



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Si sono svolti lo scorso mese in Facoltà i concorsi di ammissione alle Scuole di Specializzazione che hanno riguardato quest'anno anche le Scuole di Allergologia ed Immunologia Clinica, Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Neurochirurgia assenti da un anno dalla nostra Facoltà.

Ciò significa che cinque significative Scuole di Specializzazione sono ritornate nella sede amministrativa di Ancona. Al di là del prestigio istituzionale, va sottolineato il grande recupero culturale che questa operazione ha comportato. Salvare cinque Scuole di Specializzazione significa assicurare altrettanti nuclei di studio e di ricerca che possono risultare fondamentali nei programmi di sviluppo culturale ed economico di questo territorio.

Questo numero delle Lettere ospita anche l'ultimo contributo presentato circa un anno fa all'11° Convegno annuale della Facoltà che venne dedicato a Fonti ed acque termali nelle Marche; la raccolta di tutti i contributi verrà ora, grazie all'intervento dei più prestigiosi Istituti termali marchigiani, pubblicata in un apposito volume della collana Scienze Umane della Facoltà. Questo del termalismo rientra in una serie di ricerche coordinata dalla Facoltà, in collaborazione con una prestigiosa Associazione culturale, Le Cento Città, collaborazione che ha consentito, anno dopo anno, di fornire importanti contributi alla conoscenza delle antiche Facoltà di Medicina nella regione, delle Biblioteche marchigiane di tradizione, dei principali Ospedali, delle Confraternite quali prima forma di assistenza sociale e dei Manicomî marchigiani.

Quest'anno, 26 Maggio ore 17,00 in Auditorium, ci presentiamo con un nuovo tema, La Donna nella storia marchigiana, la donna medico, la donna in gravidanza, ma anche la donna dalla civiltà contadina a quella industriale, altre figure di donne, la donna nell'arte. Sarà presentata una carrellata di figure femminili nella quale la donna marchigiana appare protagonista nella scena della vita e non semplice comparsa.

Attendiamo una grande partecipazione di Docenti e Studenti a questo convegno aperto anche al pubblico non medico.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

EDITORIALE	2
Estetica ed Etica in Odontoiatria Restaurativa di Angelo Putignano, Giovanni Orsini	
VITA DELLA FACOLTÀ	4
Corsi Monografici - Nei Poli periferici - Forum Multiprofessionali di Scienze Umane - Convegno annuale della Facoltà a cura di Giovanni Danieli	
DALLE PROFESSIONI SANITARIE	9
La presenza di stereotipi nell'immagine pubblica della professione infermieristica, G. Cotichelli, A. Cucchi, D. Gaggia, 9 - L'EBN per la gestione degli accessi vascolari, A. Santarelli, G. Angeloni, E. Cerioni, S. Marcelli, 12 - Nursing diagnosis: process and application. La codifica del linguaggio infermieristico, S. Marcelli, S. Ortolani, R. Rocchi, P. Marinelli, E. Ceroni, A. Santarelli, 15	
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	15
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE a cura di Ugo Salvolini	
FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE	18
L'emergere della coscienza. Prima parte: la scoperta di sé Bernardo Nardi, Sabrina Laurenzi	
DIGNITÀ DI STAMPA	23
Consumo energetico a riposo nella malattia di Parkinson. Ruolo dei disturbi motori e durata di malattia, B. Emanuelli, M. Capecci, M.G. Ceravolo, 23 - Caratteristiche elettrocliniche dello spettro SMEI nelle convulsioni febbrili nel primo anno di vita, C. Petrelli, N. Zamponi, L. Provinciali, 25 - Strategia terapeutica nella gestione oncologica dell'epatocarcinoma, L. Faloppi, M. Scartozzi, S. Cascinu, 27 - Management della sincope. Ambiti (o prospettive) di miglioramento dall'analisi di una casistica, L. Postacchini, A. Salvi, A. Gabrielli, 29	
DOSSIER	I-VIII
Problemi clinici in Neurologia	
FILOSOFIA E SCIENZA	31
Il mito del dato di Roberto Tagliaferri	
RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE	37
The Truman Show di Marco Grilli	
FONTI ED ACQUE TERMALI NELLE MARCHE	41
Le Terme di S. Lucia a Tolentino di Alberto Pellegrino	
LIBRI	47
Anatomia clinica del Netter	

Estetica ed Etica in Odontoiatria Restaurativa

Sin dagli antichi greci ai filosofi come Kant, fino ad arrivare alla società attuale, l'Estetica ha sempre rivestito un ruolo predominante nel pensiero umano. Che cos'è l'Estetica? L'Estetica è una branca della filosofia che si basa sul concetto di bellezza e può essere considerata sia una percezione soggettiva (che varia secondo il gusto), sia oggettiva (definibile attraverso criteri unanimemente riconosciuti). Secondo Hegel la bellezza non è una scienza esatta, per Platone rappresenta la misura e la simmetria, pur restando una percezione virtuale. Cosa significa Estetica nel campo dell'odontoiatria? Il senso estetico è un fenomeno dell'intelletto che presuppone degli elementi universali alla base della sua percezione. L'Estetica dentale può essere rappresentata dall'estetica del sorriso, a sua volta determinata dalle proporzioni facciali, dalla personalità, l'età e il sesso.

Oggi, lo standard dell'odontoiatria ha fatto notevoli progressi, grazie all'evoluzione delle tecniche e dei biomateriali, ma anche grazie alla sempre più elevata comprensione e motivazione dei pazienti e alla formazione altamente specialistica degli odontoiatri.

Dovere di ogni professionista è quello di operare un trattamento odontoiatrico, venendo incontro alle esigenze funzionali e alle aspettative estetiche del paziente, senza mai contravvenire a quelle che sono le regole basilari dell'etica medica. L'Etica è anch'essa una branca della filosofia che si basa, a sua volta, sul concetto di moralità. La moralità mette in relazione gli uomini gli uni con gli altri in modo responsabile, attraverso la guida del senso di razionalità. Compito dell'odontoiatra è curare la patologia innanzitutto, e poi rendere il trattamento il più estetico possibile. La pianificazione delle varie procedure deve essere spiegata, discussa e accettata dal paziente, tenendo

sempre conto della loro personalità e del grado di motivazione estetica. Una bella apparenza, insieme ad un buono stato di salute, con adeguato ripristino della funzionalità, ed un sorriso attraente rivestono un ruolo importante soprattutto per coloro che hanno frequenti rapporti con il pubblico e che devono relazionarsi in ambienti quali la televisione, il cinema, la politica, ma anche per la gente comune, in cui un aspetto Estetico può a volte accrescere l'autostima e migliorare così la qualità di vita.

Le procedure estetiche in odontoiatria si prefiggono come scopo il raggiungimento di una bellezza che sia soggettiva ma anche oggettivamente riconoscibile, e sono principalmente rivolte a migliorare l'aspetto dei denti anteriori, visibili durante il sorriso. Nel campo conservativo/restaurativo, di cui ci occupiamo quotidianamente, i trattamenti estetici vanno dal semplice sbiancamento dentario a tecniche che prevedano l'impiego di materiali "invisibili", e cioè color dente, per la ricostruzione dei tessuti calcificati del dente compromesso dalla patologia cariosa, o per la ricostruzione protesica vera e propria. Questo grande capitolo comprende: restauri diretti (in materiale composito fig 1 e 2); restauri indiretti (intarsi e faccette in composito; intarsi, faccette e corone in porcellana fig 3 e 4).

In generale, l'odontoiatria restaurativa ha sempre vantato il pregio di adottare materiali e tecniche per il raggiungimento di un'odontoiatria "minimamente invasiva", grazie ai contributi innovativi di ricercatori quali Buonocore, Bowen, Calamia, Goldstein, Simonsen ed altri, che hanno introdotto materiali estetico-adesivi e preparazioni dentali che presupponevano un sacrificio minimo dei tessuti calcificati. Si è quindi assistito all'era dei restauri con materiali estetici diretti, per poi passare all'avvento delle tecniche indirette, ed, in particolare, al successo estetico delle faccette in porcellana. Si tratta di



Fig. 1.



Fig. 2.

manufatti che hanno l'indiscutibile vantaggio di modificare forma e colore di un dente in maniera stabile, attraverso una preparazione limitata allo smalto dentale, che hanno dimostrato una buona longevità, ma che tuttavia non durano per sempre e che prevedono, anche se minimo, il sacrificio permanente di tessuto dentale, aprendo la strada ad importanti questioni etiche. Il dibattito è particolarmente acceso negli Stati Uniti, dove milioni di faccette sono state posizionate con successo a partire dal 1982, ma dove, in queste e altre soluzioni estetiche, si registra il 33% di casi di "overtreatment", ovvero di trattamenti non necessari. Anche in Europa e in Italia si assiste sempre di più ad un'odontoiatria in cui sia l'operatore che i pazienti vengono offuscati dall'esigenza eccessiva di senso estetico e dalla volontà di correggere imperfezioni minime, che comportano, rispettivamente, l'esecuzione e/o la richiesta di trattamenti superflui, che dovrebbero essere definiti più di "cosmetica" che di Estetica.

In realtà, il trattamento estetico dovrebbe rappresentare l'incontro tra il pensiero del paziente e quello del clinico, ma è altresì vero che molte volte il paziente non si rende conto dell'irreversibilità di una terapia, così come il clinico non sempre informa adeguatamente il paziente del sacrificio biologico che un trattamento comporta, degli eventuali rischi ad esso legati e delle alternative che, se pur meno belle, potrebbero essere meno demolitive. L'esperienza e la competenza clinica così come l'applicazione razionale del codice etico "primum non nocere" sono requisiti fondamentali che gli odontoiatri specialisti dovrebbero possedere per eseguire un trattamento estetico-restaurativo adatto alle esigenze del paziente, prospettandogli tutte le eventuali soluzioni con il loro rapporto beneficio/costo biologico, e lasciando a lui la decisione finale.

Per finire, vorremmo lasciare un messaggio rilevante, anche se non scientifico - recentemente pubblicato sul *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry* – ai nostri col-

leghi odontoiatri, così come agli altri medici specialisti che si occupano di scienze cliniche che nutrono rapporti con l'Estetica. Prima di eseguire una qualsivoglia terapia a fini puramente estetici, suggeriamo di rispondere al cosiddetto Test della figlia, ovvero: "Pur sapendo tutto quello che comporta la soluzione estetica che stiamo proponendo, eseguiremmo lo stesso questo trattamento a nostra figlia/figlio?".

Una domanda semplice che ci dovrebbe far riflettere tutti per qualche minuto.

Bibliografia

- 1) Buonocore MG. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J Dent Res* 1955;34:849-53.
- 2) Bowen RL. Dental filling material comprising vinyl-silane treated fused silica and a binder consisting of the reaction product of bisphenol and glycidyl methacrylate. U.S. Pa. 3,066,112. 1962.
- 3) Burke FJ, Kelleher MG. The "daughter test" in elective esthetic dentistry. *J Esthet Restor Dent*. 2009;21:143-46.
- 4) Calamia JR. Etched porcelain facial veneers: a new treatment modality based on scientific and clinical evidence. *N Y J Dent* 1983;53:255-9.
- 5) Cerutti A, Mangani F, Putignano A. *Odontoiatria Estetica Adesiva: didattica multimediale*. Quintessenza Edizioni Srl, Rho (Milano) 2007.
- 6) Friedman MJ. A bittersweet silver anniversary for the bonded porcelain veneer restoration. *J Esthet Restor Dent* 2009;21:1-3.
- 7) Goldstein RE. *Esthetics in dentistry*. Philadelphia (PA): JB Lippincott Co.; 1976.
- 8) Liebler M, Devigus A, Randall RC, Burke FJ, Pallesen U, Cerutti A, Putignano A, Cauchie D, Kanzler R, Koskinen KP, Skjerven H, Strand GV, Vermaas RW. Ethics of esthetic dentistry. *Quintessence Int*. 2004;35:456-65.
- 9) Mangani F, Cerutti A, Putignano A, Bollero R, Madini L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. *Eur J Esthet Dent*. 2007;2:188-209.
- 10) Nash DA. Professional ethics and esthetic dentistry. *J Am Dent Assoc*. 1988;117:7E-9E.
- 11) Re D, Cerutti A, Mangani F, Putignano A. Restauri estetico adesivi indiretti parziali nei settori posteriori. UTET SpA Divisione Scienze Mediche, Torino 2007.
- 12) Simonsen RJ, Stallard RE. Sealant-restorations utilizing a diluted filled composite resin: one-year results. *Quintessence Int* 1977;8:77-84.
- 13) Simonsen RJ. Commerce versus care: troubling trends in the ethics of esthetic dentistry. *Dent Clin North Am*. 2007;51:281-87.
- 14) Swift EJ Jr, Friedman MJ. Critical appraisal: porcelain veneer outcomes, part I. *J Esthet Restor Dent* 2006;18:54-57.
- 15) Swift EJ Jr, Friedman MJ. Critical appraisal: porcelain veneer outcomes, part II. *J Esthet Restor Dent* 2006;18:110-13.



Fig. 3.



Fig. 4.



Attività Didattiche Elettive

Maggio - Giugno 2010

CLM in Medicina e Chirurgia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00013 – Biochimica - Biochimica del sangue
Prof.ssa L. Mazzanti - 10-17 maggio 2010 ore 16.30 Aula T
ADE00051 – Istologia - Le biotecnologie per lo studio dell'istologia umana normale, Dott.ssa A. Pugnali – 11 maggio 2010 ore 14.30 Aula S

4° Anno

ADE00037 – Anatomia patologica - Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie, Prof. I. Bearzi – 7-14 maggio 2010 ore 14.30 Aula Morgagni
ADE00181 – Oftalmologia - Patologie vascolari retiniche
Prof. C. Mariotti 18-25 maggio – 1-8 giugno 2010 ore 14.30 Aula S
ADE00182 – Diagnostica per immagini e radioterapia - Nuovo imaging TC e RM nelle patologie cardiovascolari Prof. A. Giovagnoni 18-25 maggio – 1-8 giugno ore 17.00 Aula S
ADE00183 – Diagnostica per immagini e radioterapia - Aspetti fisici, tecnologici e clinici dell'ecografia in medicina Prof. G.M. Giuseppi 5-12-19-26 maggio 2010 ore 14.30 Aula S
ADE00184 – Odonto-Otorinolaringoiatria - Le sindromi vertiginose
Prof. V. Mallardi 20-27 maggio – 3 -10 giugno 2010 ore 14.30 Aula S
ADE00186 – Odonto –Otorinolaringoiatria - Aspetti odontostomatologici e maxillo-facciali di malattie sistemiche Prof. M. Piemontese 20-27 maggio – 3-10 giugno 2010 ore 17.00 Aula S
ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata Dott.ssa E. Adrario 7-14 maggio 2010 ore 17.00 Aula T

5° Anno

ADE00040 – Malattie infettive - Gestione del paziente HIV positivo
Prof. F. Barchiesi 7-14 maggio 2010 ore 14.30 Aula S
ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata Dott.ssa E. Adrario 7-14 maggio 2010 ore 17.00 Aula T
ADE00196 – Malattie cutanee e veneree - Le sindromi paraneoplastiche - Dott.ssa A. Campanati 6-11 maggio 2010 ore 17.00 Aula O
ADE00197 – Malattie cutanee e veneree - Lupus Eritematoso Sistemico - Prof.ssa A.M. Offidani 6-11 maggio 2010 ore 14.30 Aula O
ADE00199 – Malattie infettive - Diagnostica delle parassitosi
Dott. O. Cirioni 17-24-31 maggio – 7 giugno 2010 ore 17.00 Aula S

ADE00200 – Medicina interna e geriatria - L'anziano fragile
Dott.ssa E. Espinosa 17-24-31 maggio – 7 giugno 2010 ore 14.30 Aula S

6° Anno

ADE00187 – Emergenze medico chirurgiche - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata Dott.ssa E. Adrario 7-14 maggio 2010 ore 15.00-17.00 Aula T
ADE00203 – Clinica medica - Linee guida nella diagnosi e terapia delle malattie immuno-mediate – Prof. A. Gabrielli, Prof.ssa M.G. Danieli 6-13 maggio 2010 ore 14.30 Aula P
ADE00205 – Clinica chirurgica - Il rischio operatorio nell'anziano
Prof. V.M. Suraci 6-13 maggio 2010 ore 17.00 Aula P
ADE00061 – Clinica chirurgica - Malattie infiammatorie croniche intestinali, Prof.ssa C. Marmorale, Prof. G. Macarri, Dott. W Siquini – 7-14 maggio ore 15.00-17.00, 21 maggio 2010 ore 15.00-19.00 Aula C

CLM Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna
Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00208 – Statistica ed informatica – Metodi statistici per la stima dell'età mediante lo schema dentario, Prof. L. Ferrante 5-12-19-26 maggio 2010 ore 14.30 Aula 2

2° Anno

ADE00209 – Igiene generale e applicata - La gestione integrata del rischio - Prof. I. Annino 5 maggio 2010 ore 17.00 Aula 3

4° Anno

ADE00210 – Chirurgia orale - Il ruolo dell'igienista dentale in chirurgia rigenerativa - Prof. F. Bambini 11-18-25 maggio – 1 giugno 2010 ore 14.30 Aula 2
ADE00211 – Parodontologia - Uso dei chemioterapici nella terapia parodontale non chirurgica, Prof. M. Piemontese 11-18-25 maggio – 1 giugno 2010 ore 17.00 Aula 2

5° Anno

ADE00215 – Parodontologia Impiego del "Demineralized Freeze Dried Bone Allograft" nel trattamento dei difetti intraossei Prof. M. Piemontese 11-18-25 maggio – 1 giugno 2010 ore 17.00 Aula 3

CL Educatore Professionale





Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna
Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00064 – Metodologie dell'educazione professionale e del servizio sociale - Le metodologie di intervento nel lavoro con i gruppi, Dott. ssa D. Saltari - 11 - 18 (Aula biblioteca) 13 Maggio 2010 (Aula 3, 4° piano), ore 14.00-17.30

2° Anno

ADE00067 – Metodologie dell'educazione professionale I - L'intervento psicoeducativo rivolto all'utente con disabilità psichica Dott.ssa D. Saltari - 6 maggio ore 14.00-17.30 Aula C

3° Anno

ADE00070 – Politica sociale - Immigrazione e tossicodipendenza: una realtà sociale in evoluzione, Prof. E. Pattarin 11-18 maggio (Facoltà di Economia), 13 maggio 2010 ore 14.00-17.00 Aula C
ADE00071 – Progettazione degli interventi educativi - Il primo approccio con situazioni a rischio: i servizi a bassa soglia - Dott.ssa L. Volante 20-25-27 maggio 2010 ore 14.00-17.30 Aula C

CL Fisioterapia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna
Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00075 – Fisiologia generale e filosofia della scienza - I sistemi di controllo motorio, Dott. L. Bragina 6-13 maggio 2010 ore 14.00-18.00 Aula Ex Ft
ADE00221 – Fisiologia generale e fisiologia della scienza - La donna nella storia della medicina Prof.ssa F. Fortuna 11 maggio 2010 ore 13.30-16.30 Aula M

ADE00222 – Scienze biologiche e cliniche - Distrofie muscolari
Dott. G. Fulgenzi 1-3-8-10 giugno 2010 ore 14.30-17.00 Aula H

2° Anno

ADE00084 – Prevenzione della disabilità - Riabilitazione cardiologica, Prof.ssa M.G. Ceravolo 13-20-27 maggio 2010 ore 14.30-

18.00 Aula A

CL Igienista Dentale

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna
Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00303 – Scienze tecniche mediche – Prevenzione dei tumori del cavo orale - Dott.ssa S. Sparabombe 10-17-24 maggio 2010 ore 15.00-17.00 Aula 2

CL Infermieristica
Polo didattico di Ancona

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna
Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00221 – Fisiologia - La donna nella storia della medicina
Prof.ssa S. Fortuna 11 maggio 2010 ore 13.30-16.30 Aula M

2° Anno

ADE0089 – Infermieristica applicata alla medicina interna generale - Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica - Dott.ssa A. Cucchi, Dott.ssa C. Borgognoni, 13-20-27 maggio ore 14.30-18.30 Aula R

CL Ostetricia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna
Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi
Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli
19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00





Corsi Monografici

1° Anno

ADE00135 – Fisiologia - La contraccezione - Dott. A. Turi 17-24-31 maggio 2010 – 7 giugno 2010 ore 15.00-18.00 Aula I
ADE00221 – Fisiologia - La donna nella storia della medicina Prof.ssa S. Fortuna 11 maggio 2010 ore 13.30-16.30 Aula M

2° Anno

ADE00137 – Patologia ostetrica - Malattie sessualmente trasmesse Dott.ssa O. Simonetti, 11 maggio 2010 ore 15.00-18.00 Aula N
ADE00256 – Patologia ostetrica - Oncologia molecolare - Dott.ssa R. Berardi 18-25 maggio – 8 giugno 2010 ore 15.00-19.00 Aula N

CL Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli 19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00143 – Scienze biomediche - Metabolismo delle vitamine nell'alimentazione - Dott. G. Orsomando – 6 maggio ore 14.00-17.00 – 13 maggio 2010 ore 14.00-18.00 Aula L

2° Anno

ADE0148A – Scienze della prevenzione nell'ambiente – Il documento di valutazione dei rischi, Prof. M. Paroncini 11-18 maggio ore 14.00-17.00 – 20 maggio 2010 ore 14.00-18.00 Aula I

CL Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi

Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio

ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli 19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

CL Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna Aula T – ore 17.00 5 - 12 maggio
ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi Aula T – ore 14.30 5 - 12 maggio
ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli 19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00270 – Apparecchiature dell'area radiologica - I rilevatori nelle attività di fisica sanitaria: dosimetria in radioterapia, rivelatori a termoluminescenza, rivelatori a stato solido nella registrazione dell'immagine digitale Dott.ssa M. Giacometti, Dott.ssa S. Maggi 24-31 maggio 2010 – 7-14 giugno 2010 ore 13.30-16.00 Aula H

2° Anno

ADE00162 – Sistemi informatici e archiviazione II - Diagnostica per Immagini Integrata nello studio dell'Apparato osteo-articolare, Dott. G. Valeri 7-11-14 maggio 2010 ore 14.30-17.00 Aula H

3° Anno

ADE00275 – Tecniche e apparecchiature di diagnostica per immagini IV - Rischio nelle attività diagnostiche e nelle procedure invasive, Dott.ssa E. Adrario 10-17 maggio 2010 ore 13.30-15.30 Aula A
ADE00277 – Tecniche e apparecchiature di radioterapia II - La radioterapia IGRT, Dott. M. Cardinali, Dott.ssa G. Mantello 6-13-20 maggio 2010 ore 13.00-15.30 Aula F





Nei Poli periferici

CL Infermieristica Polo didattico di Pesaro

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00101 – Infermieristica generale - Il Codice Deontologico dell'infermiere - Dott.ssa M. Nicolino, 5 maggio 2010 ore 14.30-17.30

ADE00103 – Fisiologia - Basi teorico-pratiche dell'ECG
Dott. M. Melone, 19-26 maggio 302 – 9 giugno ore 14.30-18.30

2° Anno

ADE00299 – Medicina interna specialistica - Malassorbimenti e celiachia - Prof. A. Benedetti 6 maggio 2010 ore 14.30-17.30

CL Infermieristica Polo didattico di Macerata

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00134 – Patologia - La risposta immunitaria contro i tumori e i trapianti - Dott.ssa M.R. Rippo 12-19-26 maggio, 9 giugno 2010 ore 14.30 -17.30

ADE00251 – Infermieristica clinica - La responsabilità infermieristica nella somministrazione dei farmaci, Dott.ssa G. Corsetti – 19-26 maggio, 9-16 giugno 2010 orario da definire

2° Anno

ADE00304 – Medicina interna specialistica – Terapia insulinica - Dott. G. Balercia, 7 maggio 2010, ore 13.30-19.30

CL Infermieristica Polo didattico di Ascoli Piceno

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00124 – Infermieristica generale - Il Counseling infermieristico nella relazione d'aiuto, Dott.ssa L. Passaretti 12-19-26 maggio 2010 ore 13.00-17.00

2° Anno

ADE00253 – Medicina interna specialistica - Malattie delle vie biliari e pancreatiche, Prof. G. Macarri 4 maggio 2010 ore 9.00 -13.00

ADE00302 – Medicina interna specialistica - Elementi di dermatologia inerenti all'assistenza infermieristica, Dott.ssa A. Campanati 5 - 7 maggio 2010, ore 9.00-13.00

CL Infermieristica Polo didattico di Fermo

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00132 – Infermieristica clinica - Prove d'efficacia per il nursing degli accessi vascolari - Dott. G. Angeloni, Dott. A. Santarelli 3-10-17 maggio 2010 ore 14.30-18.30

ADE00134 – Patologia - Risposta immunitaria a tumori e trapianti
Prof.ssa F. Fazioli 12-19-26 maggio, ore 14.30-17.30, 20 maggio 2010 ore 10.00-13.00

ADE00254 – Infermieristica clinica - Le strutture sanitarie del SSN
Dott. A. Santarelli 11-18-25 maggio 2010 ore 8.30-12.30

2° Anno

ADE00304 – Medicina interna specialistica - Terapia insulinica
Dott. A. Taccaliti 12-14-19 maggio 2010 ore 9.00-13.00

Per tutte le sedi

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane
Ancona - Facoltà di Medicina e Chirurgia

ADE03A08 – Storia della medicina - Prof.ssa Stefania Fortuna Aula T - ore 17.00 5 - 12 maggio

ADE08A08 – Psicologia clinica - Dott. Bernardo Nardi Aula T - ore 14.30 5 - 12 maggio

ADE07A08 – Etica clinica - Prof. Andrea L. Tranquilli 19 maggio (Aula T) - 26 maggio (Auditorium Montessori) ore 17.00



Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

<p>UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA</p>  <p>SCIENZE UMANE Forum Multiprofessionali coordinati da Tullio Manzoni Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Murri</p>	<p>ADE03A08 - Storia della medicina, Prof.ssa Stefania Fortuna Nient'altro che la verità. Esordi della psicologia giudiziaria, PAOLO MARCHETTI 5 maggio ore 17.00 Aula T Istituzioni sanitarie tra 800 e 900, STEFANIA FORTUNA, 12 maggio ore 17.00 Aula T</p> <p>ADE08A08 - Psicologia clinica, Prof. Bernardo Nardi La crisi come risorsa, BERNARDO NARDI, 5 maggio ore 14.30 Aula T Eros e Logos, BERNARDO NARDI, 12 maggio ore 14.30 Aula T</p> <p>ADE07A08 - Etica clinica, Prof. Andrea L. Tranquilli La pianificazione anticipata delle cure, SABRINA PECORA, 19 maggio ore 17.00 Aula T La donna nella storia marchigiana - Convegno annuale della Facoltà 26 maggio ore 17.00 Auditorium Montessori</p>
---	--

12° Convegno annuale della Facoltà La donna nella storia marchigiana

26 maggio 2010 ore 17,00 - Auditorium Montessori

La dodicesima edizione del Convegno annuale della Facoltà è dedicata quest'anno alla donna nella storia marchigiana, alla donna che lavora, alla donna medico, alla donna in maternità, alla donna nell'arte; non solo, il tema conduttore è infatti più ampio e l'obiettivo è quello di restituire la vita e la parola a donne non sempre conosciute, partendo da lontano, dalla prima età moderna, prima di giungere ai giorni nostri.

Dovunque si guardi, sin dal Cinquecento, la donna è presente sulla scena domestica, economica, intellettuale, pubblica, conflittuale e perfino ludica della società; necessaria per la sua funzione materna e quotidiana, partecipa coraggiosamente agli eventi che costruiscono, trasformano o lacerano il tessuto sociale.

La donna dunque è nella realtà dei giorni, occupa lo spazio dei discorsi e delle rappresentazioni, lo spazio delle prediche e delle favole, come quello del mondo scientifico e filosofico.

Di lei si parla molto, a perdita d'occhio. Ma proprio in questo risiede il paradosso. Perché questo discorso pletorico e reiterato sulla donna e sulla sua natura è attraversato dalla necessità di contenerla, dal desiderio, a malapena celato, di fare della sua presenza una sorta di assenza o per lo più una presenza discreta, limitata dentro confini ben definiti.

Non ci si stupirà allora se lo storico che si è occupato di questo lungo e movimentato periodo in cui si è affermato lo Stato, anche nelle Marche, si sia così a lungo dimenticato della sua presenza scrivendo la storia al maschile, senza prendere in considerazione il suo ruolo.

Cercando di abolire il solito stereotipo per cui, da sempre, le donne sarebbero state dominate e gli uomini i loro oppressori, è necessario raccontare invece una realtà molto più complessa: disuguaglianza certo ma anche spazio in cui le donne, né fatalmente vittime né eccezionalmente eroine, contribuiscono in mille modi diversi ad essere dei soggetti della storia, protagoniste della scena e non semplici comparse.

Sotto la direzione del Preside Prof. Tullio Manzoni questa carrellata di immagini femminili verrà presentata da Giovanna Vicarelli (Dalla civiltà contadina a quella post industriale), Andrea L. Tranquilli (La maternità, dalla "condotta" alle scienze ostetriche), Stefania Fortuna (La donna in Medicina), Marco Belogi (Parole e immagini di donne), Walter Scotucci (La donna marchigiana nell'arte).

L'appuntamento è alle ore 17.00 in punto di mercoledì 26 maggio nell'Auditorium Montessori del Polo Murri. L'invito è rivolto ai Docenti, agli Studenti e a chiunque sia interessato al tema.

La presenza di stereotipi nell'immagine pubblica della professione infermieristica

È più facile spezzare un atomo che un pregiudizio
A. Einstein

La professione infermieristica oggi è cambiata, sia a livello di formazione che di capacità richieste sul lavoro. Da circa un ventennio la formazione è universitaria, i nuovi professionisti (uomini e donne), sono tutti laureati ed i contenuti scientifici della formazione accademica integrati con i contenuti tecnico pratici della formazione clinica, hanno tra gli obiettivi principe quello di affinare gli aspetti relazionali e attitudinali necessari per la conduzione del rapporto con le persone assistite, i loro familiari o il caregiver. Le nuove normative hanno sancito il riconoscimento della piena autonomia professionale, della gestione dell'assistenza e l'impegno nella ricerca scientifica, collocando l'immagine dell'Infermiere in posizione strategica rispetto al vivere sociale.

