg a settimana) può essere continuato in pazienti con AR che si sottopongono a chirurgia ortopedica dal momento che esso non cambia il tasso di complicanze chirurgiche nel periodo perioperatorio mentre l'interruzione del trattamento può aumentare l'incidenza di riattivazione della malattia. Una riduzione del dosaggio o

consigliati per i pazienti sottoposti a

9) Il momento di interruzione del trattamento durante

10) Il momento di interruzione del trattamento durante la somministrazione del farmaco. Esso può essere evitato con l'uso di un farmaco a basso costo e con un articolo

11) Il momento di interruzione del trattamento durante la somministrazione del farmaco. Esso può essere evitato con l'uso di un farmaco a basso costo e con un articolo

12) Al fine di aumentare l'efficacia, il MTX può essere somministrato per via parenterale ma è attesa una maggiore incidenza di effetti collaterali. La biopsia epatica è indicata in caso di livelli persistentemente elevati di enzimi epatici nonostante l'interruzione del trattamento ed in presenza di altri fattori di rischio per epatopatia.

13) La persistenza di elevati livelli (nonostante la co-somministrazione di folati) rappresenta una indicazione alla interruzione del trattamento.

14) La persistenza di elevati livelli (nonostante la co-somministrazione di folati) rappresenta una indicazione alla interruzione del trattamento.

la in pazienti che in associazione con la neutropenia non abbiano sviluppato ADR (es. infezioni) ed in cui la neutropenia si sia risolta spontaneamente, considerando la concomitante associazione con altri fattori di rischio per la tossicità ematologica e somministrando acido folico di cui è nota la capacità di ridurre l'incidenza di leucopenia in pazienti affetti da AR in terapia con MTX.

15) Il MTX può essere somministrato in pazienti con preesistenti noduli reumatoidi. Il dosaggio di MTX potrebbe essere diminuito o la somministrazione interrotta in pazienti che in corso di terapia sviluppano nodulosi accelerata.

Legenda: MTX: methotrexate; AR: artrite reumatoide.

Consigli pratici

La positività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti peptide citrullinato ha un'alta specificità nell'identificare pazienti che svilupperanno un'artrite reumatoide. La positività del solo fattore reumatoide non è altrettanto specifica (può essere presente in altre condizioni, quali infezioni e neoplasie, come pure nel 15-25% dei soggetti con più 70 anni). Non è stata ancora dimostrata un'utilità del monitoraggio del titolo degli anticorpi anti peptide citrullinato, qualora questi siano già presenti nel siero dei soggetti presi in esame, in assenza di segni e/o sintomi di artrite. È opportuno che un soggetto con elevati livelli sierici di anticorpi anti peptide citrullinato sia informato sulla possibile comparsa di un'artrite reumatoide.

trullinate
t of rheu-
bacterial
ous forms
n ultraso-
rheuma-
ogramme.
ents with
neum Dis

Oligoartrite di recente insorgenza retrattaria alla terapia.

Principali rilievi anamnestici

Comparsa da circa tre mesi di dolore di grado medio a carattere continuo a livello del polso destro, associato con tumefazione in soggetto con ipertensione arteriosa (in trattamento con amlodipina 5 mg/die, valsartan 80 mg/die, nebivololo 2.5 mg/die ed idroclortiazide 6.25 mg/die) con pregressa diagnosi di gotta (formulata circa 30 anni prima).

Nel sospetto di un attacco gottoso, il paziente viene inizialmente sottoposto dal proprio medico di famiglia a terapia con colchicina (1 mg tre volte al giorno per tre giorni, quindi 1 mg/

die nei giorni successivi). Non registrandosi alcun beneficio con la terapia, viene somministrata nimesulide 100 mg due volte al giorno, con minimo beneficio.

Nel corso delle settimane successive si registra la comparsa di dolore di grado lieve associato a tumefazione, a carico del polso controlaterale.

Rilievi obiettivi

Dolorabilità alla flessione dei polsi (di grado medio a destra e di grado lieve a sinistra) associata con tumefazione. Assenza di tofi. Obiettività cardiaca, polmonare, addominale e cutanea nella norma.

Indagini di laboratorio e strumentali

Fattore reumatoide 22 UI/ml (vn <20), anticorpi anti-CCP 2.2 UI/ml (vn <7), HLA-B27 negativo, tampone uretrale negativo, sierodiagnosi di Widal-Wright negativa, calprotectina fecale assente, ricerca anticorpi anti-Yersinia enterocolitica: positive sia le IgG (titolo >112 U/ml) che le IgA (titolo > 18.8 U/ml). L'esame del liquido sinoviale non è risultato possibile nonostante un tentativo di artrocentesi eco guidata per assenza di versamento al momento della visita.

Esame radiografico di mani e polsi: non alterazioni osteo-strutturali di rilievo.

Rilievi ecografici (mani e polsi): sinovite "attiva" dei polsi, più marcata a sinistra (Fig. 1-A), tenosinovite del flessore radiale del carpo e dei flessori superficiali e profondi del polso destro.

RM polso sinistro: presenza di discreta quota di versamento liquido nell'articolazione radio-carpica. Presenza di distensione liquida della guaina sinoviale del tendine flessore radiale del carpo.

Diagnosi

Artrite reattiva da Yersinia enterocolitica

Terapia

Doxiciclina (100 mg due volte al giorno) e somministrazione loco-regionale eco-guidata di triamcinolone acetone (20 mg).

Decorso clinico

Progressivo e sostanziale miglioramento della sintomatologia articolare. Il controllo a due mesi di distanza non ha rivelato la presenza di segni o sintomi indicativi di flogosi articolare e/o tendinea. La remissione della sinovite a livello del polso sinistro (Fig. 1-B) è risultata completa.

Discussione

Il paziente era giunto alla nostra osservazione con una diagnosi di gotta. Tale diagnosi può essere ritenuta certa quando si riesce a dimostrare la presenza di cristalli di urato

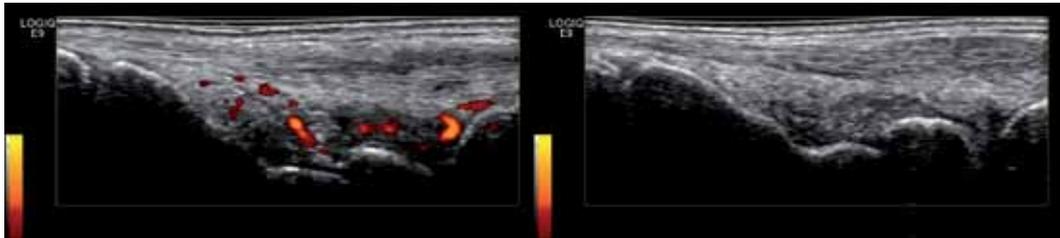


Fig. 1. Ecografia del polso del paziente. A sinistra al momento della prima valutazione. Si noti la distensione della capsula a livello dell'articolazione radiocarpica ed intercarpica con associata presenza di segnale power Doppler. A destra la stessa articolazione alla visita di controllo a distanza di circa due mesi.

monosodico nel liquido sinoviale dell'articolazione colpita. In assenza di tale reperto, la diagnosi di gotta è suggestiva in presenza di due o più dei seguenti criteri: storia o presenza di artrite della I metatarso-falangea, storia o presenza di monoartrite in altra sede, presenza di almeno un tofo, pronta risposta alla colchicina [1]. Nel caso specifico i criteri per la diagnosi di gotta non potevano ritenersi soddisfatti. Infatti, le caratteristiche della sinovite (refrattarietà sia al trattamento con colchicina che con FANS, la persistenza dell'impegno articolare per più di sei settimane, il riscontro di una uricemia entro i livelli di norma, l'assenza di tofi) non deponevano per un quadro di artropatia gottosa.

L'artrite reattiva da *Yersinia enterocolica* è una entità nosologica identificata da Ahvonen e colleghi² circa quarant'anni fa. In tempi più recenti, è stato possibile reperire all'interno delle articolazioni colpite frammenti di antigeni batterici e/o batteri vivi, anche a settimane di distanza dall'esordio dei sintomi, tale da indurre la persistenza della flogosi articolare³. Nel caso presentato, il riscontro a titolo elevato di anticorpi anti-*Yersinia* sia di tipo IgG e IgA (le IgA possono essere correlate con la persistenza di bacilli localizzati profondamente a livello della tunica propria intestinale⁴) ed il decorso clinico, con completa risoluzione dei sintomi in seguito alla terapia antibiotica, hanno indotto a confermare la diagnosi di artrite reattiva.

Consigli pratici

In tutti i casi di monoartrite di recente insorgenza è indispensabile accertarsi che il paziente esegua un esame del liquido sinoviale con ricerca dei cristalli. La diagnosi di certezza di gotta, infatti, può essere posta solo in caso di riconoscimento di aggregati di urato monosodico all'esame con il microscopio a luce polarizzata.

Per quanto la presenza di anticorpi anti *Yersinia enterocolitica* di tipo IgA possa rivestire un ruolo nel sospetto di un'artrite reattiva, meno chiaro è l'eventuale utilità del loro monitoraggio dopo la terapia antibiotica.

La presenza dell'antigene HLA-B27 in pazienti con artrite reattiva è importante per stabilire se vi è un aumentato rischio di cronicizzazione. Nei casi sospetti, quindi,

tale indagine (semplice e poco costosa) deve poter essere inclusa fra quelle di "prima linea", assieme alla ricerca del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-citrullina.

Bibliografia

- 1) Darm... Clinical
- 2) Ahvo... infection
- 3) Hoog... Yersinia 2000;59
- 4) DeKo... patients specific
- 5) Toiva... Yersinia Rheum D
- 6) Hoog... IgG resp with yers

Caso c

Uomo
meccan

Motivo della visita

Il paziente giunge alla nostra osservazione per la comparsa improvvisa di dolore ed ipostenia degli arti inferiori, con limitazione della deambulazione. A tale sintomatologia si associa una coxalgia sinistra, di grado medio, innescata dal carico e dal movimento.

Principali rilievi anamnestici

Da cinque anni tre volte a settimana cammina per dieci

Osteomalacia: fattori eziologici

DEFICIT DI VITAMINA D	DISORDINI TUBULARI RENALI
Insufficiente apporto alimentare	Idiopatica
Malassorbimento intestinale	Sporadica
Malattie del piccolo intestino	Ereditaria
Celiachia, morbo di Crohn	Cistinosi
Gastrectomia totale o parziale	Glicogenosi
Patologie epatobiliari	Sindrome di Lowe
Insufficienza pancreatica cronica	Malattia di Wilson
SCARSA ESPOSIZIONE ALLA LUCE SOLARE	Tirosinemia
ALTERAZIONI DEL METABOLISMO DELLA VITAMINA D	Acidosi tubulare distale
Farmaci anticonvulsivanti	Intolleranza ereditaria al fruttosio
Insufficienza renale cronica	Ureterosigmoidostomia
Rachitismo ipofosfatemico vitamina D dipendente	Assunzione cronica di tetracicline, sulfamidici, piombo, acetazolamide
Di tipo I	Mieloma multiplo
Di tipo II	Sindrome nefrosica
DEPLEZIONE DI EOSEFATI	DIFETTI PRIMITIVI DELLA MINERALIZZAZIONE
	Ipfosfatemia ereditaria
	Trattamento cronico con bisfosfonati
	Trattamento cronico con fluoruri
	SITUAZIONI DI RAPIDA NEOFORMAZIONE OSSEA
	Iperparatiroidismo operato
	OSTEOGENESI IMPERFETTA
	ALTRE CAUSE
	Alimentazione parenterale

malacia.

Esame radiografico del bacino: soluzione di continuità della corticale ossea a livello della branca ileo-pubica sinistra, indicativa di "frattura da fragilità".

Diagnosi

Osteomalacia ipofosforemica ed iperparatiroidismo secondario.

Una rivalutazione dei rilievi anamnestici fa emergere un'assunzione cronica di antiacidi (idrossido di alluminio da almeno dieci anni) per una esofagite da reflusso. La somministrazione di antiacidi viene prontamente sospesa ed il paziente inizia il trattamento con un inibitore di pompa protonica, colecalciferolo e dieta ad elevato apporto di alimenti ricchi di fosfato.

Discussione

L'osteomalacia è una osteopatia demineralizzante di natura metabolica caratterizzata dalla presenza di tessuto osteoide non calcificato in misura superiore alla norma¹. Il quadro clinico si caratterizza per una ipostenia della muscolatura prossimale degli arti (miopatia prossimale), dolore osseo diffuso, fratture da fragilità e calcificazioni extrarticolari². Le cause che conducono a tale condizione sono riassunte nella tabella 1.

Metabolismo fosfo-calcico: lieve riduzione della fosforemia, della fosfaturia delle 24 ore, un valore di vitamina D3 ai limiti inferiori del range di normalità (valore normale >30 ng/ml), aumento della fosfatasi alcalina ossea e lieve iperparatiroidismo.

Ecografia del collo e dell'addome: non alterazioni di rilievo. Esame radiografico del rachide dorso-lombare: deformazione a lente biconcava dei corpi vertebrali a carico di tutte le vertebre lombari e calcificazioni dei legamenti paraspinali.

Nel caso specifico, l'osteomalacia ipofosforemica risulta causata da una alterazione del metabolismo del fosfato, che può essere determinata da un ridotto apporto con la dieta, da diminuito assorbimento (by pass digiuno-ileali, malattia celiaca, assunzione di antiacidi come idrossido di alluminio e sali di magnesio) o da un ridotto ri-assorbimento a livello del tubulo-renale (malattie del tubulo renale)³⁻⁴⁻⁵.

Il reperto radiologico principale è caratterizzato da un assottigliamento della corticale, da un sovvertimento delle trabecole e dalla presenza di pseudofratture (linee di Looser), espressione di "lacerazioni" senza spostamento dei margini

Nel caso di livelli sierici di vitamina D inferiori a 30 ng/ml, è indicata la somministrazione di colecalciferolo (il cui dosaggio dovrà essere modulato sulla base della gravità del deficit) o di calcitriolo, se coesiste una insufficienza renale cronica di grado medio o severo. Nel caso di deficit di fosforo lieve-moderato questo dovrà essere corretto solo con una modifica dell' alimentazione (prediligendo alimenti ricchi di fosforo), mentre nei casi gravi dovrà essere somministrato fosforo per via orale.

In presenza di una riduzione della densità minerale ossea,

n-
llo
te-
ra
n-
è

08;

on,
ev

nd

io-
08

ng

/li-

ed

GIOVANNI DI BENEDETTO

Chirurgia plastica ricostruttiva
Università Politecnica delle Marche

Chirurgia plastica Attualità e futuro

La chirurgia plastica è una branca della chirurgia volta a trattare l'aspetto morfologico dell'individuo. Non è dunque una chirurgia d'organo o di distretto, ma del corpo nella sua interezza; il suo intento è quello di ricondurre quanto appare deviato entro i confini della normalità con il ripristino della funzione che tale anomalia di forma va a determinare.

Normalità e bellezza costituiscono concetti innati e universali in quanto connaturati alla mente umana e rispondenti all'armonia matematica.

Già dai tempi più antichi filosofi, scienziati, artisti e biologi hanno tentato più volte di ricostituire una definizione della normalità la quale sembrava essere strettamente correlata alla proporzione delle parti e al rispetto della simmetria.



Fig. 1 - Lembo indiano

Vitruvio nel I secolo a.C. scriveva: "La simmetria è l'armonia appropriata che emerge dalle membra dell'opera stessa e la corrispondenza metrica che risulta dalle parti separate in rapporto all'aspetto dell'intera figura..."

La storia della chirurgia plastica affonda le sue radici in epoche remote.

In India già nel IX secolo a.C. si praticava correntemente la ricostruzione del



Fig. 2 - Illustrazione del De curtotum chirurgia per insitionem di Gaspere Tagliacozzi (1597).

naso (Fig 1) per rimediare alla sua amputazione, pena stabilita per adulterio. L'operazione era eseguita usando un lembo di cute frontale, disegnato sulla forma di una foglia disposta verticalmente con il picciolo in corrispondenza della glabella, ruotato di 180°. Nonostante questo metodo fosse basato su presupposti anatomo-fisiologici prettamente empirici, questi erano di tale validità che tracce del "metodo indiano" vengono ritrovate anche in Grecia, nella Roma Antica e nel Mondo Arabo.

Al "metodo indiano" segue, dopo una lunga pausa di arresto della disciplina, il "metodo italiano" ideato intorno al 1400 per ricostruire il naso, organo che veniva frequentemente perduto negli scontri con armi bianche; esso consisteva nell'utilizzazione di un lembo ricavato sulla superficie interna del braccio che veniva trasferito al volto con una serie di operazioni successive.