Ma è proprio così? Quali modelli veicolano i mass media? Di sicuro modelli inadeguati che fanno percepire la nostra professione come nobile sotto il profilo morale, ma al contempo umile e priva di reali riconoscimenti e soddisfazioni, nonostante i traguardi raggiunti negli ultimi anni. Per trovare ulteriore conferma a quanto sopra, non è necessario andare troppo lontano nel tempo basta fare riferimento all'Infermiera "Mimma" stereotipo televisivo promulgato dalla trasmissione "Quelli che il calcio e..." condotta da Simona Ventura, RAI 2. Il Presidente IPASVI di Roma con lettera del 26 marzo 2009 indirizzata alla Sig.ra Ventura, presenta "...le proteste di molti infermieri... che esprimono la rabbia di chi opera ogni giorno in condizioni di grande difficoltà e sacrificio, che vorrebbe farla finita con certi stereotipi... un'immagine sciatta con l'immane sigaretta in bocca e un linguaggio scurrile come Mimma, non deve essere ricono-

sciuta dal grande pubblico televisivo come un'infermiera. Mimma non è infermiera né mai potrà esserlo". (WWW.ipasvi.roma.it)

La comunicazione veicolata dai mass media si basa sul linguaggio. E proprio nel linguaggio risiedono spesso gli stereotipi. L'Oregon Center for Nursing¹ è una organizzazione no-profit che fra i suoi obiettivi ha quello di pubblicizzare il lavoro degli infermieri al fine di veicolare un'immagine moderna della professione e contrastare in questo modo la carenza di personale infermieristico nello stato americano. Nel 2006 ha dato vita ad una campagna mediatica per pubblicizzare il lavoro infermieristico utilizzando un manifesto fotografico in cui erano ritratti nove diversi infermieri maschi vestiti in maniera differente rispetto al proprio ruolo lavorativo e alla propria storia di vita (veterano di guerra o atleta sportivo). Sopra la foto campeggiava la scritta: "Are you man enough to be a nurse?", "Sei uomo abbastanza per essere un infermiere?" e di seguito lo slogan continuava: "Se vuoi una carriera che richieda intelligenza, coraggio, competenza e un numero illimitato di opportunità lavorative, prendi in considerazione il lavoro di infermiere". La foto di per sé è bella, mentre lo slogan utilizzato risulta un po' "strano", specie per il pubblico italiano. Viene da chiedersi perché presentare l'immagine infermieristica utilizzando professionisti in tipici atteggiamenti da "macho" (militare o sportivo). Prima di tentare una possibile risposta si può analizzare un'altra immagine, meno lontana nel tempo e nello spazio. E' quella relativa ad una locandina pubblicizzante una festa di carnevale studentesca organizzata di recente (2010) dove, l'immagine presa in prestito, è quella, tratta dai manga giapponesi, di un infermiere in posa sexi.

Entrambe le immagini possono piacere o meno, il messaggio trasmesso risulta però una semplificazione tale del pensiero espresso che non si può non pensare alla presenza di stereotipi tipici legati alla professione infermieristica. Nel caso del fumetto giap-

¹ Tratto dal sito: <http://www.oregoncenterfornursing.org>





ponese la rappresentazione è quella classica dell'infermiera di facili costumi pronta quanto meno a "solleticare le fantasie" maschili. Nel caso invece degli infermieri statunitensi la virilità messa in evidenza vuole fare da contraltare ad uno degli stereotipi più diffusi, in particolare nel mondo anglosassone, nei riguardi degli uomini che, se fanno una professione "tipicamente" femminile, allora non sono poi così tanto "maschi".

Il termine stereotipo è di accezione relativamente recente, veicolato dall'arte della tipografia dove stava ad indicare una tecnica di stampa che utilizzava una piastra rigida di metallo per la duplicazione delle immagini. Etimologicamente la parola è composta dal prefisso stereo, che sta ad indicare appunto qualcosa di solido e dalla parola greca typos che significa impronta. Un'impronta che prende origine da un singolo particolare, trasformato poi in carattere generale riferibile a comportamenti, situazioni, caratteristiche fisiche o culturali, a carico di determinati gruppi sociali o professionali. Nel Fontana Dictionary of Modern Thought (Stallybrass, 1977) se ne può trovare la seguente definizione: "Lo stereotipo è un'immagine mentale semplificata al massimo, riguardante una categoria di persone, un'istituzione o un evento che viene condivisa nei suoi tratti essenziali da grandi masse di persone". Nel caso della professione infermieristica, gli elementi che maggiormente vanno a comporre la rappresentazione sociale dello stereotipo sono quelli legati al genere, ai diversi ruoli e funzioni della professione, agli stessi luoghi dell'assistenza.

Nel primo caso si possono ritrovare tutti gli stereotipi comunemente correlati alla figura femminile in cui l'infermiera di volta in volta può essere rappresentata come una donna di facili costumi, o una santa missionaria, una algida professionista o una tenera figura materna, una rozza megera o una brava segretaria. In ogni caso la figura proposta si fonde con la dimensione stessa di ruolo, legata ad un passato professionale caratterizzato da funzioni subordinate, prive di autonomia e responsabilità, e regolamentato da un rigido mansionario professionale. Lo stereotipo di genere fa riferimento, come visto all'inizio, anche ai maschi, che possono essere dei semplici esecutori, quasi dei guardiani oppure, al contrario, delle figure la cui virilità è messa in discussione. Le motivazioni hanno la loro origine remota nella figura infermieristica del XIX secolo dove prevaleva il ruolo appunto di guardiano in strutture ospedaliere che erano dei grandi contenitori di tutti i problemi socio-sanitari dell'umanità, pronti ad esplodere alla più piccola assenza di controllo disciplinare. Al subentrare, alla fine del XIX secolo della figura femminile all'interno della professione infermieristica, e più in generale di molte professioni di aiuto (es. assistente sociale), questo porterà a registrare come "aliena" la presenza maschile in un lavoro "prettamente di donne".

La visione dell'infermiere "effeminato" sarà più diffusa nei paesi anglosassoni mentre in Italia dominerà maggiormente, per buona parte del XX secolo, la figura della persona rozza ed ignorante con cui veniva ingiustamente identificato l'infermiere generico, unico ruolo infermieristico accessibile ai maschi fino a quando la legge del 124/71 abolirà le scuole convitto aprendo anche a loro l'accesso al diploma professionale.

Il quadro composito degli stereotipi nelle professioni infermieristiche è ben sintetizzato nelle seguenti parole: "Se gli uomini sono forti, decisi, coraggiosi, valorosi, rapidi, autonomi, indipendenti, naturalmente portati alla carriera, allora sono veri uomini, premiati, perché questi sono





valori stimati dalla società. Se le donne sono affettive, deboli, dipendenti, passive, dolci, sottomesse, espressive, mansuete, naturalmente portate alla cura, allora sono vere donne" (Perucci, 2008). Ogni deviazione da questa rigida visione crea una rottura per-

cettiva nell'immaginario collettivo, da sanare alimentando la nascita e la continuazione di stereotipi di vario tipo, producenti una visione distorta e disfunzionale del gruppo sociale cui è riferito.

In una recente ricerca condotta sulla tipologia di messaggi, negativi o positivi, relativi alla professione infermieristica, presenti su Youtube™ (Giuliano, 2008) "... su 155 filmati pertinenti, risulta che 47 di essi (30%) promuovono un impatto positivo sulla percezione sociale della professione infermieristica, mentre i restanti 108 (70%) sono stati ritenuti con valore negativo". Il numero delle visualizzazioni di quest'ultimi è di 844 contro i 59 dei primi. Cifre che danno solo uno spaccato del problema che viene sintetizzato egregiamente da Sandro Spinsanti, bioetico, che sottolinea la presenza di una certa confusione tra gli italiani in relazione all'immagine dell'infermiere, vista sotto due luci, quella dell'infermiere buono, e quella del buon infermiere: "L'immagine dell'infermiere buono, ancora predominante, è piena di tanta retorica sui buoni sentimenti e sull'umanizzazione, ma resta un contenitore vuoto" (Conti, 2005). Ecco che si inizia ad evidenziare il cuore del problema, quale ruolo giuoca lo stereotipo rispetto alla professione infermieristica, in particolare, e più in generale a tutte le professioni sanitarie e assistenziali, mediche comprese tenuto conto dell'aumento della presenza femminile iniziato da qualche anno ed in continua crescita. In primo luogo lo stereotipo dà appunto un'immagine distorta del professionista e della professione stessa. Rischia di minarne l'identità e la stessa credibilità, con ripercussioni sul piano relazionale. La creazione di un rapporto di fiducia fra utente e professionista della salute è centrale in quella che viene definita a ragione l'istaurarsi di

una relazione terapeutica. Se questa è viziata in partenza da false aspettative, da pregiudizi di fondo o peggio da una visione stereotipata dell'altro (vale anche per il professionista nei confronti dell'utente), le criticità da affrontare possono diventare ingestibili.

Le ripercussioni negative di una visione stereotipata dell'identità professionale si fanno sentire anche sullo stesso piano organizzativo, nelle relazioni fra professionisti, negli interventi multiprofessionali, nella costruzione di qualsiasi progetto multidisciplinare. Zelek e Phillips affermano che il divario di ruoli e di potere esistente tra le figure professionali di medico e infermiera tendono a diminuire se la relazione non è condizionata da differenze o stereotipi di genere (Zelek B, et Phillips SP, 2003).

In conclusione, il quadro tracciato è alquanto schematico rispetto alla dimensione complessa che rappresenta l'esistenza di stereotipi e la loro influenza sulle professioni infermieristiche, sanitarie ed assistenziali, e le ricadute sulla relazione con i cittadini, l'utenza, i pazienti. La questione non può certo ridursi a quello di affrontare campagne mediatiche "anti-stereotipo" o "pro-professione", come il manifesto dell'Oregon descritto all'inizio può lasciare intendere, o al contrario, liquidare superficialmente certi atteggiamenti come banalità o goliardie di vario genere. L'obiettivo è costruire un'immagine "positiva" della professione e del professionista, attraverso solo mirate campagne mediatiche, ma rendere il più possibile visibili nella realtà di tutti i giorni, gli aspetti etici e deontologici ed il portato delle conoscenze scientifiche che connotano la moderna professione infermieristica così come si struttura attraverso la formazione universitaria ed il mondo del lavoro. In tale modo sarà più facile riuscire ad interrompere il perpetuarsi di immagini e rappresentazioni vecchie, desuete, stereotipate legate ad un passato ormai lontano della professione infermieristica.

Bibliografia

- 1) Conti L.: Ma la gente comune sa davvero cos'è un infermiere?. *L'infermiere*; 2005; 9:4.
- 2) Giuliano G, La professione e i nuovi media: l'infermieristica sul web, Milano, Nursing Oggi; 3:2008, Collegio Provinciale IPASVI.
- 3) Perucci G, Lavoro di cura, analisi della dimensione uomo-donna nella rivista Assistenza Anziani, Bologna, novembre/dicembre 2008
- 4) Stallybrass, O., Stereotype, in *The Fontana Dictionary of Modern Thought*, a cura di A. Bullock e O. Stallybrass, London, Fontana-Collins, 1977, p. 601.
- 5) Zelek B, Phillips SP Gender and power: Nurses and doctors in Canada, *Intern J Equi Health* 2003 Feb 11;2(1):1.

Giordano Cotichelli, Augusta Cucchi, Davide Gaggia
Corso di Laurea in Infermieristica Polo Didattico di Ancona



L'EBN per la gestione degli accessi vascolari

Le modificazioni organizzativo-gestionali, introdotte dalla legislazione sanitaria indicano la necessità di metodologie, strumenti, competenze ed interventi necessari a raggiungere gli obiettivi di efficacia e di appropriatezza.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca¹ così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci.

E qualora l'agire del professionista² è sostenuto da prove scientifiche, sono maggiori le probabilità di soddisfare l'imperativo "garantire un'assistenza efficace" e questo può essere garantito con l'EBN, tradotto come "Il processo per mezzo del quale gli Infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili"³.

È in altre parole, un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza al paziente stimola la ricerca di informazioni clinicamente rilevanti, di tipo diagnostico, prognostico e terapeutico o relative ad altri aspetti della pratica clinica, nella letteratura biomedica che possono determinare cambiamenti della pratica clinica. Ma dove e come reperire le prove di efficacia (evidenza intesa come prova)?

La sola banca dati Medline indicizza, cioè classifica decine di migliaia di citazioni bibliografiche ogni anno e solo in ambito infermieristico si possono facilmente individuare oltre 400 riviste di livello internazionale⁴.

Per rispondere ai quesiti clinico-assistenziali che quo-

tidianamente incontriamo, e per affrontare il tema della ricerca dell'informazione biomedica è necessario acquisire abilità che consentano di selezionare rapidamente le evidenze disponibili valutandone la qualità, identificata attraverso una piramide (rovesciata) delle evidenze.

Evidence-report

Per eseguire una ricerca bibliografica due le possibili strategie: la prima consiste in una sorveglianza continua (scanning) della letteratura individuando alcune riviste di riferimento. Questa modalità ci consente di conoscere lo "stato dell'arte" nel settore disciplinare di nostro interesse e di essere sempre aggiornati sulla ricerca che vi viene prodotta⁵.

Per ciò che riguarda la gestione dei Cateteri Venosi Centrali, dalla rivista selezionata, The Journal of Vascular Access sono stati riportati (Tab. 1) alcuni articoli significativi:

L'altra strategia di ricerca bibliografica è una modalità attiva (searching) nella quale si va ad identificare le parole chiave indispensabili per "interrogare" le banche dati biomediche che vedremo in seguito.

La ricerca attiva inizia dal sito internet www.evidence-basednursing.it⁶

da dove è possibile consultare le seguenti banche dati biomediche:

- Medline, che analizzeremo nell'interfaccia PubMed
- Cinahl, che analizzeremo nell'interfaccia Ebsco
- Embase

Medline è il database bibliografico più conosciuto ed è prodotto dalla National Library of Medicine (NLM). PubMed è l'interfaccia che ci consente di consultare Medline:



"Aggressive approach to salvage non-maturing arteriovenous fistulae: a retrospective study with follow-up."

Miller GA, Goel N, Khariton A, Friedman A, Savransky Y, Trusov I, Jotwani K, Savransky E, Preddie D, Arnold WP.

J Vasc Access. 2009 Jul-Sep;10(3):183-91.PMID: 19670172 [PubMed - indexed for MEDLINE]

"Should fistulas really be first in the elderly patient?."

Richardson AI 2nd, Leake A, Schmieder GC, Biuckians A, Stokes GK, Panneton JM, Glickman MH.

J Vasc Access. 2009 Jul-Sep;10(3):199-202.PMID: 19670174 [PubMed - indexed for MEDLINE]

A new central venous catheter cap: decreased microbial growth and risk for catheter-related bloodstream infection."

Buchman AL, Spapperi J, Leopold P.

J Vasc Access. 2009 Jan-Mar;10(1):11-21.PMID: 19340794 [PubMed - indexed for MEDLINE]

"Mechanical complications of long-term Tesio catheters."

Dal Molin A, Guerretta L, Mazzufero F, Rasero L.

J Vasc Access. 2009 Jan-Mar;10(1):22-6.PMID: 19340795 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Tab. 1



digitiamo "vascular access" nella stringa di ricerca ed otteniamo 4405 articoli, applicando dei limiti (ultimi cinque anni, riviste infermieristiche, lingua inglese) otteniamo 98 articoli. L'aggiunta di un ulteriore limite, ad esempio selezionando gli articoli disponibili in full test, otteniamo l'unico articolo "Adherence to standard precaution in the peripheral vascular access." Cirelli MA, de Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH. Federal University of São Carlos, Nursing Department, Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2007 May-Jun; "Vascular access" AND "heparin" rimanda 185 articoli come "vascular access" AND "nursing" individua 287 articoli.

L'accesso a Cinahl (è uno tra i più vecchi e completi repertori bibliografici di scienze infermieristiche) è a pagamento.

Un'altra banca dati molto conosciuta è Embase. Si tratta della versione elettronica di EXCERPTA Medica (Elsevier Science Publisher B.V., Olanda). Dal 1974 ad oggi, comprende circa 11 milioni di citazioni bibliografiche. Indicizza circa 4000 riviste tra cui molte europee, molte delle quali non presenti in Medline.

Non esiste purtroppo una versione gratuita di questa Banca Dati.

Ponendo il medesimo quesito in entrambi le banche dati otteniamo il risultato espresso nella tabella 2.

La ricerca continua consultando banche dati di linee guida come National guideline clearinghouse.

La produzione internazionale di linee guida viene effettuata da società scientifiche ed agenzie governative. Tra le più importanti segnaliamo le seguenti:

- "Guidelines for the prevention of intravascular catheter-

related infection" MMWR, CDC Aug. 9, 2002. Pubblicate in versione italiana sulla rivista "Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere" 2002;9(3):105-152 (www.lauriedizioni.it)

- "National evidence based guidelines for preventing Health-care associated infections in NHS Hospital in England – EPIC 2" commissionata dal Department Health e pubblicata dal "The Journal of Hospital Infection" 2007 – volume 65 – supplemento 1 –S1-S64 (www.elsevierhealth.com/journals/jhin)

- "Assessment and device selection for vascular access". Assessment and device selection for vascular access 2008 supplement. Registered Nurses' Association of Ontario - Professional Association. 2004 May (addendum released 2008).

- "Care and maintenance to reduce vascular access complications". Care and maintenance to reduce vascular access complications 2008 supplement. Registered Nurses' Association of Ontario - Professional Association. 2005 Apr (addendum released 2008).

La preparazione di Linee Guida è un processo complesso che si basa su raffinate metodologie di sintesi, valutazione critica della qualità ed analisi sistematica dell'evidenza scientifica disponibile in letteratura, classificata in base al suo livello, alla sua qualità ed alla sua forza. La linea guida dovrebbe quindi rappresentare un distillato facilmente accessibile di tutta la più aggiornata base di conoscenze⁷.

Sono state inoltre consultate banche dati di revisioni sistematiche, le quali possono essere definite dei compendi di tutte le ricerche precedentemente effettuate nell'ambito di un tema clinico di interesse e rappresentano dei veri e propri studi scientifici di letteratura secondaria, dato che

Database	Stringa di ricerca	Articoli rilevati	Articoli rilevanti
CINAHL/EBSCO	"vascular Access" AND "heparin" AND "nursing" Limite: dal 2006	11	Heparin safety in the neonatal intensive care unit: are we learning from mistakes of others? Otoy M; Newborn & Infant Nursing Reviews, 2009 Mar; Comparative study of catheter sealing with trisodium citrate or sodium heparin plus gentamicin [Spanish]. Bosch AB; Vinyoles SC; Senen CF; López MJ; Illa CP; García AS; Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 2008 Apr-Jun;
Medline/Pub-med	"vascular Access" AND "heparin" AND "nursing" Limite: dal 2006	4	The use of alternative anti-coagulation strategies for a nocturnal home hemodialysis patient with heparin-induced thrombocytopenia. Faratro R, D'Gama C, Chan C. CANNT J. 2008 Oct-Dec; Peripheral IVs: factors affecting complications and patency--a randomized controlled trial. Tripathi S, Kaushik V, Singh V. J Infus Nurs. 2008 May-Jun;

Tab. 2



Banche dati	Stringa di ricerca	Revisioni rilevate	Revisioni pertinenti
Joanna Briggs Institute Adelaid, South Australia	"Vascular access" AND heparin	3	Promoting Best Practice in the Management of Peripheral Intravascular Devices Rick Wiechula, Brent Hodgkinson The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery 2002 Management Of Peripheral Intravascular Devices BestPractice Volume 2, Issue 1, 1998 ISSN 1329 - 1874
COCHRANE Oxford, UK	"Vascular access"	31	Skin antiseptics prior to insertion of vascular access devices for the prevention of nosocomial infection in neonates 19 August 2009. Pellowe, Carol, UK Vascular access surveillance for patients on haemo- dialysis. 20 August 2008. Moist, Louise. Canada

Tab. 3

utilizzano lo stesso rigore e gli stessi principi delle ricerche primarie, che si realizzano direttamente sulla popolazione studiata. Così le revisioni sistematiche, come gli studi primari hanno un protocollo di ricerca che ne assicura il rigore metodologico.⁸

Nella tabella 3 le principali banche dati di revisioni sistematiche.

Inoltre il sito www.gavecelt.org costituisce sotto il profilo scientifico un solido punto di riferimento per tutti coloro che hanno preso coscienza della complessità delle problematiche coinvolte nella metodica dell'accesso venoso centrale a lungo termine. Si è costituito nel 1998 come Gruppo Aperto di Studio, con finalità di informazione, educazione e ricerca scientifica nell'ambito delle problematiche legate agli accessi venosi centrali a lungo termine.

Conclusioni

EBN ed accessi vascolari: perfetto connubio in quanto le prove di efficacia relative alla gestione degli accessi vascolari siano essi centrali che periferici, coniugate con l'esperienza clinica dell'infermiere e l'attiva partecipazione del paziente-cliente garantiscono una oculata gestione delle risorse.

L'EBN è quindi uno strumento che diventa valido ed indispensabile nella pratica se viene utilizzato in modo critico tenendo sempre presente che al centro dell'assistenza infermieristica è sempre il soggetto nella sua integrità.

L'imperativo è trovare il giusto equilibrio tra il dovere professionale di garantire ai cittadini interventi sanitari efficaci impiegati in modo appropriato e la necessità di una pratica clinica che sia attenta alle specificità, preferenze ed aspettative individuali.

Bibliografia

- 1) Codice Deontologico della professione Infermiere. Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009.
- 2) Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999
- 3) Di Censo A., Cullum N., Ciliska D., Implementing evidence based nursing: some misconceptions (Editorial). Evidence based Nursing 1998.
- 4) Nardi E., Biavati K., Parma D., Il quesito di ricerca e la rete. In: Chiari P., Mosci D., Naldi E. e il centro studi EBN, L'infermieristica basata sulle prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing. McGraw-Hill 1° Edizione: febbraio 2006
- 5) Nardi E., Biavati K., Parma D., L'Evidence-Based Nursing. In: Chiari P., Mosci D., Naldi E. e il centro studi EBN, L'infermieristica basata sulle prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing. McGraw-Hill 1° Edizione: febbraio 2006
- 6) Sito del Centro studi EBN S.Orsola Bologna
- 7) Manno C., Strippoli G.F.M., Cianciaruso B., Cagnoli L., Canarini G., Messa P., Segoloni G., Stratta P., Triolo G., Schena F.P., I principi ed i metodi della III edizione delle Linee Guida della Società Italiana di Nefrologia (2005-2006). Giornale Italiano di Nefrologia / Anno 23 n°2, 2006 / pp. 173-181
- 8) Mosci D., Le revisioni sistematiche. In: Chiari P., Mosci D., Naldi E. e il centro studi EBN, L'infermieristica basata sulle prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing. McGraw-Hill 1° Edizione: febbraio 2006

Adriano Santarelli, Giuliano Angeloni,
Enrico Ceroni, Stefano Marcelli
Corso di Laurea in Infermieristica Polo Didattico di Fermo



Nursing Diagnosis: Process and Application

La codifica del linguaggio infermieristico

Il ruolo dei professionisti infermieri all'interno del sistema di cura è totalmente cambiato, dove non è più richiesto solo un contributo fisico, da prestatori d'opera, ma una attitudine culturale, intellettuale e professionale qualificata, da prestatori d'intelligenza. Oggi l'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di uno "strumento nuovo". L'infermieristica è una vera e propria scienza, in cui l'unicità e la specificità dell'assistenza è dimostrata attraverso l'utilizzo di un linguaggio proprio, codificato in una rigorosa terminologia di tipo tassonomico come il NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)¹⁻². La letteratura evidenzia l'importanza del pensiero critico e delle diagnosi infermieristiche quali elementi fondamentali insieme agli standard NIC (Nursing Interventions Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification) per la formazione infermieristica moderna³⁻⁴. Le Diagnosi infermieristiche NANDA fanno parte dei programmi di studio universitari per gli studenti infermieri già da un decennio e tutto questo sta a dimostrare la consapevolezza, l'appropriatezza, la coerenza e l'efficacia della professione, che non considera soltanto le necessità della persona bisognosa di assistenza, ma anche le capacità, le risorse, le risposte, nonché le potenzialità e i desideri⁵. Il processo di assistenza infermieristica è strutturato in due momenti fondamentali: il processo diagnostico e la pianificazione. Il processo diagnostico ha la principale finalità di orientare l'infermiere nella sistematizzazione delle informazioni raccolte, nella formulazione della diagnosi infermieristica e nell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. La pianificazione orienta l'infermiere nella scelta dei mezzi necessari ad assicurare prestazioni infermieristiche in un percorso che abbia come finalità il recupero della risposta autonoma ai propri bisogni da parte della persona. Il processo diagnostico e la pianifi-

cazione sono costantemente sottoposti a procedure di verifica e di valutazione, che pertanto non rappresentano singole o particolari fasi, ma sono concepite come una dimensione continua e trasversale del processo di assistenza infermieristica: l'applicazione del metodo nella prassi invita costantemente l'infermiere alla sua continua integrazione e, se necessario, alla ripercorrenza di tali fasi secondo una logica che è tipica dei percorsi reticolari e non lineari⁶. L'utilizzo di un linguaggio codificato all'interno del processo di cura, rappresenta una delle esigenze principali di una disciplina in evoluzione, nel contesto di una organizzazione sanitaria che richiede sempre più di dichiarare e documentare quello che si fa, perché e in quale modo. La conoscenza e l'impiego delle diagnosi infermieristiche nell'attività clinico-assistenziale, permette ai singoli professionisti di attuare una rigorosa e sistematica identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica degli utenti e di procedere poi alla pianificazione, gestione e valutazione di un "processo" assistenziale che garantisca prestazioni di carattere globale, personalizzato e continuo⁷.

Bibliografia

- 1) Lavin MA, Meyers GA, Ellis P. A dialogue on the future of nursing practice. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2007;18:74-85.
- 2) Garcia T, Lobert JH. A user's guide to operationalizing NANDA, NIC, and NOC in a nursing curriculum. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2006;17:33-34.
- 3) Arlene T. Farren. An Educational Strategy for Teaching Standardized Nursing Languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2010; 21(1):3-13.
- 4) Bartlett R, Bland A, Rossen E, Kautz D, Benfield S, Carnevale T. Evaluation of the Outcome-Present State Test Model as a way to teach clinical reasoning. *Journal of Nursing Education* 2008;47:337-344.
- 5) Lunney M Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Nurse Educator* 2006;31(1):40-46.
- 6) Ortolani S, Cotichelli G, Marcelli S. Nursing e pensiero critico. Lettere dalla Facoltà, Dicembre 2009; Anno XII N.12:15-18.
- 7) Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - Application and impact on nursing practice: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56(5):514-531.

Stefano Marcelli, Sandro Ortolani, Renato Rocchi,
Paolo Marinelli, Enrico Ceroni, Adoriano Santarelli
Corso di Laurea in Infermieristica Polo Didattico di Fermo





Appunti dal Senato Accademico

Riunione del 2/2/2010

Oggetto n. 1 - Comunicazioni del Presidente

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- L'inaugurazione dell'Anno Accademico 2009/2010 è fissata per il 24/02/2010. La prolusione verrà tenuta dal prof. Pietro Alessandrini.

- Il Presidente della Camera sarà ospite del CASE nell'ambito di un convegno sui giovani e l'Europa il 6.03.2010.

- È stata emanata dal MIUR una circolare con le indicazioni operative sull'offerta formativa a.a. 2010/2011;

Oggetto n. 3 - Regolamenti

Ricercatori a tempo determinato (bozza);

Modifica regolamento dipartimento DACS.

È stata distribuita una bozza del regolamento sui ricercatori a tempo determinato.

Sono state approvate alcune delle modifiche proposte dal Dipartimento di Architettura, Costruzioni e Strutture (DACs) al proprio regolamento interno.

Oggetto n. 4 - Varie ed eventuali

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

1) Ratifica Decreti Rettorali.

2) Approvazione regolamento interno del Centro Interuniversitario di ricerca High Tech Recycling.

3) Autorizzazione a risiedere fuori sede - professori.

4) È stato preso atto della mozione presentata dai ricercatori.

5) Sono stati confermati i criteri di cofinanziamento dei progetti presentati nell'ambito del bando PRIN 2008.

6) È stato espresso parere favorevole all'attivazione dello Spin off accademico denominato ASSET - Attività per lo Sviluppo Sicurezza in Edilizia e nel Territorio - S.r.l. - Dipartimento di Architettura, Costruzioni e Strutture (DACs).

7) Scuola di dottorato Facoltà di Economia "G. Fuà" - incompatibilità attività esterne: rinvio al Consiglio della Scuola.

8) Contratti di insegnamento scuole di specializzazione: rinvio alla Facoltà.

9) Registri attività didattica 2007/2008: è stato confermato l'avvio del procedimento di contestazione per due ricercatori.

10) Contratti per attivazione corsi ufficiali - approvazioni e deroghe - A.A. 2009/2010.

Oggetto n. 5 - Ripartizione fondi funzionamento Facoltà e Centri

È stata approvata la ripartizione dei fondi in oggetto.

Riunione del 3/3/2010

Oggetto n. 1 - Comunicazioni del Presidente

Il Presidente ha dato alcune informazioni sull'accordo definitivo di programma tra il MIUR, la Provincia di Macerata e le Università di Camerino e Macerata.

Oggetto n. 2 - Contratti e convenzioni

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

1) Accordo di collaborazione tra l'Università Politecnica delle Marche (S.A.P.R.O.V.) e The Horticulture and Food Research Institute of New Zealand Limited (Nuova Zelanda).

2) Accordo di collaborazione tra l'Università Politecnica delle Marche e la Federal University of Rio de Janeiro (Brasile).

3) Accordo di collaborazione tra l'Università Politecnica delle Marche

(D.I.B.E.T.) e la National University of Ireland (Galway - Irlanda) - Digital Enterprise Research Institute (D.E.R.I.).

4) Accordo di collaborazione tra l'Università Politecnica delle Marche e la Sam Ratulangi University (Manado - Indonesia).

5) Convenzione tra l'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Cambridge ESOL Examinations per la certificazione della conoscenza della lingua inglese.

Oggetto n. 3 - Regolamento per l'elezione delle rappresentanze degli studenti

Sono state approvate le modifiche al regolamento della Facoltà di Ingegneria per i CCLL ed è stato approvato il Regolamento per l'elezione delle rappresentanze degli studenti.

Oggetto n. 4 - Premi ricercatori di ruolo

Sono stati assegnati i premi ai Ricercatori di ruolo delle Facoltà di Agraria, Ingegneria e Scienze.

Oggetto n. 6 - Varie ed eventuali

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

1) Ricerca Scientifica di Ateneo - determinazione nuovi criteri.

2) Autorizzazione a risiedere fuori sede - 'A.A. 2009/10

3) Compensi incentivanti per attività didattiche in modalità e-learning.

4) Compensi per attività di orientamento in collaborazione con gli istituti di istruzione secondaria superiore.

5) Regolamento servizi fotografici e/o audiovisivi nelle sedute di laurea.

6) Progetto di inserimento lavorativo giovani laureati (FIXO).

7) Attivazione del Corso di perfezionamento ed aggiornamento professionale per operatori subacquei in tecniche sub propedeutico all'uso di autorespiratori d'aria per Biologi marini.

Le Delibere del Consiglio di Amministrazione

Riunione del 5/2/2010

Oggetto n. 1 - Comunicazioni del Presidente

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- L'inaugurazione dell'Anno Accademico 2009/2010 è fissata per il 24/02/2010. La prolusione verrà tenuta dal prof. Pietro Alessandrini.

- Il Presidente della Camera sarà ospite del CASE nell'ambito di un convegno sui giovani e l'Europa il 6.03.2010.

- La prossima seduta si terrà il 9 marzo p.v.

Oggetto n. 2 - Variazioni di bilancio

Sono state apportate alcune variazioni di bilancio conseguenti alla ripartizione delle risorse da attribuire a ciascuna Facoltà per il funzionamento dei Centri fatta dal Senato Accademico.