Questa metodologia viene descritta in quello che viene universalmente riconosciuto il trattato capostipite della chirurgia plastica: il De curtotum chirurgia per insi-

Letture tenuta nell'Aula Magna di Ateneo, alla Settimana Introductiva alla Facoltà, per il Ciclo di conferenze Memoria ed Attualità della Medicina, il 2 ottobre 2010.

tionem (Chirurgia delle mutilazioni per mezzo di innesti) scritto nel 1597 da Gaspare Tagliacozzi professore di anatomia e chirurgia dell'Università di Bologna. (Fig. 2)

"... tagliare pelle e muscolo dal braccio sinistro... come pareva a loro che fosse grossa bastanza... e tagliarono quella pelle ad una banda e la cucivano al naso... fintanto che la pelle non era saldata insieme col naso... la tagliavano ad alta banda... e la cuscivano... che fosse saldata insieme al labbro..."

"... il povero gentiluomo restò senza naso ed io che l'avevo in mano tutto pieno di rena li pisciai suso, e lavavo col piscio gli attaccai e lo cuscii benissimo e dopo otto giorni lo trovai che era riattaccato benissimo..."

(Leonardo Fioravanti - 1582 - Medico e chirurgo dell'Università di Bologna)

L'opera di Tagliacozzi venne condannata dai tribunali ecclesiastici come contro natura e per questo il suo corpo venne esumato e sepolto in terreno sconsecrato.

La rinascita della chirurgia plastica si colloca tra il XVIII e il XIX secolo quando tornò in auge la tecnica indiana citata e rivisitata in Rhinoplastik e nel Die operative Chirurgie trattati rispettivamente attribuibili a von Graefe e Dieffenbach.

"Separati che furono i pezzi da innestarsi, comparse la ferita di ellittica forma e gli in tegumenti si ritirarono tutti all'intorno.... questi due brani di pelle caldi ancora fumanti, furono rimessi alle ferite.... nel riattaccarli si ebbe tutta la cura di ridurre a mutuo contatto la ritirata pelle dai bordi delle ferite.... undici giorni dopo l'innesto si fece un'incisione cutanea al centro del pezzo trapiantato, e con grata maraviglia, ne vidimo sortir sangue"

"...non bastò la nostra diligenza a impedire che le vi si attaccassero le piccole paglia della terra che non solo impedirono l'adesione, ma vi indussero una valida suppurazione che fece staccare i pezzi applicati e cadere imputriditi: bastò la copertura della terra allumino.... e vidimo sorgere dei pezzetti di pelle nel mezzo dell'enorme ferita.... i quali si dilatarono a guisa di tante isolette.... al termine di quaranta giorni tutto era perfezionato il tegumento". (Giuseppe Baronio 1759-1811)

Il maggiore impulso alla ricerca di nuove metodiche di chirurgia plastica ricostruttiva si è avuto però in occasione dei grandi eventi bellici le cui armi sono state inevitabilmente causa di nuove mutilazioni. Successivamente alla prima guerra mondiale vennero organizzati i primi centri dedicati alla ricostruzione dei reduci sfigurati

(Sir Gillies 1916). È con la seconda guerra mondiale che la chirurgia plastica esce dalla fase pionieristica e definisce il suo ambito di competenza: viene affrontato il razionale del trattamento delle ustioni, delle lesioni nervose periferiche, dei traumi complessi della regione cranio-facciale e degli arti, delle piaghe da decubito, della traumatologia della mano.

Le lesioni di interesse della chirurgia plastica possono essere ordinate in due gruppi:

- lesioni congenite, dovute a deviazioni del normale sviluppo embrionale e quindi già presenti dalla nascita;
- lesioni acquisite durante il corso della vita, dalla nascita in avanti.

Le tecniche di base della chirurgia ricostruttiva possono essere distinte in innesti e lembi.

Innesti

L'innesto è una metodica utilizzata in chirurgia plastica per riparare perdite di sostanza non risolvibili mediante semplice avvicinamento dei margini (Fig 3). Consiste nel trasferimento di una porzione di tessuto, privato delle sue connessioni vascolari, dalla sua originale sede (donatrice) ad un'altra (ricevente).

Gli innesti possono essere classificati in autologhi (quando il donatore e il ricevente sono la stessa persona) e omologhi (quando il donatore e il ricevente sono due persone diverse appartenenti alla stessa specie).

Il primo innesto autologo risale al 1869 ad opera del Dott. Jacques-Louis Reverdin, chirurgo di origine svizzera, Professore dell'Università di Ginevra, il quale è il responsabile dell'ideazione del "pinch graft", altresì definito "Reverdin graft", ovvero la procedura che prevede la rimozione di sottili pezzi di cute da un'area sana

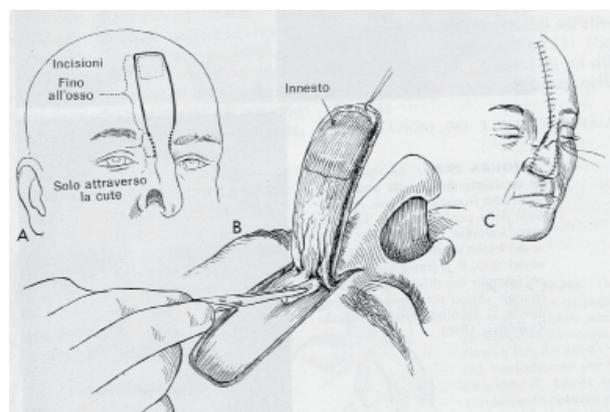


Fig. 3 - Metodica dell'innesto.

a quella necessitante di copertura. L'anno successivo Le Fort corregge con successo un ectropion della palpebra inferiore con innesto di cute a tutto spessore, prelevato dal braccio, ottenendone l'attecchimento.

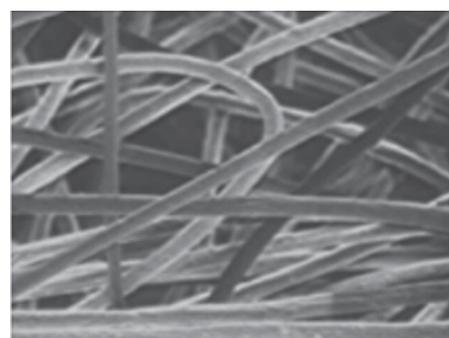
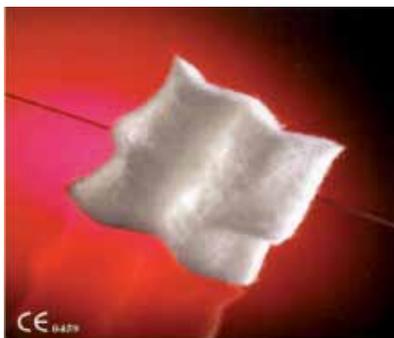
Contemporaneamente (1872) è Ollier a praticare con successo il trasferimento di innesti a medio spessore. Nel 1881 Monod commenta alcuni interventi effettuati da Meyer a Parigi nel trattamento di neoplasie, riportando le osservazioni personali su 40 casi sottolineando che solo l'autoinnesto ha la possibilità di attecchire definitivamente, che l'asportazione del grasso dell'innesto e la medicazione compressiva favoriscono l'attecchimento dell'innesto e che gli innesti prelevati da alcune parti del corpo offrivano risultati estetici migliori. Da allora l'impiego degli autoinnesti di cute si è diffuso nella chirurgia ricostruttiva principalmente nel trattamento di ustioni. Indicazioni importanti all'utilizzo di questa tecnica sono però anche le ulcere diabetiche, vascolari e post-traumatiche nelle quali la lesione non può essere portata a guarigione mediante l'utilizzo di medicazioni avanzate.

Il prelievo dell'innesto avviene mediante l'utilizzo

del bisturi o di dermatomi. La sede del prelievo viene scelta a seconda dello spessore dell'innesto e del tipo di lesione da riparare. Qualora la superficie da riparare sia eccessivamente estesa rispetto alle possibilità donatrici delle porzioni di cute indenne (come avviene spesso nelle ustioni particolarmente estese) si ricorre all'utilizzo di un mesher, ovvero di un apparecchio capace di praticare delle incisioni sull'innesto prelevato in modo che questo possa estendersi a rete (mesh-graft) incrementando fino a 5 volte la sua superficie.

Innesti alloplastici (innesti tra due individui della stessa specie) ed innesti eteroplastici (innesti effettuati tra individui appartenenti a specie diverse) sono solitamente utilizzati come copertura biologica di lesioni estese in modo da proteggere dalle infezioni, limitare le perdite liquide, attenuare il dolore e favorire la pulizia del fondo della lesione.

Ormai da qualche decina di anni la scienza sta indirizzando i suoi studi allo sviluppo di tessuti ingegnerizzati che possano sostituire il derma o l'epidermide con la quale sarebbe possibile coprire grandi perdite di sostanza senza prelevare innesti autologhi.



Figg. 4, 5, 6 - Derma bioingegnerizzato

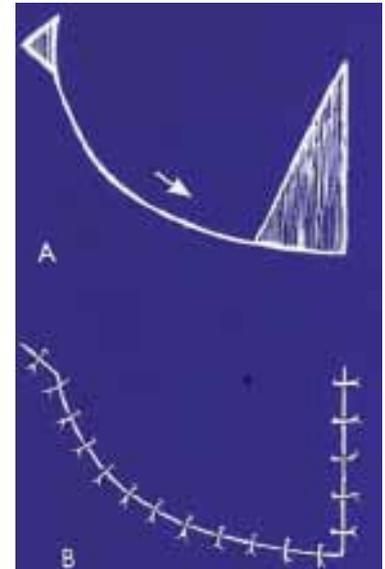
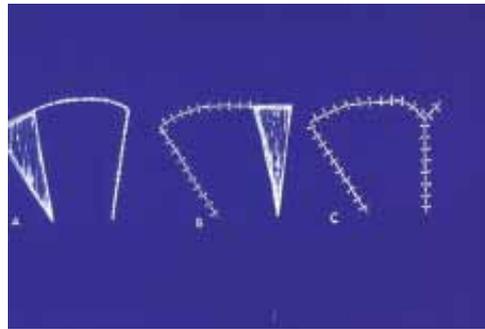
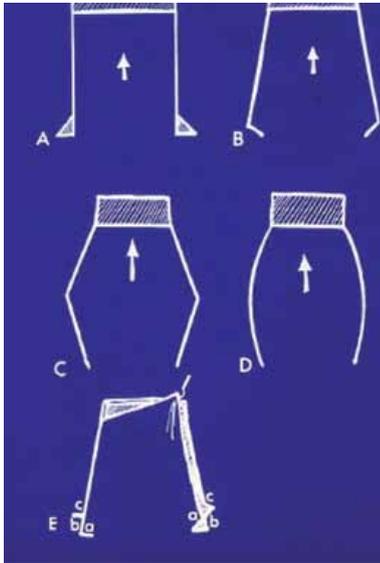


Si tratta nel primo caso di derma autologo bio-ingegnerizzato (Fig 4, 5, 6) ovvero dello sviluppo di un supporto tridimensionale per innesti dermali derivante dalla semina di fibroblasti autologhi, nel secondo caso (Fig 7, 8) di epidermide bio-ingegnerizzata ovvero lo sviluppo di una membrana da utilizzare per innesti epiteliali derivante dalla proliferazione di cheratinociti autologhi.

Lembi

Con il termine lembo si indica il trasferi-

Figg. 7, 8 - Epidermide bioingegnerizzata



Figg. 9, 10, 11 - Lembi random

mento di un organo o di un tessuto che mantiene connessioni vascolari con la zona donatrice. L'integrità del peduncolo può essere rispettata o mantenendo intatto il peduncolo stesso o recidendolo e poi abboccandolo al sistema vascolare dell'area ricevente. I lembi, a differenza degli innesti, mantengono integralmente le caratteristiche della pelle in quanto sono forniti di tessuto sottocutaneo e di normale vascolarizzazione.

In base alla vascolarizzazione possono essere suddivisi in lembi random (Fig 9, 10, 11) (quando la vascolarizzazione non è identificabile), arterializzati (Fig 12) (quando il loro peduncolo è chiaramente visibile) e liberi (nei quali le connessioni vascolari vengono ristabilite mediante anastomosi microchirurgiche).



Fig. 12 - Lembo arterializzato.

In base alla geometria i lembi possono essere utilizzati per coprire eventuali perdite di sostanza cutanea mediante avanzamento (quando il lembo viene stirato in direzione dei suoi lati maggiori fino a colmare la perdita di sostanza), trasposizione (quando il lembo viene scolpito con uno dei lati maggiori in coincidenza di uno dei margini della sostanza da riparare) e rotazione (quando il lembo viene scolpito in regione adiacente alla perdita di sostanza e con la quale condivide un solo punto in corrispondenza di un estremo del peduncolo).

Ricostruzione della mammella

La ricostruzione chirurgica della mammella trova i suoi fondamenti storici nel trattato chirurgico di Angelo Cannoni (Fig 13) (1744).

"... condotta l'ammalata in una stanza lontana dal tumulto e fattala sedere sopra una sedia le fasciai i cubiti insieme ... un giovine teneva alzato il capo all'ammalata. Un altro abbracciò tutta la mammella scostandola dal petto ... la mammella tutta in un colpo perpendicolare all'orizzonte fu staccata dal petto ... soddisfatto che non vi rimanesse punto del canceroso, unii le labbra della ferita con otto punti... terminai un'operazione che non fu punto turbata dai lamenti dell'ammalata...

...in mezzo alla ferita si formò una piaga che medicai con lavande all'idromele e la donna partì dallo spedale il giorno quarantesimo terzo dall'operazione guarita del male del petto..."

Gli obiettivi della ricostruzione mammaria sono indi-

rizzati a creare un rilievo simile alla mammella residua per forma, volume e proiezione; contenere le cicatrici all'interno di un normale capo di abbigliamento; garantire un décolleté simmetrico; consentire una vestibilità uguale a "prima" evitando l'utilizzo di protesi esterne. La ricostruzione mammaria può avvenire contestualmente all'asportazione della ghiandola mammaria (*ricostruzione immediata*) o essere *differita* nel caso in cui la paziente debba essere sottoposta a trattamento radioterapico. In entrambi i casi si può prendere in considerazione l'utilizzo di materiale eterologo, esterno all'organismo, ovvero espansori mammari o protesi mammarie definitive in gel coesivo di silicone; o materiale autologo, proprio, che prevede il trasferimento di lembi miocutanei o muscolari, ad isola (muscolo gran dorsale o TRAMF) o microchirurgici (DIEP), ed eventuale ulteriore rimodellamento mediante trapianto di grasso (*lipofilling*).



Fig. 13 - Trattato chirurgico di Angelo Nannoni.

Esiste anche la possibilità, qualora la paziente ne esprima il desiderio, di ricostruire il c.a.c. (complesso areola capezzolo) mediante un breve intervento, in anestesia locale, consistente nel posizionamento di un innesto libero di cute prelevato dalla regione inguinale pro-areola e di un piccolo lembo locale pro-capezzolo.

Da non sottovalutare inoltre l'impatto psicologico e sociale nella paziente che si sottopone ad intervento di ricostruzione della mammella post mastectomia la quale trae un notevole giovamento nella qualità di vita qualora gli esiti chirurgici siano soddisfacenti.

Nuove frontiere della chirurgia plastica

Attualmente la chirurgia plastica, sia essa ricostruttiva che estetica, rimane una disciplina in continua evoluzione ed espansione, come dimostrano casi particolari come i pazienti sottoposti a trapianto di faccia, di arti o di parete addominale. Tali interventi, ancora peraltro eseguiti sporadicamente, possono essere effettuati da donatore non vivente e si affiancano alla chirurgia dei trapianti d'organo. Tali metodiche, pur aprendo delle prospettive nuove, forse fino a qualche anno fa inimmaginabili, non sono purtroppo scerve da problematiche sia di tipo clinico che etico.

Rimane sempre aperta la possibilità di rigetto d'organo, che costringe dunque ad effettuare una prolungata terapia immunosoppressiva, mentre, e questo è forse il problema più rilevante, rimane ancora da chiarire l'aspetto etico di tali interventi chirurgici, proprio per le sequele legate alle difficoltà nel riconoscersi nella nuova immagine corporea.

Accanto ai concetti chirurgici tradizionali stanno nascendo sempre di più tecniche e tecnologie da associare a ciò che fino ad oggi era considerato dogma in chirurgia plastica e ricostruttiva. In sintesi attualmente si fa sempre più uso di fattori di crescita, tessuti di laboratorio e cellule staminali che hanno il compito di sostituire i tessuti non in senso quantitativo, ma nell'ottica dell'induzione riparativa dei tessuti dell'organismo ricevente. È proprio sulla parola "induzione" che si basa la sfida del presente-futuro della nostra specialità. Lo scopo da raggiungere è quello di ottenere il massimo da tecniche ricostruttive che sfruttino lembi sempre più evoluti uniti a tessuti, fattori di crescita, o addirittura cellule, che inducano una corretta ricostruzione da parte dei diversi tessuti umani.

Religione, Politica, Istituzioni

Il Prof. Roberto Tagliaferri è da molti anni docente all'Istituto Santa Giustina di Padova ed alla Facoltà Teologica dell'Emilia Romagna. I suoi vasti interessi scientifici abbracciano l'epistemologia e l'estetica. È autore di un gran numero di articoli e di numerosi libri. Fin dal suo inizio, la partecipazione di Roberto Tagliaferri alla realizzazione del Forum di Etica Generale è stata costante, con contributi sempre diversi su temi di grande attualità. La tematica affrontata quest'anno trova un punto di partenza nel mondo antico, quando non c'era concetto di religione distinto dalla cultura, la religione coincideva con la cultura e la sua istituzionalizzazione coincideva con lo Stato. Una problematica dei nostri giorni è l'inevitabile confronto tra il nostro mondo occidentale, sempre più laico, a contatto sempre più stretto con altre culture che continuano a credere religiosamente e tengono una religione civile non disgiunta dalla politica. Gli interrogativi che travagliano il vecchio continente sono pressanti e riguardano il suo futuro: può esistere la laicità dello Stato senza radici religiose? Alcuni sostengono che uno Stato senza religione è destinato alla rovina perché manca una "trascendenza" per formare l'accettazione pubblica dei valori condivisi. Quali dovrebbero essere allora i nuovi contrappesi tra religione, laicità ed etica pubblica? Il seguente testo del Prof. Tagliaferri non fornisce una risposta, è intenzionalmente conciso e sotto forma di sentenze brevi che costituiscono altrettanti spunti di riflessione.

Giovanni Principato

Status quaestionis

La modernità è stata caratterizzata dall'emancipazione della sfera politica dalla religione.

Questo fenomeno va sotto il nome di secolarizzazione, che lentamente assume caratteri anti-religiosi.

La Rivoluzione francese gridava il motto di Voltaire: *Ecrasez l'infâme*.

Crisi

La crisi dei due universalismi concorrenti e complementari della Chiesa e dell'Impero è già aperta quando Dante nella Monarchia ne descrive i confini.

L'origine del problema deriva da "La città di Dio" di Agostino, che indicò nella Chiesa l'erede dell'Impero Romano.

ROBERTO TAGLIAFERRI

Teologo

Istituto Santa Giustina Padova

Rottura

Lutero esaspera la separazione agostiniana tra la città terrena e la città celeste (Scritti politici, UTET, p. 510).

La mancata riforma della Chiesa cattolica in polemica contro Lutero ha favorito un atteggiamento di ostilità verso il cattolicesimo romano.

Modello contrattualistico

Il modello contrattualistico sostituisce il modello classico e traccia l'ordine politico legittimo come la convivenza tra uomini liberi e uguali che si organizzano come se fossero nella condizione pre-politica dello stato di natura.

La proclamazione dei diritti umani ha fortemente esaltato la soggettività individualistica, che fatica ad armonizzarsi con i doveri sociali.

Hobbes e Kant

Hobbes destruttura la società naturale di ineguali assestata su ordini gerarchici e formula due tesi:

1. Gli uomini sono uguali.
2. Gli uomini sono conflittuali.

L'unica via d'uscita è il patto sociale: "io autorizzo e cedo il mio diritto di governare me stesso a quest'uomo o a questa assemblea di uomini, a questa condizione, che tu gli ceda il tuo diritto, e autorizzi tutte le sue azioni in maniera simile" (Leviatano).

L'appello kantiano alla razionalità dell'azione politica soffre della mancanza di miti "trascendenti la soggettività" condivisi a fondamento dell'etica pubblica.

Crisi della laicità e ritorno della teocrazia?

Europa laica e contro la religione, america religiosa (P. Berger).

Mentre il mondo crede ferocemente, l'Europa è contro il Cristianesimo e contro i simboli della sua cultura religiosa. Cf. le polemiche sul crocifisso o sui presepi.

Europa "caso anomalo", che pensava di imporre al mondo il modello secolarizzante e invece si trova superata.

J. Habermas sostiene che lo spirito contemporaneo è caratterizzato da due tendenze opposte: il naturalismo scientifico e il crescente influsso politico delle ortodossie religiose.

Il ritorno delle religioni nel panorama della geopolitica ha messo in discussione il modello laico dell'Europa.

Religione politica

Secondo J. Casanova le religioni riconquistano la sfera

pubblica per la crisi della privatizzazione secolarizzante della fede.

Nonostante le polemiche contro questa tesi, rimane inavaso il problema posto con forza anche dallo studioso islamico Talal Asad, secondo il quale la distinzione tra religione e politica sarebbe una creazione illuministica europea, che ha prodotto la ragione autonoma e la fede soggettiva, anticlericale e anticristiana.



Crisi dello stato liberale

Secondo Wolfgang Böckenförde, lo Stato liberale e laicizzato si nutre di presupposti normativi che esso di per sé non è in grado di garantire.

Nello stesso occidente vi è una grande differenza tra l'Europa e gli Stati Uniti d'America. Mentre per l'illuminismo europeo l'idea essenziale è la "libertà dalla fede", per l'illuminismo americano si parla di "libertà di credere".

Il conflitto tra Chiesa e Stato in Europa dimentica spesso che gran parte dei cosiddetti valori laici autonomi hanno la loro radice nel Cristianesimo.

Specificatamente:

1. La visione teleologica del mondo e l'idea di progresso.
2. L'uguaglianza degli uomini.
3. L'idea utopica e chilistica della storia.
4. Il razionalismo concettuale e il livello critico per la ricerca della verità.
5. Autonomia delle realtà create, quindi anche di Stato e Chiesa.

Problemi

Il principio di democrazia deve temperare lo strumen-

to del diritto e il principio dell'accordo tra tutti i cittadini. Oggi assistiamo invece allo sgretolamento tra normatività delle leggi e consenso dei cittadini.

Gli interrogativi che travagliano il Vecchio Continente sono pressanti e riguardano il suo futuro perché è ormai chiaro che il suo modello è superato.

L'Europa è secolare perché è moderna oppure è secolare perché è europea? Può coesistere la laicità dello Stato senza radici cristiane? Su quali eventuali basi? Basi anche non religiose? Oppure uno Stato senza Religione è destinato alla rovina perché manca una "trascendenza" per formare l'accettazione pubblica dei valori condivisi?

Superamento

J. Habermas sostiene che bisogna superare la dicotomia tra le libertà liberali dell'individuo privato e la sovranità popolare.

Soprattutto gli stati laici devono trarre il livello motivazionale dei valori condivisi dalle religioni.

Compatibilità e complementarietà

All'individualismo esasperato bisogna sostituire una complementarietà tra diritti individuali e Senso del gruppo di appartenenza sociale.

Ritorna prepotente la tesi di E. Durkheim: la società senza la religione è destinata al fallimento.

D'altra parte la religione non è altro che la società ipostatizzata. Rappresenta il valore trascendente rispetto all'individuo.

Anche Roy Rappaport sostiene che il livello di accettazione pubblica dei valori condivisi è opera dei riti religiosi, che agiscono anche al di là delle proprie convinzioni personali.

Esempio dei funerali, che vedono il concorso di tutti anche dei non credenti.

Compito della politologia

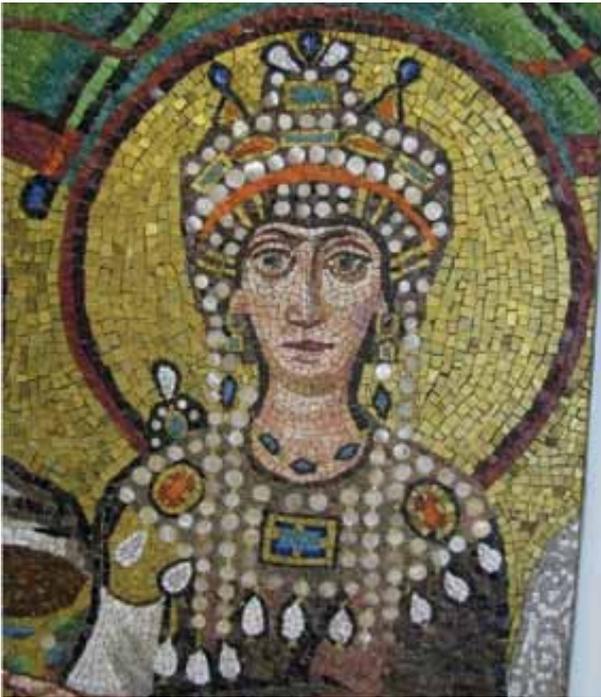
Il compito della politologia è indicare le grandi categorie di diritti democratici che poi i cittadini riempiranno di contenuti:

1. Diritti individuali.
2. Diritti di membro associato.
3. Diritti in giudizio.
4. Diritti democratici.
5. Diritti di ripartizione sociale.

Principio di democrazia minimale

Per Habermas è fondamentale per la democrazia non

tanto la decisione a maggioranza, quanto il processo discorsivo che ha condotto ad essa.



Potere comunicativo

“A stretto rigore questo potere comunicativo nasce dall’interazione che si crea tra una formazione della volontà istituzionalizzata come stato di diritto, da un lato, e sfere pubbliche culturalmente mobilitate, dall’altro; queste ultime, a loro volta, poggiano sulle associazioni di una società civile egualmente separata sia dallo stato che dall’economia”.

A questo punto interagisce la religione con la politica.

Religione e politica

Il problema è come armonizzare il principio della separazione tra stato e chiesa e il contributo che la religione dà alla politica senza chiedere ai credenti “il principio di giustificazione laica”.

Un modello di soluzione (secondo H. Habermas)

“Lo Stato liberale non deve trasformare la debita separazione istituzionale tra religione e politica in un peso mentale e psicologico che è impossibile imporre ai suoi cittadini credenti.

D’altro canto, esso non può non aspettarsi da loro che

riconoscano il principio dell’esercizio ideologicamente neutrale del potere.

Ciascuno deve sapere e accettare che oltre la soglia istituzionale che separa la sfera pubblica informale da Parlamenti, Tribunali, Ministeri e Amministrazioni, contano soltanto le ragioni laiche” (Habermas, TSF, p.33).

Peso politico della religione

“I cittadini credenti possono benissimo riconoscere questa ‘riserva istituzionale di traduzione’ senza dover scindere la loro identità in parti pubbliche e private non appena partecipino a pubbliche discussioni. essi dovrebbero quindi poter esprimere e motivare le loro convinzioni in un linguaggio religioso anche quando non trovano per esse ‘traduzioni’ laiche.

Ciò non deve assolutamente estraniare i cittadini ‘monoglotti’ dal processo decisionale della politica, perché anche quando adducono ragioni religiose, essi prendono posizione con intento politico” (pp. 33-34).

Surplus

“Lo Stato liberale è infatti interessato all’ammissione di voci religiose nella sfera pubblica politica, come pure alla partecipazione politica delle organizzazioni religiose.

Esso non può scoraggiare i credenti e le comunità religiose dall’esprimersi come tali anche politicamente, perché non può sapere se in caso contrario la società laica non si privi di importanti risorse di creazione di senso . . .

Questo potenziale fa del discorso religioso, in adeguate questioni politiche, un serio candidato a possibili contenuti di verità, che in seguito possono venir tradotti dal lessico di una determinata comunità religiosa in un linguaggio universalmente accettabile” (33-34).

Religione, Politica e Istituzioni

Il terzo elemento del rapporto tra Religione, Politica e Istituzioni (o Stato) complica il sistema perché la Politica si deve secolarizzare dalla Religione per poi darsi una trascendenza (riformabile) nelle Istituzioni.

Infatti senza una trascendenza istituzionale la Politica non solo non avrebbe autorità e non avrebbe regole certe.

Problemi residui

Un problema è come rendere le Istituzioni trascendenti e contingenti contemporaneamente.

Un altro problema è la revisione della separazione o dello scontro tra Religione e Istituzione in Europa.

Un terzo problema è come evitare il relativismo istituzionale per i continui cambiamenti legati al mutare

continuo dei costumi in modo disomogeneo.

Un quarto problema è la difficile sovrapposizione tra diritto divino e diritto secolare (S. Ferrari)

Di qui il conflitto fra logica del precetto divino e norma umana. Per vivere da cittadini tutelati dalla legge basta osservare le norme o si devono condividere i valori? La laicità dello Stato ha bisogno di una religione civile o gli basta l'osservanza esteriore dei cittadini? Quando non c'è convincimento, basta la "laicità asimmetrica"?

Un ultimo problema: è possibile una composizione tra precetto, ragione e coscienza? Se non si vuole un'obbedienza solo formale, ma coscienziale non si dovrà scomodare la motivazione religiosa, dove il diritto divino è alla base della normatività della legge positiva e dell'obbedienza dell'uomo?



Esempio americano di Religione e Stato

Un esempio di gestione del problema tra Religione, Politica e Istituzione è rappresentato dagli USA. Sul dollaro vi è inciso l'Occhio di Dio, il Presidente giura sulla Bibbia al momento dell'insediamento per esprimere il fondamento religioso dello Stato laico.

In Europa si discute per togliere il Crocifisso dai luoghi pubblici in nome della laicità neutra dello Stato e della tolleranza verso tutte le Religioni. Il risultato è un forte spirito anticristiano e la perdita dell'identità sociale trascendente rispetto ai diritti degli individui perché la mitologia dei valori illuministici si scontra con le razionalità multietniche. Un iman sosteneva in un dibattito pubblico: "Con la vostra tolleranza vi invaderemo". Senza combat-

tere l'identità illuministica europea sarà travolta in forza dei suoi presupposti senza radici trascendenti.

In America si tengono i simboli religiosi tradizionali per fondare la laicità dello Stato e per la possibilità di esistenza di tutte le religioni. Tutte le Religioni hanno udienza in USA perché lo Stato laico non è neutro, ma esibisce la sua identità fondata sulla tradizione religiosa cristiana.

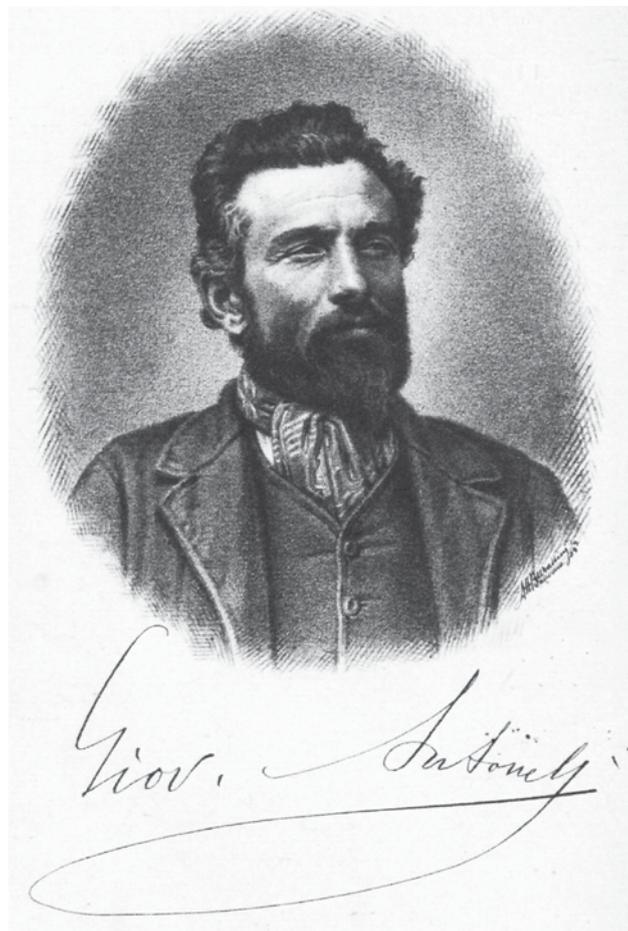
Bibliografia

- 1) Petrucciari S,M, *Modelli di Filosofia Politica*, Torino, Einaudi, 2003
- Lezioni Bobbio. Sette Interventi su Etica e Politica, Torino, Einaudi, 2006.
- 2) J. Habermas, *Fatti e Norme. Contributi a una Teoria Discorsiva del Diritto e della Democrazia*, Milano, Guerini e Associati, 1996.
- 3) J. Habermas, *Tra Scienza e Fede*, Bari, Laterza, 2006.
- 4) J. Casanova, *Oltre la Secolarizzazione. Le religioni alla Riconquista della Sfera Pubblica*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- 5) H. Arendt, *Le Origini del Totalitarismo*, Torino, Einaudi, 2004.
- 6) U. Beck, *Il Dio Personale. La Nascita della Religiosità Secolare*, Bari, Laterza, 2009.
- 7) E.W. Said, *Orientalismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
- 8) Talal Asad, *Formations of the Secular Christianity, Islam, Modernity*, Stanford University Press, Stanford, California, 2003.
- 9) G. Himmelfarb, *The Roads to Modernity: The British, French and American Enlightenments*, New York, Vintage Books, 2004.
- 10) P. Jenkins, *La Terza Chiesa: il Cristianesimo nel XXI Secolo*, Roma, Fazi, 2004.
- 11) P. Berger, G. Davie, E. Fokas, *Religious America, Secular Europe? A Theme and Variations*, Aldershot, Ashgate, 2008; tr. it. *America Religiosa, Europa laica? Perché il Secolarismo Europeo è una Eccezione*, Bologna, Il Mulino, 2010
- 12) M. Beard, J. North, S. Price, *The Religion of Rome* (2 volumi), Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- 13) J. Rüpke, *La religione dei Romani*, Torino, Einaudi, 2004.
- 14) J. Wallerstein, *Comprendere il Mondo. Introduzione all'analisi dei Sistemi-Mondo*, Trieste, Asterios, 2006.
- 15) R. King, *Orientalism and Religion. Postcolonial Theory, India and 'the mystic East'*, London and New York, Routledge, 1999.
- 16) T. Fitzgerald, *The Ideology of Religious Studies*, New York and Oxford, Oxford University Press, 2000.
- 17) R. A. Segal, *The Invention of World Religions: The Critics*, "Method Theory in the Study of Religion", 20, 2008, pp. 11-113.
- 18) T. Masuzawa, *The Invention of World Religions: Or, How Europea Universalism Was Preserved in the Language of Pluralism*, Chicago, University of Chicago University Press, 1987.
- 19) S. Ferrari, *Legge di Dio e dovere degli uomini*, in *Le Religioni e il Mondo Moderno. Nuove tematiche e prospettive*, vol. IV, Torino, Einaudi, 2009
- 20) R.J. Neuhaus, *Secolarizzazione, per Usa ed Europa destini diversi*, "Vita e Pensiero", XCII, 2009, n.2, pp. 69-79.
- 21) Pippa Norris, Ronald Inglehart, *Sacro e Secolare. Religione e Politica nel Mondo Globalizzato*, Bologna, Il Mulino, 2007.
- 22) P. Jenkins, *La Terza Chiesa: il Cristianesimo nel XXI Secolo*, Roma, Fazi, 2004.
- 23) P. Jenkins, *Il Dio dell'Europa: il Cristianesimo e l'Islam in un Continente che cambia*, Bologna, Emi, 2009.