Oggetto n. 3 - Assegnazione fondi

È stata assegnata la somma di euro 1.100.000,00 al Centro di Ateneo di Documentazione.

Oggetto n. 4 - Autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa

Sono state approvate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa:

1) Anticipazione progetto ICE- CRUI-UNIVPM.

2) Trasmissione dati edificio Scienze 3.

3) Allaccio Banconi edificio Scienze 3.

Oggetto n. 5 - Contratti e convenzioni

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

1) Convenzione tra il Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative





e l'INAIL.

2) Rinnovo c onvenzione triennale 2010-2012 procedura CIA (contabilità integrata di Ateneo).

3) Rinnovo c onvenzione triennale 2010-2012 procedura CSA (carriere e stipendi di Ateneo).

Oggetto n. 6 - Indennità di risultato Direttore Amministrativo
È stata valutata positivamente l'attività svolta dal Direttore Amministrativo nell'anno 2009.

Oggetto n. 7 - Assegni di Ricerca

È stato autorizzato il conferimento ed il rinnovo di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.

Oggetto n. 10 - Varie ed eventuali

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

1) Accettazione contributo di Euro 186.120,00 dal Ministero delle Politiche Agrarie, Agroalimentari e Forestali al Dip.to SAPROV. (Prof. D. Neri)

2) Accettazione contributo di Euro 149.985,00 dal Ministero delle Politiche Agrarie, Agroalimentari e Forestali al Dip.to SAIFET. (Prof. M. Ciani)

3) Accettazione contributo di Euro 48.125,00 dall'ASUR n. 5 di Jesi al Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative. (Prof. W. Grassi)

4) Accettazione contributo di Euro 1.000.000,00 dalla Fondazione Cariverona.

5) Proposta di acquisto locali CGIL Via Oberdan 10.

6) Dip.to di Scienze Sociali - Sostituzione del Prof. Ercole Sori in qualità di responsabile scientifico nel progetto di ricerca europeo n. 513438 con il Dott. Francesco Chiapparino.

7) Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative - Sostituzione del Prof. Vittorio Saba in qualità di responsabile scientifico nel progetto PRIN 2007 dal titolo "Confronto fra diversi modelli sperimentali di sepsi e ruolo della neutropenia nella risposta a molecole antibiotiche ed immunomodulatrici", con il Dott. Roberto Ghiselli.

8) Dipartimento di Scienze Alimentari, Agro-Ingegneristiche, Fisiche, Economico-Agrarie e del Territorio - Istituzione di n. 1 borsa di studio di Euro 9.000,00.

9) Scarico inventariale fotocopiatrice Servizio Personale Amm.vo, Stipendi e Pensioni.

10) Ratifica Regolamento interno del Centro Interuniversitario di ricerca HIGH TECH RECYCLING.

11) Modifiche al Regolamento del Dip.to di Architettura, Costruzione e Strutture.

12) Dipartimento di Scienze Alimentari, Agro-Ingegneristiche, Fisiche, Economico-Agrarie e del Territorio - Istituzione di n. 1 borsa di studio di Euro 8.800,00.

13) Rivalutazione immobiliare edificio Belluschi Facoltà di Ingegneria.

14) Contributo Cariverona di 1 milione di euro per assunzione ricercatori universitari su posti cofinanziati dal Ministero .

15) Assegni di ricerca - copertura finanziaria maggior onere INPS 2010.

16) Mancato preavviso assegnista di ricerca.

17) Resistenza in giudizio ricercatore.

18) Gestione accentrata pagamenti contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

Riunione del 9/3/2010

Oggetto n. 1 - Comunicazioni del Presidente

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

- Sono state date alcune informazioni sull'accordo definitivo di programma tra il MIUR, la Provincia di Macerata e le Università di Camerino e Macerata.

- Il Senato Accademico ha approvato la regolamentazione del servizio fotografico durante le sedute di laurea.

- È stata cambiata la home page del sito web dell'Ateneo.

- È stata distribuita la tabella degli obiettivi di Ateneo per l'anno 2009 completa dei risultati.

Oggetto n. 2 - Variazioni di bilancio

Sono state effettuate variazioni di bilancio per l'edilizia e per la ricerca scientifica di Ateneo.

Oggetto n. 3 - Assegnazione fondi

Sono state approvate le seguenti assegnazioni di fondi:

1) Assegnazione contributi per progetti di ricerca presentati all'U.E. (7° Programma Quadro Unione Europea).

2) Assegnazione contributi cofinanziati dal MIUR nell'ambito del Bando P.R.I.N. 2008.

3) Assegnazione premi ricercatori di ruolo delle Facoltà di Agraria, Scienze ed Ingegneria.

Oggetto n. 4 - Autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa

Sono state approvate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni procedure di spesa:

1) Realizzazione del Corso libero di cultura generale per studenti dell'Ateneo "Leadership & Comunicazione - Come essere più efficaci nella comunicazione e migliorare la propria leadership".

2) Approvazione progetto esecutivo dei lavori di ampliamento e modifica del parcheggio esistente e dell'area esterna della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Oggetto n. 5 - Contratti e convenzioni

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

1) Accordo di collaborazione tra il Dip.to di Patologia Molecolare e Terapie Innovative e l'Università Cattolica Sacro Cuore - Sede di Milano.

2) Convenzione tra il Dip.to di Medicina Clinica e Biotecnologie Applicate ed il Ministero della Salute.

3) Contratto tra il Dip.to di Neuroscienze e l'Agenzia Italiana del Farmaco.

4) Convenzioni con l'A.T.M.A. S.p.A. per l'utilizzo del trasporto pubblico del personale tecnico-amministrativo e docente dell'Università.

5) Contratto Annuale Microsoft Campus Agreement con la Società Telecom Italia.

6) Convenzione tra la Facoltà di Scienze ed il Centro Sub Monte Conero di Numana.

7) Convenzione tra il Centro di supporto per l'apprendimento delle lingue e l'Università di Cambridge ESOL Examinations.

Oggetto n. 6 - Personale Tecnico Amministrativo

- Progetti miglioramento servizi

- Accordo integrativo anno 2010.

Sono stati approvati due progetti per il miglioramento servizi.

È stato inoltre approvato l'accordo integrativo per l'anno 2010.

Oggetto n. 7 - Assegni di Ricerca

È stato autorizzato il conferimento ed il rinnovo di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.

Oggetto n. 10 - Varie ed eventuali

Sono stati approvati i seguenti provvedimenti:

1) Ricerca scientifica d'Ateneo - parere favorevole su determinazione criteri.

2) Contributo di Euro 84.875,00 dalla Soc. ROCHE S.p.A. al Dip.to di Neuroscienze per progetto di ricerca e attivazione borsa di studio.

3) Compensi incentivanti Dip.to di Economia.

4) Borsa di studio di Euro 7.700,00 - Dip.to di Economia.

5) Borsa di studio di Euro 13.317,96 - Dip.to di Scienze del Mare.

6) Proroga Spin off LIVE S.r.l.

L'emergere della coscienza

Prima parte: la scoperta di sé

I processi che portano alla formazione della coscienza umana possono essere utilizzati in chiave conoscitiva non solo per mettere a fuoco le modalità individuali di funzionamento, ma anche per indagare i correlati soggettivi e interni dei sintomi. Si può cogliere così come aspetti apparentemente simili e classificabili in modo sovrapponibile secondo il metodo descrittivo possano invece avere significati diversi da soggetto a soggetto, sulla base di come ciascun individuo ha imparato a sperimentare e a riferirsi le esperienze vissute.

La medicina descrittiva – avendo il fine di categorizzare i fenomeni, compresi quelli psicopatologici, definendoli in maniera oggettiva, sufficientemente chiara ed univoca – ha il limite di non poter ricavare informazioni fondamentali per la comprensione del mondo interno e della coscienza dell'altro.

Gli approcci esplicativi, come quello cognitivo costruttivista post-razionalista – centrato sullo studio dei processi soggettivi di adattamento che portano alla costruzione della vita psichica normale o patologica nella sua complessità – consentono invece un approccio più globale ed olistico alla persona (Nardi, 2007).

In entrambi gli approcci, per indagare i processi alla base dell'emergere della coscienza umana, va tenuto in considerazione l'irriducibile rapporto esistente tra patrimonio genetico e apprendimento. Fattori genetici e ambientali, infatti, concorrono in maniera inscindibile alla maturazione della coscienza e dei sistemi conoscitivi umani e l'apprendimento plasma quello che il patrimonio genetico mette a disposizione dell'individuo. Ricerche nell'ambito delle neuroscienze hanno messo in evidenza come la conoscenza umana, da un punto di vista anatomo-funzionale, faccia capo ad insiemi neuronali che si collegano tra loro a costituire quelli che Luria (1980), riprendendo il concetto di "assemblee cellulari" di Hebb (1966), ha definito "sistemi operativo-funzionali". Mentre i neuroni che entrano a far parte di sistemi in collegamento con la periferia o con altre strutture del sistema nervoso centrale maturano progressivamente le proprie competenze, quelli che restano isolati vanno incontro ad una "potatura" funzionale. Il fatto di nascere con un sistema nervoso ancora immaturo e "plastico", ampiamente in grado di modificarsi nel corso dello sviluppo e di acquisire nuove competenze, specializzandosi sempre più, consente continui rimodellamenti

Lettura tenuta in Facoltà il 14 aprile 2010 per la serie di Forum dedicati alla Psicologia clinica.

del cervello attraverso l'apprendimento.

Per tentare di stabilire cos'è la coscienza umana, ci vengono in aiuto, in ambito letterario, le parole di Dante, nel viaggio di Ulisse, Inf., XXVI, 112-120: "O frati," dissi, "che per cento milia perigli siete giunti a l'occidente, a questa tanto picciola vigilia d'i nostri sensi ch'è del rimanente non vogliate negar l'esperienza, di retro al sol, del mondo senza gente. Considerate la vostra semenza: fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e canoscenza".

Dal discorso che fa Ulisse ai suoi compagni di viaggio per incitarli ad andare verso l'ignoto e ad oltrepassare le colonne d'Ercole, che segnavano il confine del mondo allora conosciuto, possiamo notare come per Dante l'idea di esperienza fosse simile ad un concetto fondamentale in psicologia, che è l'esperienza del desiderio (dal latino "de sidera", che riguarda le stelle): desiderare è tendere verso qualcosa che non si possiede ma che attrae, anche se sembra sfuggire al possesso percettivo e motorio. Il desiderio è infatti al tempo stesso raggiungibile ed irraggiungibile: nel momento in cui si realizza, si sposta in avanti e spinge ad andare oltre. Esso richiede un'altra funzione psichica, che è quella meta-cognitiva, la capacità cioè di riflettere su se stessi e di meditare sulla propria esperienza. Ma per riflettere e discernere criticamente occorre "seguire virtute e canoscenza": entrambe le dimensioni infatti, quella affettiva e quella cognitiva, sono intrinseche della natura umana e strettamente connesse

tra di loro. Non è possibile operare fino in fondo una distinzione tra ciò che è emozionale e ciò che è cognitivo (come dimostrato dalla presenza di una memoria emozionale limbica ed, in particolare, amigdaloidea). In altri termini, la lettura cognitiva modifica le componenti emozionali di una esperienza, così come un'attivazione emozionale associata ad una percezione ne orienta la lettura cognitiva. Ogni esperienza conoscitiva umana ha alla base un colorito soggettivo, strettamente legato alla sfera emozionale.

Nell'interrogarci su cosa è la coscienza, non solo è necessario riflettere su come essa emerga nel corso dello sviluppo attraverso l'interazione tra geni ed ambiente, ma anche sul rapporto che essa ha con la realtà.

Il nucleo di ogni esperienza umana è nelle sue modalità soggettive di percepirla e riferirla a sé. La conoscenza, nei suoi aspetti personali inconsapevoli, risponde più al bisogno di dare continuità alla costruzione soggettiva del senso di sé, che a quello di ottenere una rappresentazione interna, univocamente oggettiva, della realtà esterna percepita. Essa produce non tanto una "fotocopia" oggettiva della realtà esterna, quanto un significato personale che fa da base per l'identità, unica

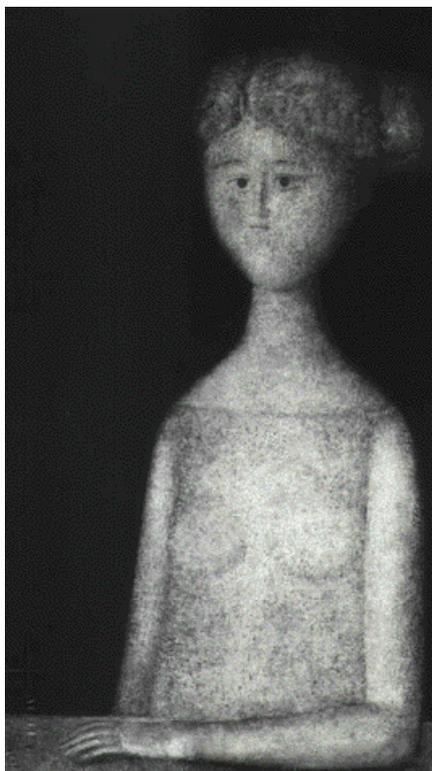


Fig.1 - Antonio Bueno, "Donna appoggiata al tavolo" (1952). Collezione privata, Staffolo (Ancona).

e tipica di ciascun individuo.

Pertanto, il cervello umano costruisce attivamente quella che percepisce come conoscenza. Tra coscienza e conoscenza esiste un rapporto diretto: conoscere ed essere coscienti, costruire un senso di sé e del mondo, sono due aspetti irriducibilmente connessi tra loro nel corso dell'intero ciclo di vita.

A questo proposito è possibile fare un parallelismo tra le culture più antiche che hanno lasciato tracce scritte e alcuni aspetti dello sviluppo ontogenetico, nelle cui prime fasi predominano modalità di pensiero marcatamente concrete. Per gli antichi Sumeri e Accadi la conoscenza era legata alla percezione visiva (la parola sumera "se-u" è molto simile all'inglese "to see" e ancor più al tedesco "sehen", indicando sia il vedere che il conoscere).

D'altra parte, conoscenza e coscienza sono correlate, in quanto l'oggetto della conoscenza e l'ente che opera la conoscenza coincidono. Il cervello può essere studiato solo "dal suo interno", utilizzando gli stessi sistemi anatomo-funzionali attraverso i quali hanno origine tutti i processi conoscitivi e la stessa consapevolezza di sé e del mondo esterno. E se attualmente appare ancora più illuminante l'interrogativo posto da Berzelius (1843) e altri, prima e dopo di lui, se e in che modo sia possibile per il cervello conoscere se stesso, John Barrow (1998) approfondisce il concetto e, partendo dalla considerazione che il cervello rappresenta la struttura più complessa nella quale si sia sinora imbattuto l'uomo, pone il problema di indagare scientificamente i limiti della conoscenza, fino a farne una vera e propria disciplina scientifica. I limiti della nostra conoscenza sono legati a quelli del funzionamento del cervello, delle sue capacità senso-percettive, delle sue capacità cognitive di analisi, ma anche delle sue capacità emozionali, spingendolo a proteggersi anche con modalità di autoinganno.

In un suo noto saggio, Hofstadter (1985) pone ulteriori interrogativi: la coscienza è una proprietà esclusiva del nostro cervello o di tutti i cervelli? Un pezzo di cervello avrebbe coscienza? Qual è la porzione minima necessaria per avere coscienza? Cosa ci fa pensare che gli altri esseri umani provino le stesse sensazioni che proviamo noi? Per Nagel (1985) la proprietà di "cosa si prova ad essere" ("what it is like to be") non è mai del tutto trattabile con gli strumenti della scienza e rimarrà, pertanto, in

parte sempre inaccessibile; non potremo mai "provare" cosa si prova ad essere un pipistrello, anche se venisse fornita una quantità sterminata di informazioni su quell'argomento.

Pertanto, non possiamo affrontare in maniera aggiornata la medicina e le neuroscienze senza tenere in considerazione le innovazioni compiute degli ultimi settanta anni dalle scienze di base.

In sua lettera al più grande e famoso logico del tempo, il filosofo Bertrand Russell ricordava che una conoscenza diretta può avere per oggetto solo i dati dei sensi e non gli oggetti in sé: "È per questo che il significato dell'enunciato non è per me il Vero, bensì un certo complesso che (nel caso dato) è vero" (Lettera di Russell a Frege, 12 dicembre 1904). Ogni conoscenza passa attraverso la soggettività dell'osservatore che, dotato di "virtute e canoscenza", mette inesorabilmente un po' di se stesso in ogni osservazione. L'osservazione della realtà non può quindi essere un'operazione neutrale, oggettiva ed univoca, e non può mai essere considerata del tutto indipendente dal soggetto che percepisce la realtà e che la riordina.

Anche gli studi che hanno contribuito a definire il paradigma post-razionalista, sia a livello epistemologico che a livello clinico-applicativo (Maturana e Varela, Greenberg e Safran, Mahoney, Guidano, Reda, Rezzonico, Nardi) hanno messo in rilievo come non sia possibile avere un'idea oggettivamente univoca della realtà. Riprendendo considerazioni espresse da Ricoeur (1993), il quale osservava che un aspetto fondamentale di ciascun soggetto è la sua attitudine ad oggettivare, a cominciare da se stesso (sé come un altro), Edgar Morin (2002) ha ricordato il paradosso per cui "l'oggettività non può che venire da un soggetto". In altri termini, la realtà viene colta attraverso una lettura che in parte rilevante è di natura soggettiva e nella quale sono fondamentali, più ancora delle componenti razionali, quelle di

natura affettivo-emotiva; pertanto, essa viene ricostruita sulla base degli strumenti emozionali e cognitivi di cui il soggetto dispone in un certo momento del suo ciclo di vita. Dunque, se come scrive Monod (1971, 1973), la pietra angolare del metodo scientifico è il postulato dell'oggettività della natura, l'approccio post-razionalista dimostra come la natura sia irriducibilmente oggettiva e soggettiva: per dirla con Winograd e Flores (1986) e con Guidano (1992), la conoscenza non è in modo univoco né "soggettiva" (idiosincrasica all'individuo) né "oggettiva" (indi-



Fig. 2 - Enzo Cucchi, "Luce tra cielo e terra" (1996). Collezione privata, Staffolo (Ancona).

pendente dall'individuo) ma è, appunto, al tempo stesso soggettiva ed oggettiva. La realtà "oggettiva" è conoscibile soltanto attraverso la "soggettività" dell'individuo che la percepisce.

Il fuoco viene quindi spostato da ciò che può essere valido o comune per tutti gli individui all'esperienza soggettiva ed alle modalità in cui essa evolve, attraverso processi sempre più complessi, con una direzionalità progressiva irreversibile nell'arco di vita. La conoscenza umana è il frutto della nostra coscienza, cioè del modo con cui ciascuno di noi costruisce attivamente, in modo adattivo, il proprio peculiare rapporto con la realtà. Come ha osservato Varela (1979), il modo in cui un sistema stabilisce la sua identità (e quindi la sua autonomia) è correlato al modo in cui esso genera l'informazione; pertanto i processi che definiscono i contorni dell'identità sono strettamente connessi con quelli della conoscenza. Sulla base delle ricerche operate nell'ambito del cognitivismo post-razionalista, la conoscenza appare quindi come un processo che si dispiega gradualmente, capace di organizzare con complessità crescente l'esperienza vissuta.

Anche recenti contributi di ordine neurobiologico, come quelli di Damasio (2000) e LeDoux (2002), sottolineano la base soggettiva ed emozionale della coscienza. Riprendendo l'intuizione di Nicolas de Malebranche (1678) – secondo il quale la mente può conoscere la propria esistenza attraverso il sentimento – Damasio ha ricostruito le basi emozionali della conoscenza umana, partendo dai dati della neurofisiologia clinica. Fin dal suo emergere e durante tutto il corso dello sviluppo, la coscienza è data dall'insieme di singoli momenti di esperienza ("isole" di esperienza), che si susseguono e si fondono poi in modo graduale nel tempo, in una sorta di film nel cervello ("movie-in-the-brain" per citare Damasio). La durata di queste microscene varia da 0,25 a 20 secondi, dove il tempo minimo è legato alla percezione a livello corticale di uno stimolo, mentre il tempo massimo è limitato dalla memoria a breve termine.

Inoltre, Edelman (2004) ha messo in evidenza il fatto che la coscienza non può esistere senza la capacità neurale di associare le senso-percezioni alla memoria.

Come hanno evidenziato le ricerche di Tomkins, la costruzione del senso di sé e del mondo comincia dalla formazione di "scene prototipiche" o "nucleari", che derivano dalle prime esperienze emotivamente significative che si ripetono in modo sovrapponibile e sulla cui base vengono progressivamente identificate analogie, somiglianze e differenze comportamentali. Infatti, il succedersi durante le prime fasi dello sviluppo di

situazioni analoghe ben caratterizzate, che si associano ad attivazioni emozionali dello stesso tipo, conduce gradualmente alla strutturazione di uno specifico modo di percepirsi e, quindi, alla elaborazione di un determinato concetto di sé. Pertanto, quando le scene si sovrappongono diventano come un modello, cui ci si può riferire, di quelle specifiche situazioni. Attraverso questo modello il bambino comincia a mettere a fuoco, da un lato, come lo percepiscono gli altri, come tendono a trattarlo e cosa si aspettano da lui in determinate situazioni ed in contesti specifici e, dall'altro lato, come si deve comportare e cosa si può aspettare dagli altri in quelle situazioni. Nel corso della maturazione, alle scene nucleari si vengono poi ad associare degli insieme di ragionamenti, di schemi comportamentali, di processi decisionali, che consentono di ordinare e di riconoscere quei raggruppamenti coerenti di esperienze emotivamente significative che costituiscono le scene nucleari, stabilizzando ed integrando il senso di sé. In questo modo, il senso unitario di sé emerge dalla capacità di riconoscersi in una sorta di "trama" o "struttura narrativa" e quindi in una storia personale.

Nelle prime fasi dello sviluppo umano, da una "proto-coscienza di sé" emerge inizialmente una "coscienza nucleare di sé" (il senso di sé viene ricavato, momento dopo momento, dalle singole senso-percezioni che accadono nel "qui ed ora" di un determinato contesto spazio-temporale) e successivamente si arriva ad una "coscienza estesa di sé", per cui i ricordi di singole situazioni vengono organizzati ed elaborati nel contesto di una storia e di una identità personale ("sé autobiografico"). La "coscienza di sé" è quindi l'aspetto autoreferenziale della coscienza; essa ha una base neurobiologica, per cui l'atteggiamento intrinsecamente narrativo della mente arriva ad esprimersi nel corso dello sviluppo attraverso il sé autobiografico.

Sotto il profilo dell'evoluzione ontogenetica, il riordinamento consapevole dell'immagine di sé e del mondo emerge attraverso le spiegazioni e la lettura esplicita dell'esperienza, con una trama narrativa che utilizza solo una parte del complesso delle senso-percezioni, delle immagini e delle emozioni, in larga parte inconsapevoli, che caratterizzano il fluire dell'esperienza nel ciclo di vita.

Pertanto, ogni conoscenza è sempre il risultato di una interpretazione e "ogni interpretazione è il prodotto emergente di un processo continuo di regolazione reciproca tra l'esperire e lo spiegare, grazie al quale il fluire dei pattern di esperienza immediata diventa passibile di distinzioni e riferimenti, dando luogo a un riordinamento (spiegazione) in grado di trasformare l'esperien-



Fig. 3 - Mimmo Paladino, "I Dormienti" (2000). Collezione privata, Staffolo (Ancona).



za stessa in quei pattern" (Guidano, 1992). Costantemente, infatti, nel ciclo di vita, facciamo esperienza e ce la spieghiamo, inserendola nel senso di noi che ci stiamo costruendo. Da un lato, c'è il flusso continuo delle senso-percezioni, delle immagini e delle attivazioni emotive ad esse correlate; dall'altro, questo insieme di esperienze fatte attimo dopo attimo e di cui il soggetto ha scarsa consapevolezza viene costantemente riletto, selezionato, manipolato a livello logico-analitico e verbale, per essere trasformato in spiegazioni dell'esperienza vissuta (differite di circa 0,5 sec rispetto all'esperienza immediata), dando infine luogo ad una consapevolezza esplicita di sé.

Grazie alla autoreferenzialità, le modalità soggettive di ordinare l'esperienza consentono di costruire attivamente la propria identità personale, di percepirsi con coerenza e di esprimere i bisogni, antitetici e coesistenti, di continuità e di cambiamento, che connotano l'esperienza umana nell'intero ciclo di vita.

Nel funzionamento psichico umano, sia normale che patologico, si possono cogliere degli aspetti invariati, che rimandano alla sostanziale stabilità e costanza nel tempo delle modalità basilari di mantenimento della coerenza interna. Queste modalità consentono a ciascun individuo, nonostante le trasformazioni e i cambiamenti cui va incontro nel suo ciclo di vita, di mantenere il senso di unicità personale e di continuità storica che definiscono l'identità. Ad esse Vittorio Guidano (1987) ha dato il nome di "organizzazioni di significato personale", OSP ("Personal Meaning Organizations", PMO).

Nell'ottica organizzativa, la personalità non è vista come una struttura oggettivamente data nei suoi aspetti anatomo-funzionali, ma come un processo che evolve; l'individuo partecipa attivamente a costruirla, mantenendo le modalità soggettive di sentirsi se stesso, nonostante i cambiamenti sperimentati durante il ciclo di vita. La costruzione di sé vede nel corso del secondo anno di vita una tappa significativa nella conquista del "no": si tratta, non di una negazione, ma della prima vera affermazione di sé, conseguente alla conquista di un senso unitario, che porta il bambino a percepirsi separato dall'ambiente che lo circonda e, quindi, capace di fare richieste diverse rispetto a quelle esterne, confrontandosi con le figure accudenti; queste ultime, pertanto, devono rispondere al "no" valutando se il bambino ha maturato o meno la capacità di gestire l'alternativa che richiede.

Ogni organizzazione costituisce un processo che si sviluppa in relazione alle pressioni percepite dall'ambiente; proprio per questo essa ha una valenza adattiva, consentendo di fronteggiare e di risolvere i problemi dell'esperienza secondo modalità specifiche, proprie delle sue caratteristiche invariati. A questa valenza adattiva si deve, grazie alla plasticità del cervello umano, la capacità di selezionare e di strutturare modalità di funzionamento psichico e comportamenti volti a ricercare e ad ottenere, dall'ambiente in cui si cresce, le risposte ai principali bisogni che si avvertono.

Ad esempio, all'interno della relazione di attaccamento, alcuni bambini imparano ad utilizzare prevalentemente il canale emozionale (capricci, atteggiamenti affettuosi e "seduttivi", espressioni di fragilità, ecc.), dato che questo consente loro di sintonizzare l'attenzione del care-giver sui propri bisogni, ottenendo

il massimo accadimento possibile in quel determinato ambiente ("stile emozionale"); viceversa, in altri contesti relazionali, i bambini sperimentano che solo reprimendo le proprie espressioni emozionali e privilegiando il canale cognitivo (responsabilizzazione, atteggiamento cooperativo, autogestione, ecc.) è possibile sintonizzarsi con le figure accudenti, ottenendo da loro attenzione ed affetto ("stile cognitivo"); in altri casi, infine, è il bilanciamento tra espressione emozionale e gestione cognitiva a favorire l'accudimento genitoriale ("stile bilanciato"). In tutti i casi, è la spinta adattiva ad avere il massimo accadimento possibile che seleziona le modalità di costruire il rapporto con la figura accudente. Occorre tuttavia tenere presente che anche i segnali del bambino orientano il comportamento della figura accudente, la quale risponde ad essi in base alle tonalità soggettive di cui dispone la sua organizzazione.

Nei processi che portano alla organizzazione personale, l'esperienza clinica consente di individuare alcune direttrici fondamentali di sviluppo che, agendo all'interno dei processi di attaccamento, determinano la comparsa delle diverse modalità di organizzare la personalità e di costruire il significato personale (assi primari o "processuali", Nardi 2007).

Queste direttrici sono relative alla maggiore o minore prevedibilità della figura accudente e alla maggiore o minore disponibilità del care-giver. Dalla prima direttrice dipendono la maggiore o minore sincronia dei ritmi fisiologici e delle attività emozionali del bambino, nonché la qualità, prevalentemente fisica o semantica, della relazione di reciprocità. La seconda è invece determinante nel definire il grado di attenzione e, quindi, anche la dipendenza, del bambino al contesto.

Quando la figura accudente è percepita come tendenzialmente stabile nelle sue attivazioni emozionali e, quindi, prevedibile, in contesti e situazioni quotidiane simili che si ripetono (pianto, fame, sonno, ecc.), è facilitata una decodifica precoce dell'esperienza. La ripetitività e la sovrapposibilità delle risposte provenienti dall'ambiente delimitano e selezionano i segnali da apprendere, ne facilitano il riconoscimento e ne consentono l'espressione. Vengono focalizzate precocemente le attivazioni soggettive indicate come emozioni primarie (paura, rabbia, tristezza, gioia). La reciprocità con la figura accudente si costruisce sul piano fisico (protezione o distacco). Il bambino sviluppa una messa a fuoco dall'interno, cioè ricava da quello che prova le informazioni sull'ambiente che lo circonda (organizzazioni "inward").

Viceversa, in contesti nei quali i comportamenti della figura di riferimento vengono percepiti come complessi, variabili in rapporto alle situazioni e, in definitiva, poco prevedibili, le attivazioni emozionali dell'esterno appaiono anch'esse variabili e da decodificare. Prevalgono le emozioni secondarie, le quali, per essere attivate, richiedono una preventiva valutazione e autoriflessione. La reciprocità si costruisce sul piano semantico (approvazione o regole), dato che il bambino ha bisogno di decodificare e aggiornare i messaggi che riceve dalle figure di riferimento. In questi casi, la messa a fuoco avviene dall'esterno: il riconoscimento delle attivazioni interne e la percezione di sé avvengono a partire dalle richieste o dai criteri forniti dall'am-





biente di appartenenza (organizzazioni "outward").

Negli sviluppi inward, quando la reciprocità fisica è alta (indipendentemente dalla qualità – positiva o negativa – delle relazioni con le figure di attaccamento), l'identità è costruita attraverso l'equilibrio percepito tra i due bisogni opposti di protezione e di libertà. Le situazioni vengono gestite in base alla percezione di controllo delle proprie attivazioni interne, in condizioni di vicinanza o di allontanamento e il soggetto orienta le proprie strategie adattive nella selezione dei riferimenti di protezione e degli spazi di libertà. In tutti questi casi, inward ad alta reciprocità, si determina una chiusura organizzativa di tipo "controllante".

Sempre negli sviluppi inward, quando invece la reciprocità fisica è bassa, l'identità è costruita sulla capacità di gestire le proprie attivazioni interne in condizioni di solitudine, che il soggetto percepisce come una dimensione abituale della propria esistenza. Egli parte da essa per esplorare le possibilità di condivisione, attraverso una precoce emancipazione ed una marcata auto responsabilizzazione, ma con il timore di fondo di poterle perdere. In tutti questi casi, inward a bassa reciprocità, si determina una chiusura organizzativa di tipo "distaccato".

Negli sviluppi outward, quando la reciprocità semantica è alta, l'identità è costruita "in tempo reale", passo dopo passo, basandosi sui segnali percepiti dal contesto esterno, in termini di approvazione o disapprovazione, conferme o disconferme, successo o fallimento. Una rilevante importanza viene attribuita al confronto con gli altri, ai risultati ottenuti e, quindi, alla ricerca adattiva di persone, situazioni, attività tali da poter ricavare la migliore autostima possibile. Il soggetto controlla l'adeguatezza esterna in base a quanto si sente accettato o rifiutato, vincente o perdente, rispetto alle figure e agli investimenti significativi. La selezione delle strategie adattive si basa sulla ricerca di conferme "viabili" e sulla gestione delle disconferme esterne. In tutti questi casi, outward ad alta reciprocità, si determina una chiusura organizzativa di tipo "contestualizzato".

Sempre negli sviluppi outward, infine, quando la reciprocità semantica è invece bassa, l'identità è costruita sulle regole e sui criteri percepiti come giusti e certi, per poter distinguere ciò che è giusto o sbagliato, buono o cattivo, vero o falso, gestendo in questo modo gli aspetti ambivalenti e antitetici dell'esperienza, che possono destabilizzare in quanto generano dubbi, incertezze e, quindi, difficoltà di scelta. Sul piano adattivo, risulta quindi essenziale poter gestire le situazioni in base al controllo della propria adeguatezza cognitiva in condizioni di certezza o di dubbio. I parametri fondamentali in base ai quali valutare il proprio operato non sono i risultati (come avviene nelle organizzazioni contestualizzate) ma il proprio impegno. La ricerca della reciprocità viene conseguita sulla base della compatibilità con i propri schemi emozionali di autovalutazione. Il soggetto è centrato sugli aspetti conoscitivi ed esplicativi della vita, ma anche sulla ricerca di una propria teoria sulla finalità e sul senso dell'esistenza umana, nei suoi vari aspetti. In tutti questi casi, outward a bassa reciprocità semantica, si determina una chiusura organizzativa "normativa".

Bibliografia

1) Barrow J.D.: *Impossibility. The Limits of Science and the Science of Limits.*

Oxford University Press, Oxford, 1998. (Ed. it.: *Impossibilità. I Limiti della Scienza e la Scienza dei Limiti.* Rizzoli, Milano, 1999).

2) Berzelius: *Trattato di Chimica*, 1843.

3) Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999. (Ed.it.: *Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano, 2000).

4) Edelman G.M.: *Wider Than the Sky. The Phenomenal Gift of Consciousness.* (Ed. it.: *Più Grande del Cielo. Lo Straordinario Dono Fenomenico della Coscienza*, Einaudi, Torino, 2004).

5) Greenberg L.S., Safran J.D. (a cura di): *Emotions in Psychotherapy*, Guilford, New York, 1987.

6) Guidano V.F.: *Complexity of the Self*, Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

7) Guidano V.F.: *The Self in Progress*, Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

8) Hebb D.O.: *A textbook of Psychology*, Saunders, Philadelphia, 1966.

9) Hofstadter D., Dennet D.: *L'io della Mente*. Adelphi, Milano, 1985.

10) LeDoux J.: *Synaptic Self: How our Brains Become Who We Are*, Viking Penguin, New York, 2002. (Ed. it.: *Il Sé Sinaptico. Come il Nostro Cervello ci fa Diventare Quello che Siamo*, Cortina, Milano, 2002).

11) Luria A.R.: *Higher Cortical Functions in Man*, Basic Books, New York, 1980.

12) Mahoney M.J.: "Constructive metatheory", *International Journal of Person Constructivistic Psychology*, 1(1), 1-36, 1988.

13) Malebranche N. (de): *De la Recherche de la Vérité*, Pralard, Paris, 1678-1679.

14) Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*, Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).

15) Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*, Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*, Garzanti, Milano, 1987).

16) Monod J.: *Zufall und Notwendigkeit. Philosophische Fragen der Modernen Biologie*, Piper, München, 1971, 1973. (Ed. it.: *Il Caso e la Necessità*, Mondadori, Milano, 1974).

17) Morin E.: *La Méthode 5: L'Humanité de l'Humanité. Tome 1: L'Identité Humaine*, Seuil, Paris, 2001. (Ed. it.: *Il Metodo, 5. L'Identità Umana*, Cortina, Milano, 2002).

18) Nagel T.: *Cosa si prova ad essere un pipistrello*. In: Hofstadter D., Dennet D., (Eds.), *L'io della Mente*. Adelphi, Milano, 1985.

19) Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

20) Nardi B.: *Costruirsi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.

21) Nardi B., Di Nicolò M., Laurenzi S.: "Le nuove frontiere del Cognitismo Post-Razionalista: contributi all'evoluzione del pensiero scientifico". In: Nardi B., Capecci I., Di Nicolò M., Laurenzi S. (a cura di), *Costruttivismo e neuroscienze: dieci anni di ricerca (1999-2009)*. Atti del X convegno di psicopatologia post-razionalista, Ancona, 2009.

22) Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

23) Rezzonico G.: "Dal Disordine all'Ordine: colloquio con lo psicoterapeuta", *Psicologia Cognitiva e Comportamentale*, 1 (1)55-59, 1995.

24) Ricoeur P.: *Sé come un Altro*, Jake Book, Milano, 1993.

25) Tomkins S.S.: "Script Theory: Differential Magnification of affects" in Howe H.E., Page M.M. (Eds.): *Nebraska Symposium on Motivation*, University of Nebraska Press, Lincoln, 1978.

26) Varela F.: *Principles of Biological Autonomy*, 1979.

27) Winograd T., Flores F.: *Understanding Computer and Cognition*, Ablex, Norwood, 1986. (Ed. it.: *Calcolatrici e Conoscenza*, Mondadori, Milano, 1987).





BENEDETTA EMANUELLI, MARIANNA
CAPECCI, MARIA GABRIELLA
CERAVOLO

Medicina fisica e riabilitativa
Università Politecnica delle Marche

Consumo energetico a riposo nella malattia di Parkinson

Ruolo dei disturbi motori e durata di malattia

Introduzione

La Malattia di Parkinson (MdP) è una patologia degenerativa del SNC con andamento cronico evolutivo e con un'aspettativa di vita lievemente ridotta rispetto alla popolazione generale. Tra i vari fattori prognostici negativi giocano un ruolo importante le polmoniti ab ingestis cui concorrono la restrizione della mobilità, la disfagia moderato-severa e un basso Indice di Massa Corporea (Body Mass Index-BMI)¹. Nella MdP, soprattutto in fase avanzata, è stata ampiamente documentata un'alterazione del BMI^{2,3}, che sembra avere una patogenesi multifattoriale condizionata da scarso apporto nutrizionale, ridotto assorbimento gastrointestinale, elevato dispendio energetico relativo all'attività muscolare sia durante le fasi OFF (conseguente alla rigidità e al tremore a riposo) che durante le fasi ON (in presenza di discinesie), depressione e infezioni polmonari^{4,5}. Il calo ponderale sembra influenzare negativamente la prognosi funzionale e l'aspettativa di sopravvivenza dei pazienti. Nonostante l'attenzione diffusa nei confronti di tale tematica, tuttora non emergono dati concordanti che consentano di individuare i fattori predittivi indipendenti della riduzione di BMI in soggetti con MdP^{6,8}. Il presente studio, osservazionale trasversale, si propone di: a) valutare se, nei soggetti con MdP sia presente una riduzione significativa del BMI e un'alterazione della spesa energetica a riposo (Rest Energy Expenditure-REE) rispetto alla popolazione sana di pari età e genere; b) ricercare fattori clinici significativamente associati alla riduzione del BMI o predittivi di un aumento della spesa energetica a riposo.

Metodi

Sono stati studiati quarantanove pazienti affetti da MdP in stadio II e IV di H&Y (M/F: 27/22, età 67.7±9,1 anni; Stadio H&Y IV/II : 15/34), che non presentassero grave deterioramento cognitivo, parkinsonismo atipico, ipercinesie severe, iperpiressia, infezioni in corso, recenti interventi chirurgici e non assumessero terapia sostitutiva a base di ormoni tiroidei. La REE è stata valutata mediante calorimetria indiretta in due diverse condizioni: la prima valutazione (Off-Med) veniva effettuata al mattino dopo un digiuno di almeno 12 ore in assenza di terapia farmacologica; la seconda valutazione (On-Med) veniva

condotta a distanza di circa 45-60 minuti dall'assunzione della dose mattutina di terapia antiparkinsoniana abituale. La calorimetria indiretta è un metodo non invasivo che permette di determinare in vivo, quantitativamente, il dispendio energetico a riposo (REE) e il tipo di substrato ossidato attraverso la misurazione degli scambi gassosi. È possibile calcolare un valore teorico di REE a partire da altezza, peso, genere e razza del paziente (cosiddetto REE predetto) e desumerne un rapporto percentuale con la REE misurata (REE% / predetto).

Un'analisi univariata ha ricercato le correlazioni tra parametri clinici (stadio e durata di malattia, LEDD, dose unitaria assunta, punteggio UPDRS parte motoria in Off-Med e in On-Med) e il REE%/predetto. I fattori risultati significativamente correlati con la variabile dipendente sono stati inseriti in un'analisi di regressione multipla al fine di estrapolare i predittori indipendenti di un'alterazione del dispendio energetico a riposo.

Risultati: L'analisi comparativa tra gruppi in diverso stadio di malattia ha mostrato nei soggetti in stadio IV una più giovane età, una più lunga durata di malattia, un più alto punteggio alla parte motoria dell'UPDRS in ON, un LEDD più elevato e un più basso BMI rispetto ai pazienti in stadio II. In particolare il BMI risultava pari a 24,1±3,1 nel IV stadio rispetto a 27,4±3,1 nel II stadio (p<.001). In OFF-Med, nei soggetti in IV stadio la REE osservata era circa 9 punti in percentuale più alta di quella predetta (%REE / predetta: 108,5 % ± 19), mentre nei soggetti in II stadio la REE osservata era simile alla REE predetta (%REE / predetta: 99,6% ± 12). In ON-Med, cioè dopo l'assunzione della dose mattutina di L-Dopa, la %REE / predetto si riduceva in eguale misura in tutti i soggetti, scendendo al 99% ± 21 in IV stadio e al 92.4% ± 12 in II stadio.

La Tabella 1 mostra in dettaglio i valori medi (+ DS) dei parametri demografici e clinici considerati, relativamente alla popolazione totale e ai sottogruppi in diverso stadio di malattia.

Per quanto riguarda i fattori clinici significativamente associati alla riduzione del BMI o predittivi di un aumento della spesa energetica a riposo l'analisi di regressione multipla ha mostrato come la durata di malattia risulti il solo fattore predittivo di incremento della REE%/predetto nei soggetti in stadio avanzato (r²=0,360, p<.0001), indipendentemente dall'età, dal LEDD e dalla severità della compromissione motoria. Le Figg. 1-2 illustrano la correlazione tra durata di malattia e consumo energetico a riposo nelle condizioni di OFF-Med e ON-Med nei due sottogruppi di soggetti in stadio II e IV di Hoehn & Yahr.

Discussione e conclusioni

Tesi di Laurea presentata e discussa in Facoltà il 24/3/09 dalla Dott.ssa Benedetta Emanuelli, Relatore la Prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo.

	Popolo di soggetti	Soggetti in stadio II (MPP)	Soggetti in stadio IV (MPP)
Numero di (N)	24	14 (58%)	10 (42%)
Età (anni) media (s.d.)	69,7 ± 5,1	69,2 ± 5,2	69,8 ± 10,2
Uomo (n%)	16 (67)	7 (50)	9 (90)
Esordio di malattia (anni) media (s.d.)	4,0 ± 4,4	4,2 ± 3,0	1,2 ± 4,1*
LEP (anni) media (s.d.)	21,2 ± 10,5	59,6 ± 20,4	100,2 ± 20,4*
Tempo di malattia (LEP) neg. media (s.d.)	7,1 ± 6,7	17,0 ± 11	7,01 ± 9,1*
LEP* - parte I (quinto anno) (media) (s.d.)	4,1 ± 4,2	7,0 ± 6,7	5,0 ± 7,1*
ipotesi di causa:			
• I-DCPA	16 (67%)	7 (50%)	7 (70%)
• II-DCPA	4 (17%)	4 (29%)	1
• I-DCPA/II	4 (17%)	3 (21%)	2 (20%)
• Poliposidi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
BMI	26,1 ± 1,5	27,4 ± 1,1	24,1 ± 2,1*
REE predetto	177,3 ± 19,4*	206 ± 12,4*	183,5 ± 19,4*

* ANOVA (Mann-Whitney U-test) p < 0,05
 ** confronto dei dati fra gruppi in il test/analisi ANOVA significativi (p < 0,05)

Tab. 1 - Parametri demografici e clinici considerati.

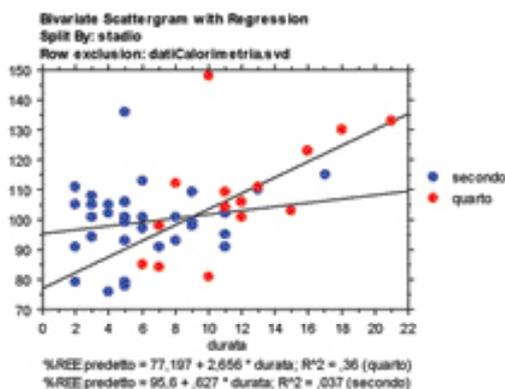


Fig. 1 - Correlazione tra durata di malattia e %REE / predetto in OFF-Med in pazienti in stadio II e IV di Hoehn & Yahr.

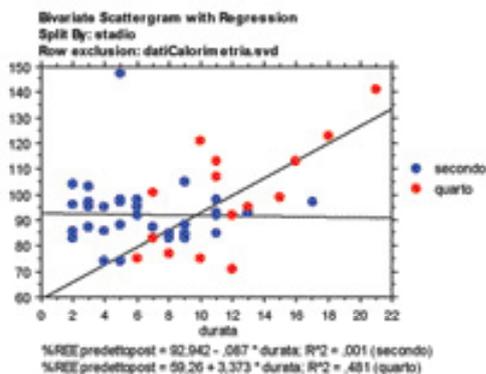


Fig. 2 - Correlazione tra durata di malattia e % REE predetto in ON-Med in stadio II e IV di Hoehn & Yahr.

I risultati dello studio confermano precedenti osservazioni in merito al calo del BMI in soggetti con MdP in fase avanzata. L'indagine di calorimetria indiretta, inoltre, supporta l'ipotesi che la perdita di peso nella MdP rappresenti il risultato di un incremento della spesa energetica a riposo, il cui monitoraggio in fase avanzata potrebbe fornire un elemento prognostico del rischio di calo ponderale progressivo e delle complicanze ad esso conseguenti.

L'osservazione condotta in On-Med, inoltre, documenta come il consumo energetico si riduca dopo assunzione di terapia antiparkinsoniana in maniera aspecifica in qualunque sta-

dio di malattia.

L'analisi di regressione attribuisce un ruolo predittivo indipendente dalla durata e progressione di malattia (stadio avanzato) ai fini dell'incremento della spesa energetica a riposo e induce ad approfondire le indagini sui meccanismi di controllo del peso corporeo a livello ipotalamico in soggetti con M. di Parkinson.

Bibliografia

- 1) Martignoni E, Godi L, Citterio A, Zangaglia R, Riboldazzi G, Calandrella D, Pacchetti C, Nappi G; Parkinson's Disease Comorbidity Study Group. Comorbid disorders and hospitalisation in Parkinson's disease: a prospective study. *Neurol Sci* 2004; 25(2):66-71.
- 2) Abbott RA, Cox M, Markus H, Tomkins A. ; Diet, body size and micronutrient status I Parkinson's disease; *J Clin Nutr* 1992; 46:879-884.
- 3) Uc EY, Struck LK, Rodnitzky RL, Zimmerman B, Dobson J, Evans WJ. Predictors of weight loss in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2006 Jul;21(7):930-6.
- 4) Bachmann CG e Trenkwalder C ; Body weight in patients with Parkinson's disease; *Mov Disord* 2006; 21:1824-1830.
- 5) Kashiwara K. Weight loss in Parkinson's disease; *J Neurol* 2006; 253:38-41.
- 6) Lorefat B, Ganowiak W, Wissing U, Granérus AK, Unosson M. Food habits and intake of nutrients in elderly patients with Parkinson's disease. *Gerontology* 2006; 52:160-168.
- 7) Ragonese P, D'Amelio M, Callari G, Di Benedetto N, Palmeri B, Mazzola MA, Terruso V, Salemi G, Savettieri G, Aridon P. Body mass index does not change before Parkinson's disease onset. *Eur J Neurol*. 2008 Sep;15(9):965-8.
- 8) Barichella M, Villa MC, Massarotto A, Cordara SE, Marczevska A, Vairo A, Baldo C, Mauri A, Savardi C, Pezzoli G. Mini Nutritional Assessment in patients with Parkinson's disease: correlation between worsening of the malnutrition and increasing number of disease-years. *Nutr Neurosci*. 2008 Jun;11(3): 128-34

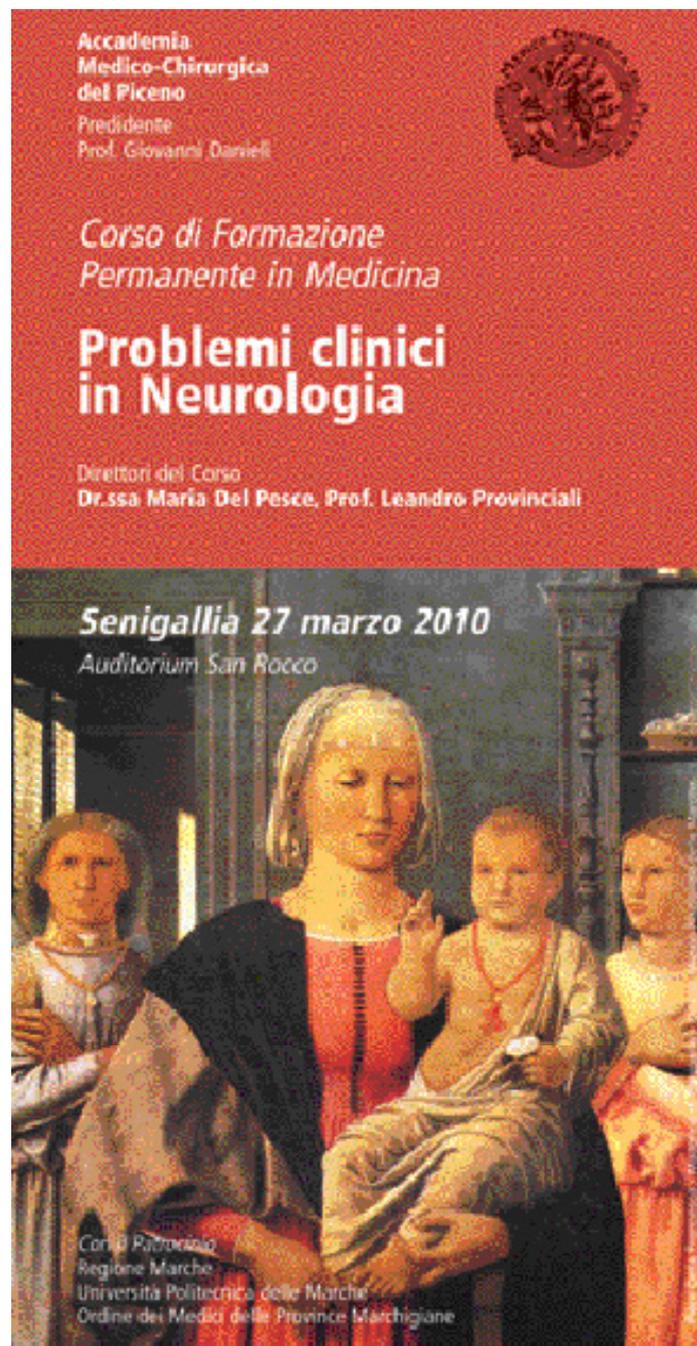




CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE IN MEDICINA

Problemi clinici in Neurologia

Direttori: Dott.ssa Maria Del Pesce, Prof. Leandro Provinciali



I problemi clinici in neurologia

Leandro Provinciali, Maria Del Pesce

L'assistenza ai soggetti affetti da Malattie del Sistema Nervoso richiede risorse assistenziali rilevanti sia per quantità che per qualità.

Il primo aspetto è giustificato dall'alta prevalenza nella popolazione e, in particolare, nelle fasce di età più avanzate, di pazienti con disturbi neurologici, spesso ad espressione cronica. Per tale motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità identifica le malattie neurologiche fra quelle più significative nella definizione degli obiettivi di prevenzione delle malattie invalidanti. I dati di incidenza supportano ulteriormente tale rilevanza quantitativa; è stato infatti stimato che in Italia circa un terzo dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso è affetto da problemi di natura neurologica e, per questi, la struttura sanitaria deve essere sempre in grado di fornire una valida risposta clinica.

L'aspetto qualitativo è testimoniato dalla complessità delle malattie del Sistema Nervoso che richiede particolare competenza nell'ambito della rete assistenziale. Le difficoltà di ordine diagnostico e terapeutico non sono riservate, in neurologia, alle sole malattie più rare, ma sono estese alle condizioni più comuni quali, ad es. i disturbi cerebrovascolari e le cefalee. Se si considera che a quasi tutti i disturbi del Sistema Nervoso è correlata una condizione di disabilità, frequentemente persistente, si può dedurre la rilevanza sociale rivestita dall'assistenza alle malattie neurologiche.

Le risorse umane ed organizzative esistenti non garantiscono sempre un approccio soddisfacente alle malattie del Sistema Nervoso. Infatti molti pazienti sono curati in ambienti di natura internistica, talora dotati di insufficiente competenza specifica, in cui una poco motivata e spesso eccessiva richiesta di esami cerca di supplire alla relativa carenza di informazioni specialistiche.

Una possibile soluzione è rappresentata da quanto avviene in molti paesi europei dove le strategie finalizzate ad attenuare i punti deboli dell'assistenza nelle malattie più complesse sono basate sulla sempre più stretta integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale favorendo al massimo la creazione di una sinergia fra le competenze specialistiche ed il sistema delle cure primarie. Una simile sinergia deve poter contare sulla professionalità e sulla dedizione dei professionisti che, ognuno per le proprie competenze, svolgono ruoli ben definiti e precedentemente condivisi. Si può ipotizzare che nel rapporto di collaborazione Ospedale-Territorio al medico di medicina generale siano richiesti atti finalizzati a definire l'orientamento diagnostico, a verificare le esigenze di approfondimento e a proporre un trattamento di prima linea; d'altra parte lo specialista è chiamato ad identificare gli aspetti caratterizzanti il problema clinico, a chiarire la motivazione

di ulteriori indagini, a scegliere la terapia più appropriata ed a favorire e condividere con il MMG la continuità assistenziale.

E' evidente che un'interpretazione valida ed efficace di questo modello comportamentale fra specialisti Neurologi e Medici di Medicina Generale deve evitare ogni forma di protagonismo dei vari professionisti ma esaltare il ruolo peculiare delle diverse competenze.

Gli argomenti selezionati per il presente corso di approfondimento sono sembrati idonei a chiarire modalità e contenuti della collaborazione fra il Sistema delle cure specialistiche di ordine neurologico e quello delle cure primarie rivolte a soggetti con malattia del Sistema Nervoso. E' stimolante osservare che i relatori degli argomenti di maggiore rilevanza pratica realizzano un approccio integrato con poche possibilità di sovrapposizione.

E' possibile e sperabile che lo sviluppo dell'iniziativa possa portare alla preparazione di profili assistenziali dedicati ai problemi neurologici più comuni, nei quali il ruolo dei medici di medicina generale e degli specialisti sia ben identificato a vantaggio dell'utenza.

Le problematiche neurologiche, per la loro natura e per la indubbia complessità, possono rappresentare ostacoli consistenti nella soddisfazione dei bisogni dell'utenza, ma è evidente che una maggiore competenza ed una migliore definizione dei ruoli dei diversi professionisti possono garantire migliori risultati ma anche una crescente soddisfazione dei protagonisti del processo assistenziale.

Problemi gestionali nelle cefalee

Marco Bartolini, Ettore Ciambriani*

Clinica di Neurologia, Università Politecnica delle Marche

*U.O. Neurologia, Ospedale di Senigallia

La cefalea rappresenta una delle principali richieste di consulto medico nei Dipartimenti di Emergenza. Si stima che circa il 14% della popolazione generale sia affetta da emicrania; nonostante questi numeri rilevanti, la gestione avviene molto spesso con il criterio del "fai da te", motivo per cui esiste un sottobosco di pazienti che non ricevono un adeguato inquadramento diagnostico e terapeutico.

La classificazione IHS delle cefalee (prima edizione 1988 e seconda del 2004) ha stabilito in modo preciso i criteri di diagnosi per le forme primarie, cioè per quelle forme in cui il mal di testa è la malattia e non un sintomo di altra condizione (cefalee secondarie).

Tra le forme primarie fa spicco l'emicrania che rappresenta un importante elemento di disabilità temporanea e



determina alti costi diretti (terapie, accertamenti ecc) ed indiretti (assenza dal lavoro).

Per il medico di medicina generale le situazioni più difficili sono rappresentate da 1, Cefalea cronica quotidiana - 2, Il peggior attacco della mia vita.

1- la cefalea cronica quotidiana è definita come la situazione di persistenza di cefalea per almeno quindici giorni al mese da almeno tre mesi, con conseguente abuso farmacologico. È una condizione che interessa circa il 12% di tutti gli emicranici e richiede inevitabilmente un intervento di un centro specializzato per attuare una terapia di disassuefazione e, soprattutto, una presa in carico del paziente in considerazione del fatto che spesso sono sottesi dei disturbi di tipo ansioso-depressivo che meritano un trattamento farmacologico e psicoterapico.

2 - Il peggior attacco della mia vita è quell'episodio in cui la cefalea è violenta e non risponde ai sintomatici. Dobbiamo distinguere due possibilità:

a. il paziente ha già una diagnosi di emicrania. In questo caso dobbiamo innanzitutto preoccuparci di verificare che abbia assunto la terapia in modo corretto e che non si siano sovrapposte altre condizioni (es. nuovi farmaci); poi dobbiamo verificare che la tipologia della sua cefalea non sia variata in termini di localizzazione del dolore e, soprattutto, che non siano comparsi altri sintomi non riconducibili ad un'aura tipica. Fondamentale rimane l'esame obiettivo: la comparsa di segni focali persistenti (un'aura solitamente si esaurisce entro un'ora) o, ancor peggio, alterazione della vigilanza o deficit cognitivi rappresentano elementi sufficienti per l'invio ad una visita neurologica urgente.

b. Il paziente che non ha mai sofferto di cefalea e lamenta l'improvvisa comparsa di dolore persistente e resistente. Gli elementi anamnestici rilevanti sono:

- è comparsa dopo uno sforzo fisico? (possibile emorragia)
- è comparsa di notte? (possibile emorragia, neoplasia)
- è comparsa in associazione a febbre?

Sul piano obiettivo sono da rilevare la presenza di segni focali, di alterazione della vigilanza, di deficit cognitivi. In tutti questi casi è assolutamente indicata una TC encefalo urgente.

Quindi di fronte ad una cefalea severa di nuova insorgenza le situazioni critiche, denominate red flags e che impongono una valutazione urgente sono:

- b1- paziente di età superiore ai 50 anni (le cefalee primarie insorgono prima)
- b2- comparsa di segni focali
- b3- deficit cognitivi o della vigilanza
- b4- una cefalea comunque diversa dal solito
- b5- esordio acuto/subacuto con sviluppo rapido

Nel dipartimento di emergenza si procederà con la diagnostica strumentale che prevede:

- la TC encefalo, che consente di discriminare le situazioni più pericolose, quali emorragie, ascessi, ematomi e

neoplasie.

- l'EEG, che è indicato solo nel sospetto clinico di una meningoencefalite

- la rachicentesi, che è indicata quando è forte il sospetto clinico di una emorragia subaracnoidea con TC negativa, o anche in caso di febbre per l'individuazione di un patogeno per meningoencefalite.

Un ultimo punto delicato che si pone nella gestione di pazienti affetti da cefalea è la comorbilità; negli emicranici è infatti frequente il riscontro di una sovrapposizione del mal di testa con

- sintomi di ansia e depressione
- fibromialgia
- vertigine
- pervietà del forame ovale cardiaco (PFO).

Riguardo i sintomi di disagio psichico esiste una copiosissima letteratura scientifica che sostanzialmente conduce all'idea che possa esistere un fattore (genetico?) predisponente per cui persone con tratti di personalità di tipo nevrotico più facilmente possono andare incontro ad una cronicizzazione della cefalea. D'altra parte è comprensibile che attacchi di mal di testa frequenti possano di per sé divenire causa di ansia anticipatoria. Il punto essenziale è pertanto evitare la stigmatizzazione dei pazienti e cercare di avere un approccio che consideri la persona nella sua complessità, fisica ed emotiva.

La fibromialgia è tuttora considerata una condizione dalla patogenesi incerta; il 30% dei pazienti affetti da emicrania lamentano sintomi compatibili con questa diagnosi (dolori muscolari diffusi, tender-points ecc.). Questa associazione forse non è del tutto casuale: recenti revisioni critiche della fibromialgia orientano la fisiopatologia verso un disturbo primario di ipereccitabilità delle vie centrali del dolore, per certi aspetti molto simile a quello oramai noto e codificato per l'emicrania. L'ipotesi, pertanto, è che esista un denominatore comune tra queste due condizioni. Questo ha importanti ripercussioni sul piano terapeutico perché invece di utilizzare steroidi o antinfiammatori trova maggiore indicazione l'impiego di neuromodulatori (valproato, topiramato) normalmente prescritti per le cefalee primarie.

Riguardo la vertigine molte sono le incertezze, anche se la pratica clinica quotidiana ci fa vedere sempre più spesso soggetti affetti da emicrania che hanno ripetuti episodi di vertigine parossistica posizionale, normalmente risolti spontaneamente o dopo le manovre di Epley, che tendono poi a sviluppare una persistente sensazione di instabilità senza sintomi vegetativi eclatanti. Anche per questi pazienti un approccio farmacologico con molecole normalmente utilizzate per la profilassi delle crisi emicraniche risulta risolutivo.

Un'ultima situazione clinica oggetto di grandi controversie è l'associazione tra PFO ed emicrania, con conseguente incremento del rischio per accidente cerebrovascolare. I dati epidemiologici ci dicono che circa un quarto della popolazione generale può avere un riscontro occasionale di PFO; questa





percentuale di prevalenza può arrivare fino al 45% nei soggetti affetti da emicrania con aura tipica. Si è molto discusso sul possibile rapporto di causa-effetto tra queste due condizioni: in realtà, allo stato attuale non c'è nessuna evidenza che i sintomi di aura siano riferibili a microembolismi a partenza cardiaca; i disturbi visivi tipici di questa forma di emicrania sono infatti correlati ad un fenomeno bioelettrico a partenza dalla corteccia cerebrale occipitale (cortical spreading depression). Inoltre, uno studio randomizzato controllato ha dimostrato che la procedura chirurgica di chiusura del PFO non migliora l'emicrania. In definitiva, la comorbidità emicrania con aura e PFO deve essere considerata quando ci troviamo di fronte ad un paziente giovane con ictus ischemico di incerta eziologia, allo scopo di individuare possibili cause remote di embolismo arterioso.