L'odissea di un poeta girovago e libertario tra carceri e manicomi

Il mio primo "incontro" con Giovanni Antonelli avvenne nell'ormai lontano 1978 quando, leggendo l'antologia Poeti della rivolta da Carducci a Lucini (Rizzoli, 1978), rimasi colpito dalla breve nota introduttiva riguardante questo personaggio e dai sei sonetti riportati nel volume. Il ritrovamento, presso la Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, dell'opera di Antonelli Il libro di un pazzo. Note autobiografiche e rime (Tipografia-Editrice Domenico Natalucci, Civitanova Marche, 1892), mi consente ora di strappare dalle nebbie del passato e di riportare alla luce questa singolare figura di artista che ha costituito, quando era in vita, un caso clinico e letterario di rilevanza nazionale.

Dalla "prefazione" al volume, datata 1° novembre 1890, si apprende che al momento della sua stesura Antonelli era ricoverato nel manicomio di Ancona: "Il libro che vado ora a compilare alquanto isolato, in un'altura del manicomio di Ancona, dalla cui sbarra posso godermi il sole, la marina prospiciente Falconara ed i colli deliziosi". Ci viene inoltre comunicato che il libro nasce come "integro parto della mia povera penna", senza l'ausilio di appunti o di altri libri, in quanto "esce tutto dalla mia povera testa sfasciata, persino le date delle tragiche vicende". Si tratta quindi del frutto di una memoria eccezionale che diventa lo strumento per ricostruire in modo conciso ma fedele "la storia colossale di un uomo nuovo per suo cuore e per suo ingegno, fenomenale, per la resistenza del suo fisico e del suo morale di fronte ad un oceano di guai e d'angosce". Antonelli riesce a ricostruire le principali fasi della sua vita segnata da "un immane complesso di supplizi" a far rivivere un "passato gigantesco, spaventoso". Attraverso queste pagine segnate dal dolore,



ALBERTO PELLEGRINO

Sociologo

San Severino Marche (Macerata)

l'autore si propone di presentare se stesso "in rapporto a una società codarda e prepotente che mi preclude ogni via di scampo", convinto che questo suo libro "per importanza psicologica, a nessuno del genere secondo", potrà aprire la strada al suo "risorgimento". Il volume comprende anche una raccolta di composizioni poetiche iniziata nel 1877 e completata fino al momento della pubblicazione. Si tratta di poesie che sono ispirate ai suoi autori prediletti (Tasso, Leopardi e Giusti) e che hanno la forma del sonetto, preferito ad altre tipologie poetiche per la sua brevità e per la naturale predisposizione dell'autore a comporlo. Si tratta di poesie caratterizzate soprattutto dallo "sconforto" e dalla "disperazione", anche se a volte l'ispirazione cessa di essere un fatto soggettivo per essere animata da un "sentimento altruistico", affrontando problemi sociali legati alla malattia mentale, alla politica e alla società in generale. Antonelli ci tiene a precisare che l'autobiografia e la raccolta di versi non sono due parti distinte e separate, perché "uno fa parte dell'altro e si agevolano reciprocamente. Chi leggerà la prima parte, dovrà leggere anco la seconda, essendo di quella la genuina continuazione, anzi, dirò meglio, il compimento. Sì, poiché il cantore degli oppressi ha finito col cantare se stesso, incarnazione di tutti gli oppressi del mondo".

La biografia di Antonelli. L'infanzia e la prima giovinezza

Giovanni Antonelli nasce nel 1851 a Sant'Elpidio a Mare "amena cittadella che sorge a cavaliere di una piuttosto elevata collina sovrastante il mare... infiorato di barche pescherecce, i colli infiorati di città, terre, castelli e ville...il cielo splendido, il clima balsamico offrono un assieme sì armonioso e bello che par ti dica: qua si nasce e si vive felici!". Il piccolo Giovanni è una bambino dall'intelligenza precoce, tanto da comporre versi a soli sette anni. Amante della natura e degli animali,

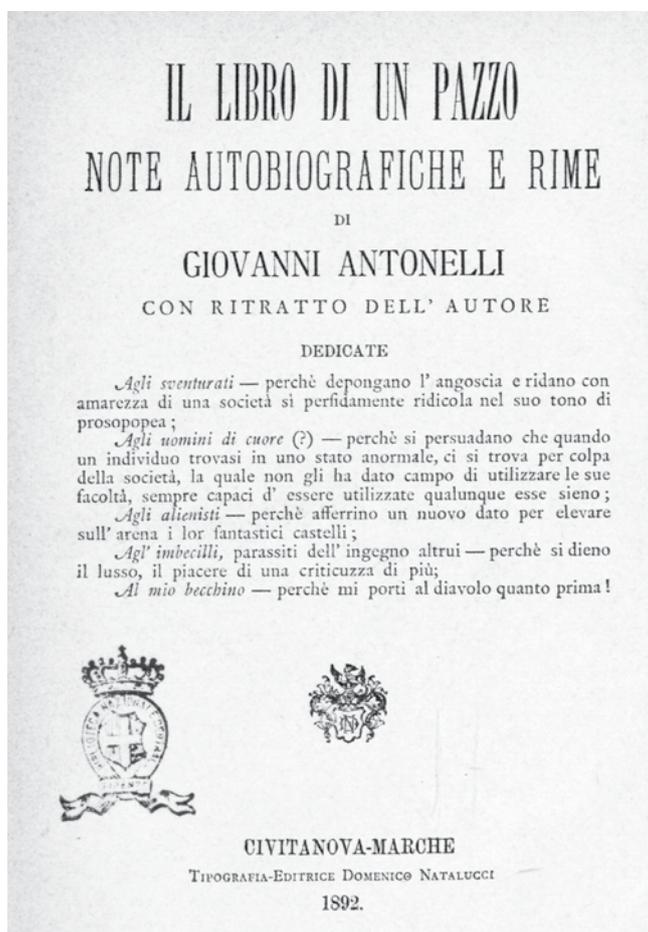
stimato dal suo maestro, anche se invidiato dai compagni di scuola, il bambino viene ammirato dai frequentatori del salotto della contessa Bonaccorsi, moglie del conte Bulgarini. Ma sulla sua famiglia, un tempo benestante, pesa un grave "decadimento finanziario" che ben presto si trasforma in completa rovina: il padre è un uomo dotato di fantasia e di generosità, ma assolutamente inadatto ad esercitare la professione di avvocato e a gestire una famiglia; la madre è una donna ingenua spesso succube del "suo incauto compagno"; pertanto si arriva alla rottura del "loro infausto imeneo". Tutta la famiglia viene travolta da questo evento, che avrà gravi conseguenze per tutti i suoi componenti.

Il piccolo Giovanni, affascinato dagli eventi risorgimentali, nel 1861 interrompe gli studi e, contro il volere della famiglia, decide di arruolarsi nell'esercito, ma viene respinto essendo ancora un bambino. Egli tuttavia non desiste e, nonostante "la ripugnanza che la marineria ispiravami", il 29 agosto 1861 si arruola in Ancona nella marina militare e viene imbarcato come mozzo sul regio brich Daino al comando del capitano Ruffo, un ufficiale omosessuale e ferocemente sadico, che sembra provare un particolare rancore per questo ragazzo che mostra un animo fiero e libertario, infliggendogli punizioni severissime. Il calvario del giovane mozzo continua su altre imbarcazioni (la Corvetta Cristina, i bastimenti Governolo, Ettore Fieramosca, Carlo Alberto, Euridice, Affondatore), dove subisce "strazi identici" da parte della "falange infinita de' cannibali delle onde". Il racconto di Antonelli costituisce una testimonianza diretta e terribile delle sofferenze, delle torture, delle angherie imposte ai mozzi della Regia Marina Militare e che possono essere così riassunte: l'imposizione di lavori impossibili da eseguire per ragazzi di quella età; la punizione più frequente

consiste nell'appendere questi ragazzi, legati con delle funi, ai pennoni più alti degli alberi di un bastimento, lasciandoli dondolare nel vuoto a causa del vento o sferzare dalla pioggia; l'immersione in mare completamente legati e riportati a bordo soltanto quando si raggiunge uno stato semi-asfittico; la condanna a subire punizioni fisiche con almeno cento colpi di bastone, che procurano ferite curate con sale e aceto e gravi lesioni (Antonelli subisce una frattura alla clavicola destra); essere legati sulla tola alle sartie a piedi nudi giorno e notte per lunghi periodi (anche un mese) solo a pane ed acqua; essere incatenati completamente nudi sulla tolda della nave, esposti alle intemperie e al freddo dell'inverno; ricevere cure inadeguate in caso di ferite e malattie.

Lo stesso Antonelli ha la gamba sinistra ricoperta di piaghe sanguinanti, ma il medico di bordo dichiara che si tratta di cosa da nulla; quando la gamba sta per marcire arriva un nuovo medico che diagnostica una grave forma di herpes che viene giudicata inguaribile, mentre il giovane guarisce a Sant'Elpidio durante una licenza straordinaria concessa nel 1863. Antonelli sostiene che tante vite di giovani sono state rovinate in questo modo compresa la sua, perché una serie di sevizie e di violenze hanno per sempre segnato la sua personalità: "Il mio carattere – forse in origine altero, indipendente – fu soggiogato, piuttosto che emendato: ed il giogo si possente d'indomite fiere protratto tant'oltre, cominciò a far sorgere in me una sfiducia nell'individuo... Di guisa che la suscettibilità di un giovane che avrebbe potuto co' suoi talenti consacrare una pagina al paese... fu al più dentro ripercossa sino dal suo verde aprile".

Nel 1866 Antonelli a causa del suo temperamento "vispo, ardente e temperato" ritrova di nuovo in prigione nella caserma degli equipaggi di Genova, sotto consiglio di disciplina. Riesce tuttavia ad evadere



nel 1867 perché vuole unirsi a Garibaldi a Mentana, ma viene arrestato dalla gendarmeria pontificia e chiuso nel carcere di Castel Nuovo di Porto; è successivamente trasferito nel carcere di Terni, dove rimane sei mesi per essere poi consegnato ai carabinieri italiani che lo scortano nel carcere di S. Andrea a Genova, a disposizione dell'Uditore di marina per essere sottoposto al consiglio di guerra, che lo condanna come disertore. L'amnistia regia del 1868 consente il suo trasferimento dal carcere alla 1^a compagnia di disciplina nel Forte Stella di Portoferraio, dove per aver insultato un sergente è accusato di insubordinazione e di nuovo sottoposto al consiglio di guerra. Condannato dal Tribunale militare di Firenze nel febbraio 1869 a due anni di reclusione, Antonelli scontava la condanna nel carcere di Savona in uno stato di segregazione, quasi sempre a pane e acqua, rinchiuso in un'umida cella con la gamba sinistra fissata al muro con una pesante catena che consentiva al prigioniero di fare al massimo tre metri. Antonelli invia clandestinamente una protesta al comandante della Reclusione militare e per risposta viene di nuovo sottoposto a giudizio a Genova, condannato ad un anno di carcere militare da spiare a Prato, dove scrive un opuscolo intitolato *I misteri della fatua brutalità marittima*, ossia il secolo del progresso retrogrado, che gli viene confiscato come "sovversivo". Spedito nel carcere dell'isola d'Elba, vi trova un comandante umano che lo prende a ben volere, lo stima e lo nomina insegnante delle scuole superiori della compagnia di disciplina. Il 1^o maggio 1873 egli viene rimandato al Corpo degli Equipaggi con sede a La Spezia. Giunto nella nuova sede, Antonelli avanza domanda di congedo dopo 12 anni di servizio e per tutta risposta gli sono inflitti 30 giorni di cella di rigore a pane ed acqua. Il 7 maggio 1873 arriva finalmente il congedo illimitato, ma per sfregio viene licenziato con la divisa della compagnia di disciplina (berretto grigio, pantaloni di tela, un lungo cappotto e un tascapane). Antonelli può ritornare a Sant'Elpidio, ma nessuno lo riconosce, tanto che viene fermato dai carabinieri, che lo rilasciano quando vedono il foglio di congedo. Con sconforto commenta l'accoglienza avuta nella città natale: "Nessun conforto ebbi nel mio lido natio.../Eppur se meno sventurato io fossi,/Di me tu meneresti altero vanto,/Gelida spettatrice dei supplizi/Del tuo figlio miglior, matrigna infame!".

Ormai con tante esperienze tragiche alla spalle, Antonelli a soli 22 anni è un uomo maturo anche nell'aspetto secondo la sua stessa descrizione: "Ampio di spalle e di torace; la testa – che tiene sempre scoperta, come se l'avesse in fiamme – relativamente piccola; il volto di bronzo; l'andatura circa dell'Ercole, di cui ricorda la robustezza accoppiata all'energia del leone; fronte spaziosa e tormentata; capelli e barba irti; labbra forti, riarse; gli occhi – piccolini – smarriti in una beffa implacabile, in un furore mortale; qualche linea

differisce dal tipo umano e richiama il mastino, e col mastino Giosuè Carducci". Egli si trasferisce in Ancona dove abitano i suoi genitori e dove il padre spera di trovare una sistemazione, mentre risulterà ancora una volta "gabbato da infami lusinghe", da parte di "gente malintenzionata". Con l'aiuto della madre, egli indossa vecchi abiti civili del padre e con il lavoro di "amanuense" racimola un po' di denaro, per poi recarsi a Roma in cerca di lavoro, arrangiandosi a scrivere lettere per un legale e facendo lo scrivano pubblico. Nonostante abbia delle presentazioni scritte non riesce a trovare un lavoro fisso, per giunta viene derubato del denaro, del passaporto e di tutti i documenti da un mendicante a cui ha dato da mangiare e che ha accolto per pietà nella sua camera d'alloggio. Rivoltosi alla polizia, essendo privo di documenti, viene rinchiuso in carcere per un mese. Una volta dimesso, si trova nella più completa miseria ed è costretto a vagabondare per la città in cerca di un lavoro, ottenendo continui rifiuti. Stremato dalla fame e dal freddo, una notte cade svenuto in Piazza Venezia e viene raccolto da due guardie municipali che lo trasportano nell'Ospedale di S. Spirito. Dopo alcuni giorni ritorna in Ancona e, dopo aver raccolto un po' di denaro, parte per la Romagna e per la Liguria sempre in cerca di lavoro, ma "una barriera insormontabile eretta dalla tirannide umana mi circondava", fino a che nel settembre 1873 è arrestato a Reggio Emilia, perché privo di "mezzi di sussistenza"; dopo quaranta giorni di carcere, viene rimpatriato con foglio di via. Durante la detenzione Antonelli conosce un uomo di Adria che gli assicura di trovargli un lavoro nella sua città, per cui il 16 dicembre 1873, egli parte da Sant'Elpidio a Mare e a piedi si reca fino ad Adria, dove subisce una ennesima delusione perché il suo preteso amico non c'è, la famiglia di questi lo denuncia come vagabondo, ma la polizia, dopo aver controllato il passaporto, lo lascia libero. Antonelli commette l'imprudenza di parlare in un caffè contro le ingiustizie sociali, per cui è convocato in commissariato e gli sono affibbiati 15 giorni di prigione, quindi viene tradotto nel carcere di Rovigo dove trascorre altri due mesi.

Dopo un breve soggiorno sotto sorveglianza a Sant'Elpidio, ritorna in libertà e si reca a Civitanova in cerca di una occupazione come scrivano o maestro privato, ma è costretto ad accettare i lavori più umili per sopravvivere. Questo breve periodo di relativa pace s'interrompe il 14 aprile 1874 quando, per cercare un lavoro da scritturale, Antonelli si reca a Morrovalle dove la sua presenza suscita una immotivata curiosità e ostilità. Due carabinieri lo fermano e lo trascinano in caserma dove un brigadiere lo tratta con arroganza e ingiustificata violenza, sottoponendolo a una perquisizione dove una pipa viene addirittura in un primo momento scambiata per una pistola. Schiaffeggiato dal graduato, risponde con un schiaffo, per cui viene legato,

bastonato di santa ragione e rinchiuso in una cella stretto in catene, quindi trasferito nel carcere di Civitanova Marche. Dopo due mesi, Antonelli viene tradotto nel carcere di Santa Chiara a Macerata e, dopo sei mesi, il 24 ottobre 1874 si svolge il processo presso il Tribunale di Macerata, dove ottiene di pronunciare lui stesso l'arringa difensiva che alla fine strappa un applauso: "La favella sciolta, la voce armoniosa; l'eloquenza inesausta; i lineamenti contraffatti, i gesti, gli scatti uscivano dall'orbita umana... Ero animato da slancio superiore; fui reputato in codesta Atene delle Marche quel che fu Cicerone al Foro romano". Si arriva pertanto a una sentenza di assoluzione con l'immediata scarcerazione, accolta con grande entusiasmo popolare.

In cerca di una nuova occupazione, Antonelli decide di andare in Ancona che "è una città che mi simpatizzava assai per sua posizione topografica. Ed anco il mare, quel mare che da un lato m'ispira ribrezzo, perché vi sofferarsi tanto e poi tanto, ha dall'altro lato per me un'immensa attrattiva". Ma evidentemente le sventure sono sempre in agguato nella vita di quest'uomo. Un amico lo avverte che una banda di criminali, affiliata a una "Settaccia omicida", pensa di ucciderlo e nel dicembre 1874, mentre a mezzanotte egli si sta recando a casa all'altezza di Porta Pia viene atterrito con un colpo alla nuca da un oscuro assalitore che si dà alla fuga. Rialzatosi e giunto sotto gli Archi viene circondato da alcuni sicari armati di coltello. Si rifugia allora in caffè ancora aperto, dove il padrone chiude la porta, mentre la ronda dei questurini passa oltre senza fermarsi. Gli assassini minacciano di abbattere la porta e il caffettiere lo prega di uscire fuori; segue una lotta violenta e Antonelli si salva per il sopraggiungere di alcuni amici che mettono in fuga i criminali. L'episodio è ricordato in questi versi dedicati alla città: "E qui rammento allor che di sicari/Presso caddi sotto il fero artiglio,/ed, al ricordo, inumidito ciglio/vaga sopra gli oggetti immensi e vari./Eppure, malgrado tutto il reo passato,/mi fermo, o Ancona, le tue vaghe forme/a contemplar di nuovo trasognato./E assiso in questa tua spiaggia gradita/Davanti al mare placido che dorme/Cerco il conforto di mia negra vita."

Antonelli parte, sempre a piedi, per Roma con venti lettere di raccomandazione, senza riuscire però a trovare alcuna occupazione. Viene circuito e truffato da una donna, si ammala ed è ricoverato nell'Ospedale degli Incurabili e, una volta dimesso, ritorna a Macerata. Da qui riparte per andare a Teramo, dove una zia molto ricca e religiosa è in fin di vita e vuole vederlo, ma dopo la sua morte apprende che gettato "tutti i suoi beni nella sconquassata navicella di Pietro, che avida l'ingoiò". Decide allora di recarsi al Distretto militare di Chieti dove cercano degli scritturali, ma il comandante lo scaccia in malo modo. Pensa allora di andare a L'Aquila attraverso le montagne abruzzesi, ma

rischia di morire fra quei boschi se non avesse incontrato un pastore che gli dà del pane e gli da guida. Dopo ore di cammino e dopo aver rischiato di annegare in un torrente divenuto per le piogge una turbinosa, egli arriva a L'Aquila, ma viene arrestato da un maresciallo dei carabinieri che lo scambia per un ricercato che ha gli stessi connotati. Chiarito l'equivoco, Antonelli si reca a Porto S. Giorgio e da lì a Fermo, dove invia una lettera al sottoprefetto per chiedere giustizia per una causa mossa in difesa di alcuni suoi interessi. Viene arrestato e condannato a quattro mesi di prigione per aver scritto una lettera ingiuriosa all'autorità, a venti giorni per insulti ai questurini, a sei mesi per aver contravvenuto all'ammonizione inflittagli a Rovigo quale "ozioso vagabondo e socialista". Antonelli si ammala e d'accordo con il medico del carcere, una volta espiata la pena, chiede di entrare spontaneamente nel manicomio di Fermo per curarsi meglio. È il 18 marzo 1876 e da quel giorno comincia una nuova fase della sua drammatica esistenza.

Un continuo vagabondare da un manicomio all'altro.

È lo stesso Antonelli ha presentare i sintomi della sua malattia al direttore del manicomio: "La disperazione, conseguenza naturale del continuo soffrire. Il concetto del barbarismo umano si è formato sangue e nervi miei; se volessi levarmi colla mente ai più miti pensieri, non mi sarebbe dato neppur tentarlo, perché (alcuni) cannibali hanno avvelenato la mia fantasia fin dall'infanzia. Mi sento annichilito: la malvagità cretina degli uomini l'ho sempre dinanzi come uno spauracchio invincibile, negandomi ogni bene materiale e morale, perfino la vita. In altri termini: soggiaccio ad una prostrazione di spirito profondissima, impercettibile mercé un miracolo di salute e di ragione. Difatti, sarò un modello di lipemaniaci; ma son più logico, più ragionevole di qualunque savio".

Inizia così il ricovero nel manicomio fermano, dove l'autore trova "una genia femminile tutta intenta a far tridui, novene e simile fandonie... E sotto il manto dell'ipocrisia, le degne serve d'Iddio... quattrino, deciman le scarse competenze degli infelici ricoverati. La suor Angelina, addetta alla sezione uomini, è tale che a lei l'appellativo di vipera è un elogio. Idiota e menzognera all'eccesso, si vuole che abbia pure propinato de' narcotici... per mandare altri al suo creatore".

È in questo periodo che Antonelli comincia a scrivere numerose composizioni poetiche sui manicomi e sulle malattie mentali, descrivendo le condizioni materiali e spirituali dei ricoverati. Egli ottiene essere trasferito nel manicomio di Macerata, sperando di migliorare la sua situazione e il 20 maggio 1877 Antonelli entra nell'ospedale psichiatrico di Macerata, diretto da Enrico Morselli (1852-1929) che diventerà uno dei più illustri psichiatri italiani, docente di

clinica psichiatrica nelle Università di Torino e di Genova, autore di numerose pubblicazioni, fra cui Antropologia generale, Psicologia e spiritismo, La psicanalisi. Morselli capisce di avere di fronte un uomo di grandi qualità intellettuali e fa pubblicare l'autobiografia di Antonelli con il titolo *Un genio di manicomio* (Tipografia Corradetti, San Severino Marche, 1877), ma tra di due avvengono degli scontri, perché secondo l'autore "Morselli ha convertito in giocattolo della sua bottega ogni sevizia, ogni traversia da me patita e narrata, ascrivendomi tutto a tendenze sovversive o a delirio di persecuzione e di megalomania. Oh, se havvi un megalomane al mondo, egli è desso! Mi chino però al suo vasto sapere". Morselli gli fornisce libri da leggere, gli dà consigli e critiche sulle sue composizioni poetiche e sui romanzi che ha cominciato a scrivere (Un viaggio in ferrovia da Ancona a Roma, Il testamento d'un prete, Il Conte assassinato) e su altri lavori che hanno per oggetto la questione sociale, l'istruzione del proletariato e degli operai. Infatti lo psichiatra ammira questo ricoverato autodidatta per la sua intelligenza e cultura, come scrive nella prefazione all'autobiografia: "Da molto tempo si sapeva che Socrate, Pascal, Tasso, Rousseau erano stati alienati; che in molti uomini illustri per sapere e per imprese la storia ha notato caratteri propri de' pazzi...Bellissimo esempio di genio squilibrato, un vero genio di manicomio, è ora recluso nell'asilo di Santa Croce in Macerata. Egli appartiene alla classe de' mattoidi politicanti: è un demagogo, un socialista, un utopista di prima forza, ed ha scritto un'autobiografia modello del genere, che vogliamo pubblicare a contributo de' rapporti tra genio e follia. Il nostro giovane autore è di aspetto attraente; e quando si pensa che il suo naturale ingegno – davvero grande e versatile – e le sue attività bene educate e coltivate avrebbero potuto dare tanti migliori frutti, vi è d'addolorarsi di cuore delle perturbazione apportata dalla malattia del cervello." Subito dopo aver citato questo brano, Antonelli scrive una contro-diagnosi sul suo stato mentale, rivolgendosi al suo Direttore: "Caro Morselli, ora due parole a me: Voi sapete che io sono un alienato che, a forza di starci insieme, ne so al pari de' maestri alienisti, e conosco a menadito tutti quei paroloni diagnostici ed anamnestici, di cui han sempre piena la bocca, Orbene, non offendevi, se un vostro allievo di tal fatta vi dice in faccia: voi mi avete sbagliato la diagnosi...lo non sono delirante di grandezza: anzi mi stimai sempre meno di quel che valgo. Voi avete interpretato per megalomania la lipemia, ossia la reazione all'annichilimento di cui mi si volle vittima; reazione logica proveniente dal vedere alto locati e circondati da ogni bene e stimati in conseguenza da sé e dal altri come superiori, uomini infinitamente inferiori a me dannato a trascinarci senza pan, senza vesti e senza tetto, in mezzo ad un marciame, per

cui l'essere sta nell' avere: Eccovi la mia autodiagnosi: Uno strano miscuglio di timido e di fiero colla mania di voler sembrare sempre più fiero di quel che sono. La pia pazzia è il cretinismo ipocrita e malvagio altrui. Datemi un ambiente meno indegno di me, e mi troverete di gran lunga meno pazzo degli altri. Respingo, dunque, assolutamente il delirio di grandezza, ed accetto in parte quello di persecuzione da voi attribuitomi, il quale trova pure la sua giustificazione nelle sofferenze a cui soggiacqui".

A complicare le cose per Antonelli è sopraggiunta una passione amorosa per una signorina conosciuta all'interno del manicomio, per cui da questa situazione derivano gravi crisi di nervi che Morselli cura con "bagni di vapore". Questo sentimento è però talmente forte da "avvelenare qualsiasi piacere" e da far trascorrere ad Antonelli il tempo fissando il balcone, dal quale la ragazza è solita affacciarsi, per poterla ammirare "coll'anima assetata d'affetti", tanto più che egli crede di non esserle indifferente. La sera dell'11 dicembre 1878 Antonelli, pensando che la ragazza si stesse prendendo gioco di lui, le vibrò uno schiaffo, per cui egli viene rinchiuso nella "sezione agitati" ma, quando le sue condizioni si aggravano, Morselli decide di riportarlo a lavorare nel suo ufficio e l'uomo decide di rinunciare in modo definitivo a questo amore impossibile. Antonelli non sopporta più il soggiorno nell'ospedale psichiatrico di Macerata che un tempo gli sembrava accogliente e a dimensione umana, per cui progetta una evasione che ha luogo nel febbraio 1879 con la complicità di certo "Tinto", il quale s'impadronisce di un mazzo di chiavi, lo guida fuori dall'ospedale e gli dà una lettera di presentazione per la madre che abita a Pitino di San Severino Marche. In una notte di pioggia e di fango, egli raggiunge quella località e scopre che l'abitazione è la casa parrocchiale, dove è accolto dal parroco (un "orrido mostriciattolo chierchiuto"), il quale spedisce una lettera al sindaco di San Severino per denunciare la presenza nella sua casa di un pazzo evaso dal manicomio. Arrivano una guardia comunale e quattro carabinieri che lo bloccano con le catene e lo traducono nel carcere di San Severino, dal quale dopo quattro giorni è rispedito nel manicomio di S. Croce. Morselli lo accoglie con commozione e lo difende dalle ire del personale sanitario che avrebbe voluto punirlo duramente. Il direttore comprende che il suo malato preferito sta mordendo il freno e cerca di trattenerlo, quando gli manifesta la volontà di lasciare l'ospedale psichiatrico di Macerata, ma Antonelli è deciso a cambiare ambiente a causa del suo amore infelice, così decide di farsi trasferire di nuovo presso il manicomio di Fermo, nel quale trova il direttore Oscar Giacchi, psichiatra che Antonelli stima e ammira per i suoi scritti letterari e per la sua sensibilità artistica. Questi continua l'opera iniziata da Morselli, fornendogli di libri e incitandolo a scri-



vere, ma Antonelli è ossessionato dal pensiero della donna lasciata a Macerata, per cui durante un giorno di permesso si dà alla fuga per ritornare a Macerata il 19 giugno 1879 dove lo raggiunge la notizia della morte del padre. Preso dallo sconforto, decide di ritornare nel manicomio di Fermo, dove è accolto con affetto dal dottor Giacchi, ma nel novembre 1879 entrambi lasciano Fermo: Giacchi va a dirigere il manicomio di Racconigi; Antronelli, avendo ottenuto un sussidio di tre mesi dalla Provincia di Ascoli Piceno, raggiunge la madre a Macerata, rivolgendo un pensiero di gratitudine a quel medico che ha saputo capire le sue bizzarrie e lo ha tenuto a battesimo come poeta. Antonelli vive accanto all'amatissima madre, lavora come scrivano per conto di un avvocato, pubblica i suoi versi presso alcune tipografie maceratesi e su qualche giornale locale. A volte viene controllato dalla polizia, quando impreca per strada contro la borghesia. Per svago decide di fare un viaggio in Abruzzo, ma la cattiva sorte si accanisce contro di lui, perché smarrisce la borsa con la biancheria, con alcuni suoi opuscoli e manoscritti. Il 2 giugno 1882 (giorno della morte del suo "amato" Garibaldi), è fermato a Roccaraso da un brigadiere di PS che gli chiede perché si trova in paese e lui non sa frenarsi dal rispondere "Vo fulminando il mondaccio infame", per cui è arrestato come un nichilista che intende cospirare contro il governo, per cui ancora una volta deve sopportare un lungo calvario di traduzioni da Pescara a San Benedetto, Fermo, Montegranaro, per arrivare infine a Sant'Elpidio, dove il sindaco la fa rimettere in libertà.

Ha inizio per Antonelli un periodo di relativa serenità, perché a Macerata stringe amicizia con alcuni giovani intellettuali, collabora a diverse pubblicazioni (La Vedetta, il giornale repubblicano L'Educatore Maceratese, L'Avanti!). La Domenica Letteraria pubblica alcuni suoi sonetti che suscitano l'interesse ammirato dello scrittore Quirico Filopanti, amico di Carducci. La rivista milanese La Nuova Farfalla pubblica una recensione delle sue poesie firmata da Giacinto Stivelli; escono altri articoli su di lui ("Se raccogliessi tutti i giudizi pubblicati su di me, come han fatto dei veri deliranti di grandezza salvati dal manicomio dalla buona fortuna, potrei formarci un grosso volume"). Tiene con successo delle conferenze di carattere sociale e letterario in diverse città delle Marche, tra cui una all'Arena Sferisterio di Macerata, dove viene accolto con favore anche come cantante delle proprie composizioni. Il giornalista e storico del Risorgimento Alessandro Luzio (S. Severino Marche 1857- Mantova 1946), allora direttore del quotidiano L'Ordine di Ancona, pubblica due articoli di commento delle sue poesie, esprimendosi in questi termini: "Un giorno mentre me ne stavo scrivendo nella Tipografia Corradetti in Sanseverino Marche, mi vidi capitare davanti

un uomo tutto polveroso e trafelato...Lo riconobbi subito: nulla è mutato in lui; lo stesso sorriso sardonico, gli stessi scatti rabbiosi di voce. Era l'autore dell'autobiografia uscita da questa tipografia con la bella prefazione di Morselli; autobiografia che menò tanto scalpore per una potenza non comune di pensiero e di espressione. Avea con sé grossi scartafacci e voleva trattare con l'editore per la pubblicazione di un suo volume di versi, e si pose a leggermeli. Mentre di solito la si dà a gambe, quando un autore minaccia d'infliggervi qualche oretta di lettura; io restai là come pietrificato a sentire lo accennare quei versi, in cui guizzavano de' lampi strani di poesia...Tra parecchie stranezze e deficienze di forma, guizzano in questi versi de' lampi di poesia vera e sentita, rampollante da un spiccato temperamento personale e da condizioni singolari di vita: Difatti l'A. è l'uomo più sfortunato che io m'abbia al mondo conosciuto".

Gli articoli del Luzio destano l'interesse del grande psichiatra e antropologo Cesare Lombroso che esprime la sua ammirazione per i versi di Antonelli e comunica che citerà i suoi scritti nella quarta edizione dell'opera Genio e follia, essendo rimasto colpito da un soggetto che "con poca coltura, non avrebbe potuto levarsi a maggiore altezza". Ma nella pubblicazione il Lombroso giudica in modo riduttivo la poesie di Antonelli, suscitando le ire dell'autore che alcuni anni dopo dedica allo scienziato un sonetto divenuto "celebre": "Appena fu di mie vicende istrutto,/ Lombroso chiese tosto il mio ritratto,/E dopo averlo ben guardato tutto;/- Ecco – esclamò – il bernoccolo del matto! –/lo lui conobbi appresso: egli è sì brutto,/Che –/dire il vero – s'assomiglia a un gatto;/Ad uno di quei gatti a dente asciutto,/Che sempre mangia e non si sazia affatto.../lo torsi su colui beffardo il lume,/E irruppi con accento dignitoso:/Salve, o di tutti i matti, eterno nume!".

Nel 1885, dopo aver lavorato in uno studio legale, Antonelli si trasferisce a Piobbico di Sarnano, dove favorito dalla bellezza della natura e dalla serenità dell'ambiente, scrive una raccolta di versi che andranno però smarriti per colpa dell'editore Sommaruga, il quale aveva promesso di pubblicarli su La Domenica Letteraria con la prefazione del poeta Olindo Guerrini. Ma questo periodo di tranquillità finisce e presto e Antonelli è ripreso dalla smania di viaggiare, per cui si reca a Torino dove incontra Morselli e Lombroso, a Milano dove ritrova il giornalista Attilio Valentini (conosciuto a Macerata quando era studente universitario), che gli pubblica sul giornale Italia un articolo intitolato Un poeta in guerra coll'universo e sulla rivista Nuova Farfalla un altro articolo intitolato Un poeta agli asili notturni, per rimarcare il fatto che lo scrittore passa la vita nei dormitori pubblici. Antonelli, viaggiando sempre a piedi, si spinge fino a Lugano e Bellinzona, per poi arrivare,



dopo quindici giorni di marcia, in Abruzzo in cerca di un lavoro, prima a Lanciano poi al distretto militare di Teramo, dove litiga con il comandante e viene per l'ennesima volta tratto in arresto; trasferito a Sant'Elpidio, il 25 dicembre 1886 entra nel carcere di S. Chiara a Macerata, dove un medico intelligente firma la sua scarcerazione. Egli si reca a Roma senza riuscire a trovare lavoro, per cui nel marzo 1887 raggiunge Napoli per tenere una "conferenza letteraria e socialista", ma ancora una volta è il protagonista di una tragica avventura. E' il 2 aprile 1887 e la città vive sotto un cielo grigio e piovoso: Antonelli è oppresso da un dolore "più accorato di quegli che va alla forca" e cammina a capo chino in mezzo "ad una turba di gaudenti che pareva tutta eruttasse in faccia a me la gioia infame". Solo sulla banchina di Santa Lucia, egli pensa alla madre e alla "società, che ha bisogno di vittime leali come d'idoli bugiardi e che si esige il sacrificio", per cui si getta in mare dopo aver gridato "Mondo spietato io ti perdono, addio per sempre madre mia!". Mentre sta affogando, sente due mani che lo afferrano per i capelli e quattro mani che lo prendono per le braccia e per le gambe. I salvatori sono dei marinai che stanno passando per caso con la loro barca e lo hanno visto precipitarsi in mare; riportato a terra, viene preso in consegna da alcuni questurini che lo rinchiudono in una prigione, nudo e avvolto in una lurida coperta. Il giorno dopo gli sono restituiti gli abiti ancora bagnati e il 6 aprile 1887 è rinchiuso nel Manicomio dei Ponti Rossi, gestito da un personale incapace e sadico che spesso gli applica la camicia di forza.

Il poeta denuncia attraverso i suoi versi le pessime condizioni di vita e di alimentazione dei malati, l'incompetenza e la volgarità del personale sanitario di questo ospedale psichiatrico. Dopo avere trascorso 15 mesi "in quella sentina d'ogni goffaggine, d'ogni superstizione, d'ogni turpitudine, d'ogni tirannide", è trasferito senza nessuna giustificazione nel Manicomio di Aversa che è "incomparabilmente migliore di quello de' Ponti Rossi; anzi è uno dei migliori d'Italia, sia pel vitto, sia pel vestito, sia per la libertà". Un medico lo invita scrivere quello che gli è accaduto e Antonelli analizza il suo tentativo di suicidio così bene che lo psichiatra, dopo aver letto quel manoscritto, scrive nel suo rapporto: "L'Antonelli è un genio bollente come il nostro Vesuvio". Il direttore Virgilio, ammirato per le sue poesie, gli affida la cura della corrispondenza con i sindaci e le famiglie dei malati e la sua fama si diffonde, tanto che vengono a fargli visita il Sindaco di Aversa e altre personalità del luogo per chiedergli di tenere delle conferenze e leggere i suoi versi. Finalmente il 15 maggio 1890 gli arriva la notizia che potrà lasciare il manicomio per ritornare a Macerata; il 18 agosto varca quella "soglia infernale", viene accompagnato al treno e, all'alba del 19 agosto, può rivedere "la civettuola

Macerata colle sue incantevoli mura castellane".

Antonelli ritorna nel Manicomio di Santa Croce di Macerata, diretto da Didimo Angelucci, un discepolo di Morselli, che si rifiuta di accoglierlo e lo dirotta al Manicomio di Fermo. Durante il percorso Antonelli riesce a fuggire e a raggiungere Montecassiano, dove vive sua sorella Maddalena. In un secondo momento si reca a Senigallia per riabbracciare sua madre. Dopo un breve soggiorno in Ancona, terrorizzato all'idea di finire nuovamente in carcere, preferisce farsi ricoverare ancora una volta nel Manicomio di Fermo, dove comincia a lavorare alla raccolta dei suoi "dugento componimenti poetici" e dove il 1° gennaio 1891 riceve la visita dell'illustre medico Augusto Murri che mostra apprezzamento per le sue poesie. Due uomini politici marchigiani, il prof. Francesco Montanari e l'avv. Giovanni Magnalbò, si impegnano per ottenere il rilascio dell'Antonelli, che finalmente il 23 marzo 1891 può lasciare il Manicomio di Fermo. Egli ha evidentemente terminato il manoscritto dell'autobiografia (iniziato, come si è detto, il 1° novembre 1890 nel Manicomio di Ancona) e comincia, pertanto, la frenetica ricerca di una tipografia o di un editore. Antonelli, sempre sospinto dalla sua natura vagabonda e sempre guardato con occhio sospettoso dalle forze di polizia, spesso insultato dagli abitanti delle città che visita, si sposta di luogo in luogo nell'Italia centrale, facendo affidamento sulle sue gambe come unico mezzo di locomozione. "Genio ed eroe della sventura, a piedi, sotto la sferza dello smagliante sol d'Agosto, andai ramingo ancora una volta per le Marche e per le Romagne, deciso di andare in Toscana, a Firenze", Antonelli con pochi mezzi finanziari cerca appoggio presso i suoi amici anarchici, che si rifiutano di aiutarlo ("Povera anarchia, costoro ti osteggiano più de' preti, de' borghesi medesimi"). Dopo aver contattato senza successo una tipografia anconetana, ritorna a Firenze dove i suoi lavori sono respinti dagli editori Salani, Pellas e Barbera. Antonelli riparte per Macerata, Fermo e Sant'Elpidio dove incontra F. P. Massi, un giovane letterato che l'11 settembre 1891 pubblica sul L'Ordine di Ancona un articolo sullo scrittore, intitolato In attesa di un libro, nel quale il critico dice di aver letto le composizioni di questo strano poeta "dove è tutto uno strano intreccio dello scherzo con il sentimento, della satira senza pietà con la filosofia, del motto beffardo con la frase calda d'innamorato, e vi ho trovato tanto cuore, tant'anima, quanto ne' libri dei cosiddetti saggi è difficile trovare. E attraverso a tale e tanto screezio d'immagini e d'espressioni, tutto intero è l'uomo che ci si rivela - l'uomo cui le convenzioni sociali fan sorridere di sdegno e di pietà, cui i vizi e i delitti fan salire la collera e rotare alto il flagello, l'uomo cui il fango, che monta d'ogni parte, rivolta lo stomaco... Il tuo libro, o poeta, è il mondo: nessun maestro avrebbe saputo



o potuto insegnarti quel che tu sai e senti”.

Antonelli ritorna a Macerata per raccogliere fondi con una conferenza, ma le sue aspettative sono deluse; si sposta allora a Terni per cercare aiuto presso un amico della sua fede politica, ma questi si rivela un traditore, perché lo denuncia ai carabinieri che, dopo gli accertamenti di rito, lo rilasciano. Parte per Roma e appena arrivato viene arrestato e tradotto nel Manicomio della Lungara, dove il direttore prof. Fiordispini, conoscendolo per fama, gli dice: “Povero Antonelli, solo il manicomio di Roma ti mancava!”. Questo ospedale psichiatrico è per lo scrittore un luogo orribile, dove spadroneggiano dei “fratacci” che si comportano come sbirri. Per sua fortuna i sanitari inviano alla questura romana il seguente referto: “L’Antonelli è mirabilmente conformato; i suoi sensi sono squisiti: esaminato accuratamente, nessun fatto morboso si è potuto riscontrare in lui. Egli è abbattuto, per vedersi ingiustamente al manicomio, ma è ubbidiente e si porta bene”. Il 31 ottobre 1891 egli viene dimesso dal manicomio romano e lascia Roma. Fatto un ulteriore tentativo presso gli editori di Firenze senza ottenere alcun risultato, l’11 novembre 1891 ritorna a Roma, ma ancora una volta non trova nessuna tipografia disposta a stampare la sua opera. Il 25 dicembre 1891, affamato e con gli abiti stracciati, è di nuovo arrestato e, dopo tre giorni passati nel carcere di S. Andrea delle Fratte, è rispedito a Sant’Elpidio, dove si rivolge all’Amministrazione provinciale di Ascoli per avere un sussidio che arriva il 7 aprile 1892. Finalmente Antonelli trova a Civitanova Marche la Tipografia di Domenico Natalucci disposta a stampare i suoi lavori e il 15 maggio riceve le prime bozze da correggere. Ha inizio un nuovo periodo di frenetici e continui spostamenti tra Macerata e Ancona, mentre nel frattempo il suo libro vede finalmente la luce: “Il mio lavoro autobiografico è ben lungi dal realizzare il mio sogno, ma per essere uscito dalla funesta sbarra di un manicomio, è qualcosa anch’esso, come mezzo per giungere all’agognata meta”. L’autore spera di suscitare l’interesse dei lettori, perché non “havvi al mondo altro individuo che offra una vita tempestosa e la smania giustificata di renderla palese al par di me”.

Questa opera rappresenta per l’autore una “vendetta civile” paragonabile a quella di Edmondo Dantès, perché “ad una sventura sì grande, che avrebbe mosso a pietà qualunque altro animale, l’uomo aggiunse il disprezzo, lo scherno, il sarcasmo, il carcere, il manicomio, il patibolo civile, donde la disperazione, il suicidio; via fattami ripercorre con un crescendo continuo di supplizi”. Antonelli si ribella all’idea di essere considerato un ozioso, mentre si è procurato tutta una serie di nemici proprio per lo zelo dimostrato nel cercare un’occupazione; non accetta di essere giudicato un vagabondo per giunta criminale, quando

non ha mai avuto “il minimo pensiero di nuocere altrui” e di avere nutrito anche “in mezzo alla più estrema disperazione, sempre innato lo spirito di beneficenza”; ritiene quanto mai ingiusta la qualifica attribuitagli di essere un uomo senza mestiere, proprio lui che è “nipote e figlio non degenerare d’illustri letterati e scienziati, maestro naturale di quanti mi hanno giudicato, sfregiato, calpestato”.

L’autore ha soltanto 41 anni ed ha già alle spalle una vita costellata di esperienze terribili come ricorda nei suoi versi: “Fu la vita mia intera un gran tormento,/Qual gladiator son sempre sull’arena./Vidi del mondo appien l’iniqua scena,/E mi destò d’orror tal sentimento,/Che tutto mi sconvolse, e, forse, a stento/L’arsa mia fronte tornerà serena”. Dopo la pubblicazione del volume nel 1892, cala il silenzio sulla vita successiva di Giovanni Antonelli, di cui non si conosce per ora, nemmeno la data di morte; infatti la sua scomparsa non risulta registrata né presso l’ufficio di stato civile della sua città natale, né presso altri uffici comunali anche se esiste sempre la speranza che in futuro vi sia la scoperta di qualche documento possa far luce sulla restante parte dell’esistenza di questo poeta “maledetto”.

Il poeta autobiografico, sentimentale, satirico e politico

Giovanni Antonelli dimostra di avere un bagaglio culturale molto vasto anche se disordinato come spesso accade agli autodidatti: nell’autobiografia e nelle rime egli cita tra i poeti Omero, Ovidio, Dante, Petrarca, Tasso, Parini, Leopardi, Giusti, Heine e Carducci; fa un certo uso di motti latini e tra gli scrittori cita Erasmo da Rotterdam, Alessandro Dumas, Eugenio Sue, Victor Hugo, e, in particolare, Max Nordau, uno scrittore ungherese di lingua tedesca che nei suoi saggi d’ispirazione positivista sottopone a un’aspra critica la cultura e la società europea della fine dell’Ottocento. Antonelli si mostra dotato di una straordinaria capacità e facilità di fare versi, in possesso di una vena poetica naturale e dirompente, spesso dolente e a volte satirica, per cui è in grado di usare le rime come un’arma con la quale rispondere alla numerose violenze e sofferenze che gli impone la società. Egli ha lasciato 142 composizioni poetiche, di cui 28 hanno come tema il manicomio e la vita manicomiale; vi sono poi poesie autobiografiche nelle quali egli delle sue vicende personali delle sue condizioni di vita e dei suoi sentimenti, di familiari, amici e benefattori, oppure esalta la bellezza della natura, il trascorrere delle stagioni, la malinconia o il fascino di alcuni particolari momenti della giornata. Un capitolo a sé è costituito dalle poesie dedicate alle donne oggetto di amori infelici, che lo hanno respinto o che hanno mostrato indifferenza o arroganza. Questa sua solitudine sentimentale lo ha fatto loto soffrire tanto da fargli scrive-



re: "Morrò al mondo senza amore, senza lasciare neppure un poetucolo...Qual tipo di marito e di padre sarei io! Senza un vizio, tranne quello di dir male del male pel bene universale, oh, come nell'animo della donna avrei versato tutti i tesori della mia! Ma un'insormontabile barriera contender doveami ogni gioia, per quanto giustamente ambita! il disprezzo della donna; l'esser per me un'utopia il possederla, mentre altri infinitamente inferiori a me ne dispongono a proprio talento, contribuì nell'accoramento a cui soggiacqui". Egli preferisce, pertanto, spegnere questa fiamma che gli arde dentro "nel seno di una sacerdotessa pubblica", proprio perché "la femmina onesta è assai più malvagia di quella di bordello, perché questa viene purificata dalla sventura". Antonelli scaglia le sue invettive contro la società non solo in difesa delle donne che vivono nei postriboli, ma anche per denunciare la triste condizione sociale delle donne lavoratrici che vedono spesso sfiorire la loro bellezza, sfruttate, umiliate e costrette a colte fare lavori pesanti. Versi molto duri e sprezzanti sono rivolti contro le donne della borghesia che mettono in mostra i loro gioielli e sfoggiano i loro abiti eleganti, guardando con alterigia quanti non appartengono alla loro classe sociale; altrettanto violente sono le invettive scagliate contro quelle donne "bacchettone" che sono assidue frequentatrici delle chiese per ostentare un'ipocrita devozione religiosa.

Antonelli, che ama definirsi un socialista anarchico, compone diverse poesie a carattere politico, nelle quali esprime il suo amore per la libertà, l'avversione verso la borghesia e la società borghese, l'ostilità nei confronti della politica e il disprezzo verso le cariche ufficiali, rivendicando la propria onestà e dignità di uomo libero; egli rifiuta in modo esplicito anche di esercitare il diritto di voto, secondo una linea politica tipicamente anarchica. La sua ammirazione è riservata in particolare a due personaggi risorgimentali: Giuseppe Garibaldi, a cui dedica versi appassionati il giorno della morte avvenuta il 2 giugno 1882; Giuseppe Mazzini, che definisce "divin maestro" e "apostolo del Ver", vanto non solo dell'Italia, ma del mondo intero anche se non è onorato e seguito come meriterebbe nemmeno dai suoi seguaci. Altri personaggi amati sono il generale garibaldino Stefano Canzio (1837-1909) e Carlo Cafiero (1846-1892), figura carismatica dell'anarchia internazionale.

Vi è infine un gruppo di composizioni poetiche, nelle quali Antonelli espone la propria visione politica del mondo ispirata all'ideale anarchico, che egli considera rappresentato così da Victor Hugo, Eugenio Sue e Robespierre che attraverso "la santa ghigliottina dell'89 mutò la faccia alla terra". E' giunto pertanto il tempo "di dare al mondo un nuovo esempio memorando per riequilibrare l'asse sociale, e far sì che troncasse quella corda infernale che abilita ciascuno a tendere al proprio interesse dall'infimo suddito

onesto al più grande suddito re...o, mentre tutti abbiamo eguali diritti sulla terra: nessun dovere senza diritto, nessun diritto senza dovere!...Ma l'anarchia, che l'unica bandirebbe la discrepanza di fortuna, l'ingiustizia e livellerebbe l'umanità, non può sciaguratamente, per ora almeno, dirsi... Ma se per ora il grande ideale anarchico non attecchisce, perché l'uomo attuale è una bestia dagli occhi d'Argo, dalla braccia di Briareo, dall'onnipotenza attribuita a dio per fare male al suo simile, ed è, viceversa, cieco, monco impotente addirittura per far bene, finirà col superare ogni ostacolo, e trionfare infine". Fra tutti i componenti dell'umanità, l'avversione di Antonelli è rivolta contro i borghesi, che egli considera un concentrato di egoismo, d'ipocrisia e di esasperato attaccamento al denaro "fonte maggior d'ogni sozzura umana...La tua scomparsa è l'agognata meta/De' precursor dell'ora non lontana;/Da me lungi, o strisciata, empia ruffiana;/Va lungi dall'anarchico poeta".

Il gusto dell'invettiva sociale e politica fa dilatare i sentimenti antiborghesi di Antonelli, che manifesta il suo "odio" contro le istituzioni politiche e le classi sociali, in particolare la borghesia detentrica del potere economico e politico, contro i vertici della Chiesa, contro il "mito" del progresso, rimpiangendo il tempo ormai lontano quando la Terra era governata dall'Amore. Dal profondo di questo pessimismo esistenziale, sociale e politico, Antonelli sembra volersi riscattare, riaffermando innanzitutto la sua condizione di poeta cosmopolita cittadino ("Il mondo è la mia patria, il mio desiato/D'andar, fuggendo, l'uomo, pel mondo sperso./Cosmopolita io son: terra ed empiro/Vo salutando col mio fievol verso). Il poeta rivolge il suo appello ai popoli del pianeta, immaginando che in un futuro più o meno lontano le grandi nazioni europee si uniranno alle nazioni che sono già libere, per intrecciare insieme la danza universale della Libertà, lasciando nei suoi versi un messaggio di speranza per il futuro dell'umanità. Questo uomo, che ha trascorso gran parte della sua vita tra carceri e manicomi, è stato capace di esprimere una delle forme più intense e appassionate di poesia civile dell'Ottocento italiano. Malgrado sia stato emarginato e costretto dalla società a vivere di pubblici sussidi, della carità degli amici e del poco denaro ricavato vendendo per le strade le sue poesie "come fossero pianete ed almanacchi", Antonelli si mostra pienamente consapevole della validità dei suoi versi, intesi come riscatto della sua sofferta solitudine, della sua povertà, delle sue tragiche vicende di vita, perché essi sono il frutto della sua grande dignità, della sua fede politica, del suo orgoglio intellettuale.

MARIA GRAZIA SALONNA

Storica
Ancona

Il manicomio di Ancona e gli “scemi di guerra”, ovvero i pazienti militari del '15-'18

1. I vertici militari e gli “scemi di guerra”

Quando nel '15 l'Italia entrò in guerra, questa si era già trasformata in guerra di posizione, sconfessando ogni previsione di rapide soluzioni. Gli opposti schieramenti avevano dimostrato infatti un sostanziale equilibrio di forze ed utilizzavano per la prima volta un'ingente quantità di nuovi e potenti mezzi di distruzione di massa, frutto delle moderne tecnologie, che potevano colpire all'improvviso, con una violenza da non lasciare scampo, impedendo ogni possibilità di difesa.

Il ministero della guerra, essendo al corrente delle caratteristiche del nuovo conflitto, utilizzò immediatamente i servizi sanitari territoriali in quanto il numero dei ricoverati alienati negli ospedali da campo fu subito assai elevato. La psichiatria partiva dalla convinzione che il soldato che non riesce ad integrarsi nella vita militare è un individuo incapace psichicamente di adeguarsi alla vita collettiva, un essere con incompletezza evolutiva e aberrazione del senso morale, convinzione che si integra con la teoria dell'atavismo di Lombroso, secondo cui la vita militare sarebbe la causa scatenante di predisposizioni criminali congenite. Casi di insubordinazione e di suicidio si erano verificati nelle caserme fin dal 1870, quando si era costituito per la prima volta l'esercito del nuovo Regno d'Italia. Molte delle nuove reclute, perlopiù giovani contadini semianalfabeti, avvertirono subito le difficoltà provocate da una disciplina durissima, dallo sradicamento dal proprio ambiente e dall'incomprensione della lingua italiana, a loro sconosciuta.

Durante la 1^a guerra mondiale i vertici militari continuano a considerare il soldato alienato un vigliacco, un debole e quindi un soggetto da allontanare tanto che Augusto Tamburini, responsabile del servizio psichiatrico di guerra, insistette per inviare militari “degenerati e anormali” al fronte, in operazioni particolarmente pericolose, come la costruzione di trincee.

La vita militare in trincea richiedeva una sana e robusta costituzione: bisognava resistere a lungo non solo al freddo intenso della montagna, ma anche al sonno, alla fame, al fango, ai topi, agli escrementi, ai corpi dei compagni in decomposizione. Inoltre erano sanguinosissimi

gli assalti all'arma bianca contro le trincee nemiche, lontane poche centinaia di metri, da cui all'improvviso giungeva il fuoco delle mitragliatrici e delle granate, con reticolati spesso ricoperti di cadaveri. Il numero dei soldati colpiti da alienazione mentale è molto elevato in tutti i fronti. Le cause sono molteplici: oltre ai disagi della vita di trincea e ad una disciplina durissima, l'impossibilità di usufruire di adeguati periodi di licenza per malattie contratte al fronte, per gravi lutti familiari o per la nascita di un figlio; le continue e concrete minacce di morte da parte dei superiori, che davano senza indugi ordini di fucilazione soltanto per insubordinazione, nella paura di perdere il controllo di situazioni critiche. Inoltre erano stati dichiarati abili molti soggetti in realtà inabili.

La maggior parte della truppa era costituita da contadini, coinvolti all'improvviso in una guerra a loro estranea, che bruscamente interrompeva ritmi lavorativi familiari, su cui poggiava un precario equilibrio economico. Molti sentono sempre più forte il desiderio di tornare a casa, di non uccidere più, e soprattutto l'inutilità di mettere a rischio la propria vita. Si moltiplicano i casi di diserzione, e diffusa è la disperazione per aver visto eseguire punizioni troppo severe, come quella di essere legati al palo, fuori dalle trincee, esposti al fuoco nemico, oppure per essere stati obbligati a far parte del plotone d'esecuzione contro compagni, sotto minaccia di morte per insubordinazione. Queste condizioni di vita finirono per alterare l'equilibrio psichico dei soldati, fecero nascere in loro l'odio, il risentimento e la mancanza di rispetto verso le autorità, risvegliando l'antica avversione dei contadini verso i padroni.

A fronte di disagi difficilmente sostenibili, soprattutto se protratti, si registrano in primo luogo psicosi isteriche con casi di mutismo, sordomutismo, cecità, sordità, paralisi psicomotorie e allucinazioni ipnotiche. Frequenti sono anche gli stati confusionali, melanconici, depressivi, spesso accompagnati da tentativi di suicidio, da deliri persecutori e dalla convinzione di essere condannati alla fucilazione. L'amnesia ricorre soprattutto in chi era sopravvissuto allo scoppio di granate, al seppellimento sotto il terriccio o a gravi ferite, subite durante gli assalti. Spesso le insubordinazioni e diserzioni con rientro spontaneo avvennero in stato di incoscienza o semioscienza, in quanto effettuate da soggetti in condizioni di grave debilitazione fisica e psichica; non di rado avvenivano al rientro da una licenza, prorogata per varie motivazioni: finire il lavoro dei campi, assistere i familiari malati, la perdita del treno e le mancate coincidenze ferroviarie, capitate con più frequenza a chi doveva tornare da zone lontane.

Seminario di storia della psichiatria e delle istituzioni manicomiali, coordinato dalla Prof.ssa Stefania Fortuna.

2. La Psichiatria europea ed italiana di fronte alla guerra

Pur con differenze nazionali, nella psichiatria si affermano interpretazioni che, vedendo nella volontà l'origine delle nevrosi di guerra, motivano la diffusione di metodi terapeutici che si basano sull'inflizione del dolore. In Francia, sulla base della teoria di Babinski, peraltro alquanto confusa, si finì per curare l'isteria di guerra, la patologia mentale più diffusa, con terapie punitive; per vincere la volontà di non guarire occorreva una terapia energica che imponesse il dovere di guarire. Il metodo più utilizzato fu la terapia elettrica: scosse più o meno forti di corrente faradica, applicate alla laringe o agli arti, dovevano far rinsavire il paziente soldato, di fronte al quale lo psichiatra, attraverso comandi in prevalenza urlati, assumeva un ruolo militare disciplinare, era il superiore in grado e il guaritore infallibile.

In Austria e Germania applicazioni brutali della terapia elettrica furono praticate quasi ovunque fin dal '15; a scopo intimidatorio le sedute elettriche si svolgevano in presenza di altri soldati con disturbi simili. Le terapie, secondo il metodo Kaufmann, potevano protrarsi per ore, le scariche elettriche erano applicate, con intensità progressiva, oltre agli arti e alla laringe, al capo, alle tempie, ai lati del collo e agli organi genitali. In Germania lo psichiatra Max Nonne preferiva la terapia ipnotica, poco meno aggressiva: faceva sedute con 6/7 elementi alla volta in presenza di 40/50 pazienti soldati. La violenza della terapia era direttamente proporzionale all'ambizione degli psichiatri, che gareggiavano tra loro per vantare il più alto tasso di guarigioni, nei tempi più brevi, rendendosi benemeriti alla patria e godendo in cambio di ampi privilegi.

Poche voci isolate indicano nei soldati alienati delle vittime della guerra, dei feriti nella mente, uomini esausti e sfiniti: questa era un'opinione pericolosa da sostenere, in quanto rischiava di addossare allo stato un peso finanziario eccessivo. Tra le voci di dissenso la più autorevole fu quella di Hermann Oppenheim, che nel

'16 fu sostituito da Max Nonne alla Presidenza della Società Neurologica Tedesca. In Europa vi era anche un'altra interpretazione dei disturbi mentali, diffusasi soprattutto in Gran Bretagna, in proporzioni più ridotte in Germania, dove era nata: l'interpretazione psicoanalitica di Freud, che faceva risalire l'origine delle nevrosi belliche al conflitto inconscio tra senso del dovere e istinto di conservazione. La guerra dimostrò la validità della teoria freudiana dell'isteria, secondo cui le costrizioni della vita militare aumentavano la disposizione alla rimozione, primo passo verso la nevrosi, che si risolveva quando al soldato veniva prospettata una via di fuga sicura: il ritorno a casa, la riforma o il congedo ministeriale. Nel '20 Freud inserisce questa constatazione in una breve relazione sul trattamento elettrico, richiesta dalla Commissione d'inchiesta nominata dal Parlamento austriaco in seguito ad accuse rivolte da ex soldati a 12 psichiatri; in essa dimostra inoltre che le terapie del dolore, usate fino all'estremo verso la fine della guerra, quando aumentarono in quantità notevole i ricoveri per nevrosi, avevano avuto numerosi casi di recidiva e di insuccesso. Infine accusò apertamente il mondo della medicina di aver tradito i suoi fini, essenzialmente terapeutici, per obbedire ad interessi militari. Naturalmente la posizione di Freud fu processata per le sue pericolose conseguenze sociali; così molti sostenitori finirono per perdersi in contraddizioni ed ambiguità teoriche, tanto che qualcuno giunse ad affermare che le nevrosi di guerra rivelassero la parte femminile del carattere, perfino un'omosessualità latente.

La teoria psicoanalitica ebbe maggiori consensi in Gran Bretagna, dove sorse una rete di cliniche e di ospedali per il ricevimento di militari, curati da medici che dovevano

rafforzare il senso del dovere del soldato, al fine di recuperare il rispetto di sé e l'autostima. Il concetto di nevrosi perse ogni riferimento ai nervi per acquistare un'origine psicologica, inoltre in questi ospedali, ben distinti dalla istituzione manicomiale esistente, furono considerati superati i concetti di ereditarietà e predisposizione. In tal modo presso l'opinione pubblica aumentò il discredito della con-



Fig. 1 - Manicomio di Ancona all'inizio del Novecento: reparti e servizi generali.

cezione custodialistica, sostenuta dagli alienisti.

Gli psichiatri italiani furono complessivamente interventisti; come i colleghi europei, i più autorevoli ebbero ruoli di rilievo dalle istituzioni militari. Anche se i manicomi furono messi in collegamento con una rete di osservazione e smistamento istituita nei pressi delle prime linee, la situazione divenne ben presto disastrosa perché nelle zone di guerra i ricoveri per casi di malattia mentale presentarono presto dimensioni di massa e i medici specializzati erano insufficienti a fronteggiare l'emergenza. La conseguenza fu l'inadeguatezza delle cure, oltre che delle diagnosi: le sindromi spesso erano difficilmente riconducibili all'interno dei vecchi schemi interpretativi, basati sui concetti di predisposizione e di degenerazione. In questo contesto assumeva nuova importanza la terapia, volta ad una rapida rieducazione attraverso metodi di dominio e di violazione della persona, legittimati dall'interesse nazionale. Gli psichiatri furono senz'altro sottoposti a pressione dalle gerarchie militari, che volevano soldati al fronte in breve tempo, essendo il nostro esercito numericamente inferiore anche per la forte emigrazione degli anni precedenti; così molti di loro, a causa della rapidità dell'osservazione, preferirono utilizzare la classificazione nosologica tradizionale e prestarono costante attenzione all'ereditarietà e ai dati anamnestici. Persa ogni opportunità d'osservazione offerta dalla guerra, come inizialmente avevano pensato, tendono a considerare i disturbi mentali come malattie nervose e prendono le distanze dalle teorie lombrosiane, pur accogliendo di esse il concetto di degenerazione per spiegare la devianza. In realtà la psichiatria era priva di soluzioni terapeutiche di fronte all'enorme afflusso di stati confusionali e depressivi e, dopo Caporetto, di amenze depressive-stuporose. L'incertezza nel compiere la scelta diagnostica e la riluttanza ad indagare la vita psichica condussero a poco a poco la psichiatria a rinunciare alla coerenza tra diagnosi e terapia, su cui si basavano le pretese scientifiche della disciplina. Gli alienisti avevano perlopiù abbracciato l'impostazione organicistica, cui però ancora mancava una completa e coerente risposta terapeutica.

Infatti si ricorre anche in Italia a terapie elettriche, ad ipnosi e ad altre tecniche suggestive e violente per rimuovere in pochi giorni contratture, paralisi, tremori, cecità, sordità e mutismo.

3. Il manicomio di Ancona

Il manicomio di Ancona venne inaugurato nel 1901 dal direttore Gaetano Riva, che lo volle fortemente fin dal 1888, quando, appena arrivato al manicomio, vi introdusse gli indirizzi della nuova psichiatria, volti a coniugare la custodia del soggetto alienato con il suo concreto recupero attraverso il lavoro. Il manicomio di Ancona ebbe presto (nel 1911 e nel 1914) validi riconoscimenti per la qualità dei servizi che erogava e per la professionalità del personale medico. Nel 1913 fu nominato direttore Gustavo Modena, nato a Reggio Emilia nel 1876 da famiglia ebraica e laureatosi presso l'Università di Modena nel 1901. Presente ad Ancona fin dal 1902 come medico praticante, divenne nel 1904 coadiutore medico e nel 1909 vicedirettore. Modena era una figura assai conosciuta per le sue ricerche sui fenomeni neuropatologici, che nel 1910 gli valsero il conseguimento della libera docenza in Clinica Neuropsichiatrica e Neuropatologia presso l'Università di Roma. Nel 1907 Gustavo Modena andò a Monaco per un corso di perfezionamento in discipline psichiatriche, organizzato e tenuto dalla fondazione della Clinica Psichiatrica di Kraepelin. Qui Modena ebbe modo di sentir parlare per la prima volta della teoria psicoanalitica di Freud: si mostrò subito incuriosito ed interessato ai nuovi spazi di ricerca che apriva l'interpretazione freudiana delle malattie mentali. Così nel 1908 fu tra i primi a divulgare in Italia le idee dello psichiatra austriaco, ma la cultura italiana non era ancora pronta a ricevere le nuove idee d'oltralpe, ritenute tra l'altro pericolose per la pubblica moralità. Modena sembra molto interessato a Freud fino al 1915, oscilla tra il vecchio e il nuovo metodo fino al 1923, quando dichiara esplicitamente il suo definitivo disinteresse per la psicoanalisi: rimarrà un convinto seguace di Kraepelin, il massimo rappresen-

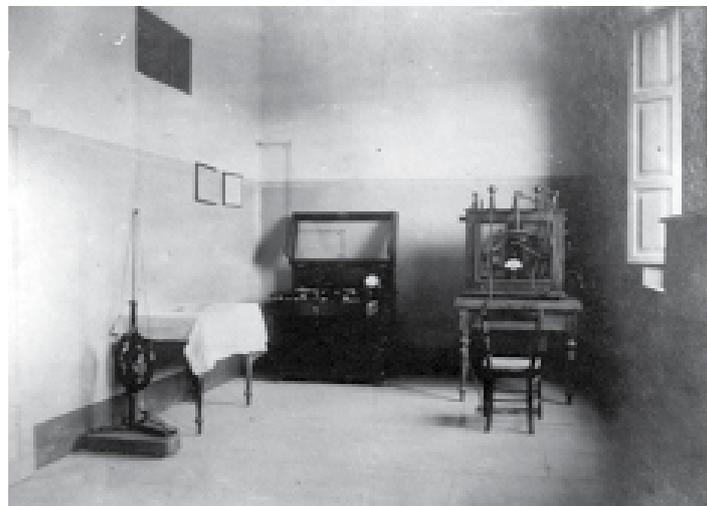


Fig. 2 - Ambulatorio di elettroterapia.

tante della psichiatria scientifica, solidamente radicata all'obiettività della ricerca empirica.

Quando nel '15 l'Italia entra in guerra a fianco dell'Intesa, all'interno del manicomio di Ancona viene aperto l'ospedale militare di riserva "Piazza d'Armi" come reparto d'osservazione per neuropatici, con annesso camere di medicina generale. Probabilmente su segnalazione di Augusto Tamburini, nel '16 Modena fu inviato ufficialmente in Francia dalla Direzione Militare di Sanità assieme a Giulia Bonarelli, appena laureata in medicina e da lui sposata nel 1911, per studiare l'organizzazione dei centri neurologici per i militari feriti al fronte.

Tamburini, presidente della Società Freniatrica Italiana, aveva avuto modo di apprezzare Modena come studente universitario, collaboratore e poi redattore della Rivista Sperimentale di Freniatria; nel '15, nominato dai vertici militari direttore del servizio neuro-psichiatrico di guerra, si apprestò a rendere subito effettivo ed efficiente questo servizio. Sulla base delle direttive ministeriali, nominò quattro colleghi di chiara fama come consulenti psichiatrici per ognuna delle quattro armate dislocate in zona di guerra; poi, alla luce della relazione sull'esperienza francese fatta da Modena, precisò meglio l'organizzazione dei centri neurologici, che dovevano essere di due tipi per ogni corpo d'armata: uno al fronte e l'altro sul territorio, in stretta collaborazione tra loro, separati dai centri psichiatrici sia per il cattivo esempio che i degenerati davano ai reduci di guerra, sia per il disturbo che costoro potevano recare ai feriti talora gravi, sia infine per la completa diversità di assistenza che i psicopatici richiedevano.

Dall'esame delle cartelle cliniche dei militari ricoverati al manicomio di Ancona tra il '15 e il '18, conservate presso l'Archivio di Stato, risultano riportati in ognuna di esse i dati anamnestici (da dove proviene il paziente e con quale diagnosi, notizie da lui riferite), i dati relativi all'esame (fisico) del malato, la relazione finale e l'esito diagnostico, oltre ai dati anagrafici. Assente ovunque la fotografia del paziente. In alcuni casi i dati riportati nella cartella clinica sono incompleti, o perché non inviati dall'autorità militare competente o perché non forniti dal paziente; in pochi casi le cartelle cliniche sono lacere, mentre a volte è difficile leggere la scrittura del medico compilatore. I tempi di degenza oscillano, a seconda dei casi, da 5 giorni a più mesi di permanenza. Quanto alla terapia, non ci sono informazioni chiare e complete, si registrano esami per accertare la sifilide, somministrazione di farmaci in qualche caso di grave agitazione o denutrizione; spesso, per la riorganizzazione della mente, viene praticata l'ergoterapia, di cui Modena era un caldo sostenitore. Il trattamento terapeutico voluto da Modena sembra in sintonia con quello praticato dalla

moglie Giulia Bonarelli nel centro neurologico per la riabilitazione dei militari feriti. Nel 1919 la Bonarelli, in una relazione sul suo metodo di lavoro, dichiara che, rispetto le terapie elettriche francesi, molto prolungate e dolorose, durante le quali aveva bisogno di essere affiancata da un medico militare per impartire gli ordini, aveva trovato molto più efficace una terapia "dolce", che coinvolgesse il paziente e confermasse in lui la stima nel medico; questo sistema di cura le aveva consentito di trattare un numero più elevato di malati con minori casi di recidiva.

I militari che arrivarono al manicomio di Ancona, con un picco massimo di ricoveri nei primi mesi del '18, provenivano in massima parte dall'ospedale militare principale e dal centro neurologico di Piazza d'Armi della città dorica, in minor numero da ospedali e da manicomi di altre città, oppure dalle carceri zonali, se detenuti mandati in osservazione su richiesta del tribunale militare. La prassi per essere ammessi era la seguente: richiesta del medico militare con formula fissa di "soggetto pericoloso a sé e agli altri", ordine del questore, consenso del direttore del manicomio.

Per il momento ho esaminato 521 cartelle cliniche di pazienti ricoverati al manicomio di Ancona tra il '15 e il '18, su un totale di 776 ricoverati. In esse 254 pazienti risultano alienati, 224 non alienati, con un andamento diversificato: nel '15 e nel '16 i non alienati rappresentano un quarto degli esaminati, mentre negli anni '17-'18 raggiungono i tre quarti. Questo fa pensare che negli ultimi due anni di guerra l'esame psichiatrico sia stato condotto in modo più rigoroso. Bisogna precisare che molti dei non alienati, alcuni dei quali definiti non più alienati, sono dichiarati inidonei al servizio militare, e che molti di essi presentano patologie simili a quelle finora diagnosticate come alienanti. Modena appare poco incline all'indulgenza solo nei confronti dei detenuti con precedenti penali. Nel centro neurologico, se fra gli ufficiali furono più comuni i casi di nevrosi, considerata un'alterazione comportamentale, tra la truppa dominava la nevrosi isterica. Nel manicomio la patologia degli "scemi di guerra", più frequente in assoluto, è lo stato confusionale, seguito da stati melanconici.

Bibliografia

- 1) Bianchi B., *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*. Roma 2001.
- 2) Fortuna S., "Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1749-1978)". In G. Danieli (ed.), *Manicomi marchigiani, le follie di una volta*. Ancona 2008.
- 3) Gibelli A., *L'officina della guerra*. Torino 1991.
- 4) Pierpaoli Ch. e Ceccarelli G., "Gustavo Modena: tra psichiatria e psicoanalisi". In G. Ceccarelli, *La psicologia in Italia. Nuovi saggi storiografici*. Urbino 2003.

FRANCESCO ORLANDI

Professore di Gastroenterologia
Ancona

The Health Literacy

Grazie dottore, finalmente ho capito il problema!”. Quando tra noi e l’assistito si manifesta una comune intelligenza il colloquio si illumina, ci sarà un comune sentire nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche. Questa sintonia tra medico e malato è un punto cruciale della professione da sempre, ma si ripresenta continuamente. Apprendiamo ad esempio che in un’inchiesta italiana del 2010 soltanto una metà dei malati di cancro intervistati era rimasta soddisfatta dell’informazione ricevuta¹, e ben più in generale vediamo indicata la health literacy (la consapevolezza del proprio problema di salute e delle decisioni conseguenti, risultante sia dalla preparazione culturale dell’assistito che dall’appropriatezza della comunicazione) come “priorità critica” per il successo della riforma sanitaria negli Stati Uniti. Viene infatti stimato che il grado di consapevolezza sia insoddisfacente per qualcosa come 90 milioni di cittadini americani, e questo gap è considerato un serio ostacolo per l’efficacia e la sostenibilità finanziaria dell’intero programma. Il Governo di Washington ha quindi varato un National Action Plan to Improve Health Literacy².

È esagerato? No, se si guardano i numerosi studi prospettici che hanno misurato l’influenza della consapevolezza sul decorso di cardiopatie, di pneumopatie, di alcuni tipi di cancro e di altre affezioni croniche. È stata ad esempio osservata una scarsa attenzione verso la consapevolezza per le malattie cardiovascolari, ed uno studio impietoso sui reumatologi americani ha mostrato che nelle conversazioni con i malati soltanto uno su cinque termini medici veniva spiegato adeguatamente, con una conseguente elevata inconsapevolezza. Tornando al cancro, anche uno studio americano ha mostrato un tasso elevato di difficoltà di orientamento, soprattutto tra gli anziani, ed il grado di consapevolezza era associato alla qualità del decorso clinico²⁻⁷. Ma non è possibile rappresentare qui il tema della consapevolezza, un vasto fiume di indagini fiorite a partire dai primi anni ‘90 ed approdate poi all’evidenza di significative associazioni con l’efficacia dell’assistenza.

Non mancano comunque le linee-guida. Viene raccomandato al medico di non parlare frettolosamente; di evitare termini incomprensibili all’assistito; di formulare messaggi concreti (tipo “faccia 5 ore di marcia la settimana” discutendo gli eventuali esercizi equivalenti più appropriati alla specifica persona, piuttosto che il generico “faccia attività fisica”); di arricchire il discorso con schemi, stampe, o con l’indicazione di siti internet (ottimi ad esempio quelli per la celiachia); di consegnare aperta l’eventuale lettera al collega, evitando anche lì ogni slang medicale. Viene anche sottolineata l’importanza del rapporto con l’accompagnatore, figura da non trascurare in alcun modo nella



Fig. 1 - René François Ghislain Magritte (1898-1967).

comunicazione medica⁴⁻⁶.

C’è naturalmente chi ha inventato un software per quantificare il grado di comprensibilità nei colloqui⁸. E’ stata anche prospettata l’utilità di un esame specifico sulla comunicazione medica, al 3° o 4° anno del corso di laurea in medicina⁹. L’attitudine a comunicare e condividere il problema è alternativa alla “medicina difensiva”, che tende invece a vedere nell’assistito una controparte potenzialmente ostile, e all’autoritarismo medico vecchia maniera.

“Professore, ma sa che con lei si può parlare?” Il complimento da una parte mi rattrista, come docente di lungo corso con tanti ex-studenti in circolazione, ma lo preferisco di gran lunga al “sa che lei mi ha salvato?” e simili. Quando lo sento affiorano antichi messaggi, giù giù fino ad Alvan R. Feinstein, indimenticabile “teacher’s teacher” di metodologia clinica: “the physician’s ability to communicate with sick people is a basic tool of his craft”¹⁰.

Bibliografia

- 1) Del Bufalo P. Oncologia da comunicare. 24ore-Sanità 2010 (7 dic):26.
- 2) Rudd RE. Improving American’s health literacy. N Engl J Med 2010;363:2283-5.
- 3) Safer RS, Cooke CE, Keenan J. The impact of health literacy on cardiovascular disease. Vasc Health Risk Manag 2006;2:457-64.
- 4) Roberts NJ, Ghiassi R, Partridge MR. Health literacy in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008;3:499-507.
- 5) Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, et al. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. Oncology 2009;23:369-75.
- 6) Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. Am Fam Physician 2005;72:463-8.
- 7) Koch-Weser S, Dejong W, Rudd RE. Medical word use in clinical encounters. Health Expect 2009;12:371-82.
- 8) Koch-Weser S, Rudd RE, Dejong W. Quantifying word use to study health literacy in doctor-patient communication. Health Commun 2010;15:590-602.
- 9) Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am 2003;87:1115-45.
- 10) Feinstein AR. Clinical Judgment. Williams Wilkins, Baltimore, 1967.



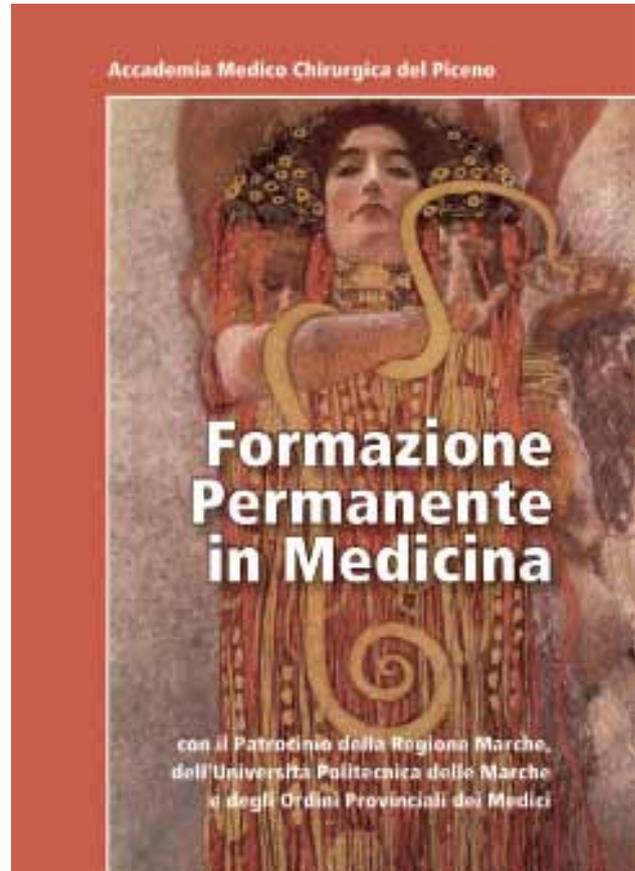
Viene presentato e distribuito in questi giorni il volume *Formazione permanente in Medicina*, edito dall'Accademia Medico Chirurgica del Piceno.

Contiene tutti gli aggiornamenti presentati al recente Corso omonimo promosso dall'Accademia e realizzato sotto il patrocinio della Regione Marche, dell'Università Politecnica delle Marche e degli Ordini Provinciali dei Medici.

E' articolato in undici Sezioni, ciascuna coordinata dai Docenti indicati: Angiologia (Armando Gabrielli, Francesco Pellegrini, Alessandro Rappelli), Cardiologia (Alessandro Capucci, Gian Piero Perna), Ematologia (Pietro Leoni, Marco Candela), Endocrinologia (Marco Boscaro, Pierangelo Santoni, Giacomo Vespasiani), Gastroenterologia ed Epatologia (Antonio Benedetti, Giorgio Maniscalco), Immunologia clinica (Armando Gabrielli, Maria Montroni), Nefrologia (Mauro Ragaio, Giovanni Frascà), Neurologia (Leandro Provinciali, Maria Del Pesce), Oncologia ed Ematologia (Riccardo Cellerino, Riccardo Centurioni), Pneumologia (Stefano Gasparini, Alberto Tubaldi). Reumatologia (Walter Grassi).

Il volume rappresenta un compendio aggiornato di Medicina Interna, generale e specialistica; la sua lettura è raccomandata a tutti gli Studenti, soprattutto ai Medici, che sono studenti a vita.

Giovanni Danieli



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 XIV - n° 2 Marzo - Aprile 2011 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