In conclusione le crescenti conoscenze di fisiopatologia dell'emicrania hanno permesso nell'ultimo decennio un netto miglioramento delle possibilità terapeutiche per questa patologia e, indirettamente, anche per altre manifestazioni patologiche che spesso si correlano alla cefalea portando il clinico ad un approccio sempre più ad ampio raggio e non limitato al "semplice" sintomo dolore.

Il paziente anziano confuso

Marilena Capriotti, Stefano Pierangeli
Medici di Medicina Generale - ZT 7, Ancona

L'uso prolungato o l'abuso di benzodiazepine e/o di ipnotici in concomitanza con l'assunzione di altri farmaci ad azione centrale, può condurre a stati confusionali nel paziente anziano.

Infatti le benzodiazepine e gli ipnotici a lunga durata di azione possono indurre depressione respiratoria, apnee notturne, stato confusionale e atassia, con conseguenti cadute e fratture. A lungo termine le benzodiazepine possono causare compromissione della memoria ed effetti residui sulle prestazioni diurne.

Una interessante ricerca, eseguita dal Centro Regionale di Formazione per la Medicina Generale del Friuli Venezia Giulia, in collaborazione con Health Search (Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale) e pubblicato su *Italian Journal of Public Health*, evidenzia che oltre il 20% degli anziani assume benzodiazepine, di questi tre quarti sono donne, e tale consumo cresce con l'età. Nella maggior parte dei casi si tratta di benzodiazepine a lunga emivita quando invece sarebbe più corretto preferire benzodiazepine o ipnotici a breve emivita.

Nel 36,5% le diagnosi correlate all'uso di benzodiazepine sono i Disturbi depressivi, nel 18,2% sono i Disturbi d'ansia.

Tra i farmaci di classe C più venduti nel 2008 risultano i derivati benzodiazepinici, mentre, alla luce della corrente letteratura scientifica, gli SRRI sarebbero più appropriati sia per i Disturbi depressivi che per molte forme di Disturbi di ansia.

Altra frequente causa di stato confusionale dell'anziano è la Depressione, che spesso simula una Demenza (si parla infatti di Pseudodemenza). Nell'anziano la Depressione, a differenza che nel giovane, non si manifesta sempre con depressione del tono dell'umore, ma, più spesso, con preoccupazioni somatiche, anedonia, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, agitazione e, non raramente, ideazione suicidaria.

La diagnosi differenziale tra Depressione e Demenza in fase iniziale non sempre è facile, ma possono essere identificati diversi elementi di distinzione: nella Depressione sono più gravi e precoci i sintomi depressivi, il paziente manifesta spesso comportamenti oppositivi e collabora con più difficoltà col medico, mancano sempre i disturbi fasici e prassici e la progressione dei sintomi è più rapida. Non va però dimenticato che la Depressione, nell'anziano, può essere l'espressione clinica precoce di una Demenza.

Uno studio osservazionale sulla prevalenza della depressione e dell'ansia, basato sulla prescrizione di antidepressivi e ansiolitici, è stato svolto estraendo i dati dai database di 31 Medici di Medicina Generale di Ancona e Iesi (M. Capriotti, G. Sebastianelli, 2009) valutando così 47.579 pazienti (con unico programma Millewin).

E' emerso che l'11,39% dei pazienti era affetto da Depressione maggiore, che per le donne il rapporto era di 2:1 e che, di questi, solo il 38,4% era trattato con terapia antidepressiva, dati in accordo con i risultati nazionali di Health Search. Un dato positivo è stato il riscontro di una riduzione nel consumo di benzodiazepine (8,69%) rispetto ai dati emersi in studi effettuati negli anni precedenti.

L'allungamento della vita media ha determinato un netto aumento delle patologie cronico-degenerative che pongono nuovi scenari per l'organizzazione dei servizi assistenziali. Questa dinamica demografica porterà entro i prossimi anni ad un aumento assai elevato delle richieste in ambito socio-sanitario, pertanto è necessario adeguare le scelte di politica sanitaria e di organizzazione dei servizi a questo scenario, individuando i modelli e le risorse idonee.

L'attenzione principale concerne la qualità della vita. Occorre individuare un processo assistenziale che, attraverso vari livelli di integrazione, consenta di fornire cure al domicilio del paziente o all'interno di strutture residenziali, attraverso una presa in carico del soggetto in cui le prestazioni di cura, di recupero e di prevenzione sanitaria, associati a vari tipi di interventi orientati alla integrazione sociale e al mantenimento di quel tessuto relazionale e di rapporti carat-



teristico della persona, rappresentino la realizzazione di una rete in grado di sostenere, promuovere oppure mantenere una migliore qualità della vita.

Si parla di long term care ovvero dell'assistenza a lungo termine il cui obiettivo di fondo è quello di mantenere più a lungo possibile il paziente al proprio domicilio o comunque in strutture che non si differenzino in maniera spiccata da quello che è il suo mondo. Anzi devono consentire al soggetto di mantenere in qualche modo rapporti e relazioni.

L'assistenza domiciliare è distinguibile in una forma integrata ed una forma programmata. Infine una terza forma definita anche assistenza domiciliare residenziale riguarda l'assistenza nelle strutture residenziali, disciplinata da accordi regionali.

Le strutture residenziali, pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire una costante assistenza costituita prevalentemente dalla cura della persona, riabilitazione e controllo clinico unitamente a prestazioni di tipo sociale. Queste strutture hanno il vantaggio di fornire prestazioni in ambienti deospedalizzati, sotto il controllo del medico di famiglia, contenendo enormemente i costi rispetto a soluzioni che prevedono l'ingresso in ambiente ospedaliero. Pur nella diversità delle loro denominazioni, possano essere a loro volta suddivise in diverse tipologie che vanno dalla Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) dove prevalentemente vengono ricoverati pazienti anziani sotto la responsabilità clinica del proprio medico di famiglia, le Residenze Sanitarie Riabilitative (RSR) costituite da strutture a forte valenza riabilitativa e le Residenze Assistenziali Medicalizzate (RSM) inquadrabili anche nel nuovo modello che in Italia in più parti viene sperimentato e che va sotto il nome di Ospedale di Comunità (OdC). In tutte queste strutture viene assicurata una assistenza di tipo residenziale ovvero prevalentemente di cura della persona ed infermieristica, con prestazioni mediche di medio impatto tecnologico.

Vertigini e disturbi dell'equilibrio

Ipotesi diagnostiche e diagnosi differenziale

Marco Signorino, Deidania Medici*
 UOC Neurologia, Ospedale "A. Murri", Fermo
 *Scuola di Specializzazione in Neurologia,
 Università Politecnica delle Marche

Vertigini e disturbi dell'equilibrio (vertigo/dizziness degli autori di lingua inglese) hanno una prevalenza/anno del 22.9% ed un'incidenza/anno del 3.1% e sono tra le più comuni ragioni di accesso dei pazienti ai Dipartimenti d'Emergenza. In tali sedi, la frequente inconsistenza, vaghezza ed inaffidabilità dei

dati riferiti dai soggetti, associate alla possibilità di dover fronteggiare patologie potenzialmente rischiose per la vita possono porre seri problemi di tipo diagnostico e di organizzazione/attivazione di procedure e servizi atti a risolvere il caso. Ne consegue il valore cruciale di un rapido e preciso inquadramento della clinica anche per ragioni non estranee alla migliore utilizzazione possibile delle risorse e conseguentemente ad una sana economia sanitaria.

In generale, però, formulare ipotesi diagnostiche ed effettuare la diagnosi differenziale presuppone la possibilità di classificare validamente sintomi e segni clinici. Nell'ambito delle vertigini e dei disturbi dell'equilibrio ciò risulta particolarmente difficile primariamente per difficoltà terminologiche.

L'equilibrio infatti può essere inteso come benessere del soggetto nello spazio in cui si trova e che si esplica con un corretto mantenimento della postura e con un'esatta sensazione soggettiva della posizione del corpo nello spazio.

D'altro canto, la vertigine è, a rigore, "un'allucinazione di movimento rotatorio", ma a tale rigore non corrispondono le parole riferite dai pazienti che molto spesso usano termini come "capogiri, senso di testa vuota o leggera, stordimento, fluttuazione, confusione, mancamento" per esprimere la loro condizione.

La letteratura contemporanea tende a classificare 3 tipi fondamentali di disturbi dell'equilibrio:

a) Vertigo (True vertigo o vertigine) è la falsa sensazione di un movimento di rotazione del corpo nello spazio (vertigine soggettiva) o dello spazio circostante rispetto al corpo (vertigine oggettiva). Essa suggerisce la presenza di un disturbo del sistema vestibolare ed è associata costantemente a nausea, nistagmo e, molto spesso, a vomito. Se ne distingue una forma periferica (da lesione/irritazione labirintica o del nervo vestibolare) ed una forma centrale (da lesione dei nuclei vestibolari e delle vie e nuclei ad essi prossimamente connessi). Nelle forme periferiche lesionali la fase lenta del nistagmo è in direzione del lato affetto così come lo sono la deviazione degli indici, la deviazione nella prova della marcia cieca di Weil, la rotazione alla marcia sul posto di Unterberger e la direzione della tendenza alla caduta nella manovra di Romberg (sindrome armonica). Il nistagmo non è mai verticale, può essere inibito dalla fissazione e non cambia direzione a seconda della direzione dello sguardo (Ny di I, II e III grado). Nelle forme centrali le cinque variabili sopradette sono al contrario non concordanti (sindrome disarmonica) e la direzione del nistagmo può cambiare con la direzione dello sguardo.

b) Presincope (presincope o lipotimia) è una sensazione di testa leggera associata al presentimento di imminente caduta. Essa è un episodio critico, abitualmente dovuto ad una transitoria ischemia cerebrale diffusa.

c) Disequilibrio (instabilità posturale) è generalmente descritta come un'instabilità del tronco e degli arti inferiori non accompagnata da sensazioni sgradevoli al capo. Essa è in parte, anche se non totalmente, assimilabile all'ataxia



statica/dinamica della classica semeiotica neurologica ed è prevalentemente dovuta a malattie neuromuscolari.

A chiarire le cose dal punto di vista del clinico non contribuisce molto neppure l'anatomo-fisiologia dei sistemi neurali e centri nervosi che sovrintendono all'equilibrio. Questo infatti è il risultato di una interazione tra strutture periferiche come gli apparati vestibolari ed i sistemi propriocettivi spinali e strutture centrali come il cervelletto e i sistemi troncoencefalici d'integrazione dei riflessi oculovestibolari e corteccia cerebrale la quale, in ultima analisi restituisce la percezione del movimento e l'eventuale reazione ad esso come risultante dell'integrazione dell'attività di tutte le strutture coinvolte. Ne consegue che la "vertigine" o il "disequilibrio" isolatamente considerati possono generare ipotesi discriminanti tra le possibili sedi lesionali anatomo-funzionali solo in maniera approssimativa e che pertanto altri elementi, solo in apparenza "accessori", possono indirizzare il percorso verso il sottosistema coinvolto.

Secondo Belal sono cinque gli elementi fondamentali per costruire una strategia operativa:

i) la modalità di presentazione dei sintomi, acuta, ricorrente o cronica. L'acuzie e la completa remissione dei sintomi dopo ogni ricorrenza possono, ad esempio, far ipotizzare un disordine funzionale piuttosto che un danno d'organo e quindi costituire un primo elemento per restringere il campo delle ipotesi.

ii) la coesistenza di sintomi e segni neurologici. Questi andranno attentamente ricercati facendo particolare attenzione a diplopia, disatria, disfagia, segni cerebellari, atassia, parestesie periorali la cui presenza può essere un affidabile indicatore di coinvolgimento encefalico e/o spinale

iii) la coesistenza di sintomi e segni audiologici. L'ipoacusia è ad esempio sempre presente nella sindrome vestibolare periferica deficitaria, mentre è rara in quella centrale e generalmente assente nell'instabilità posturale.

iv) lo scatenamento con i movimenti del capo. Esso evoca elettivamente l'ipotesi di vertigine parossistica posizionale benigna (BPPV) non avendo generalmente altro significato localizzatorio.

v) il pattern temporale. È uno degli elementi con il più alto valore discriminatorio. Una durata di pochi secondi è, infatti, tipica della BPPV, mentre una durata di minuti si può associare a fistola perilinfatica o TIA vertebro-basilare. Una durata di giorni può essere espressione di una neuronite vestibolare o labirintite. Persistenza di sintomi vertiginosi per settimane o mesi può essere causata, infine, da patologie ad andamento cronico (neurinoma dell'acustico, degenerazione spinocerebellare, sclerosi multipla).

Questi cinque elementi sono quindi da considerare cardini per inquadrare una specifica tipologia di presentazione clinica, riconducibile ad un numero finito di possibili etiologie (oltre a quelle appena accennate sopra), e, in definitiva, limitare il numero delle ipotesi alternative avviando correttamente il percorso diagnostico-terapeutico.

Episodi di alterazione dello stato di coscienza di breve durata: sincope, crisi epilettica o cosa altro?

Mauro Morelli, Giuseppina Massi, Simona Balestrini*
U.O. Neurologia, Ospedale di Senigallia
* Scuola di Specializzazione in Neurologia,
Università Politecnica delle Marche

La diagnosi differenziale degli episodi di perdita di coscienza rappresenta un problema clinico frequente sia per il medico di medicina generale che per gli specialisti (neurologi ma anche cardiologi e medici del Pronto Soccorso).

La prima domanda da porsi è se trattasi di reale perdita di coscienza, essendo spesso riferita erroneamente dai familiari una perdita di coscienza che in realtà non si è verificata (ad es: vertigine posizionale parossistica benigna, drop attack, pseudosincope psicogena, cataplessia, TIA carotideo, cadute).

Una volta stabilito che si è trattato di una reale perdita di coscienza, la valutazione si deve basare innanzitutto sulla storia clinica del paziente e sulla raccolta di alcuni rilevanti elementi clinici inerenti l'episodio critico.

La storia clinica riguarderà in particolare l'anamnesi familiare (positività per morte cardiaca improvvisa?), l'anamnesi patologica remota (m. di Parkinson o altre patologie degenerative caratterizzate dalla presenza di disautonomia? Epilessia? Narcolessia? Cardiopatie aritmiche?) e l'anamnesi farmacologica (ipotesi di diuretici? antidepressivi o antipsicotici? antiaritmici?).

Quindi l'attenzione va posta sulle caratteristiche dell'episodio focalizzando quanto accaduto prima, durante e subito dopo. La tabella presenta un algoritmo che consente una rapida ed efficace caratterizzazione clinica dell'episodio di perdita di coscienza, in base alle diverse caratteristiche semeiologiche e/o anamnestiche che lo descrivono.

Una volta stabilito se l'episodio è di origine sincopale (le sincope - vasovagali, ortostatiche, cardiogene, iatrogene, disautonomiche - sono la causa di oltre il 70% di tutti gli episodi di perdita di coscienza), o meno (crisi epilettiche, crisi ipoglicemiche ad esempio) si procederà alla valutazione obiettiva, in particolare alla misurazione della PA in clino e ortostatismo e all'esame cardiologico e neurologico mirati.

Anamnesi accurata ed esame obiettivo permettono una diagnosi corretta nella gran maggioranza dei casi e, solo in casi dubbi e comunque sempre sulla base dell'orientamento clinico, si potrà procedere all'esecuzione di una serie di indagini di I e di II livello.

Tra gli esami di primo livello possono essere utili:

- esami di laboratorio: emocromo (anemia?), glicemia (crisi ipoglicemica?), elettroliti (disidratazione?), enzimi cardiaci (IMA postero-inferiore?)



- ECG standard: disturbi della conduzione A-V? tachicardie parossistiche? malfunzionamento di PMK? malattia del nodo SA?

- EEG: segni irritativi (focalità?)

Tra gli esami di secondo livello possono essere utili:

- ECG Holter (aritmie?)

- Tilt-test (ipotensione ortostatica? Diagnosi differenziale

delle sincope).

L'utilizzo di un protocollo comportamentale condiviso tra MMG e medici specialisti in questo ambito clinico è auspicabile in quanto potrebbe evitare tanti esami e tanti ricoveri inutili; ricordiamo che gli episodi di perdita di coscienza costituiscono il 2-4% degli interventi medici urgenti in PS e l'1-6% di tutti i ricoveri in ambiente ospedaliero.

Sincope	Episodio non sincopale
Caratteristiche	
1) Esordio improvviso 2) Durata breve 3) Perdita di coscienza completa 4) Perdita di tono muscolare	1) Esordio improvviso/graduale 2) Durata breve/variazile 3) Fato completo/parziale 4) Perdita/conservazione di tono muscolare
PRIMA DELL'EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA	
<i>a) che stava facendo?</i>	
Esercizio fisico? Movimenti del braccio? Prolungato ortostatico? Visione? Rischio? Manovra di Valsalva (tosse, starnuto)?	Videogames
<i>b) ricercare sintomi/segni particolari</i>	
Sintomi neurovegetativi Mucose, vomito Abdominali discendenti sensazione di freddo sudorazione	Percezione odori intensi Segni neurologici focali
DURANTE L'EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA	
<i>a) movimenti</i>	
Nessuno Movimenti tonico-clonici: breve durata esordio dagli arti pdl.	Movimenti tonico-clonici esord o coincidente con la cdc Clonie unilaterali Automatismi
<i>b) altri sintomi e segni</i>	
Nessuno Morsus?	Morsus (laterale) Salivazione alla bocca Cianosi
A. TERME DELL'EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA	
<i>a) sintomi/segni associati</i>	
Nessuno Sintomi neurovegetativi di breve durata (nausea, vomito, pallone)	Confusione prolungata Incontinenza sfinterica Trividi muscolari Come post-ictico Sonno e/za Segni neurologici focali



Vasculopatie cerebrali Dalla diagnosi alla prevenzione

Mauro Silvestrini, Claudia Cagnetti
Clinica Neurologica, Dipartimento di
Neuroscienze, Università Politecnica delle
Marche

Le vasculopatie cerebrali includono una ampia varietà di condizioni in cui vi è sostanzialmente un danno anatomico cerebrale collegato ad un disturbo circolatorio. La manifestazione acuta di questo tipo di patologia è costituita dall'ictus che rappresenta la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie e la principale causa d'invalidità. Dal punto di vista epidemiologico, ogni anno si verificano in Italia circa 196.000 ictus. In relazione all'invecchiamento della popolazione, tale incidenza è destinata a crescere e per il 2010 sono previsti 220.000 nuovi casi. Quello ischemico risulta essere la forma più frequente di ictus (80% circa), mentre le emorragie intraparenchimali riguardano il 15-20% e le emorragie sub aracnoidee circa il 3%.

La prevenzione primaria dell'ictus è basata sul controllo ed il trattamento dei fattori di rischio modificabili quali l'ipertensione, il diabete, le malattie cardiache (fibrillazione atriale, endocarditi infettive, stenosi mitralica, infarto miocardico recente, ipertrofia ventricolare sinistra), il tabagismo, l'iperomocisteinemia e l'ipercolesterolemia (specialmente nei pazienti ipertesi). Esistono tuttavia dei fattori di rischio demografici non modificabili come il sesso e l'età.

Un inquadramento clinico quanto più precoce possibile è connesso alla esigenza di attuare la prevenzione di un eventuale deterioramento del quadro neurologico ma soprattutto alla possibilità di intraprendere un trattamento efficace. Infatti, le possibilità di intervento precoce, in particolare per quel che riguarda la trombolisi, sono vincolate ad una finestra terapeutica temporale limitata.

Il tempo è cervello: nel senso che ogni 30 minuti dall'insorgenza dell'ictus, si perdono milioni di cellule neuronali e miliardi di sinapsi. È come se il cervello invecchiasse di due anni in trenta minuti. Allo scopo di discernere se il problema alla base dei disturbi del paziente abbia una origine circolatoria, l'approccio clinico deve essere rapido e deve comprendere un inquadramento neurologico effettuato da

medici specializzati nella gestione dell'ictus per documentare l'esordio improvviso, la focalità ed il carattere deficitario dei disturbi. Per una diagnosi differenziale tra ictus ischemico ed ictus emorragico e per confermare la sede della lesione suggerita dai dati clinici, è necessario effettuare, quanto prima, un esame neuroradiologico dell'encefalo. L'iter diagnostico deve a questo punto identificare cosa ha provocato il problema circolatorio cerebrale. A tale fine è indicata l'esecuzione di ulteriori esami strumentali come l'ecocolordoppler dei vasi epiaortici per individuare placche aterosclerotiche, occlusioni o dissecazioni vasali e l'ecocardiogramma per il rilievo di fonti emboligene.

La terapia della fase acuta è comunque decisiva. Per l'ictus ischemico, nei casi eleggibili, il trattamento con fibrinolisi e.v. è indicato entro tre ore dall'esordio dei sintomi. L'efficacia del trattamento diminuisce, ma è ancora presente, quando la somministrazione è effettuata dopo le 3 ore e fino a 4,5 ore dall'esordio dei sintomi. Il trattamento fra le 4,5 e le 6 ore presenta ancora un'efficacia tendenziale ma non più statisticamente significativa. Una temuta complicanza della terapia con rtPA e.v. è l'infarcimento emorragico della lesione. Per quanto riguarda l'emorragia cerebrale, il trattamento chirurgico è indicato in emorragie cerebellari di diametro >3 cm con quadro di deterioramento neurologico o con segni di compressione del tronco e idrocefalo secondario a ostruzione ventricolare; emorragie lobari di grandi o medie dimensioni (e50 cm³), in rapido deterioramento per compressione delle strutture connesse al controllo di funzioni vitali; emorragie intracerebrali associate ad aneurismi o a malformazioni artero-venose, nel caso in cui la lesione strutturale associata sia accessibile chirurgicamente. In presenza di malformazioni vascolari, va sottolineato il ruolo della neuroradiologia interventistica che rappresenta in molti casi la prima opzione terapeutica. Nelle prime 48 ore dall'esordio di un ictus è inoltre indicato il monitoraggio delle funzioni vitali (elettrocardiogramma, pressione arteriosa e parametri respiratori) e dello stato neurologico anche attraverso scale di valutazione (NIHSS, SSS). Per la prevenzione delle recidive, nei TIA e nell'ictus ischemico non cardioembolico è indicato il trattamento antiaggregante piastrinico. L'uso degli anticoagulanti è limitato ai casi di ictus ischemico cardioembolico.



CRISTINA PETRELLI, NELIA ZAMPONI,
LEANDRO PROVINCIALI
Neurologia
Università Politecnica delle Marche

Caratteristiche elettrocliniche dello spettro SMEI nelle convulsioni febbrili del primo anno di vita

Introduzione

L'Epilessia mioclonica severa dell'infanzia (SMEI o Sindrome di Dravet: DS) è riconosciuta come la più maligna sindrome epilettica dell'età infantile e viene definita, secondo la nuova proposta di Classificazione della ILAE del 2001, un'encefalopatia epilettica per la marcata attività epilettogena, con conseguente deterioramento delle funzioni cognitive, sensoriali e/o motorie.

La diagnosi si basa sui seguenti criteri clinici ed elettroencefalografici (ILAE, 1989):

- 1) Un'alta incidenza di convulsioni febbrili
- 2) Un normale sviluppo psicomotorio prima dell'insorgenza delle prime crisi epilettiche
- 3) Le prime crisi iniziano durante il primo anno di vita in diverse forme
- 4) L'EEG in prima istanza non mostra di solito scariche parossistiche, ma più tardi punte-onda generalizzate e polipunte-onda, anormalità focali e fotosensibilità
- 5) Ritardo di sviluppo psicomotorio dopo il secondo anno di vita con comparsa di segni neurologici.
- 6) Tutti i tipi di crisi sono resistenti al trattamento.

La prima crisi epilettica è di tipo clonico e si presenta in occasione di un evento febbrile di qualsiasi natura. Nelle settimane successive, le crisi continuano a recidivare e possono colpire il bambino in uno stato di completo benessere. Le altre tipologie sono le crisi miocloniche, le assenze atipiche e le crisi focali accompagnate da vari automatismi (deglutire, sfregarsi le mani, etc). Un altro elemento di rilevanza clinica è la frequente insorgenza di stati di male epilettico che insieme alle infezioni e alla morte improvvisa possono determinare una mortalità molto alta (circa il 16%) e un importante ritardo psicomotorio: andatura atassica, segni cerebellari e piramidali, emiparesi o distonie e un ritardo cognitivo globale. L'eziologia di questa sindrome rimane ancora sconosciuta: l'origine più probabile sembra essere quella genetica. A conferma di ciò, recenti studi hanno dimostrato che nel 70-80% di casi la DS è associata ad una mutazione del gene SCN1A che codifica per la subunità alfa1 del canale del Na⁺ a voltaggio dipendente. Nel 95% dei casi sono mutazioni de novo, mentre nel restante 5% queste sono presenti anche nei parenti di primo grado. Gli studi attuali, con l'ausilio di

nuove tecniche di analisi genetica (MPLA e CGAarray) sono volti ad identificare la presenza di microdelezioni cromosomiche e duplicazioni di uno o più esoni del gene SCN1A nel 20-30% di pazienti SMEI risultati negativi al primo screening genetico (DHPLC). Alla luce di queste conoscenze genetiche, la finalità di questo studio è stata quella di individuare una possibile correlazione genotipo-fenotipo allo scopo di identificare dei fattori prognostici precoci nei pazienti con una diagnosi clinica di sindrome di Dravet.

Materiali e metodi

Lo scopo del nostro lavoro è stato quindi quello di dimostrare se esistono differenze statisticamente significative da un punto di vista elettroclinico tra pazienti con diagnosi clinica di DS con mutazione del gene SCN1A e pazienti senza mutazione. Sono stati, perciò, selezionati 24 bambini afferiti al reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale "G.Salesi" di Ancona a cui era stata fatta una diagnosi clinica di SMEI. In questi bambini sono state valutate le caratteristiche cliniche ed elettroencefalografiche, come riportato nella tabella 1. È stato inoltre effettuato un prelievo ematico per l'indagine genetica. I prelievi sono stati inviati prima al Laboratorio di Citogenetica dell'Ospedale "G.Salesi" per l'estrazione del DNA, poi alla Clinica di Neurologia Pediatrica dell'Università degli Studi di Firenze che ha analizzato i prodotti di PCR corrispondenti alla porzione codificante del gene SCN1A mediante DHPLC ed eventuale sequenziamento diretto dei prodotti di PCR. Abbiamo, così, suddiviso il gruppo di bambini selezionati nei casi (13 pz) e nei controlli (11 pz) sulla base della positività o negatività della mutazione del gene e laddove positivo mettendo in evidenza il tipo di mutazione presente (10 mutazioni missense e 3 troncanti comprendenti 1 frame-shift e 2 non-sense). I risultati così ottenuti sono stati riassunti nella tabella 1 e rielaborati mediante test statistico.

Risultati

Dall'analisi statistica si evince che le due forme di DS (SCN1A positivo e negativo) differiscono significativamente per tre caratteristiche cliniche: numero di crisi > 5 prima di un anno di età ($p=0,0136$), presenza di stati di male epilettico ($p=0,046$) e crisi focali ($p=0,045$); le restanti caratteristiche non hanno mostrato differenze significative.

Discussione

I risultati ottenuti con questo studio sono in linea con quanto affermato da alcuni autori giapponesi (Epilepsia 2006), in quanto essi hanno mostrato che il riscontro di un



	SCN1A Negativi (N=11)	SCN1A Positivi (N=13)	P ($\chi^2=0,05$)
Età media di insorgenza delle crisi (mesi)	11,8±9,3	8,2±6,9	0,294
Insorgenza ≤ 7 mesi (n,%)	4 (36)	9 (69)	0,107
Sesso maschile	5 (45)	3 (23)	0,259
Storia Familiare nei parenti di 1° grado	6 (54)	5 (38)	0,459
Storia Familiare nei parenti di 2° grado	4 (36)	2 (15)	0,237
Totale numero di crisi >5 prima di 1aa di età	2 (18)	9 (69)	0,0136
Tipo di crisi prima di 1aa di età			
GTC,GC	11 (100)	12 (92)	//
Crisi emisimiche	5 (45)	8(61)	0,41
Crisi focali	5 (45)	11 (85)	0,045
Crisi miocloniche	6 (54)	7 (54)	1
Stato epilettico	4 (36)	10 (77)	0,046
Disordini epilettici all'EEG	9 (81)	11 (85)	0,826
Test genetico del SCN1A			
Mutazione missense	0	10 (77)	
Mutazione truncante:			
Mutazione frame-shift	0	1 (8)	
Mutazione non-sense	0	2 (15)	

Tab.1 - Caratteristiche elettrocliniche valutate nei 24 pazienti suddivisi nei casi (SCN1A positivi) e nei controlli (SCN1A negativi).

numero totale di crisi epilettiche maggiori o uguali a cinque prima del primo anno, di stati epilettici e di crisi focali è un elemento fortemente suggestivo per una diagnosi di SMEI, e, quando presente, indica l'opportunità di fare l'analisi genetica. Il nostro studio ha evidenziato che la presenza di queste stesse condizioni è strettamente associata a pazienti SMEI SCN1A-positivi con una differenza statisticamente significativa rispetto a pazienti senza mutazione. Questo significa che i bambini SCN1A positivi ereditano un fenotipo SMEI a prognosi più sfavorevole in quanto il numero rilevante di crisi (o stati epilettici) peggiorano di molto la qualità di vita, ma possono anche determinare danni di sofferenza cerebrale con riduzione delle abilità motorie e cognitive. In conclusione, i dati di questo lavoro

suggeriscono che il gene SCN1A è un fattore prognostico negativo e sottolineano l'importanza di identificare una specifica correlazione genotipo-fenotipo per guidare l'approccio clinico e terapeutico nei pazienti SMEI.

Bibliografia

- 1) Dravet C., Les epilepsies graves de l'enfant. Vie Médicale 8: 543– 548(1978).
- 2) Dravet C., Bureau M., Guerrini R., Giraud N., Roger J. Severe myoclonic epilepsy in infants. In: Roger J., Dravet C., Bureau M., Dieffuss FE., Perret A., Wolf P., editors. Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence. 2nd ed. London: John Libbey :75-88(1992).
- 3) Wolf M., Cassé-Perrot C., Dravet C., Severe Myoclonic Epilepsy of infants (Dravet Syndrome): Natural History and Neuropsychological Findings. Epilepsia 47: 45-48 (2006).



LUCA FALOPPI, MARIO SCARTOZZI,
STEFANO CASCINU
Oncologia Medica
Università Politecnica delle Marche

Strategia terapeutica nella gestione oncologica dell'epatocarcinoma

Introduzione

Il carcinoma epatocellulare (Hepatocellular Carcinoma, HCC) ha un'incidenza stimata su base mondiale è di 626.000 nuovi casi all'anno e causa annualmente 598.000 decessi¹.

I maggiori fattori di rischio possono essere classificati in: virali (epatite cronica HBV e HCV), tossici (alcol, aflatoossina), metabolici (diabete, emocromatosi, non-alcoholic fatty liver disease), immunologici (epatiti autoimmuni e cirrosi biliare primitiva)^{2,3}.

Scopo dell'Analisi

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia dei trattamenti di chemioembolizzazione transarteriosa (TACE con lipiodol o pTACE con microsferi) e di valutare il ruolo dei sistemi stadiativi comunemente utilizzati.

Pazienti e Metodi

Lo studio è stato condotto retrospettivamente analizzando una popolazione di pazienti affetti da HCC, in cura dal 2002 al 2008, presso l'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona (Clinica di Oncologia Medica, Clinica Chirurgica, Clinica di Gastroenterologia, Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti, Radiologia Interventistica) (Tab.1.).

I pazienti sono stati divisi in due gruppi (pazienti che sono stati sottoposti, come unico trattamento per HCC, a procedure di TACE o pTACE e pazienti che si sono giovati anche di altre terapie). Il gruppo dei pazienti trattati esclusivamente con TACE o pTACE è stato a sua volta suddiviso in due sottogruppi (TACE con lipiodol e pTACE con microsferi a rilascio controllato di farmaco).

La risposta al trattamento è stata valutata tramite esame TC o RMN e dosaggio dell'alfa-FP, eseguiti ad un mese dalla terapia e poi ogni 3 mesi, seguendo i criteri RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors). La tossicità dei trattamenti è stata valutata tramite i gradi di tossicità del National Cancer Institute (Common Toxicity Criteria 3.0). Sono state prese in considerazione le tossicità gastrointestinale, epatica, ematologica e generale.

Per ogni paziente è stato registrato il dosaggio chemioterapico di ogni procedura, e valutate la dose al primo trattamento e la dose cumulativa.

Le variabili in studio includevano il sesso, l'età, il performance status ECOG, gli stadi TNM, Child-Pugh, CLIP,

Tesi di Laurea presentata e discussa in Facoltà il 28/7/09 dal Dott. Luca Faloppi, Relatore il Prof. Stefano Cascinu, Co-Relatore il Dott. Mario Scartozzi.

	Casistica generale n = 150	TACE esclusiva n = 82	TACE non esclusiva n = 68	TACE esclusiva lipiodol n = 50	TACE esclusiva microsferi n = 32
Età mediana (range)	69 (40-89)	72 (41-89)	66 (40-84)	74 (42-89)	68 (41-79)
OS mesi (range)	32 (3-124)	30 (3-91)	32 (3-124)	46 (3-83)	14 (3-61)
TTP mesi (range)	24 (1-64)	26 (1-64)	24 (1-52)	32 (1-64)	13 (1-28)
Sesso (%)					
maschi	122 (81)	65 (79)	57 (84)	36 (72)	27 (84)
femmine	28 (19)	17 (21)	11 (16)	14 (28)	5 (16)
Pz sottoposti a TACE					
Trattamento esclusivo	82 (55)				
Trattamento non esclusivo	68 (45)				
Tipo di TACE (%)					
TACE	87 (58)	50 (61)	37 (54)		
pTACE	63 (42)	32 (39)	31 (46)		
OS mesi (range)					
TACE	46 (3-124)				
pTACE	19 (1-91)				
TTP mesi (range)					
TACE	30 (1-64)				
pTACE	16 (1-38)				

Tab.1.

BCLC, Okuda, JIS, MELD, e MELD-Na, l'esclusività del trattamento di TACE (TACE esclusiva vs TACE + altre terapie) il tipo di TACE (TACE con lipiodol vs pTACE con microsferi), il numero di ritrattamenti.

Risultati

Nello studio sono stati arruolati 150 pazienti: 122 (81%) maschi e 28 (19%) femmine, (età mediana di 69 anni range 49-89).

La sopravvivenza mediana è stata di 32 mesi (range 3-124), mentre il tempo a progressione mediano è stato di 24 mesi (range 1-64). Nella casistica generale sono state trovate differenze statisticamente significative per la sopravvivenza complessiva (overall survival, OS) ($p < 0,0001$) (46 vs 19 mesi) (Fig.1.) e per il tempo a progressione (time to progression, TTP) ($p = 0,003$) (30 vs 16 mesi) (Fig.2.) rispettivamente tra i pazienti che sono stati sottoposti a TACE con lipiodol e quelli che sono stati sottoposti a trattamento con le microsferi. La differenza tra i due tipi di terapie è risultata ugualmente statisticamente significativa sia per OS ($p = 0,0002$) che per TTP ($p = 0,014$) andando ad analizzare il campione di pazienti che è stato sottoposto a TACE come unica terapia.

L'età, lo stadio Okuda, il tipo di TACE ed il numero di TACE si sono dimostrati essere fattori prognostici indipendenti nell'influenzare l'OS ($p < 0,0001$). Solamente il tipo di TACE e il numero dei trattamenti si sono dimo-



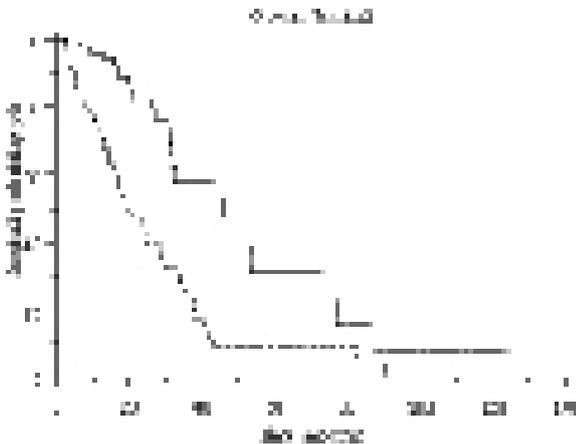


Fig. 1 - Sopravvivenza complessiva nella casistica generale in relazione al tipo di TACE (lipiodol: — microsferre: - - -).

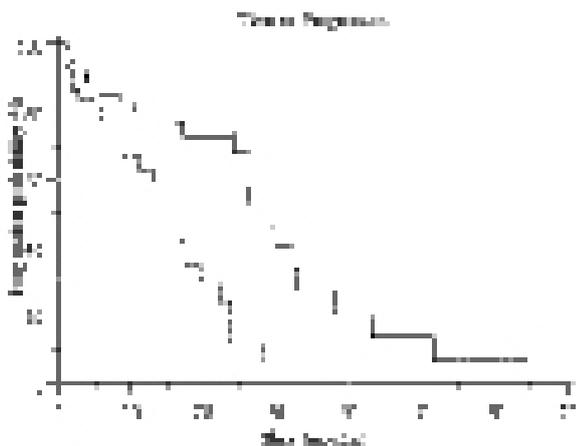


Fig. 2 - Tempo a progressione nella casistica generale in relazione al tipo di TACE (lipiodol: — microsferre: - - -).

strati fattori prognostici indipendenti nell'influenzare il TTP ($p < 0,0001$).

Non si è evidenziata nessuna differenza statisticamente significativa in termini di risposte obiettive e di profilo di tossicità.

Si sono trovate differenze statisticamente significative, nella casistica generale, per OS ($p < 0,0001$) (46 mesi, range 3-87 vs 24 mesi, range 3-124) e TTP ($p = 0,0061$) (30 mesi, range 1-52 vs 17 mesi, range 1-64), rispettivamente tra i pazienti a cui è stata somministrata alla prima TACE una dose di farmaco inferiore ($< 53\text{mg}$) o superiore ($\geq 53\text{mg}$) alla dose mediana (53mg).

Nei pazienti trattati esclusivamente con TACE, si sono avute differenze statisticamente significative per OS considerando sia la dose di farmaco somministrata alla prima TACE ($p = 0,0035$) (dose mediana 20mg: $< 20\text{mg}$, 46 mesi, range 3-87 vs $\geq 20\text{mg}$, 21 mesi, range 3-91),

che la dose cumulativa ($p = 0,023$) (dose mediana 50mg: $< 50\text{mg}$, 43 mesi, range 3-87 vs $\geq 50\text{mg}$, 24 mesi, range 3-91). In tale campione, la dose chemioterapica somministrata alla prima TACE ($p = 0,34$) e la dose cumulativa ($p = 0,87$), non influenzano il TTP

Conclusioni

Nella nostra esperienza il trattamento con microsferre è risultato peggiore rispetto a quello con lipiodol, in particolare per ciò che riguarda l'OS e il TTP, ma non per il numero di risposte obiettive. Tali risultati potrebbero essere causati dal fatto che la TACE con microsferre, dotata di un maggior potere embolizzante rispetto alla TACE con lipiodol, determinerebbe una maggiore attivazione dei fattori di crescita tumorali in risposta all'ipossia, con una maggiore probabilità di recidiva e minori sopravvivenze globali e tempi a progressione.

Inoltre, si è notata una differenza di sopravvivenza a vantaggio dei pazienti con un'età superiore alla mediana, rispetto a quelli con un'età inferiore o uguale ad essa. Tale evento potrebbe essere spiegato da un probabile comportamento più aggressivo del tumore in età più giovanile rispetto, magari, ad un'evoluzione più indolente in età avanzata.

Molti pazienti si sono giovati di più interventi di TACE o pTACE. I pazienti "pluritrattati" hanno presentato un vantaggio in termini di OS e TTP rispetto a quelli trattati con una singola terapia. Questo dato, tendenzialmente scontato, potrebbe invece essere spiegato da alcune caratteristiche biologiche di certi HCC tali da renderli più o meno responsivi a tali trattamenti.

Si è anche osservato come i pazienti in cui è stata somministrata una dose sub-mediana di farmaco rispetto a quelli in cui è stata somministrata una dose sovra-mediana, abbiano un vantaggio di OS e TTP. Ciò potrebbe essere causato dal fatto che una dose maggiore di chemioterapico comporti, invece che un vantaggio valutabile con la riduzione della massa tumorale, un danno ulteriore ad una funzionalità epatica già pesantemente compromessa a causa della malattia di "base".

Nella nostra analisi nessuno dei sistemi stadiativi comunemente utilizzati nella pratica clinica, ad eccezione del sistema Okuda ($p = 0,046$), si è dimostrato in grado di classificare i pazienti da un punto di vista prognostico. In tale ottica, i risultati del nostro lavoro si sono dimostrati concordi con la maggior parte degli studi in letteratura.

Bibliografia

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P et al. Global cancer statistics, 2002. *Ca Cancer J Clin* 2005; 55:74-108.
2. Michielsen PP, Francque SM, Van Dongen JL. Viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *World J Surg Oncol* 2005; 3: 27.
3. McKillop IH, Schrum LW. Alcohol and liver cancer. *Alcohol* 2005; 35 195-203.



LAURA POSTACCHINI, ALDO SALVI,
ARMANDO GABRIELLI
Clinica Medica
Università Politecnica delle Marche

Management della sincope Ambiti (o prospettive) di miglioramento dall'analisi di una casistica

Inroduzione

La sincope è definita come una transitoria perdita di coscienza dovuta ad un ridotto apporto ematico cerebrale; è associata a collasso posturale e recupero spontaneo della coscienza senza intervento medico o sequele neurologiche.

La sincope è una manifestazione clinica di difficile interpretazione che può diventare il precursore di una morte improvvisa, specie in pazienti con alterazioni cardiache sottostanti rendendo necessaria una diagnosi precoce per un trattamento specifico.

Le ultime linee guida ESC 2004 evidenziano come la sincope sia gestita con estrema individualità e con notevole variazioni di comportamento nella gestione di questi pazienti, soprattutto per ciò che riguarda la diagnostica. La spesa e l'utilizzo di risorse per questa patologia è spropositato, rendendo comprensibile come sia necessario uniformare strategie diagnostiche al fine di evitare ricoveri inutili e ancor più diagnosi non corrette.

Uno studio di Brignole pubblicato sull'European Heart Journal nel 2006 mostra come le linee guida ESC possano essere introdotte nella pratica clinica ma, affinché si abbia un significativo vantaggio, dovrà essere garantita la presenza di personale medico addestrato e l'uso di specifici "decision-making" software.

Scopo della tesi

La sincope per la frequenza (costituisce il 3% di tutte le prestazioni di pronto soccorso ed il 6% di tutte le ospedalizzazioni), per la molteplicità delle cause che la possono determinare e per il fatto che, nonostante estensiva valutazione, una quota variabile rimanga indagnosticata (circa il 60%), può essere facilmente causa di impropria pratica clinica e di inutile dissipazione di risorse.

Abbiamo analizzato la nostra realtà nell'ottica di evidenziare le inapproprietezze nella strategia diagnostica delle perdite di coscienza breve.

Abbiamo effettuato un follow-up della nostra casistica per analizzare se esiste correlazione tra la causa di sincope diagnosticata e la mortalità.

Abbiamo infine cercato di individuare se esistono indicatori prognostici "robusti" in termine di sopravvivenza ed eventi sfavorevoli (ricidiva, accidenti cerebro e cardiovascolari).

Casistica e metodi

Abbiamo analizzato una popolazione di 300 pazienti ricoverati presso il Reparto di Medicina Ospedali Riuniti di Ancona dal Gennaio 2006 a Giugno 2008 per perdita di coscienza breve. La popolazione esaminata era stata valutata e selezionata in Pronto Soccorso escludendo le perdite di coscienza post-traumatiche.

In tutti i pazienti è stato misurato il QT all'ECG all'ingresso corretto secondo la formula di Bazett considerando come QTC lungo un valore di $QTC \geq 550$ ms. Il monitoraggio telemetrico

Tesi di Laurea presentata e discussa in Facoltà il 24/3/09 dalla Dott.ssa Laura Postacchini, Relatore il Prof. Armando Gabrielli, Co-Relatore il Dott. Aldo Salvi.

dell'ECG è stato posizionato per 24-48 ore e sono state analizzate le aritmie registrate e i parametri orari registrati (PA, FC).

Il massaggio del seno carotideo è stato effettuato mediante compressione per 5-10 sec della carotide da una parte e dopo 1-2 min controlateralmente in monitoraggio continuo e con registrazione dell'ECG.

Abbiamo definito la sincope vaso-vagale come perdita di coscienza in presenza di fattore scatenante, presenza di prodromi ed esclusione di altre cause; sincope aritmica in presenza di una tachi o bradi aritmia; sincope cardiaca se all'arrivo o nelle ore successive siano emersi i criteri per la diagnosi di sindrome coronarica acuta.

Il follow-up è stato effettuato con valutazione clinica o contatto telefonico pilotato da modello computerizzato al fine di effettuare una raccolta dati standardizzata. I dati sono stati estratti automaticamente dal database di reparto. La tendenza centrale dei dati continui è stata stabilita mediante la media o la mediana, la variabilità è stata espressa mediante intervalli di confidenza allo 0,95% di probabilità su media, mediana e proporzioni. Il confronto tra dati continui è stato effettuato mediante t-test.

Il confronto tra dati discreti o resi discreti per raggruppamenti è stato effettuato usualmente mediante Chi-quadro. Una differenza è stata ritenuta statisticamente significativa se $p < 0,05$.

Risultati e discussione

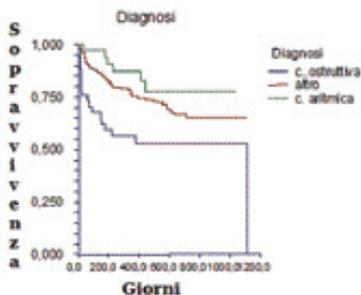
Le cause della perdita di coscienza reversibile sono molteplici ed a diversa prognosi. La sincope secondaria a causa cardiaca ha mortalità ad un anno del 18-33%, pertanto ogni sforzo deve essere fatto per svelare una causa cardiaca e per ridurre al minimo le forme non diagnosticate.

L'età media della popolazione in esame è stata 73,7 ($\pm 15,3$) anni; la degenza media di 6,2gg, degenza in assoluto ampia-mente più lunga di quanto riportato in casistiche americane (2,9 giorni), ma simile a quella di casistiche italiane (5,7-5,8 giorni), dato in parte motivato da aspetti organizzativi sicuramente da riconsiderare, come la collocazione immediata del paziente in una area dove sia possibile il monitoraggio ECG.

Per giungere alla diagnosi o perfezionarla, mediamente questi

Indagine	Potere diagnostico %
Anamnesi ed obiettivo	45
ECG	1-11
Tilt table test	37,4
Holter	8,6-9,2
Telemetria cardiaca prolungata	17,6
TAC encefalo	0,0
Loop Recorder	29,0
Esami sangue	0,01
ECD carotidi	0,0
Elettroencefalogramma	0,7-10
Massaggio seno carotideo	6,1-24,0
Rx torace	0





pazienti sono stati sottoposti ad 8 procedure con un minimo di 2 ed un massimo di 18.

Il potere diagnostico delle vari indagini abitualmente eseguite, viene riportato in tabella 10.

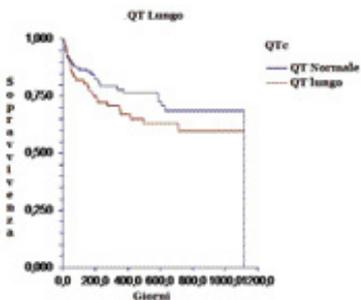
Da questa si desume che non sono quasi mai

utili: EEC, TC encefalo, ECD carotidi, Rx del torace; sostanzialmente inutili: RMN, SAECG ventricolare, coronarografia, scintigrafia polmonare (ESC, 2004). La maggior parte di questi test sono stati ampiamente effettuati.

Elettrocardiogramma standard a 12 derivazioni è stato eseguito in tutti i pazienti; esso è risultato normale nel 54,9%. Le anomalie più frequentemente riscontrate sono state: fibrillazione atriale (19,7%), blocchi di branca e blocchi bi e trifascicolari (23,5%), segni di ischemia (16,1%), ma è stato diagnostico solo in 3 casi BAV avanzato (0,6%).

La causa di sincope è rimasta sconosciuta nel 16,2% dei casi.

Siamo ancora lontani da quanto riportato da Brignole et Al. (2006) che applicando un protocollo standardizzato per la sequenza delle indagini ha abbattuto tale quota dal 20% prima del protocollo al 5% dopo l'introduzione del protocollo. Una causa cardiaca è stata riscontrata nel 9,6% dei pazienti in esame: in altre casistiche si assesta a 8-13%. Ci ha sorpreso infine la buona quota di pazienti (7,8) in cui la diagnosi finale è stata di embolia polmonare.

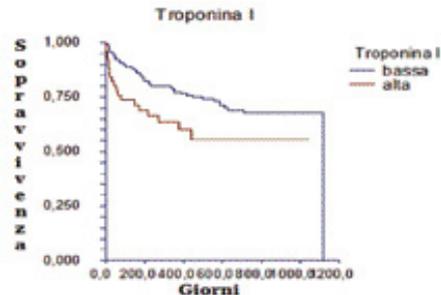


Raggruppando le diagnosi in cardiogena, neurologica, riflessa/idiopatica non abbiamo evidenziato differenza statisticamente significativa tra le curve in termine di

mortalità; tuttavia differenziando nell'ambito della sincope cardiogena la forma aritmica da quella ischemica/ostruttiva, abbiamo evidenziato una netta differenziazione tra le curve con attesa di vita nettamente peggiore nei pazienti affetti da sincope cardiogena ostruttiva/ischemica, mentre anche se la curva della forma cardiogena aritmica si colloca al di sotto della curva delle altre diagnosi globalmente raggruppate, la differenza tra le curve non è significativa (Fig. 1).

La stessa tendenza si è evidenziata analizzando la sopravvivenza libera da eventi. Questo dato induce alla riflessione: una volta diagnosticata, la forma aritmica può essere adeguatamente trattata, mentre l'efficacia del trattamento è minore per la forma ischemica. Nella nostra casistica lo score OESIL (score per la valutazione del rischio che prende in considerazione diverse variabili) raggruppato nelle tre classi di rischio basso, intermedio, alto

non ha mostrato correlazione statisticamente significativa né con la mortalità né con la sopravvivenza libera da eventi, diversamente da quanto confermato da altri, anche se la tendenza alla



differenziazione tra le curve è evidente sia per quanto riguarda la mortalità, sia per quanto riguarda la sopravvivenza libera da eventi. La differenziazione è ben evidente per il basso rischio mentre lo è meno per il rischio intermedio ed alto, suggerendo a nostro parere la necessità di porre più attenzione ai pazienti con rischio intermedio.

Nell'analizzare i parametri correlati alla prognosi, sia per mortalità che per sopravvivenza libera da eventi, l'età è risultata importante con il migliore potere di discriminazione ottenuto ad un cut off di 80 anni, suggerendo la necessità di una attenzione particolare in questi pazienti più anziani. La presenza di QTc lungo all'ingresso ha individuato una popolazione di pazienti a maggior rischio sia di morte che di recidiva di eventi, anche se la differenza non ha raggiunto la significatività statistica. C'è da dire tuttavia che tale analisi è stata possibile su un numero ridotto di pazienti e probabilmente una più ampia casistica potrebbe dare risultati più discriminanti in particolare per quanto riguarda eventi a breve termine, poiché le curve raggiungono la massima differenziazione entro il primo anno e poi convergono o addirittura si incrociano (Fig. 2).

A nostro avviso questo dato è da tenere in considerazione e l'analisi del QT sul primo elettrocardiogramma potrebbero assumere un ruolo fondamentale.

L'incremento della troponina I ha mostrato essere un indice altamente significativo di prognosi sfavorevole in termini di mortalità (Fig. 3), ma meno robusto nel predire la recidiva di eventi. Anche questo parametro a nostro avviso dovrebbe essere di valutazione routinaria nella sincope.

Conclusioni

La sincope è un importante problema di sanità pubblica per la prevalenza, il potenziale futuro incremento, il costo sociale. Ci sono dati inequivocabili che una specifica organizzazione e l'adozione di specifici protocolli riducono il numero e migliorano l'appropriatezza delle indagini effettuate, migliorano la definizione diagnostica e riducono i costi. La nostra realtà non fa eccezione.

I nostri dati non hanno consentito di elaborare un modello matematico, principalmente per la esiguità della casistica, ma hanno fatto emergere elementi interessanti che fanno presupporre l'utilità dell'introduzione di biomarkers e di valutazione del QTc sull'ECG all'ingresso, quali parametri oggettivi per la stima del rischio iniziale del paziente con perdita di coscienza breve.



ROBERTO TAGLIAFERRI

Istituto Santa Giustina Padova
Esperto di epistemologia e di estetica

Il mito del dato

1. Introduzione e impostazione del tema

Come conseguenza del fatto che si è infranta la divisione classica tra "scienze della natura" e "scienze dello Spirito", un tema cruciale della odierna epistemologia della scienza è il dibattito sul "mito del dato".

Sono tanti gli scienziati che si sono interessati a questa tematica, rendendo il dibattito estremamente interessante, giungendo talvolta a conclusioni molto differenti. Dennett vorrebbe riportare l'intenzionalità ad una pura naturalità: "Occorre sottrarre sempre più terreno alle scienze umanistiche, alle "moral sciences" perché queste non hanno alcun valore ... È diffusa opinione che le scienze sociali non siano affatto scienze, piuttosto un conglomerato di propaganda politica" (D. Dennett, 2007, p.397).

Dilthey (1833-1911) aveva diviso le scienze in due grandi filoni: "scienze umane" chiamate anche "scienze morbide" (come le ermeneutiche, la psicologia, la filosofia, l'etica, la sociologia, la religione, l'estetica ecc.); e scienze "naturali" o scienze "dure" (come la matematica, la fisica, la biologia, la chimica, la biologia molecolare, la genetica ecc.) Il punto di partenza di Dilthey stava nel criticare la visione positivista che pretendeva di assorbire completamente nel mondo naturale le scienze umane. Perciò a difesa delle "scienze dello spirito" egli poneva decisamente come principio di base il fatto che l'esperienza interna costituisce un dato autonomo non mediatizzabile per cui, nella sua difesa, l'autocoscienza è ultimamente responsabile di ogni movimento dello spirito: "Ogni scienza è scienza d'esperienza, ma ogni esperienza ha una sua coesione originaria, una validità determinata dalle condizioni della nostra coscienza"

za" (W. Dilthey, 1974, p.8).

Brentano (1838-1917), perfeziona l'intenzionalità di Dilthey. Seguendo in parte gli scolastici, aveva posto al centro della propria riflessione proprio il carattere "intenzionale" della coscienza per cui l' "intenzionalità" costituiva il carattere specifico dei fenomeni psichici. La sua distinzione si basava sul dualismo tra mente e corpo, per cui le cose mentali che possiedono intenzionalità sono quelle che "fanno riferimento a un contenuto", "puntano verso qualcosa" fuori da sé, mentre le cose fisiche non hanno questa risorsa e fanno scattare soltanto i nostri organi di senso.

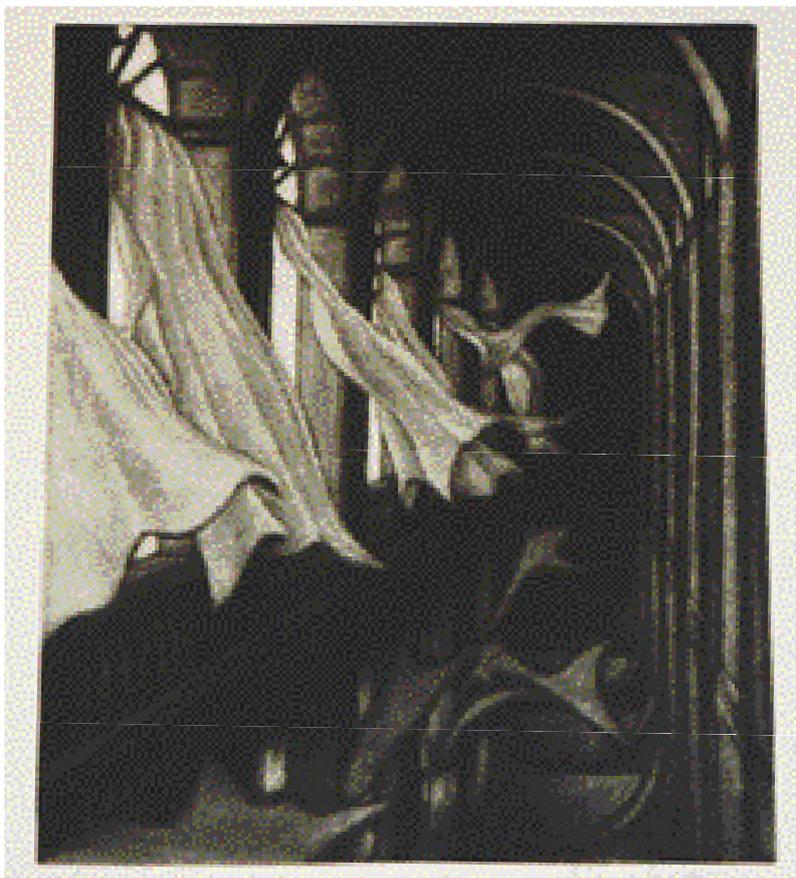
Dennett è discepolo di Quine, che fa dipendere le scienze psicologiche dalla biologia. L'intenzionalità è "una disposizione fisica a fare qualcosa", bisogna evitare i linguaggi intenzionali, come le credenze, i desideri, perché sono trascrivibili fisicamente.

Questo punto segnala lo scontro più violento tra epistemologi, che non ha ancora trovato una composizione, benché vi siano molti segnali di cambiamento. Quine afferma: si può accettare Brentano come prova della infondatezza della intenzionalità. Facendo eco a questa provocazione Dennett afferma che l'idea di intenzionalità è già in natura come un meccanismo iscritto biologicamente.

Per esempio, le molecole sono la base della capacità di agire, della coscienza presente nel mondo. L'uomo aggiunge solo l'autocoscienza delle proprie credenze, autocoscienza che non esiste realmente perché non si trova in nessun angolo della mente.

Non è una coscienza alla "prima persona", ma alla "terza persona". È quindi un meccanismo senza vera libertà. Quine tuttavia già dal 1956 attacca i primi due dogmi dell'empirismo perché vorrebbe "un empirismo senza dogmi".

Il "primo dogma" sostiene che c'è una divisione fondamentale tra l'analitico, fatto di asserzioni



vere solo in virtù del loro significato, ed il sintetico, fatto di asserzioni la cui verità non dipende solo dal significato ma anche dal mondo. È la distinzione classica tra scienze della natura e scienze dello spirito.

Il "secondo dogma" asserisce che la "rilevanza empirica" può essere ripartita, asserzione per asserzione, tra il corpo di asserzioni che esprimono la nostra visione del mondo empirico.

La tesi di Quine sul primo dogma ammette che vi siano nella conoscenza i due fattori, ovvero il significato ed il mondo, ma che non possiamo distinguerli asserzione per asserzione. Il fattore "mondo" non è altro che la rispondenza all'esperienza, che viene indicata come "rilevanza empirica". Quine, in un quadro empiristico non messo in discussione, recupera l'esperienza non in senso soggettivistico.

Di qui la correzione del secondo dogma con quest'altra formulazione: "Le nostre asserzioni sul mondo esterno affrontano il tribunale dell'esperienza non individualmente ma come un insieme solidale" (W.O. Quine, 1970, p.41,42). La conclusione di Quine, gravida di conseguenze per l'epistemologia della scienza, è che "l'unità minima di rilevanza empirica è l'intero corpus scientifico".

Wilfrid Sellars, con Quine e Wittgenstein, è stato un esponente di spicco nel superamento, tra il 1950 ed il 1970, del positivismo logico di Alfred Ayer. La sua critica si è rivolta al "Mito del Dato" (W. Sellars, 1956, §63). Sellars vuole chiarire il dato, che ha diverse versioni: empirista e positivista, idealista, fenomenologica, trascendentale, ecc.

L'empirismo è una posizione epistemologica. Il problema è questo: "come è possibile la conoscenza empirica?". "Come può l'esperienza, quando sottopone a giudizio, per esempio, una credenza, emettere un verdetto sufficientemente favorevole perché la credenza abbia il valore di conoscenza?" (Quine).

Vi è differenza tra osservazione e teoria concettuale, o no?

Questione di fondo: il dato è

la coscienza del dato o il dato in se stesso?

Anche la fenomenologia cadrebbe nel "mito del dato". Già nel 1913, formulando il "principio di tutti i principi", E. Husserl va verso l'intuizionismo della mente umana, che è la fonte ultima della conoscenza. Infatti la coscienza è sempre intenzionalmente riferita al dato in modo immediato e quindi si ricadrebbe nel "mito del dato" in quanto il soggetto avrebbe un'immediata e diretta relazione con l'oggetto. Husserl descrive l'intuizione come un fenomeno passivo ("sintesi passiva"), in cui il soggetto è toccato da qualcosa di diverso da sé. Il problema è se questa correlazione è immediata o no. Contro una certa interpretazione cognitivista va precisato che in Husserl la relazione è sempre trascendentale e non immediata. Su questo torneremo in seguito.

Per Sellars è sbagliato intendere in modo quasi istintivo il rapporto immediato con l'oggetto. Il dato ha bisogno di una capacità di assunzione del dato a partire dal soggetto. La conoscenza avviene nello spazio logico delle ragioni: "Il punto essenziale è che caratterizzare qualcosa come un episodio o uno stato di conoscenza non equivale a fornirne una descrizione empirica ma, piuttosto, a collocarlo nello spazio logico delle ragioni, nello spazio in cui si giustifica e si è in grado di giustificare quel che si dice" (W. Sellars, 1956, § 36).

Qualsiasi consapevolezza di entità astratte è una questione linguistica (W. Sellars, 1956, § 29). Non c'è esperienza conscia senza il possesso di una lingua. La conoscenza non è pratica individuale. Non si può individuare il "fondamento" della conoscenza empirica negli oggetti della "conoscenza diretta" che sareb-

bero "immediatamente presenti alla mente". La conoscenza è pratica sociale. Non vi è qualcosa di immediatamente dato se non nel linguaggio e nella pratica sociale.

Il Mito del Dato mette in crisi l'istanza di fondazione e la stessa idea di epistemologia: "La conoscenza empirica, al pari della scienza che ne costituisce un'elaborata estensione, è razionale non perché ha un





fondamento, ma perché è un'impresa che si auto-corregge, capace di mettere in discussione una qualsiasi delle proprie tesi, benché non tutte simultaneamente".

La razionalità e la conoscenza scientifica non consistono nell'obbedienza a standard, che gli empiristi intendono codificare, ma piuttosto in una partecipazione di dare-avere ad un progetto sociale cooperativo.

Davidson, come Sellars, parla di superamento del "terzo dogma dell'empirismo", quello di Quine, che mantiene un dualismo residuo tra schema concettuale (linguaggio) e contenuto empirico (rilevanza empirica). L'esperienza non può essere contemporaneamente interna allo spazio delle ragioni ed esterna ad esso. Davidson non accetta l'interazione tra spontaneità e ricettività nel rapporto tra mondo e pensiero. Le impressioni sensorie non sono razionalmente "vincolate" dal loro esterno.

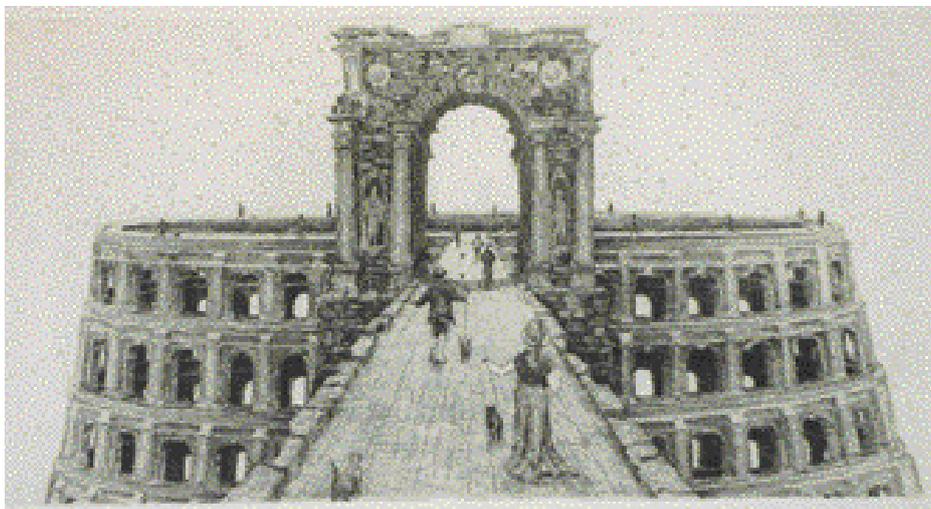
Il pensiero scaccia l'empirismo come mito del dato.

L'obiezione di Davidson al terzo dogma dell'empirismo è questa: benché cerchi di stabilire che le impressioni sensorie sono la nostra grande via d'accesso al mondo empirico, l'empirismo concepisce le impressioni in modo tale che esse non possono che escluderci dal mondo, interrompendo il nostro "contatto immediato" con gli oggetti ordinari.

Il problema è la libertà di azione del soggetto rispetto al mondo per la rilevanza empirica. Davidson rimprovera a Quine di mantenere un dualismo di "schema e mondo". L'ambiguità di Quine è tra il rifiuto del dato esogeno come vincolo esterno ed il non rinunciare alla sua posizione empirica perché il "significato" soggettivo è indeterminato rispetto al dato esterno per la "rilevanza empirica". Secondo Davidson, Quine tiene il piede in due staffe mantenendo un dualismo insanabile, pur avendo avuto un'intuizione appropriata sulla centralità dell'esperienza.

Sellars e Davidson concordano con l'idea che nulla è Dato né esogenamente, né endogenamente. Si rifiuta il mito del dato in nome dell'esperienza.

R i m a n e sul tappeto il rapporto tra significato e mondo. Il rapporto è trascendentale e immediato? Si può ancora parlare di indeterminatezza del significato senza il mondo? Qual è il rapporto tra spontaneità e ricettività del soggetto?



Mc Dowell media tra Quine e Davidson, sostenendo che bisogna tenere l'interazione tra spontaneità e ricettività: "non dovrebbe costituire un problema per noi il modo in cui l'esercizio della sovranità concettuale può aver relazione con il mondo empirico se la sovranità concettuale garantisce razionalmente il modo in cui il mondo si imprime nel soggetto tramite l'esperienza" (J. Mc Dowell, 1999, p.154).

Il "come" l'esperienza interfacci significato e mondo è ancora un grande rompicapo. Personalmente ritengo che la soluzione trascendentale husserliana sia la più radicale e convincente, anche se ha bisogno di una infinità di distinzioni. La grande lezione di E. Husserl, a ben guardare, non è altro che la declinazione di questo nodo gordiano. Egli parla di correlazione originaria di soggetto e mondo attraverso l'intenzionalità trascendentale, che non si riduce ad un'immediatezza totalizzante, ma si fa nel tempo e nello spazio nell'inesauribile riverbero degli adombramenti coscienziali.

Il punto su cui l'epistemologia della scienza sembra concordare è la mediazione dell'esperienza in quanto impresa intersoggettiva.

Attualmente la visione della scienza come impresa sociale sembra avvalorata dalla riscoperta dell'empatia e dei "neuroni specchio".

Secondo Depraz e Cosmelli, le pratiche dell'intersoggettività sono al centro delle scienze della conoscenza (N. Depraz e D. Cosmelli, 2003).

La scienza coinvolge il sociale dei soggetti che lavorano insieme. Perciò se si vuole esplorare l'oggettività della scienza si deve convenire che essa non è altro che la regolazione intersoggettiva.

È l'intersoggettività degli individui che fa la scienza.

L'oggettività della scienza non è altro che l'intersoggettività degli scienziati che si accordano.

2. Le regole del metodo scientifico intersoggettivo

Bruno Latour ha elaborato le regole del metodo scientifico nell'orizzonte della scienza come impresa sociale. Noi studiamo la scienza in azione e non la scienza o la tecnologia pronte per



l'uso. Per stabilire l'oggettività o la soggettività di un'asserzione, l'efficacia o il grado di perfezione di un meccanismo, non dobbiamo cercare le loro qualità intrinseche, ma tutte le trasformazioni che subiranno in seguito nelle mani di altre persone.

Non è la "natura" all'origine della scienza e dei suoi paradigmi, ma la risoluzione di controversie sulla rappresentazioni della natura: "Poiché la risoluzione di una controversia è la causa della rappresentazione della natura, e non la conseguenza, non possiamo mai usare tale conseguenza, la natura, per spiegare come e perché una controversia è stata risolta".

La stabilità di una società dipende dalla soluzione di enigmi e non viceversa. "Poiché la risoluzione di una controversia è la causa della stabilità della Società, non possiamo avvalerci della Società per spiegare come e perché una controversia è stata risolta. Dovremmo considerare simmetricamente gli sforzi per arruolare le risorse umane e quelle non-umane".

La difficoltà è stabilire chi ha ragione nella tecnoscienza, bisogna tenere il criterio esterno-interno. "Riguardo alla natura esatta della tecnoscienza, dobbiamo essere incerti come i diversi attori che stiamo seguendo; ogni volta che si erige una barriera interno/esterno, dovremmo studiarne i due lati simultaneamente e fare l'elenco, per quanto lungo ed eterogeneo, degli artefici del lavoro".

Il problema dell'irrazionalità non è innanzitutto un problema logico o sociologico, ma del punto di vista dell'osservatore nella rete di riferimento. "Di fronte all'accusa di irrazionalità, non dobbiamo considerare né quale regola della logica è stata violata, né quale struttura della società possa spiegare la distorsione, ma solo l'angolazione e la direzione dello spostamento dell'osservatore, e la lunghezza della rete così costruitasi".

La scienza, prima di essere una dotazione individuale, è un lavoro di rete. "Prima di attribuire una qualità speciale alla mente o al metodo delle persone, esaminiamo i vari modi in cui le iscrizioni vengono raccolte, combinate, connesse e rimandate indietro. Solo se rimane qualcosa di non chiaro, dopo che le reti sono state studiate, potremo chiamare in causa i fattori cognitivi" (Latour, 1998, 349,350).

Il successo di una scoperta è deter-

minato dal fruitore finale e non dal valore intrinseco del prodotto. "Il destino dei fatti e delle macchine è nelle mani di chi le utilizza per ultimo; pertanto, le loro qualità sono una conseguenza, e non una causa, di un'azione collettiva".

A decretare il valore e il successo di una scoperta concorrono anche i colleghi scienziati. "Gli scienziati e gli ingegneri parlano a nome di nuovi alleati che essi hanno formato e arruolato. Rappresentanti in mezzo ad altri rappresentanti aggiungono risorse inattese per spostare l'equilibrio di forze a proprio favore".

Poiché il successo di una scoperta sta nel gioco di forze sociali, diventa uguale capire le macchine o le persone. "Non siamo mai di fronte alla scienza, alla tecnologia ed alla società, ma a una gamma di associazioni forti e di associazioni deboli; allora comprendere che cosa sono i fatti e le macchine è la stessa cosa che comprendere chi sono le persone".

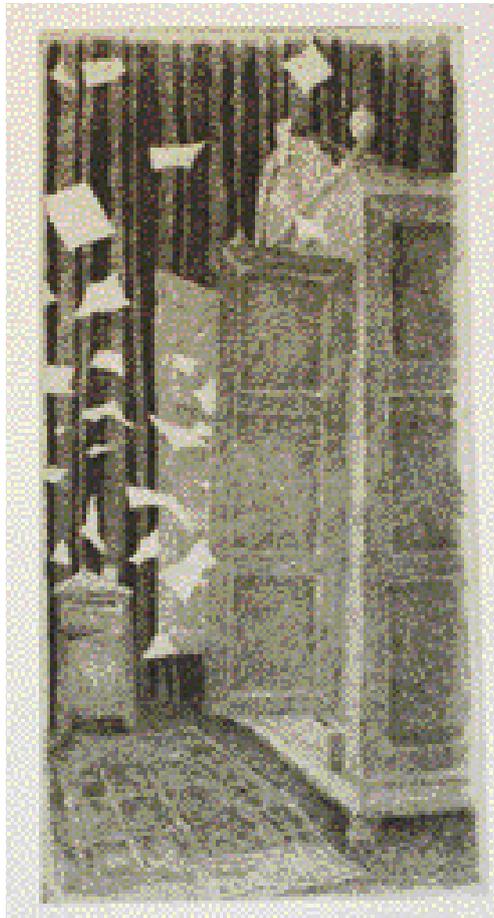
I contenuti esoterici servono più dei contenuti logici al diffondersi della scienza. "Più la scienza e la tecnologia hanno un contenuto esoterico, più si estendono al di fuori".

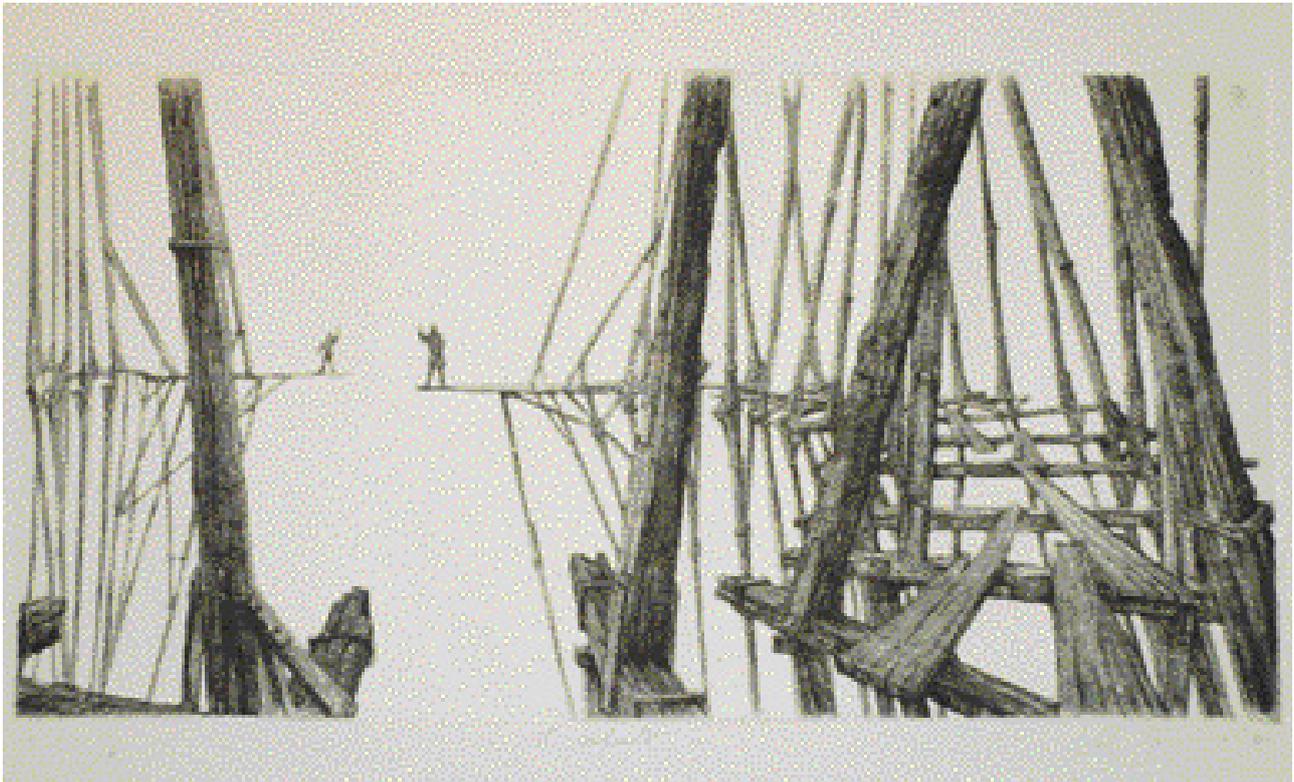
L'irrazionalità è un'accusa che si lancia a chi ha interessi diversi dai nostri, non a chi usa male la mente o non si attiene ai fatti. "L'accusa di irrazionalità è sempre un'accusa lanciata da qualcuno che costruisce una rete a qualcuno che vi si frappone. Allora non esiste una Grande Barriera tra le menti, ma esistono solo reti corte e reti più lunghe. I fatti "duri" non sono la regola, ma l'eccezione dato che sono richiesti in pochissimi casi fuori dal solito percorso" (B. Latour, 1998, p.351).

3. Nuovo modello contro il "mito del dato"

Come si potrebbe descrivere il modello di scienza, che rifiuta il "mito del dato"?

Nelle scienze cognitive il metodo alla "prima persona" (soggettività) è indispensabile per lo studio scientifico della coscienza. Non è possibile fare una scienza alla "terza persona" (Mito del dato) perché la coscienza è intersoggettiva per eccellenza. Affidandosi ad un passo cogenerativo tra prima e terza persona si trova una sinergia di studio. Bisogna tenere il rapporto con la "seconda persona" (empatia) per l'esperienza, non solo per l'esperimento in terza persona. È necessaria l'empatia, non solo l'esperimento.





L'empatia è una condizione centrale di possibilità della scienza della coscienza (B. Latour, 1998, p.166).

L'empatia è il modo di far scienza in generale non solo scienza della coscienza. L'oggettività della scienza è l'empatia, la quale non è solo un prerequisito formale, come condizione di possibilità della scienza. Essa è situata nel centro del fondamento.

L'intersoggettività come empatia non è soltanto la fondazione della scienza in senso statico, ma è la condizione dinamica che tiene insieme azioni differenti, operazioni diverse, come la prassi che regola i procedimenti.

C'è la necessità di ridefinire il concetto di Husserl di *Einfhlung* (immedesimazione).

Il procedimento sperimentale deve essere riadattato al lavoro fenomenologico dell'entropatia.

Non abbiamo mai pensato all'oggettività della scienza con l'empatia.

Il metodo fenomenologico non può essere compreso pienamente solo dal punto di vista solipsistico.

La natura di questo dominio è intersoggettiva ed esperienziale e deve essere correlata alla terza persona.

La descrizione deve essere interna, superando la dicotomia di soggetto-oggetto.

Attraverso la "intersoggettività trascendentale" (cfr. Karl Otto Appel) facciamo esperienza condivisa come esseri con

interazioni ricorrenti.

L'empatia è pratica aperta per uno sviluppo metodologico.

L'esperienza è una sorgente di aspetti e di condizioni, che non vediamo a prima vista. L'esperienza è generativa di aspetti prima sconosciuti. L'esperienza non è già data, ma contiene livelli multifattoriali che possono essere via via sviluppati. Tanti aspetti della coscienza occulti della coscienza saranno progressivamente esplorati.

Mentre l'esperimento è sempre già dato, l'esperienza è sempre nuova.

L'introduzione della "seconda persona" serve a superare le posizioni autoescludenti e ad aprire una correlazione. In questo modo si toglie il dualismo tra soggettività interna ed oggettività esterna.

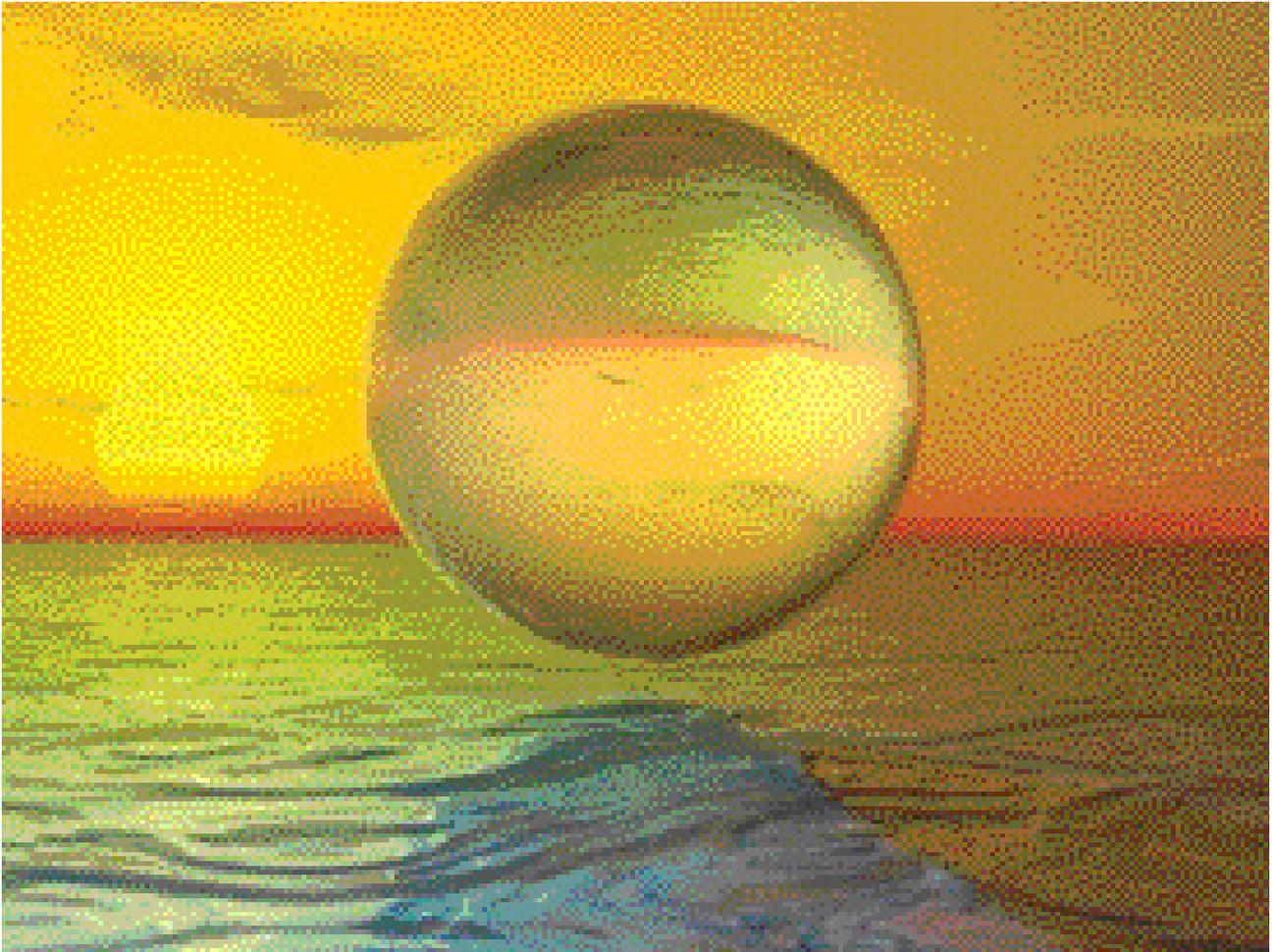
Le scienze cognitive hanno il vantaggio sulle altre scienze di implicare il soggetto come "oggetto" della loro ricerca.

Daniel Dennett ha chiamato queste posizioni "eterofenomenologia", come quando si studiano le altre culture e se ne traggono modelli in terza persona. Bisognerebbe tenere la "terza persona" insieme con la "seconda persona" con il criterio di interno-esterno.

Solo con l'*Einfhlung* l'interpretazione di una cultura è corretta secondo il criterio di interno-esterno.

Quattro gradi:

- Associazione passiva del mio "corpo vivente" con il tuo



“corpo vivente”.

- Un auto-transfert immaginativo nei tuoi stati psichici.
- Comprensione interpretativa di te come essere estraneo a me.
- Responsabilità etica verso di te in quanto persona che gioisce e soffre.

Conclusione

Ho proposto solo una schematizzazione del problema sul “mito del dato” e un tentativo di risposta in un’altra direzione di tipo trascendentale e intersoggettivo. Nel quadro di una conferenza non si poteva fare di più. Rimane l’urgenza culturale di uscire da un rigido positivismo scientifico, che si nutre del mito del dato e non si accorge dei limiti del metodo oggettivistico.

Bibliografia

- 1) Sellars W., Empirismo e filosofia della mente, Torino, Einaudi, 2004 (1956)
- 2) Quine W.O., La relatività ontologica e altri saggi, Roma, Armando, 1986; Parola e oggetto, Milano, Il Saggiatore, 1970
- 3) Dennett D., Rompere l’incantesimo. La religione come fenomeno naturale, Milano, Raffaello Cortina, 2007
- 4) Davidson D., Verità e interpretazione, Bologna, Il Mulino, 1994
- 5) Mc Dowell J., Mente e mondo, Torino, Einaudi, 1999
- 6) Wittgenstein L., Della certezza. L’analisi filosofica del senso comune, Torino, Einaudi, 1999.
- 7) Depraz N., Cosmelli D., Empathy and Openness: Practices of Intersubjectivity at the Core of the Science of Consciousness, in The problem of Consciousness. New Essays in Phenomenological Philosophy of Mind, 8) Edited by Evan Thompson, Calgary, Alberta, University of Calgary Press, 2003, pp.163-203.
- 9) Husserl E., La crisi delle scienze europee, Milano, Il Saggiatore.
- 10) Latour B., La scienza in azione. Introduzione alla sociologia della scienza, Torino, Edizioni di Comunità, 1998
- 11) Dilthey W., Introduzione alle scienze dello spirito, La Nuova Italia, Firenze 1974.
- 12) Rizzolati G., Sinigaglia C., So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio, Milano, Raffaello Cortina, 2006.

MARCO GRILLI

Università Politecnica delle Marche

The Truman Show

Siamo veramente stanchi di vedere attori che ci danno false emozioni, esauriti da spettacoli pirotecnici a effetti speciali. Anche se il mondo in cui si muove è in effetti per certi versi fittizio, simulato, non troverete nulla in Truman che non sia veritiero. Non c'è copione. Non esistono gobbi. Non sarà sempre Shakespeare ma è autentico. È la sua vita.¹

Per me non c'è alcuna differenza tra la vita pubblica e la vita privata. La mia vita è il Truman Show. Il Truman Show è uno stile di vita, una vita esemplare ... una vita quasi sacra direi.²

È tutto reale, è tutto vero. Non c'è niente di inventato. Niente di quello che vedi nello Show è finto, è semplicemente controllato.³

E così si va in scena. In ogni istante, è la vita che va in scena, attraverso le sue sequenze, fenomenologie multiformi di un flusso continuo. Ci sono modalità biologiche in senso stretto, puramente legate alla sopravvivenza e alle funzioni riproduttive, e formazioni più propriamente culturali, fatte di incontri e di conflitti, interazioni face to face o eventi mediatici. Nello scambio simbolico, un intreccio inestricabile di doni e di maschere. Ininterrotta finzione scenica. The show must go on.

The Truman Show è una fiaba cinematografica, il cui eroe, allontanato dalla propria vita, è costretto ad affrontare una serie di prove per ritrovarsi. Truman è nato e cresciuto all'interno del reality appositamente costruito intorno a lui, uno scenario artificiale dove, in mezzo a tanti attori che recitano, è l'unico inconsapevole attore di se stesso.

Con una modalità, al di là del paradosso, non così dissimile dalla condizione esistenziale di ciascuno di noi.

Paesaggi antropologici preconfezionati, quasi un mondo in miniatura, architetture e arredamenti come spot di se stessi. La stessa tautologia



Immagine tratta dal film The Truman Show.

dell'ultimo capitalismo globale, antropofago e, in ultima istanza, autodistruttivo, ad avverare, seppure in termini difformi, la vecchia profezia marxiana. Sole e luna, solo luci di enormi riflettori, e cinquemila telecamere per una fiction senza soluzione di continuità. Il cielo, un fondale di cartapesta dai toni pastello. Anche il mare, quello che sembra il mare, è una enorme vasca, in cui i venti e le onde sono mossi da effetti computerizzati. Un contesto strettamente delimitato, privo di spazi creativi, dove la follia di un ordine prestabilito si sostituisce alla follia che è intrinseca alla vita stessa.

Cosicché può accadere di trovarsi in questo mondo di comparse, dove ciascuno recita in base a "caratteri" standardizzati. Attori che replicano se stessi, con una coazione a ripetere tipica di certe patologie schizofreniche, manichini anaffettivi, vuoti e inquietanti, ciascuno perfettamente funzionale alla scena. Ogni cosa al suo posto.

Così la vita, giorno dopo giorno si allontana, e "lentamente muore" ciò che di vero si annida negli spazi più profondi. E magari scopri che non è più il tempo dell'amore, te ne accorgi in un mattino di pioggia, così, da piccoli particolari, le pozze d'acqua che riflettono un colore grigio, e cancelli di metallo serrati e inaccessibili. O ascoltando il ritmo di un battito regolare, fra la normale indifferenza e le corse a testa bassa di moderni mercanti affaccendati.

La dimensione umana in fondo è una continua oscillazione tra fantasia e bisogno di sicurezza, due aspetti profondamente antitetici, che tuttavia coesistono nella nostra esperienza. Truman rappresenta la parte più vera di ciascuno, l'io rimasto ancora indenne rispetto ai processi di socializzazione, legato ad un inesausto "gioco dei perché". È il bambino, nella fiaba di Andersen, che finalmente scopre l'inganno

del re nudo. O più semplicemente l'eros così come ce lo descrive Socrate nel Convivio di Platone, un dio fanciullo che è tensione irrisolta verso oggetti d'amore mai (o non ancora) posseduti. Ci vuole talento per essere artisti della vita, e non è sufficiente la follia, occorre anche proprio questo amore, che è ricerca continua, e sofferenza. Il piccolo

¹ Il regista del Truman Show

² L'attrice moglie di Truman

³ L'attore amico di Truman

Eros, perennemente inquieto, e per sempre bambino.

Ma l'infanzia può essere anche letta nella chiave opposta, cioè come metafora dell'appartenenza ad una comunità protettiva, una condizione innocente e inconsapevole.

Per quale motivo Truman non

è mai riuscito a scoprire la vera natura del mondo in cui ha vissuto finora?⁴

Noi accettiamo la realtà del mondo così come si presenta, è molto semplice¹, quasi una citazione testuale della sociologia fenomenologica (Berger e Luckmann), sostanzialmente una riedizione in chiave moderna del mito della caverna di Platone.

Ci sono esseri umani costretti a vedere soltanto ombre proiettate sulla parete, e per loro il reale è quello, così come per l'uomo medievale lo è uno scenario infestato da streghe e demoni, o per le popo-

⁴ L'intervistatore del regista



Scultura di Valeriano Trubbiani.

lazioni "primitive" una natura magica intrisa di spiriti. E per noi, abitanti di questa attuale liquidità culturale, l'irragionevolezza delle moderne mitologie commerciali. Tutte costruzioni linguistiche di un mondo che comunque è oggetto e frutto di rappresentazioni simboliche.

Io ho dato a Truman l'opportunità di vivere una vita normale. Il mondo, il posto in cui vivi tu, quello sì che è malato. Sea-heaven è il mondo come dovrebbe essere. Potrebbe andarsene quando vuole, se fosse qualcosa di più di una vaga aspirazione, se fosse assolutamente determinato a scoprire la verità, noi non potremmo fermarlo. Vedi, la cosa che ti dà

più fastidio, in realtà, io credo sia il fatto che Truman preferisce la sua cella¹. Eppure a volte basta proprio poco, anche un piccolo particolare, apparentemente insignificante, un "sasso nello stagno" (Rodari, pp.7-12), per modificare in senso radicale la rappre-



sentazione del mondo, come una ristrutturazione gestaltica del campo percettivo, improvvisa e simultanea.

Il finale, come in tutte le fiabe, raffigura l'incontro e lo scontro epico fra l'eroe e l'antagonista, la cui conclusione si esemplifica nell'istante in cui la mano tocca il cielo, la mano umana, capace di esplorazione

e di conoscenza, e un fondale di cartapesta. L'umano e l'artificiale a contatto, non più parti indifferenziate di uno stesso simulacro, ma finalmente distinte ciascuna nella propria dimensione ontologica. L'umano, fedele alla vita, e tutto il resto soltanto un'iconografia del mondo delle cose. Una sorta di aletheia (disvelamento), che scopre finalmente la natura più profonda della dialettica sociale, sempre sospesa tra la "datità" di un sistema oggettivato e il mondo vitale (Lebenswelt) come costruzione interattiva.

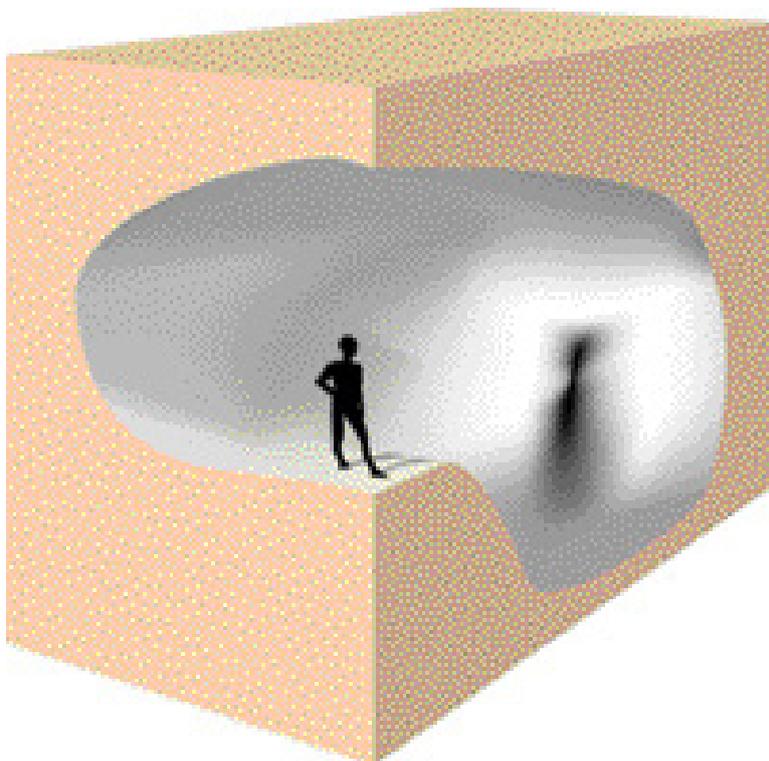
Il finale costituisce anche un estremo, disperato, tentativo di far emergere la nostalgia per una situazione ormai irrimediabilmente compromessa, una condizione infantile non più proponibile (o comunque non più negli stessi termini)



una volta che si è usciti dall'"utero" dell'inconsapevolezza. Lo stesso processo, in chiave sociale, che ha visto il passaggio dalla comunità alla società moderna, drammatico e irreversibile (Bauman, 2003). Dove andrà Truman una volta uscito dallo show? Probabilmente

verso un'emancipazione, un'adulità non priva di contropartite pesanti. Sarà esposto al rischio e alla responsabilità, forse dovrà indossare altre uniformi, e nuove maschere, standardizzarsi comunque all'interno di stereotipi, luoghi comuni come punto di partenza per improntare relazioni e non sentirsi isolato. In poche parole, assoggettarsi ad altri fatti sociali, e in più sopportare tutto il peso della libertà.

Sono il creatore.. di uno show televisivo che dà speranza, gioia ed esalta milioni di persone... Tu sei la star... Tu eri vero, per questo era così bello guardarti ... Là fuori non troverai più verità di quanta non ne esista nel mondo che ho creato per te, le stesse ipocrisie, gli stessi inganni, ma nel mio mondo tu non hai niente da temere... tu hai paura, per questo non puoi andar via... Ho seguito ogni istan-



Raffigurazione del mito della caverna di Platone.

te della tua vita. Ho seguito quando sei nato. Ho seguito quando hai mosso i tuoi primi passi. Ho seguito il tuo primo giorno di scuola, il momento in cui hai perso il tuo primo dente. Come fai ad andartene? Il tuo posto è qui con me¹.

A volte vi sono fili sottilissimi, o mura-
glie insormontabili, una madre che piange, una donna che aspetta, un bambino, una casa, quadri di famiglia e giardini d'infanzia, in cui si è formato l'hardware ineludibile dei primi schemi mentali. Legami fin troppo dolorosi da spezzare, e altitudini da cui cadere fino a morire. Reti e pareti. Imperativi apparentemente leggeri, talmente impliciti da non risultare neanche apparenti, una naturalità sociale materializzata nei jingle usuali che risuonano fra le corsie del centro commerciale, o nella voce rassicurante di una trasmissione radiofonica. Eppure macigni, nell'istante in cui si operi una qualche violazione. Si pensi alla scena in cui l'intero cast si mobilita per cercare Truman in fuga verso il mare.

Il regista dello show rappresenta una esatta personificazione del potere, che oscilla tra il paternalismo e la violenza, è l'icona di chi controlla senza essere visto (Sappiamo quanto gelosamente protegga la sua privacy⁴), un Big Brother "post-panottico", tipico di questa società evanescente in cui le nuove élite fanno della propria extra (e sovra) - territorialità uno dei principali punti di forza⁵.

Cosicchè difficilmente qualcuno attraverserà il mare. È richiesto un salto qualitativo emozionale enorme, un esercizio di decondizionamento in grado di spezzare i legami più prescrittivi, impiantati nelle reti neuronali. Un salto mortale, per il quale occorre tutta la consapevolezza, tutta l'ironia di

⁵ Per inciso, questa riservatezza appare in contrasto con lo stile delle nuove élites mediatiche, che anzi, fondano il proprio status sulla categoria dell'apparire, e fanno della visibilità, dell'esposizione ostentata, l'elemento centrale del proprio successo (Bauman, 2001, pp.55-61, in particolare p.60: "i molti guardano i pochi").

⁶ Truman.



cui sono capaci gli acrobati, la stessa serietà di un clown.

...Casomai non vi rivedessi buon pomeriggio buona sera e buona notte.⁶

Poscritto

Fantasia = tutto ciò che prima non c'era anche se irrealizzabile
Invenzione = tutto ciò che prima non c'era ma esclusivamente pratico e senza problemi estetici

Creatività = tutto ciò

che prima non c'era ma realizzabile in modo essenziale e globale

La fantasia, l'invenzione, la creatività pensano, l'immaginazione vede (B.Munari, pp.8-15)

Bibliografia

- 1) Munari B., Fantasia, Laterza, Roma-Bari 2006
- 2) Rodari G., La grammatica della fantasia, Einaudi, Torino 1997
- 3) Propp V., Morfologia della fiaba, Einaudi, Torino 2000
- 4) Andersen H.C., I vestiti nuovi dell'imperatore
- 5) Platone, Simposio
- 6) Platone, Repubblica (libro 7)
- 7) Bauman Z., Voglia di comunità, Laterza, Roma-Bari 2003
- 8) Bauman Z., Modernità liquida, Laterza, Roma-Bari 2002
- 9) Bauman Z., Dentro la globalizzazione, Laterza, Roma-Bari 2001
- 10) Codeluppi V., Il biocapitalismo. Verso lo sfruttamento integrale di corpi, cervelli ed emozioni, Bollati Boringhieri, Torino 2008
- 11) Schütz A., La fenomenologia del mondo sociale, Il Mulino, Bologna 1974
- 12) Schütz A., Don Chisciotte e il problema della realtà, Armando, Roma 1995
- 13) Berger P.L., Luckmann Th., La realtà come costruzione sociale, il Mulino, Bologna 1969
- 14) Mead G.H., Mente, sé e società, Giunti - Barbèra, Firenze 1966
- 15) Goffman, La vita quotidiana come rappresentazione, il Mulino, Bologna 1969.
- 16) Popitz H., Verso una società artificiale, Editori Riuniti, Roma 1996
- 17) Durkheim E., Le forme elementari della vita religiosa, Meltemi, Roma 2005
- 18) Durkheim E., Le regole del metodo sociologico, Editori Riuniti, Roma 1996
- 19) Weber M., Economia e società, Edizioni di comunità, Milano 1961
- 20) Crespi F., Le vie della sociologia, il Mulino, Bologna 1998
- 21) Collins R., L'intelligenza sociologica. Un'introduzione alla sociologia non-ovvia, Ipermedium, S.Maria C.V. 2008
- 22) Grilli M., La mediazione simbolica nella costruzione sociale, CLUA, Ancona 2004
- 23) Orwell G., 1984, Mondadori, Milano 1984

Filmografia

The Truman Show, regia di P.Weir, 1998, con J.Carrey



ALBERTO PELLEGRINO
Sociologo
San Severino Marche (Mc)

Le Terme di Santa Lucia a Tolentino

Il primo Novecento vede diffondersi nella borghesia la moda delle vacanze estive al mare o in montagna: alle motivazioni derivanti dalla tutela della salute si uniscono quelle di tipo vacanziero, cioè un nuovo modo di interpretare il tempo libero durante i periodi di riposo dal lavoro o dagli impegni casalinghi. Il fenomeno dell' industrializzazione e del conseguente urbanesimo incrementa la tendenza a "godere delle ferie": si tratta di spostamenti periodici, soprattutto nei mesi estivi, che prendono come modello il costume aristocratico di passare il periodo estivo "in villa", da cui deriva il termine "villeggiatura". Naturalmente la villa aristocratica o il "villino" borghese sono sostituiti da una nuova struttura attrezzata di derivazione francese: il Grand Hotel, un edificio a destinazione collettiva, caratterizzato dalla unificazione dei servizi (ristorazione, lavanderia, salone da ballo, sala cinematografica, piccole strutture termali e persino un "Casinò" destinato al gioco).

Sempre nella prima metà del Novecento si afferma il binomio terme-villeggiatura promosso dalla ideologia del progresso (scienza/macchine/tecnologia) e dalle ideologie neoilluministe e neogiogeniste che esaltano i valori della natura e della salute del corpo. Da questa nuova visione dell'esistenza nasce l'abbinamento "svago e cura" che trova nelle terme la propria sintesi ideale e che porta alla nascita anche di un'industria termale che provvede a costruire adeguate strutture, a diffondere nuovi modelli culturali, nuovi consumi, nuovi stili di abbigliamento.

L'alta borghesia, che ha a disposizione mezzi finanziari e tempo libero per conciliare svago e cura del proprio corpo, comincia a frequentare con regolare assiduità le località termali che diventano anche centri di vita mondana. Le mete preferite di questi "pellegrinaggi della salute" sono in Italia Montecatini, Salsomaggiore, San Pellegrino, Chianciano, Salice Terme. Si verifica un rapido sviluppo di questi centri urbani, perché accanto agli stabilimenti termali sorgono i grandi alberghi liberty, parchi e galoppatoi, palestre e ippodromi, grandi caffè con strutture anche all'aperto, teatri e sale da concerto, sale da ballo e café chantant, sale da gioco e "case di piacere" di lusso. Le terme cominciano ad essere considerate come un "prodotto" da lanciare sul mercato attraverso vere e proprie campagne pubblicitarie. Si formano in questo modo nuovi costumi e modelli di comportamento, nuove tendenze della moda per quanto riguarda l'abbigliamento e le attrezzature per il tempo libero; nello stesso tempo si registra sia uno sviluppo dell'industria culturale e dell'intrattenimento di massa, sia un incremento

dei mezzi di trasporto individuali (auto, moto, biciclette), i quali tendono a soppiantare l'uso del cavallo da sella e della carrozza.

La vita mondana contribuisce a creare una visione "mitica" delle terme, considerate per le classi medio-alte uno status symbol assolutamente da frequentare, fonte di relazioni sociali ed economiche, di incontri amorosi più o meno clandestini, di rapidi e fugaci fortune, oppure di disastrosi collassi finanziari al tavolo da gioco o alla roulette. Per le classi sociali inferiori le terme e la vita mondana ad esse connessa rappresentano, al contrario, un sogno ad occhi aperti che trova realizzazione nelle pagine dei romanzi "popolari", nelle canzoni diffuse dalla radio, nel cinema dei "telefoni bianchi" che rappresenta la vita come una commedia sentimentale e propone un "modello del lusso" fatto di abiti ricercati, ambienti mondani, abitazioni e alberghi sfarzosi, stazioni di villeggiatura e i centri termali alla moda. Telefoniste e sartine, operaie e cameriere, che in questi film ricoprono spesso il ruolo della "Cenerentola" di successo, possono "vivere" il sogno di abitare in una villa, possedere un'automobile, indossare abiti eleganti e condurre una vita mondana. La pubblicità comincia a guardare con maggiore attenzione alle aspirazioni dei ceti medi e popolari e il commercio si propone di incrementare i consumi di massa attraverso i Grandi Magazzini.

L'ideologia fascista, che agli inizi predicava la sobrietà di costumi e la frugalità della vita quotidiana cercando di imporre un eroismo di massa secondo il quale l'uomo fascista deve essere forte, pieno di energia vitale e capace di "vivere pericolosamente", diventa sempre più attenta al problema del consenso e si rende conto che la dottrina fascista stenta a penetrare nella vita quotidiana delle masse. Il fascismo rinuncia quindi alla battaglia contro l'edonismo, la frivolezza dei costumi e delle mode, consapevole che i modelli di comportamento di un mondo ricco e privilegiato sprigionano una irresistibile forza di attrazione nella medio-piccola borghesia e nella classe operaia, che cominciano a guardare con interesse alle comodità e ai piaceri della vita quotidiana, rivendicando la possibilità anche modesta di godere di vacanze e di fare viaggi. Il regime prende allora in considerazione il crescente interesse per l'impiego del tempo libero e per il turismo popolare. S'incoraggia la "piccola villeggiatura" che, pur conservando le rigide gerarchie sociali del passato, porta alla nascita dei primi "centri per la vacanza", sfruttando gli impianti idrici cittadini, le spiagge fluviali e lacustri, le spiagge soprattutto dell'Adriatico. Il regime decide di incrementare e organizzare lo svago di massa attraverso l'Opera nazionale dopolavoro (1925), una organizzazione popolare capace di svolgere una funzione sociale, nella quale possono entrare anche i non aderenti al PNF, per

Lettura tenuta il 6 giugno 2009 nel corso del 11° Convegno annuale della Facoltà Fonti ed acque termali delle Marche.





cui il numero dei dopolavoristi finirà per superare quello degli iscritti al partito e le sedi del Dopolavoro risulteranno meglio attrezzate e più frequentate delle Case del fascio. Il Dopolavoro accoglie appartenenti a ogni ceto sociale e di ogni età, mentre la tessera associativa garantisce sconti su abbonamenti ai giornali, sui viaggi in treno, biglietti d'ingresso al cinema, al teatro, alle sale da ballo e alla partite di calcio, agli stabilimenti termali; consente di partecipare a gite e piccole crociere sociali. L'Opera nazionale dopolavoro promuove inoltre l'attività sportiva non agonistica maschile e femminile intesa come mezzo di educazione delle masse, favorendo gli sport scarsamente competitivi e praticabili a tutte le età come le bocce, il tamburello, il patinaggio a rotelle, la ginnastica artistica, l'escursionismo e lo sci dilettantistico. Il Dopolavoro, secondo Emilio Radius, ha permesso pertanto agli Italiani di "mettersi in libertà", di "annacquare il fascismo e il suo regime", perché quella del dopolavoro era un "Italia in libera uscita, esente dal servizio fascista".

Nell'ottica di una politica che promuove il tempo libero e il turismo "popolare", il regime incrementa i centri termali che rientrano in quella cultura del corpo propria dell'ideologia fascista, fornendo finanziamenti per la creazione o il miglioramento degli impianti, la promozione di campagne pubblicitarie per favorire l'accesso alle terme a clienti di tutte le classi sociali.

In provincia di Macerata sorgono negli anni Trenta i complessi termali di Sarnano e Tolentino, che assumono caratteristiche sociali ed economiche diverse. Le Terme di San Giacomo della Marca, inaugurate a Sarnano nel 1933, puntano subito a valorizzare il turismo residenziale o giornaliero, stabilendo uno stretto rapporto con l'Opera nazionale dopolavoro per favorire una apertura verso tutte le classi sociali nel quadro di valorizzazione della montagna e degli sport invernali.

Le Terme di Santa Lucia di Tolentino nascono invece in una realtà socio-economica completamente diversa. Infatti negli anni Trenta la città, con i suoi impianti industriali, artigianali e commercianti, fa già parte del sistema industriale della Marca centrale. Questo sviluppo economico è affiancato e sostenuto da uno sviluppo urbanistico voluto dal podestà Pacifico Massi (1878-1942) che regge il Comune di Tolentino dal 1931 al 1939. Infatti la trasformazione di Tolentino, da centro agricolo-artigianale in centro industriale-commerciale, è legata a un ampio programma di lavori pubblici che prevede il potenziamento dell'Azienda Elettrica Municipale; l'ampliamento dell'Ospedale civile e della Casa di riposo; la costruzione del Giardino d'infanzia, del nuovo edificio della Scuola Elementare, della Casa del Balilla, dello Stadio comunale della Vittoria con il Monumento ai Caduti; la creazione

della Scuola magistrale per educatrici dell'infanzia. In questo quadro socio-economico va collocata la progettazione dello Stabilimento Termale di Santa Lucia con l'annesso impianto di imbottigliamento delle acque, che vengono inaugurati nel 1938 alla presenza del Maresciallo d'Italia Pietro Badoglio. Questa struttura, a differenza delle Terme di S. Giacomo della Marca, non assumerà mai un ruolo centrale e trainante dell'economia tolentinata, ma rimarrà piuttosto marginale anche per quanto riguarda gli investimenti in attrezzature e lanci pubblicitari. La stessa "Acqua minerale S. Lucia" avrà una distribuzione abbastanza limitata nell'ambito del territorio provinciale o al massimo regionale. Le Terme di Santa Lucia, certamente concepite come uno stabilimento idroterapeutico, diventano soprattutto un centro di vita mondana e di aggregazione sociale per gruppi piuttosto ristretti. Invece di prevedere un afflusso di massa attraverso l'Opera nazionale dopolavoro, si tende a selezionare una clientela appartenente alla borghesia medio-alta residente nella provincia di Macerata e nei territori limitrofi.

Questa analisi è avvalorata dalla presenza, all'interno delle Terme, di strutture che non hanno una valenza terapeutica, ma sono soprattutto finalizzate all'intrattenimento: l'impianto termale viene dotato di un Salone delle feste, di un elegante Caffè, di un'ampia terrazza - solarium da usare come luogo di ristoro nel periodo estivo, di una pista da ballo all'aperto, di un campo da tennis in terra rossa (uno sport considerato allora d'élite), di un ampio parcheggio automobilistico. Le Terme divengono pertanto il centro di aggregazione e di servizio per la città (gare sportive, eventi culturali, celebrazioni e premiazioni), ma soprattutto di avvenimenti mondani molto ricercati come veglioni invernali e feste danzanti all'aperto con la partecipazione di orchestre e cantanti che godono di una certa notorietà.

Un'idea di come appaiono le Terme di Tolentino poco dopo la loro apertura, la si può avere attraverso le immagini scattate nel 1938 dal fotografo maceratese Carlo Balelli (1894-1981), che ha lasciato importanti testimonianze di carattere culturale, artistico, sociale, sportivo, economico e politico riguardanti l'intero territorio maceratese. La prima fotografia ci mostra l'ingresso allo stabilimento termale attraverso un grande portone marcato da due alte quinte laterali, che ha, sul lato destro, un basso edificio con la portineria e la biglietteria, mentre è possibile intravedere l'esistenza di un vasto spazio antistante la porta d'ingresso destinato al parcheggio di automobili ed autobus (foto n.1). Un ampio viale immette all'edificio delle Terme con un vasto terrazzo, sul quale la clientela può comodamente sostare all'aperto ed usufruire del servizio bar; sulla destra un cameriere in giacca bianca e un tavolo occupato da alcuni clienti (foto n.2). Accanto







ALBERTO PELLEGRINO



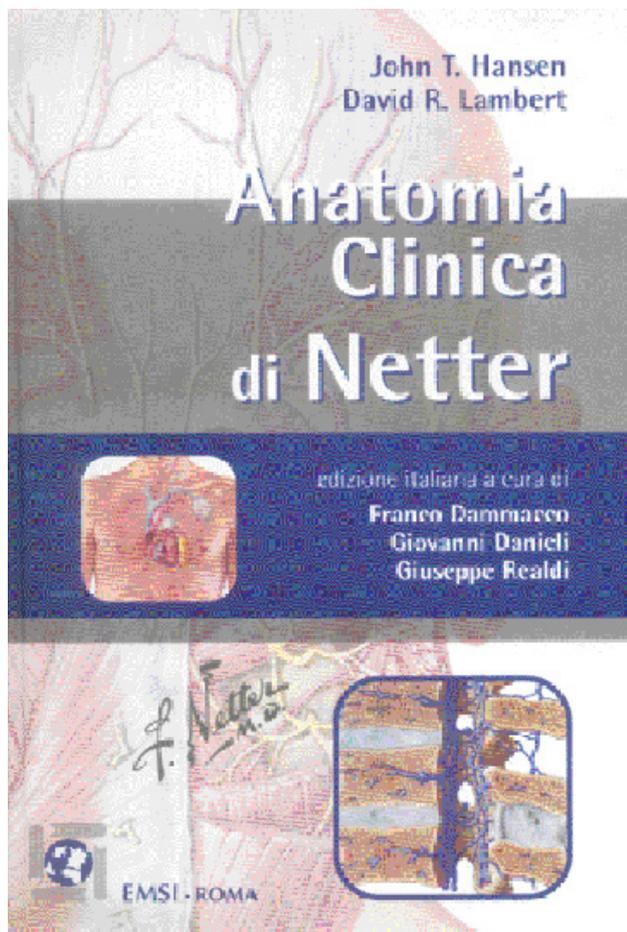




Le immagini pubblicate riguardano le nuove Teme di Santa Lucia a Tolentino. Sono state scattate nel 1938 dal fotografo maceratese Carlo Balelli. Gli originali sono custoditi presso la Fototeca della Biblioteca Nazionale di Macerata.

al terrazzo solarium, dove la clientela può usufruire del servizio bar, in basso a sinistra si intravede la pista da ballo per le feste allestite durante il periodo estivo (foto n.3). Nel locale adibito alla distribuzione dell'acqua l'autore colloca al centro dell'inquadratura e mette in bella evidenza, con un taglio di luce da sinistra, l'inseriente in grembiule e crestina bianca, intenta a riempire i boccali destinati alla clientela (foto n.4). Una bella inquadratura in controluce che ci mostra l'elegante "Caffè delle Terme", nel quale la luce "disegna" sia la figura del cameriere in piano americano, sia il tavolo dei clienti dove siedono due distinti signori, una giovane in abito bianco e due signore con abiti e cappelli alla moda (foto n.5). Come impianto per il tempo libero viene presentato il campo da tennis: in primo piano e di spalle è possibile vedere un giocatore in maglietta

scura e pantaloni lunghi, che sta eseguendo un "dritto", mentre sullo sfondo s'intravede a destra un altro giocatore in maglietta bianca e calzoncini scuri che è in attesa di rispondere al colpo (foto n.6). Questa breve storia fotografica delle Terme di Tolentino si chiude con lo splendido ritratto di bambina che simboleggia la genuinità e la freschezza dell'Acqua Santa Lucia: Balelli realizza una perfetta composizione con il volto in primo piano incorniciato dai capelli, con il boccale che taglia il viso e lascia intravedere, con la sua trasparenza, la grazia del soggetto, mettendo nello stesso tempo in risalto i bellissimi occhi che fissano con ingenua intensità l'osservatore (foto n.7).



EMSI Editrice Roma 2010, un volume di 665 pagine tutte a colori, Euro 75.00

Siamo certi di non sbagliare affermando che non vi è medico laureatosi in qualsiasi parte del mondo negli ultimi settanta anni che nella propria formazione professionale non abbia avuto modo di conoscere e più spesso di trarre vantaggio dallo straordinario lavoro illustrativo e didattico svolto per tanti anni, e pressochè in tutti i settori della medicina, dal Dottor Frank H. Netter. Nato a New York nel 1906 ed egli stesso laureato in medicina e chirurgia, il Dottor Netter scoprì ben presto che i suoi studi artistici pre-universitari ed il suo naturale talento per l'arte continuavano ad esercitare su di lui un richiamo ben più forte dell'iniziale intento di dedicarsi alla chirurgia. Saggia decisione alla quale la classe medica a livello internazionale deve oggi la disponibilità di oltre 20.000 tavole, che il Dottor Netter ha prodotto nella sua lunga e singolare carriera di "artista-medico" e che nel 1986 gli è valso da parte del New York Times l'appellativo (enfatico ma suggestivo) di The Medical Michelangelo.

Fedele e strettamente ancorato alla convinzione che lo studio "visivo" delle illustrazioni rappresenta un metodo insostituibile per l'apprendimento delle cognizioni mediche, il Dottor Netter ha non soltanto curato la pubblicazione di un Atlante di Anatomia Umana che, dopo venti anni dalla sua prima edizione, rimane tuttora ineguagliabile

ed è stato infatti adattato e tradotto in molte lingue. Ma il suo inegabile merito è anche quello di aver prodotto una serie di guide cliniche illustrate ("Illustrated clinical guides") dedicate alle singole specialità mediche (Netter's Internal Medicine, Netter's Cardiology, Netter's Gastroenterology, e così via), in ciascuna delle quali la fisiopatologia, gli aspetti clinici, la diagnosi differenziale ed i riferimenti terapeutici sono trattati privilegiando l'impatto derivante da immagini chiare ed incisive rispetto ai testi, che diventano invece sintetici dovendo essi fungere da semplice corollario dell'illustrazione.

A questi stessi capisaldi sui quali si fonda l'intera "Netter Collection of Medical Illustrations" si ispira la Netter's Clinical Anatomy che, curata negli Stati Uniti dai Dottori John T. Hansen e David R. Lambert, viene oggi proposta in lingua italiana alla collettività medica del nostro Paese. Il filo conduttore del volume è quello di considerare lo studio dell'anatomia come intimamente connesso ed inscindibile dalle implicazioni cliniche correlate alle strutture anatomiche, fornendo al lettore la chiave di apprendimento di quell'affascinante settore della moderna medicina qual è appunto l'Anatomia Clinica. Si veda a pagina 421 l'esempio emblematico della cirrosi epatica. La trattazione parte dalla struttura macroscopica del fegato, visto dalle sue varie superfici e con i suoi ligamenti, le strutture vascolari e biliari. Seguono una breve tabella che descrive lobi, ligamenti e porta del fegato; quindi le immagini che descrivono il sistema portale e le anastomosi porto-cavali, le lesioni anatomo-patologiche della cirrosi e, in due esemplari illustrazioni, rispettivamente le manifestazioni cliniche della cirrosi e la fisiopatologia dell'ascite. Ogni capitolo si conclude con una serie di 'Domande Riassuntive' (Review Questions) che, attraverso il sistema delle domande affiancate alle corrispondenti risposte, consente una rapida disamina delle principali alterazioni cliniche concernenti un determinato settore anatomico: per l'addome, ad esempio, domande riassuntive e relative risposte occupano quattro pagine e mezzo.

Il rapido ed incessante divenire delle cognizioni mediche non poteva non coinvolgere anche il monumentale lavoro del Dottor Netter. All'ovvia esigenza di evitare che, con il trascorrere degli anni, tale lavoro potesse apparire in talune parti superato hanno provveduto tre noti "artisti-medici", i Dottori James Perkins, John A. Craig e Carlos A.G. Machado, che hanno dato un importante contributo nell'ampliare, aggiornare ed implementare le sue illustrazioni originali. E poiché ogni tavola è firmata dal rispettivo autore, il lettore potrà agevolmente constatare come il loro stile pittorico sia molto vicino a quello del loro maestro, come è giusto che avvenga per un vero caposcuola capace di creare proselitismo. Il Dottor Netter rimane il titano insuperato dell'illustrazione medica, ma il lavoro dei suoi seguaci è anch'esso encomiabile.

Tutta la produzione scientifica ed illustrativa del Dottor Netter (e questa Anatomia Clinica non fa certo eccezione) ha molteplici, potenziali bersagli. Dallo studio e dalla consultazione di questo testo potranno infatti giovare, accanto allo studente in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria, anche gli studenti dei corsi di laurea nelle varie professioni sanitarie, nonché i medici di base e (molto più di quanto si possa immaginare) gli specialisti ed i docenti universitari, che troveranno in esso le risposte ai non pochi dubbi che il medico coscienzioso e responsabile deve quotidianamente affrontare nella sua attività professionale. Chiunque abbia poi compiti didattici potrà utilizzare nelle proprie lezioni frontali e nelle attività professionalizzanti l'eccellente e per molti versi insostituibile materiale iconografico contenuto nel volume.

Un grazie sincero quindi al Dott. Antonio Diomaiuta della Edizioni Medico-Scientifiche Internazionali (EMSI s.r.l.) per aver assunto questa lodevole iniziativa e per aver curato con grande professionalità questa edizione italiana della Clinical Anatomy.

Franco Dammacco, Giovanni Danieli, Giuseppe Realdi





I PROSSIMI APPUNTAMENTI

Accademia
Medico Chirurgica del Piceno
Presidente
Prof. Giovanni Danesi

**Corso di Formazione
Permanente in Medicina**

**LE PATOLOGIE
DELLE ARTERIE:
DALL'ARTERIOSCLEROSI
ALLE VASCOLITI**

OSIMO
22 maggio 2010
Teatrino di Palazzo Campana



Palazzo Campana
Piceno Marche
Università
Politecnica delle Marche
Ordine dei Medici
della Provincia Marcheigiana



Il sesto appuntamento del Corso di formazione permanente in Medicina, promosso dall'Accademia Medico Chirurgica del Piceno e realizzato con il patrocinio e la collaborazione della nostra Facoltà, si svolgerà a Osimo il 22 maggio p.v. per l'organizzazione del Dott. Francesco Pellegrini già brillante allievo del Prof. De Martinis ed ora autorevole Direttore della Medicina Interna di Osimo.

Hanno curato la definizione del programma scientifico e dirigeranno con il Dott. Pellegrini il corso, il Prof. Alessandro Rappelli e il Prof. Armando Gabrielli.

Il tema del Convegno è la patologia delle arterie, coinvolte sia in processi nettamente infiammatori (vascoliti) sia in patologie di tipo metabolico-degenerativo (arteriosclerosi).

Due le caratteristiche essenziali di questo corso, l'integrazione tra la Facoltà, l'Ospedale e la Medicina generale, per cui programma e realizzazione sono condivisi da tutte e tre le componenti, il carattere prettamente clinico per cui le presentazioni dei casi e la loro discussione avvengono per problemi e per ipotesi diagnostiche sino a giungere alla diagnosi definitiva, alla prognosi ed alle decisioni terapeutiche da assumere.

L'incontro si svolgerà nel teatrino di Palazzo Campana ad Osimo a partire dalle ore 8.00 di sabato 22 maggio.

Il programma prevede due letture magistrali, Il paziente con rischio cardiovascolare globale come diagnosticarlo e trattarlo (A. Rappelli) e le Microangiopatie (A. Gabrielli).

I problemi clinici presentati saranno quelli della Sindrome di Raynaud (M. Candela, M.G.Danieli, E. Fiorini, I. Vaccarini) della Claudicatio (E. Antico, R. Catalini, G. Frausini, G. Sanpaolo) e della Perdita di coscienza (M. Capriotti, L. Carbonari, P. Dessi Fulgheri, F. Pellegrini).



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 XIII - n° 3
Maggio-Giugno 2010
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
Tullio Manzoni

Comitato Editoriale
Francesco Alò, Fiorenzo Conti, Giuseppe
Farinelli, Stefania Fortuna, Loreta Gambini,
Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

Redazione
Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti,
Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini
Segretaria di redazione: Daniela Pianosi
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli