



LETTERE dalla FACOLTÀ

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

Direttore Editoriale
Prof. Marcello M. D'Errico

Anno XIX n. 3
Maggio/Giugno 2016

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale 70% CN AN

Editoriale

3

Vive la différence!
di Fiorenzo Conti

Vita della Facoltà

5

**Gli Studenti di Patologia
Generale a congresso**
di Daniele Crescenzi

**Ricordo di Anne Marie
Jezequel**
di Antonio Benedetti

La nuova me
di Rossana Berardi

A Medicina, di sera
Cinema in facoltà
di Loreta Gambini

Biomedicina

11

Tutti Scienziati?
di Antonio D. Procopio
Luigina Micolucci

Medicina clinica

16

**Manifestazioni cutaneo-
mucose ed annessiali
nella distrofia miotonica
di tipo I**

di Melania Giannoni
Anna Campanati
Laura Buratti
Claudia Cagnetti
Katia Giuliadori
Giulia Ganzetti
Mauro Silvestrini
Leandro Provinciali
Anna Maria Offidani

20

**Il controllo glicemico
influenza la prognosi
dell'ictus ischemico nei
pazienti affetti da diabete
mellito**

di Simona Lattanzi
Leandro Provinciali
Mauro Silvestrini

Professioni sanitarie

22

**Alle origini della ricerca
infermieristica**
di Giordano Cotichelli

25

**Il tirocinio clinico nel
Corso di laurea in
Ostetricia**
di Giuditta Ferrini
Laura Fermani

Doriana Alessandrini
Tania Paoltroni
Malisa Doria

29

Le dinamiche di gruppo
di Luciano Trozzi

Scienze umane

34

Ricordo di Corrado Fuà
di Stefania Fortuna

36

**Il teatro di
Shakespeare/2**
di Alberto Pellegrino

41

**Per una storia della
Pediatria/2**
di Stefania Fortuna
Maria Chiara Leonori
Natalia Tizi

44

A scuola di sera
di Marco Grilli

46

Libri
di Massimiliano Marinelli

3 2016

HANNO COLLABORATO A QUESTO FASCICOLO



ANTONIO BENEDETTI



ROSSANA BERARDI



ANNA CAMPANATI



GIORDANO COTICHELLI



LAURA FERMANI



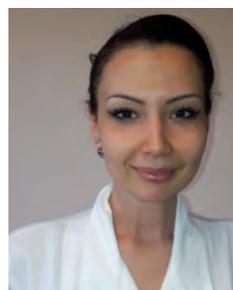
GIUDITTA FERRINI



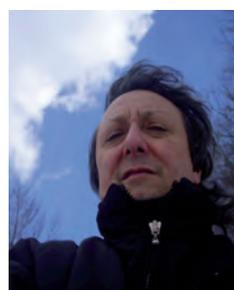
STEFANIA FORTUNA



LORETA GAMBINI



MELANIA GIANNONI



MARCO GRILLI



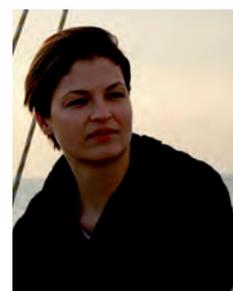
SIMONA LATTANZI



MARIA CHIARA LEONORI



MASSIMILIANO MARINELLI



LUIGINA MICOLUCCI



ANNA MARIA OFFIDANI



ALBERTO PELLEGRINO



ANTONDIO D. PROCOPIO



LEANDRO PROVINCIALI



MAURO SILVESTRINI



NATALIA TIZI



LUCIANO TROZZI

Hanno inoltre collaborato Doriana Alessandrini, Laura Buratti, Claudia Cagnetti, Malisa Doria, Katia Giuliadori, Giulia Gazzetti, Tania Paoltroni



VIVE LA DIFFÉRENCE!

Fiorenzo Conti

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica
Università Politecnica delle Marche, Ancona

Ho iniziato ad occuparmi di sinapsi più di 30 anni fa, quando lavoravo al Department of Anatomy and Cell Biology della University of North Carolina at Chapel Hill (N.C., USA) che, curiosamente, era stato diretto fino a 5 anni prima da H. Stanley Bennett, che molti giovani lettori certamente non conosceranno. Ricordo vividamente quando lo vidi per la prima volta: un uomo d'altri tempi, elegante ma sobrio, austero ma gentile, umile ma sicuro. Fui introdotto, lo salutai rispettosamente e quando ce ne andammo chiesi ad Aldo Rustioni, il mio capo americano, chi fosse quel signore. Stanley Bennett fu la risposta. Chiesi di cosa si era occupato e la laconica risposta fu: è stato il primo a studiare le sinapsi al microscopio elettronico. Mi informai e trovai il lavoro, pubblicato il 25 gennaio 1955: E de Robertis and H. S. Bennett (1955) *Some features of the submicroscopic morphology of synapses in frog and earthworm*. The Journal of Biophysical and Biochemical Cytology - poi diWventato, nel 1962, The Journal of Cell Biology - 1(1): 47-58). Possedessi una vena letteraria o metafisica, direi che quell'incontro era un "segno"; ma non è certo il mio caso. La trovo solo una simpatica coincidenza. Resta il fatto che da allora non ho più smesso di studiare la sinapsi.

Sono molti e straordinari i pro-

gressi che in questi 30 anni di studio della sinapsi ho vissuto, ma, di tutti, quello che da qualche anno rappresenta per me una formidabile fonte di riflessione è il tema dell'eterogeneità delle sinapsi. Così forte è l'importanza che attribuisco a questo concetto che mi sto convincendo sempre di più che, insieme con la plasticità, l'eterogeneità sia una caratteristica fondamentale della sinapsi e che carpirne le leggi che la regolano possa rappresentare un passaggio cruciale nella nostra comprensione del cervello e di molte delle sue malattie. Qui, presenterò brevemente tre esempi relativamente recenti ottenuti nel nostro laboratorio, grazie soprattutto al lavoro di Luca Bragina, Giorgia Fattorini e Marcello Melone.

Il primo esempio riguarda i trasportatori vescicolari. Sappiamo che le vescicole sinaptiche utilizzano specifici trasportatori, detti appunto vescicolari, per approvvigionarsi di neurotrasmettitore e da qualche anno studiamo quelli che trasportano glutammato e GABA, i principali neurotrasmettitori eccitatorio e inibitorio, nella corteccia cerebrale. Com'è logico aspettarsi, i due tipi di trasportatori vescicolari sono espressi da terminali assonici diversi, quelli glutammatergici (eccitatori) e quelli GABAergici (inibitori). Tuttavia, un'analisi più accurata ci ha permesso di dimostrare che esiste una popolazione di terminali che esprime entrambi i trasportatori vescicolari, che la co-espressione è addirittura evidente a livello di singole vescicole e che queste

vescicole subiscono il normale ciclo eso-endocitotico. Una successiva indagine funzionale ha permesso di dimostrare, per ora in coltura, che questi terminali liberano simultaneamente glutammato e GABA. L'eterogeneità ha frantumato un dogma che durava da cinquant'anni! E ci impone di cercare di capirne il ruolo e il significato.

Il secondo esempio concerne le proteine presinaptiche, che partecipano al meccanismo di liberazione dei neurotrasmettitori. In questo caso, ci siamo chiesti se i terminali che liberano glutammato esprimono una gamma di proteine presinaptiche diverse da quelle presenti nei terminali che liberano GABA. I risultati di una serie di studi intrapresi alcuni anni fa e non ancora conclusi indicano che queste proteine (e quindi i meccanismi di liberazione del trasmettitore) non solo sono diversi nei due tipi di terminali, ma in molti casi esistono ampie differenze anche nell'ambito dei soli terminali glutammatergici. Inoltre, poiché molte di queste proteine presentano più isoforme, abbiamo verificato l'ipotesi che le diverse isoforme siano espresse in maniera tale da permettere sempre che quella proteina (in qualunque delle sue isoforme) sia presente. Con nostra grande sorpresa, abbiamo invece dimostrato che ciò non succede e che un terminale può avere due isoforme della stessa proteina e un altro nessuna. Bioinformatici aiuto!

Il terzo esempio riguarda i trasportatori della membrana plasmatica, le proteine che riportano all'interno del terminale (o del processo astrocitario) i trasportatori dopo il loro distacco dai loro specifici recettori. Anche in questo caso, il

nostro interesse è incentrato sui trasportatori che captano glutammato e GABA, con particolare riferimento ai trasportatori GAT-1, il principale trasportatore del GABA, e GLT-1, il principale trasportatore del glutammato. Se si analizzano le sinapsi che hanno un rivestimento astrocitario, emerge in entrambi i casi che le "sinapsi tripartite" (costituite cioè da un elemento presinaptico, uno postsinaptico e i processi astrocitari distali) che esprimano uno dei due trasportatori (il quadro è analogo che si studi GAT-1 o GLT-1) non sono tutte uguali, perché in alcune il trasportatore è localizzato nel terminale, in altre nel terminale e nel processo astrocitario e in altre ancora in entrambi gli elementi. Quanto la diversa localizzazione influenzi la funzione di queste sinapsi è ancora tutto da chiarire. Ed è un bel grattacapo!

Questi, come detto, sono tre esempi di eterogeneità che vengono dal nostro laboratorio e che sono stati pubblicati negli ultimi anni (cfr: fiorenzocontigroup.it/main?p=ricerca_fisio_group_conti_pub), ma moltissimi altri emergono quotidianamente anche in altri laboratori. Il quadro che sta emergendo è che il grado di eterogeneità molecolare delle sinapsi dei mammiferi dimostrato sinora è non solo straordinariamente più elevato di quello desumibile dai tradizionali schemi classificatori delle sinapsi, ma addirittura previene qualunque possibilità di proporre una classificazione. Il problema, in realtà, non è limitato alla possibilità di proporre una classificazione o meno delle sinapsi, ma giunge a minare la nostra attuale capacità di comprendere la funzione dei circuiti nervosi in cui i diversi tipi di sinapsi sono inseriti. Ed è ovvio

d'altra parte che la comprensione dell'eterogeneità sinaptica possa rappresentare un formidabile strumento per svelare i segreti delle sinapsi e dei circuiti nervosi.

Di fronte a problemi scientifici di questo tipo, si può pensare di trovarci di fronte ad un problema che non siamo capaci di risolvere, come la poesia di Imre Madách (1862) sembra suggerire:

*Presumptuous man! Because your dim eyes
See only jumbled groupings there below,
You think that order and cooperation
Do not exist in the workshop of life?
See for a moment how we spirits see,
And note what all their work achieves...
(The Tragedy of Man)*

Oppure, si può adottare l'atteggiamento indicato dal grande neuroscienziato spagnolo Santiago Ramon y Cajal:

.....Unfortunately, nature seems unaware of our intellectual need for convenience and unity, and very often takes delight in complication and diversity.

Besides, we believe that we have no reason for scepticism. While awaiting the work of the future, let us be calm and confident in the future of our work.

(The structure and connexions of neurons. Nobel Lecture, December 12, 1906; nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1906/cajal-lecture.pdf)

Da parte mia, non ho dubbi: sto con Cajal! E la disponibilità di nuove tecniche, come la microscopia elettronica automatizzata (ATEM), la array tomography (AT) o la STORM, che, accoppiate ad analisi bioinformatiche sempre più sofisticate, possono permettere di analizzare enormi quantità di dati in tempi non necessariamente biblici ci lascia ottimisti sulla possibilità che anche questo problema sarà risolto. Probabilmente non da me. Ma sarà stato bello lo stesso.



Figura 1. Foto di gruppo degli Studenti partecipanti al Congresso

GLI STUDENTI DI PATOLOGIA GENERALE A CONGRESSO

Nell'Auditorium Montessori della Facoltà si è svolto il 27 gennaio scorso il 2° Congresso degli Studenti del Corso di Patologia generale 2014-2015, dedicato alla presentazione degli elaborati preparati dagli Studenti al termine di una sperimentazione didattica condotta durante l'anno, ideata e realizzata dal Prof. Antonio Procopio.

Questa importante innovazione didattica si prefiggeva lo scopo di stimolare negli Studenti la loro capacità di elaborazione delle informazioni.

Il Convegno si è articolato in sei sezioni (New High Technologies, Alzheimer Disease, Neurosciences, Pathophysiology, Experimental Oncology, Experimental Surgery) ed una sessione post.

In particolare, 28 studenti hanno esposto i loro elaborati nelle sei sessioni che si sono susseguite nell'arco della giornata, mentre 70 contributi sono stati inclusi nella sessione poster. Tutti e 200 gli elaborati sono stati o saranno comunque valutati e discussi con i docenti in sede di esame.

I migliori risultati sono stati premiati con il Gufo d'argento:

1. Daniele Crescenzi: Manipolazione del microbiota intestinale nella terapia dei disturbi psichiatrici e comportamentali
2. Filippo Augusto Barbini: MicroRNA e dolore neuropatico, vie metaboliche "da seguire".
3. Marco Oltrecolli: Meccanismi di attivazione dell'inflammosoma NLRP3, un possibile target nella cura dell'Alzheimer

Le migliori esposizioni dei dati, premiate con la coccinella d'ar-

gento, sono state:

1. Lorenzo Torselletti: Nuove metodologie nella gestione della spina bifida aperta: chirurgia prenatale
2. Edoardo Petrolati: La nuova frontiera dei nanomateriali biomedici: le molteplici applicazioni del grafene.
3. Pietro Antonini: Stress accademico e cortisolo: review sistematica sulla relazione tra cortisolo e citochine infiammatorie negli studenti di Medicina sotto esame.

Come miglior poster è stata premiata Beatrice Mariotti: Inquinamento da polveri sottili nell'area del SIN di Taranto: Rischi per la salute in soggetti in età pediatrica e adolescenziale residenti nei siti limitrofi.

A nome dei colleghi del Il 2° Congresso degli Studenti del



Figura 2. Il saluto d'apertura del Magnifico Rettore Prof. Sauro Longhi e l'introduzione del Prof. Antonio D. Procopio



Figura 3. Beatrice Mariotti premiata per il miglior Poster

Lo studente Daniele Crescenzi, come partecipante e rappresentante del III anno di Medicina e Chirurgia, ha raccolto e condiviso con i colleghi alcune considerazioni sull'evento e riportato quanto segue:

Corso di Patologia Generale ha visto tutti noi studenti del 3° anno impegnati in un lavoro che mai prima d'ora ci siamo trovati a svolgere. L'esecuzione di una review sistematica su uno degli argomenti proposti dal Prof. Procopio ci ha permesso di scoprire e sviluppare un nuovo approccio alla letteratura scientifica specialistica, che fino ad ora abbiamo sempre considerato semplicemente come l'insieme di libri di testo e appunti delle lezioni. La realizzazione di questo progetto ha insinuato nelle nostre menti il seme di uno spirito critico che è indispensabile per districarsi nella cultura scientifica dell'ambito medico, specialmente al giorno d'oggi in cui la società è sempre più carente di capacità interpretativa e minacciata dalla disinformazione. Ci siamo affacciati a piccoli passi nel mondo della ricerca e ognuno di noi, per qualche giorno, si è sentito ricercatore nel campo a lui più conge-

niale. Ci siamo sentiti importanti perché, abituati alla classica didattica frontale in aula, per una volta siamo stati noi al centro dell'attenzione di professori, ricercatori e ospiti. Insomma, ci siamo trovati a svolgere un ruolo attivo nel nostro percorso formativo. La review sistematica è un lavoro scientifico perfetto per uno studente alle prime armi, poiché permette di avvicinarsi alla ricerca senza i vari problemi legati a lunghi tempi di attesa dei risultati e a questioni di carattere economico, inevitabilmente presenti nella sperimentazione. Inoltre, qualora si riportino dei risultati importanti, l'accesso al mondo delle pubblicazioni scientifiche è sicuramente più diretto e semplice. Questo lavoro ci ha trasmesso le basi del metodo scientifico, con il duplice beneficio di prepararci all'analisi della letteratura scientifica, strumento indispensabile del nostro presente e del nostro futuro professionale, e di alimentare in noi la curiosità nei confronti della sperimentazione, che sicuramente molti di noi si troveranno un domani a svolgere in laboratorio o in

reparto. Non è mancata infine l'occasione di constatare i nostri errori e limiti di pensiero e ragionamento, che grazie ai nuovi strumenti acquisiti ci sarà più facile superare. Da ora in poi saremo in grado di avvicinarci ad ogni quesito del nostro ambito cercando le risposte in maniera oggettiva e sistematica. Come in tutte le iniziative nate da poco, trovandoci infatti solo alla seconda edizione, non sono mancate le difficoltà che soprattutto sono state relative al periodo dell'anno accademico carico di impegni quali lezioni ed esami consistenti. Vista tuttavia l'intraprendenza di coloro che hanno organizzato l'evento, non abbiamo alcun dubbio sulle migliori di cui godranno i nostri Colleghi dei prossimi anni. Alla luce dell'opportunità che abbiamo colto, siamo tutti concordi sul fatto che il metodo scientifico dovrebbe essere insegnato precocemente in tutte le scuole e nelle Università, poiché la mente può essere lungimirante solo se supportata da un acuto sguardo critico.

Daniele Crescenzi
per il III anno di Medicina e
Chirurgia

Il Magnifico Rettore del nostro Ateneo è personalmente intervenuto all'inizio dei lavori per salutare gli studenti e stimolarli a proseguire nella strada intrapresa. Hanno anche inviato i loro saluti ai giovani congressisti il Pro-Rettore, il nostro Preside, i Presidi di Ingegneria ed Economia e molti Colleghi dell'Ateneo. Appuntamento al prossimo gennaio per il 3° Congresso degli Studenti del Corso di Patologia Generale facendo tesoro dell'esperienza, degli errori e delle critiche e cercando di fare sempre meglio.



Figura 4. I premiati (da sinistra a destra) Daniele Crescenzi, Filippo Augusto Barbini e Marco Oltrecolli, Gufo d'argento per il miglior elaborato; Lorenzo Torselletti, Edoardo Petrolati e Pietro Antonini, Coccinella d'argento Per le migliori esposizioni dei dati

Ricordo di Anne Marie Jezequel

Nel maggio 2016 è venuta a mancare, dopo una lunga malattia, la Prof.ssa Anne Marie Jezequel, a lungo docente di Patologia Generale presso la nostra Facoltà.

Francese di origine e cultura professionale, la Prof. Jezequel completò la sua formazione scientifica in Canada; da allora divenne uno dei pionieri della ricerca in epatologia e fu tra le prime a studiare gli aspetti morfologici ed ultrastrutturali del fegato in corso delle diverse condizioni patologiche.

La sua descrizione nel 1967 della presenza di “virus-like bodies” in corso di “epatite infettiva” rappresentò uno dei capisaldi per la scoperta dei virus epatitici. Fu proprio in quegli anni che conobbe un altro docente storico della nostra Facoltà, il Prof. Francesco Orlandi, con il quale stabilì un sodalizio personale e poi professionale che li ha accompagnati per tutta la vita.

Nel corso degli anni la Prof. Jezequel si è dedicata in particolare a studi di microscopia elettronica delle cellule del fegato. Ha dimostrato gli effetti dell'alcol e dei farmaci sugli organelli degli epatociti, in particolare sul reticolo endoplasmatico e sui mitocondri, sia in modelli sperimentali animali che nell'uomo. Ha sviluppato e caratterizzato modelli di danno epatico cronico, come quello della dimethyl-nitrosammina, che viene impiegato a tutt'oggi per lo studio della fibrogenesi epatica.

Nella seconda parte della sua carriera scientifica la Prof. Jezequel si è dedicata in particolare alla caratterizzazione del danno epatico di natura colestatica. Una delle sue scoperte più importanti è la descrizione delle differenze morfologiche ed ultrastrutturali delle sottopopolazioni di colangiociti, cioè le cellule che costituiscono l'albero biliare. Quelle osservazioni hanno consentito lo sviluppo di molte linee di ricerca perseguite da gruppi europei e statunitensi e, oggi, costituiscono il presupposto per nuovi modelli di cura per le patologie colestatiche croniche.

La Prof. Jezequel ha condotto per molti anni il nostro laboratorio, fungendo da guida e da punto di riferimento. Ha sempre preteso da se stessa e da tutti i collaboratori un tenace rigore metodologico; esso è il fondamento costitutivo della ricerca ed è stato dunque per noi un insegnamento di grande valore. L'attenzione alla precisione del lavoro sperimentale e della descrizione dei risultati è stata sempre elevata anche negli ultimi anni della sua carriera.

Ha affrontato l'incedere dell'età e poi la malattia con dignità e riservatezza, tratti tipici del suo carattere e della sua persona.

Antonio Benedetti

LA NUOVA ME

Quando ho cominciato ad amarmi davvero, ho smesso di desiderare un'altra vita e mi sono accorto che tutto ciò che mi circonda è un invito a crescere”.
Charlie Chaplin

Terrore - Choc - Incredulità - Disorientamento - Disperazione Angoscia - Rabbia Paura... del cambiamento corporeo, del cambiamento psicologico, di non farcela, che possa succedere la stessa cosa ai miei figli...

Le donne che scoprono di avere un tumore vivono tutti questi sentimenti assieme, chi più chi meno, chi con una sequenza chi con un'altra... sono comunque queste le emozioni che la donna deve affrontare.

Le prime domande che ci si pone di solito sono: “non è possibile, vi siete sbagliati, perché proprio a me, perché proprio in questo momento, che cosa ho fatto di male?”

Perché la diagnosi di tumore, in un qualsiasi organo, a prescindere dall'età e dal momento della

vita in cui la persona si trova a doverla affrontare, rappresenta sempre un evento traumatico che scatena una serie di emozioni, di pensieri, di vissuti, di sensazioni corporee e psicologiche, di cambiamenti e domande che sconvolgono la persona.

E alla diagnosi seguono le cure, a volte mutilanti nel fisico e nello spirito.

Cambiano l'identità e l'immagine del proprio corpo che è quella parte di noi che si relaziona con gli altri: si devono fare i conti con un seno che non è più quello di prima o che non c'è più, con una cicatrice, con il tatuaggio della radioterapia, piccolissimo ma permanente, con l'aumento o il calo del peso, con la caduta dei capelli... in un mondo in cui il senso dell'estetica ha un peso fondamentale.

Ed è per questo che è nato il progetto “La nuova me” (Pink day), ideato e organizzato dalla Clinica di Oncologia Medica e dalla Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona onlus per le donne affette da tumori che afferisco-



Picasso “La Ragazza allo specchio” (1932)

no presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona e non è un caso che il Pink Day sia nato proprio l'8 marzo, giornata dedicata alla donna.

Il Pink Day va oltre le cure mediche tradizionali: non è un ambulatorio, ma un tempo e uno spazio di cura speciali, in una pink room, ovvero in una stanza rosa, dove tempo e spazio si uniscono per dedicare alle donne



La PINK ROOM, la stanza rosa per far riscoprire alle donne in cura presso la struttura, una nuova immagine di sé



La Presentazione del Progetto: Il Direttore della Clinica di Oncologia Medica Rossana Berardi e la grande partecipazione di pazienti, volontari ed operatori



Taglio del nastro alla PINK ROOM



Gli intervenuti all'inaugurazione della Pink Room: da sinistra la Dott.ssa Emma Capogrossi, il Rettore Prof. Sauro Longhi, la Dott.ssa Marisa Carnevali, la Prof.ssa Rossana Berardi, il Dott. Fabrizio Volpini, il Direttore Generale Dott. Michele Caporossi e il Preside Prof. Marcello D'Errico

affette da neoplasie tutto quanto può servire per affrontare in senso positivo il proprio aspetto fisico e gestire gli eventuali disagi estetici causati dai trattamenti di cura.

Il primo lunedì di ogni mese le donne vengono accolte nella pink room da professionisti pronti a prendersi cura di loro per farle sentire speciali, facendo provare l'emozione della trasformazione nel "La nuova me". In particolare gli operatori coinvolti sono Professionisti interni (dermatologi, chirurghi senologi, chirurghi plastici, nutrizionisti, endocrinologi, specialisti in neuroriabilitazione) ed esterni (esperti in maquillage, hair stylist, esperti in tecniche di rilassamento e in musicoterapia, esperti in psicoterapia olistica con mindfulness per gestione dello stress e cambiamento dello stile di vita) che

aiutano la donna a valorizzare la "nuova immagine di sé" accettando le inevitabili conseguenze dei trattamenti. Tutto in forma totalmente gratuita per le donne che ne fanno richiesta.

Nell'inaugurazione della pink room, l'8 marzo u.s., ampia è stata la partecipazione e dopo un intervento musicale dell'Accademia Musicale di Ancona, sono intervenuti, tra gli altri, il Magnifico Rettore dell'Università Politecnica delle Marche Prof. Sauro Longhi, l'Amplissimo Preside Prof. Marcello D'Errico, il Direttore Generale degli Ospedali Riuniti di Ancona Dott. Michele Caporossi, il dott. Fabrizio Volpini, Presidente della IV Commissione Sanità della Regione Marche, l'Assessore alle Pari Opportunità del Comune di Ancona Dott.ssa Emma Capogrossi e la Dott.ssa Marisa Carnevali, Pre-

sidente della Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona, partner del progetto.

Ma le iniziative per le donne affette da tumori femminili continuano... e attraverso un filo conduttore che va dalle pazienti ai professionisti e alle associazioni di volontariato, mercoledì 25 maggio p.v. sarà la volta di un convegno dal tema "Tumori femminili, dalla famiglia, alla clinica, all'innovazione", che si terrà presso l'Auditorium Montessori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche.

Durante il congresso si parlerà dei tumori del seno e dell'ovaio, purtroppo sempre più frequenti nella nostra regione.

Rossana Berardi
Dipartimento di
Scienze Cliniche e Molecolari
Università Politecnica delle Marche

A MEDICINA, DI SERA

Cinema in Facoltà

SESSO E VOLENTIERI

12 maggio, ore 20,00
Auditorium Montessori

Aprile l'attività serale del mese di maggio l'incontro dal titolo Sesso e Volentieri. L'incontro, volto a sensibilizzare aggiornare ed integrare il pubblico sull'importante tema della sessualità, vedrà come relatore il Dr. Maurizio Diambri, Urologo Andrologo Sessuologo clinico con grandi capacità di entertainer.

Perché è stato scelto questo tema? Perché secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute sessuale è uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e di conseguenza la sessualità è una dimensione fondamentale per il benessere fisico e psichico dell'essere umano.

OUR DAILY BREAD

Mercoledì 18 maggio, ore 20,00
Auditorium Montessori

Il film -documentario *Our Daily Bread* del regista austriaco Nikolaus Geyrhalter è una fedele e realistica rappresentazione dell'industria alimentare europea. Il regista fa una scelta particolare: lascia che le immagini parlino da sole, sen-



za aggiungere nessun genere di intervista, commento o informazione. Del regista austriaco che ci ha regalato un documentario dal forte impatto emotivo, riportiamo questa dichiarazione:

“Di solito faccio film come quelli che vorrei vedere. Io sono affascinato dai posti che la gente normalmente non conosce. La produzione del cibo avviene in un sistema chiuso, del quale le persone hanno solo un'idea molto vaga. Le immagini utilizzate dalla pubblicità, con la zangola per il burro e la piccola fattoria, non hanno nulla a che vedere con i luoghi da cui proviene realmente il nostro cibo. C'è una sorta di ritrosia a mostrare questi posti e i lavori che vi si svolgono, ma è necessario farlo”. (Nikolaus Geyrhalter)

STILL ALICE

Mercoledì 25 maggio, ore 20,00
Auditorium Montessori

Il film racconta l'abisso della malattia in cui sprofonda una professoressa universitaria (interpretata da una superba Julianne Moore), cui viene diagnosticata una forma precoce di Alzheimer.

Nonostante la tristezza di questa malattia, *Still Alice* è una pellicola che commuove per la delicatezza e la sensibilità con cui parla di una dignità umana che nessun male può annientare, di una fiamma affettiva che resta accesa fino all'ultimo e poi rimane a scaldare le memorie di chi resta. Gli sceneggiatori e



registi, Richard Glatzer e Wash Moreland registrano con finezza le progressive fasi di un sospeso, estraniato rapporto con la realtà. Il quartetto per archi e piano del musicista inglese Ilan Eshkeri crea una rarefatta atmosfera d'attesa.

Non è difficile capire perché *Still Alice* abbia riscosso così tanto successo. È una storia, di lotta e di speranza, anche in una circostanza della vita che sembra non lasciare aperto nessuno spiraglio. È una tragedia profondamente umana, che colpisce una madre forte e protettiva nei confronti della sua famiglia, rendendola vulnerabile e bisognosa del sostegno dei suoi cari come se fosse una bambina. Ma soprattutto riguarda una malattia che oggi, con l'allungamento della vita, sta diventando un'emergenza internazionale.

Still Alice è tratto dal romanzo di Lisa Genova, una neuropsichiatra che ha lavorato molto sull'Alzheimer. La storia che racconta è fiction, ma è tuttavia estremamente verosimile e precisa. È ciò che potrebbe succedere, a chiunque. Leggerla è un modo per avvicinarsi alle difficoltà di chi lotta contro questa malattia: non solo il paziente, ma tutte le persone care che lo circondano.

* * *

Che cosa ci ha spinto a scegliere questi argomenti?

Il tentativo di queste iniziative è quello di mettere in risalto la relazione che lega l'alimentazione alla sessualità e alle funzioni cognitive.

La relazione tra eros e cibo fa ormai parte della storia della let-

teratura e del cinema. Tra mito e realtà, supposizioni, leggende e prove scientifiche, alcuni alimenti vengono spesso definiti afrodisiaci (il termine “afrodisiaco” deriva dalla dea greca dell’Amore Afrodite) in quanto in grado di stimolare il desiderio erotico.

I legami tra sessualità e alimentazione sono così stretti tanto che le due attività, alla nascita sono indistintamente fuse nell’allattamento, nell’atto della poppata: l’essere riempiti di cibo e l’essere riempiti d’amore si confondono in un’unica emozione totale, dove alimentazio-

ne e amore/sessualità-contatto quasi coincidono. Anche nella vita adulta l’alimentazione e la sessualità continuano a tradire la loro comune origine: lo stimolo sessuale creato da una cena a lume di candela che precede l’incontro sessuale, il vivace appetito che fa seguito ad un’appagante incontro sessuale o metafore alimentari (“ti voglio mangiare”) che esprimono sentimenti e desideri, ne sono il tipico esempio.

E’ inoltre dimostrato che anche le funzioni cognitive sono legate all’alimentazione da un filo sottile. Giorno dopo giorno, in-

fatti, gli alimenti che riempiono le nostre tavole contribuiscono a sostenere le cellule del nostro cervello e possono essere responsabili di alterazioni che ne compromettono il corretto funzionamento, talvolta in modo irreversibile. Alcuni studi condotti da ricercatori impegnati nell’ambito delle azioni Marie Curie per indagare il legame tra alimentazione e malattia di Alzheimer hanno riscontrato che “Le alterazioni dovute alla dieta cominciano a danneggiare il cervello 10-20 anni prima che la patologia si manifesti”.

Loreta Gambini

I PROSSIMI APPUNTAMENTI



Università Politecnica delle Marche

Incontri di Scienza & Filosofia

XVII Edizione

ideati ed organizzati da:
Fiorenzo Conti

NUOVE TECNOLOGIE PER IL CERVELLO

Giovedì 12 maggio 2016 ore 17.00
Rettorato, Piazza Roma, Ancona

Laura Ballerini
SISSA, Trieste

Fabio Benfenati
IIT e Unige, Genova

Luciano Fadiga
Unife e IIT, Ferrara

Informazioni: f.conti@univpm.it

Il Convegno vedrà protagonisti il Dott. Marco Angelo Colleoni dell’Istituto Europeo di Oncologia di Milano e il Dott. Michelino de Laurentiis dell’Istituto Nazionale Tumori “Pascale” di Napoli, opinion leader indiscussi sui tumori al seno, la Dott.ssa Domenica Lorusso dell’Istituto Nazionale Tumori di Milano, esperta di tumori dell’ovaio e gli oncologi marchigiani che si occupano di tumori femminili. Verrà presentato il modello della “Breast Unit” degli Ospedali Riuniti di Ancona e a partire dalle ore 16.30 sarà prevista la sessione “I tumori femminili, la famiglia ed il territorio” aperta alla cittadinanza, agli studenti e alle Associazioni di Volontariato che operano nella Regione Mar-



25 MAGGIO 2016
ANCONA

TUMORI FEMMINILI

DALLA FAMIGLIA, ALLA CLINICA, ALL'INNOVAZIONE

Presidente
Prof.ssa Rossana Berardi

ORE 16.30

che, che potranno in tale contesto portare il contributo della propria esperienza. Tale sessione sarà moderata dal giornalista scientifico Michele Mira-

bella e vedrà la testimonianza dell’attrice Rosanna Banfi che ha un vissuto oncologico. In tale sessione si affronterà il tema dei tumori ereditari.

TUTTI SCIENZIATI?

Considerazioni su un esperimento didattico di apparente successo

Antonio D. Procopio
Luigina Micolucci

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari
Università Politecnica delle Marche, Ancona

“**T**utti Scienziati! Non è un po' presto?” E' quello che ci siamo sentiti dire da un Collega che aveva ricevuto la locandina del 2° Congresso degli Studenti di Patologia Generale tenutosi il 27 gennaio nell'Auditorium Maria Montessori. No, non è affatto presto, anzi è tardi! Ma facciamo un passo indietro per spiegare le ragioni dell'iniziativa.

La Patologia Generale è storicamente la disciplina che ha introdotto il metodo scientifico nella medicina. Nella metà dell'ottocento, Claude Bernard poneva le basi teoriche della medicina scientifica. Bernard confutava le teorie vitalistiche ed altre visioni ascientifiche della medicina proclamando: *“La Medicina si avvia verso la risoluzione scientifica definitiva ... la Medicina Scientifica, come tutte le altre scienze, deve basarsi soltanto sul metodo sperimentale”*. Altri patologi sperimentali, quali Virchow in Germania e Bizzozero in Italia, erano alfieri dell'impetuosa crescita di nuova conoscenza, ottenuta attraverso il metodo sperimentale, in tutti i settori della medicina e di una nuova coscienza del ruolo della Medicina nell'evoluzione e nel progresso della società umana. Da quelle fasi pioneristiche molto

tempo è trascorso. L'approccio sperimentale e scientifico odierno è patrimonio comune e condiviso da tutte le discipline mediche, tanto che il Professor Pontieri, Emerito di Patologia Generale dell'Università La Sapienza di Roma, poteva affermare che: *“la Patologia Generale si estinguerà per eccesso di successo”*. Qualche malizioso Collega non si illuda! Il problema per i docenti di Patologia Generale non è quello di estinguersi, anzi, è un altro: siamo sommersi da un diluvio di nozioni, l'insegnamento ci si modifica tra le mani come materia viva, come magma incandescente. Ogni anno dobbiamo decidere cosa includere e cosa escludere dal programma del corso e come permettere al nuovo che avanza di trovare spazio, come selezionare le informazioni disponibili anche nelle banche dati specializzate e nel web. Ci troviamo al punto di partenza: come applicare il metodo scientifico al flusso impetuoso delle informazioni biomediche? Cioè, quale metodo utilizzare per selezionare rigorosamente le nuove conoscenze e come porgerle ai nostri studenti? Ci sentiamo mostruosamente ignorati ed inadeguati... ed in effetti lo siamo!

Non siamo gli unici ad es-



Tutti Scienziati! Non è un po' presto?

No, non è affatto presto, anzi è tardi!

sere permanentemente in crisi di crescita. Anche tanti altri docenti sono insoddisfatti e critici della loro didattica. Il corso di laurea in medicina e chirurgia soffre di una fondamentale differenza rispetto a quelli di altre Facoltà: è maledettamente “conservatore”. Tende infatti a trasferire agli studenti solo informazioni ben consolidate e quindi è tendenzialmente poco proiettato verso il futuro ed il nuovo. E' comprensibile: quando in gioco c'è la vita non si possono utilizzare informazioni ben sedimentate. Il nostro corso, quindi, insegna prudentemente le metodologie che “oggi” dovrebbero permettere al medico di curare al meglio. Andava benissimo nel passato ma ora appare inadeguato nel mondo delle tecnologie digitali.

Negli ultimi vent'anni il numero dei ricercatori attivi nel mondo in campo biomedico è cresciuto da poche decine di migliaia ad oltre dieci milioni. Il numero dei giornali scientifici si è moltiplicato esponenzialmente. Il numero dei settori e delle strutture di ricerca sperimentale è letteralmente esplosivo. Tutto ciò produce una mole di informazioni che raddoppia le nostre conoscenze ogni tre/quattro anni. Nel contempo, le



Figura 1.



Figura 2.

banche dati digitalizzate ed i motori di ricerca hanno permesso anche ai non addetti ai lavori di ottenere, in tempo reale, informazioni preziose prima disponibili solo a pochi. La pubblicazione on-line di lavori scientifici sta anche abbattendo progressivamente i costi di fruizione delle nuove informazioni scientifiche disponibili. Le proiezioni per il prossimo futuro sono di ulteriori enormi sviluppi della bioinformatica e delle tecnologie digitali applicate alle scienze biomediche.

Questo tsunami sta investendo e sconvolgendo il mondo della Medicina. Ha reso indispensabile mantenere un costante e permanente aggiornamento. Costringe il medico a dover competere, spesso combattere, quotidianamente con il "professor internet" per garantire al paziente una corretta informazione e la migliore terapia. Anche un docente di medicina ormai dovrebbe chiedersi quale valore aggiunto abbia la sua lezione, soprattutto quella ex cathedra, rispetto a ciò che uno studente può scaricare da YouTube. Dovrebbe insegnare come il "cicerone nel museo" o come "Indiana Jones nella foresta amazzonica"? Come applicare il metodo scientifico al flusso impetuoso delle infor-

mazioni, cioè quale metodo utilizzare per selezionarle e come trasferirlo ai colleghi studenti? La necessità di "evidenze" per supportare la ricerca, la pratica clinica ed anche la didattica, non è mai stato così urgente.

Troppo spesso infatti, l'aggiornamento medico e scientifico si basa sulla lettura di rassegne di letteratura di tipo tradizionale. Tali revisioni, per quanto autorevoli, presentano un critico punto debole rappresentato da una ricerca delle fonti primarie condotta in maniera non sistematica e non trasparente, il che lascia forti dubbi sulle raccomandazioni proposte che riflettono in gran parte la soggettiva opinione degli esperti. Siamo ancora all'ipse dixit. Ma oggi motivazioni culturali, etiche, sociali ed economiche impongono al medico di essere indipendente nella ricerca e nell'approccio critico alla letteratura biomedica, per migliorare il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e fornire al paziente in ogni circostanza la migliore assistenza basata sulle migliori evidenze^{1, 2}.

Quindi, per rispondere ai nostri quesiti iniziali, dopo parecchie discussioni e tentativi e numerosi errori, abbiamo de-

ciso di inserire nel programma del Corso una sperimentazione didattica teorico/pratica finalizzata a sviluppare negli studenti (e nei loro docenti) la capacità di gestione delle informazioni. Piuttosto che limitarli a subire passivamente il flusso informativo preconfezionato, abbiamo ritenuto più efficace trasmettere le competenze necessarie per acquisire, raccogliere e valutare le informazioni utili inerenti a tematiche scientifiche o cliniche. Abbiamo deciso, cioè, di insegnare il metodo di studio e di lavoro alla base di una delle migliori forme di letteratura scientifica quale la Revisione Sistemica. La scommessa era molto alta perché non ci nascondevamo il rischio di sovraccaricare gli studenti con un'attività aggiuntiva nell'ambito di un corso di studi già molto denso. Anche se incoraggianti risultati erano stati ottenuti nei tentativi fatti negli anni precedenti, non sapevamo se i nostri giovani colleghi avrebbero mostrato interesse o avrebbero retto lo sforzo e quali sarebbero stati i risultati.

L'attività didattica si è basata su alcune lezioni frontali introduttive sui concetti chiave inerenti il metodo scientifico e la letteratura scientifica. In seguito, sono stati introdotti

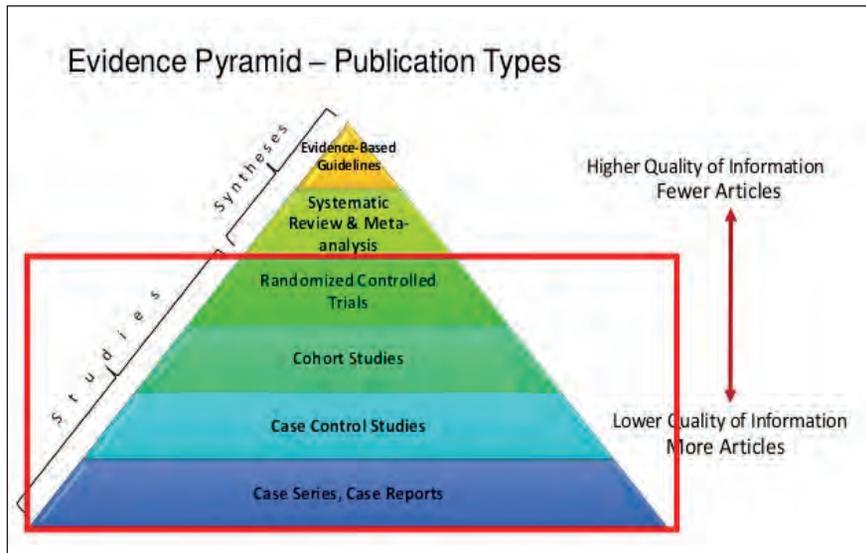


Figura 3.

alcuni degli strumenti di elezione alla base della medicina dell'evidenza: le revisioni sistematiche e le meta-analisi.

Le revisioni sistematiche (RS) (o *Systematic Reviews*) sono un importante progresso metodologico per definire in maniera scientifica lo stato dell'arte nei diversi settori della medicina. Rappresentano quindi un eccellente strumento per la formazione scientifica, la pratica clinica, l'aggiornamento e lo sviluppo di strategie decisionali di politica sanitaria. Diversamente dall'approccio tradizionale di revisione della letteratura, utilizzano gli stessi principi e rigore che ci si aspetterebbe dalle ricerche primarie^{1, 3}.

Come suggerisce il nome, esse sono sistematiche nel loro approccio e usano i metodi che sono pre-pianificati e documentati in un protocollo di revisione sistematica. Per completezza della revisione, i metodi usati sono documentati nella stesura del lavoro, come viene fatto in tutte le ricerche primarie, per dare l'opportunità all'utilizzatore di valutare la qualità della revisione sistematica.

Il passo successivo è stato quello di illustrare le fasi per la

realizzazione di una RS. Il processo di revisione sistematica prevede infatti un processo ben definito^{4, 5, 6}:

Identificazione di un problema scientifico o clinico

Lo scopo delle revisioni sistematiche è quello di rispondere a quesiti specifici, piuttosto che presentare un riassunto generale della letteratura su un argomento di interesse. I quesiti posti da queste revisioni sono gli stessi di quelli posti nelle ricerche primarie. La differenza è che per avere una revisione significativa devono esistere ricerche primarie sull'argomento. Quando si valuta l'efficacia di un intervento, un buon quesito di revisione dovrebbe avere 4 componenti, il cosiddetto P.I.C.O: 1) la Popolazione specifica che è stata investigata; 2) l'Intervento valutato; 3) il Confronto o il controllo sotto indagine; 4) l'esito di interesse o Outcome. Questo quesito forma la base per lo sviluppo del resto del protocollo, cioè fornisce alla revisione una direzione chiara.

Sviluppo di un protocollo di revisione

Il protocollo di revisione sistematica assicura che la revisione sia condotta con lo stesso rigore che ci si aspetta da tutta la ricerca. Il protocollo riveste

lo stesso ruolo della proposta di ricerca, ogni parte del processo di revisione è completamente descritto. Il protocollo definisce il/i quesito/i della revisione, quali studi saranno localizzati, valutati, selezionati e quindi sintetizzati.

Ricerca degli studi rilevanti

Una ricerca sistematica della ricerca è una delle maggiori differenze tra una review tradizionale della letteratura e una RS. Lo scopo è di identificare quanti più studi ragionevolmente possibili sull'argomento di interesse. Per ottimizzare ciò, prima di iniziare il lavoro viene sviluppata e documentata nel protocollo di revisione una strategia di ricerca completa. Comunemente viene usata una strategia che cresce in complessità, cominciando con una ricerca iniziale dei maggiori database, come PubMed, Medscape, The Cochrane Library, PsycINFO, Cinahl, etc, usando termini ampi. Questo aiuta ad identificare i termini di ricerca ottimali, da usare per condurre una ricerca completa di tutti i database di rilievo e minimizzare i rischi di bias.

Selezione degli studi rilevanti

I criteri di selezione sono utilizzati per aiutare a determinare quali studi dovrebbero essere inclusi nella revisione sistematica e questi criteri vanno documentati nel protocollo di revisione. Questi criteri documentano quale popolazione, intervento e misure di esito sono interessanti e vanno quindi a definire dettagliatamente i vari componenti del P.I.C.O. Anche i criteri di esclusione dovrebbero essere documentati. Le esclusioni possono essere correlate a problemi quali l'esclusione di specifiche popolazioni o di misure di esito. L'uso di questi criteri aiuta a proteggere la revisione dalle affermazioni rese dall'investigatore pregiudizievole, quando il revisore coscientemente o incoscientemente seleziona gli

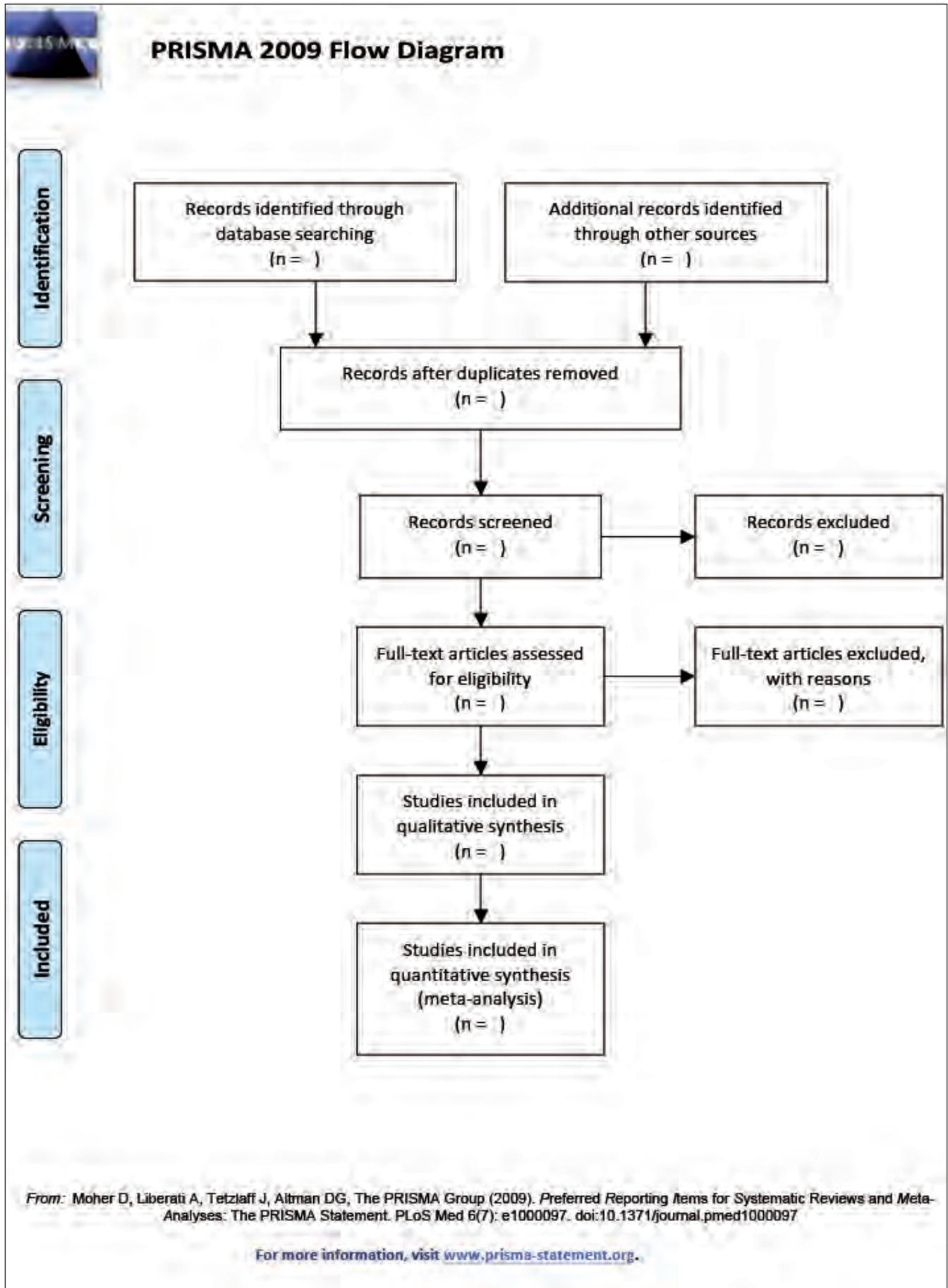


Figura 4.

studi per includerli, basandosi sui loro risultati. La selezione degli studi è stata basata sul metodo PRISMA che prevede una scrematura progressiva degli studi a partire dal titolo, per poi passare alla valutazione degli abstract, fino al full text⁷.

Valutazione della qualità delle ricerche

Una parte del processo di revisione sistematica consiste nella valutazione di tutti gli studi, in base al loro rigore metodologico, per poterli includere. L'approccio critico ha lo scopo di scoprire se i metodi, e quindi i risultati della ricerca, sono validi. Ovviamente, questa fase è stata sviluppata spesso con i docenti.

Raccolta dei dati dagli studi individuali

I dati usati dalle revisioni sistematiche derivano da studi individuali, che sono raccolti con l'aiuto di uno strumento di raccolta dati, come le griglie riassuntive. Questa fase della revisione è complicata da problemi come un'incompleta relazione dei risultati dello studio, la larga gamma di esiti comunemente usati per valutare un intervento e il modo diverso nel quale i dati sono presentati e scritti.

Sintesi dei risultati degli studi

Lo scopo di questa fase della revisione è di sintetizzare i risultati provenienti da studi individuali in modo da fornire una stima totale dell'efficacia di un intervento. Comunque, permette anche ai revisori di investigare se gli effetti di un trattamento sono grosso modo comparabili tra studi differenti, ambienti e partecipanti. Se l'effetto non è lo stesso, questa fase permette ai revisori di investigare le differenze. La sintesi è attuata da un riassunto discorsivo degli studi o, dove appropriato, da combinazioni statistiche dei dati prodotti da studi individuali.

Documentazione del metodo uti-

lizzato e dei risultati ottenuti nel report della revisione

Finalmente si può passare alla scrittura del lavoro!!

Come risultato dei metodi descritti in questo mini-protocollo, le revisioni sistematiche forniscono una sintesi delle migliori evidenze disponibili. Il rischio di errore umano durante la revisione è minimizzato avendo un metodo ben preciso da seguire. Comunque, come risultati di questi processi, le revisioni sistematiche richiedono molto tempo e sono uno sforzo dispendioso. Il prodotto finale non è solo un sommario di cosa sappiamo su un argomento, è anche una sintesi che fa emergere quali ulteriori ricerche siano necessarie.

Agli studenti sono stati proposti una vasta gamma di argomentazioni su cui indagare e per stimolare la loro fantasia ed interesse e loro, con tutti gli "strumenti in mano", si sono cimentati personalmente nella realizzazione di una review sistematica applicando il metodo di ricerca e di valutazione delle fonti precedentemente appresi.

Infine, alcune lezioni sono state dedicate ai metodi di presentazione dei dati elaborati ed alla valorizzazione dei risultati. I docenti hanno attivamente seguito, supportato ed incoraggiato l'attività degli studenti in tutte le fasi del lavoro.

Gli elaborati, circa 200, sono stati corretti e valutati dalla commissione dei docenti. In base al rigore dei materiali e metodi applicati ed all'elaborazione dei contenuti, sono stati selezionati circa 100 lavori per la partecipazione al congresso che si è tenuto lo scorso 27 gennaio.

I risultati di questa sperimentazione didattica sono stati superiori alla più ottimistica delle aspettative! Possiamo dire di aver ricevuto dai nostri

studenti molto più di quanto dato. Soprattutto, è stato gratificante l'entusiasmo, l'impegno e la serietà dimostrata da tutti in quella che poi, in fin dei conti, possiamo chiamare una "esercitazione". I nostri giovani colleghi hanno entusiasmato i professori invitati a presiedere le sessioni del congresso e quelli invitati nella commissione per giudicare i poster. Alcuni dei contributi hanno dimostrato una oggettiva qualità degna di pubblicazione su riviste specializzate.

I giovani colleghi hanno largamente preferito tematiche innovative di alto interesse scientifico: dall'impatto delle New HI-Tech nella medicina (ad es: grafene e stampa 3D) all'utilizzo della Cyberknife in neurochirurgia; dai virus oncolitici all'importanza dei microRNAs come biomarcatori diagnostici; dalla connettomica al microbiota, dal "caso Stamina" alla terapia rigenerativa, dalla musicoterapia all'informatica nell'Autismo, alla Malattia di Alzheimer, quest'ultima particolarmente approfondita in una sessione speciale.

Bibliografia essenziale

1. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3: 207-215.
2. Mulrow CD. The medical review article: state of the science. *Ann Intern Med* 1987; 106: 485-488.
3. Torgerson C. *Systematic Reviews*. London: Continuum, 2003.
4. <http://consumers.cochrane.org/healthcare-users-cochrane>
5. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org
6. Khalid S Khan, MB MSc, Regina Kunz, MD MSc, Jos Kleijnen, and Gerd Antes, Five steps to conducting a systematic review *J R Soc Med*. 2003 Mar; 96(3): 118-121.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

MANIFESTAZIONI CUTANEO-MUCOSE ED ANNESSIALI NELLA DISTROFIA MIOTONICA DI TIPO I

Melania Giannoni¹, Anna Campanati¹, Laura Buratti²,
Claudia Cagnetti², Katia Giuliadori¹, Giulia Ganzetti¹,
Mauro Silvestrini², Leandro Provinciali², Anna Maria Offidani¹

¹ Clinica Dermatologica, Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari

² Clinica Neurologica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica
Università Politecnica delle Marche, Ancona

INTRODUZIONE

La Distrofia Miotonica di tipo 1 (DM1) è la forma di distrofia muscolare più comune tra la popolazione adulta, con un'incidenza approssimativa di 1:8000 individui¹. Si tratta di un disordine ereditario di tipo autosomico dominante, caratterizzato da un complesso quadro di manifestazioni cliniche multi-sistemiche riguardanti la muscolatura scheletrica (debolezza e miotonia), l'occhio (cataratta bilaterale precoce), il cuore (difetti di conduzione), il sistema nervoso centrale (ataxia, epilessia mioclonica, problemi intellettivi sino all'Autismo), le gonadi (atrofia ed infertilità), il sistema endocrino (diabete mellito, disfunzioni tiroidee), la muscolatura liscia (difficoltà a deglutire, costipazione) ed altri organi e sistemi in misura minore. Questo coinvolgimento multi-sistemico può presentare combinazioni differenti in ciascun paziente, dando luogo ad una grande variabilità fenotipica².

La DM1 è provocata da una mutazione a carico del gene per la Distrofia Miotonica Protein Chinasi (DMPK), che consiste nell'amplificazione di un trinucleotide instabile (CTG) nella regione non tradotta 3' del

cromosoma 19 (in posizione 19q13.3).

L'RNA anomalo, stoccato nei nuclei delle cellule colpite dalla mutazione, presenta un guadagno di funzione tossico, responsabile dei differenti aspetti clinici della patologia.

L'mRNA anomalo tende infatti ad accumularsi nelle cellule, esercitando un effetto tossico mediante il legame con proteine coinvolte nel processo di splicing. La conseguenza principale della mutazione è l'alterazione del processo di sintesi proteica, responsabile finale delle manifestazioni cliniche, differenti da paziente a paziente, a seconda dei siti prevalentemente coinvolti dalla mutazione del gene^{1,3}.

In base alle considerazioni patogenetiche descritte, un coinvolgimento cutaneo in corso di DM1 appare plausibile. Tuttavia esistono pochi dati di letteratura inerenti tipo ed grado di coinvolgimento cutaneo nei pazienti affetti da DM1, la maggior parte di essi dimostra una maggiore prevalenza di alopecia androgenetica precoce⁴ e di pilomatricomi, come risultato del ruolo di DMPK nella regolazione del flusso trans-cellulare del calcio⁵.

Tuttavia, la cute rappresenta

un organo target per molteplici patologie dal background genetico (genodermatosi)^{6,7}. Pertanto, l'identificazione di nuove caratteristiche cutanee distintive di DM1 potrebbe rivelarsi un utile per la caratterizzazione dello spettro fenotipico della malattia.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio: questo studio osservazionale trasversale, è stato condotto in accordo ai principi dell' "Ethical Committee of the Helsinki Declaration" e quelli dell' "International Conference of Harmonization good clinical practice".

Popolazione studio: trenta pazienti caucasici, 15 maschi e 15 femmine, di età compresa tra 12 e 64 anni (in media 48.86 anni), affetti da DM1 (confermata da analisi genetica) presentanti gradi differenti di severità di patologia secondo la Muscular Impairment Rating Scale (MIRS)⁸ sono stati sottoposti a valutazione integrata Dermatologica e Neurologica, presso gli ambulatori della clinica Neurologica e della Clinica Dermatologica dell'Università Politecnica delle Marche.

Un gruppo di 50 pazienti caucasici equiparabili per età e sesso, in ABS, provenienti dalla

stessa area geografica ed afferenti alla Clinica Dermatologica per lo screening del melanoma, sono stati impiegati come gruppo controllo.

Procedura: tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame completo di cute e mucose e ad esame in vivo mediante videodermatoscopia digitale computerizzata, attraverso l'impiego del dermatoscopio Fotofinder Dermoscope, per indagare le caratteristiche dermatoscopiche delle lesioni cutanee.

Analisi statistica: I risultati espressi come variabili quali-

tative sono stati espressi come frequenze assolute e percentuali in tabelle di contingenza. Le differenze tra i gruppi, sono state valutate utilizzando il Test Chi-quadro per le variabili qualitative. Per valutare il rapporto tra le variabili è stata impiegata un'analisi a tipo regressione lineare.

Il livello di significatività è stato fissato a 0.05. Tutti i dati sono stati valutati mediante il software GraphPad prism 5.

RISULTATI

Il gruppo studio ed il gruppo controllo sono risultati simili

Lesioni cutanee	Pazienti [n] (%)	Controlli [n] (%)	p
Iperidrosi focale	10 (33,3%)	3(3%)	0.0001(****)
Ipercheratosi follicolare	18 (60%)	33 (33%)	0.0003 (***)
Alopecia androgenetica precoce	10 (33,3%)	13 (13)	0.001 (**)
Pitting ungueale	8 (16,6%)	6 (6%)	0.003 (**)
Fibroma pendulo	13 (43,3%)	26 (26%)	0.01 (*)
Peli torti	4 (13,3%)	7 (7%)	0.01 (*)
Dermatite seborroica	8 (26,6%)	16 (16%)	0.02 (*)
Macule di iperpigmentazione	4 (13,3%)	4 (4%)	0.03 (*)
Xerosi cutanea	14 (46,6%)	43 (43%)	n.s.
Telangiectasie	4 (13,3%)	6 (6%)	n.s.
Distrofia ungueale	4 (13,3%)	15 (15%)	n.s.
Angioma rubino	4 (13,3%)	12 (12%)	n.s.
Psoriasi	2 (6,6%)	4 (4%)	n.s.
Eczema	4 (13,3%)	15 (15%)	n.s.
Onicomicosi	3 (10%)	9 (9%)	n.s.
Leuconichia	3 (10%)	10 (10%)	n.s.
Onicocriptosis	3 (10%)	8 (8%)	n.s.
Dermatofibroma	2 (6,6%)	8 (8%)	n.s.
Prurito sine materia	2 (6,6%)	8 (8%)	n.s.
Acantosis nigricans	2 (6,6%)	4 (4%)	n.s.
Ipomelanossi guttata	2 (6,6%)	9 (9%)	n.s.
Aplasia cutis	1 (3,3%)	1 (1%)	n.s.
Acne	1 (3,3%)	5 (5%)	n.s.
Follicolite	1 (3,3%)	5 (5%)	n.s.
Pitiriasi versicolor	3 (10%)	10 (10%)	n.s.
Lentigo mucosa	1 (3,3%)	2 (2%)	n.s.
Anetoderma	1 (3,3%)	2 (2%)	n.s.
Cisti sebacea	2 (6,6%)	7 (7%)	n.s.
Cheratosi seborroica	1 (3,3%)	6 (6%)	n.s.
Ipertricosi	1 (3,3%)	3 (3%)	n.s.

Tabella 1. Aspetti cutanei ed annessiali nella DM1

Lesioni cutanee	Maschi	Femmine	p
Alopecia androgenetica precoce	100%	0%	<0.0001 (****)
Peli torti	73.4%	26.6%	<0.0001 (****)
Dermatite seborroica	73.4%	26.6%	<0.0001 (****)

Tabella 2. Aspetti cutanei nella DM1 in relazione al sesso di appartenenza

per età, genere, ed altri rilevanti fattori di rischio per melanoma e “non-melanoma skin cancer” (esposizione solare, familiarità e fototipo).

Nessuno tra gli appartenenti al gruppo studio ed al gruppo controllo aveva precedentemente ricevuto diagnosi di melanoma o “non-melanoma skin cancer”.

La prevalenza delle lesioni osservate nei pazienti e controlli è descritta nella tabella 1.

Nessuna differenza significativa, in termini di prevalenza, è stata rilevata tra pazienti sani e soggetti affetti da DM1 eccetto per: iperidrosi focale (p<0,0001), ipercheratosi follicolare (p=0.0003), alopecia androgenetica precoce (p=0.01), pitting ungueale (p=0,003), fibromi molli della cute (p=0,01), peli torti (p=0.01), dermatite seborroica (p= 0.02), macule di iperpigmentazione (p=0.03), che sono risultate significativamente prevalenti nei pazienti affetti da DM1.

Nel gruppo dei pazienti, nessuna differenza nella prevalenza delle lesioni cutanee è emersa in relazione al sesso, eccetto per: alopecia androgenetica (p<0.0001), dermatite seborroica (p<0.0001) e peli torti (p<0.0001), caratteristiche selettivamente più espresse nei maschi (Tab. 2).

Inoltre, nessuna correlazione è emersa tra il grado di coinvolgimento cutaneo, espresso come numero di lesioni che interessano simultaneamente i pazienti e la gravità della DM1 misurata tramite MIRS e numero di ripetizione delle triplete (Figg. 1, 2).

L'aspetto clinico delle lesioni d'interesse rilevante è riportato nella figura 3.

DISCUSSIONE

Questo studio osservazionale è stato condotto al fine di indagare il coinvolgimento cutaneo nei pazienti affetti da

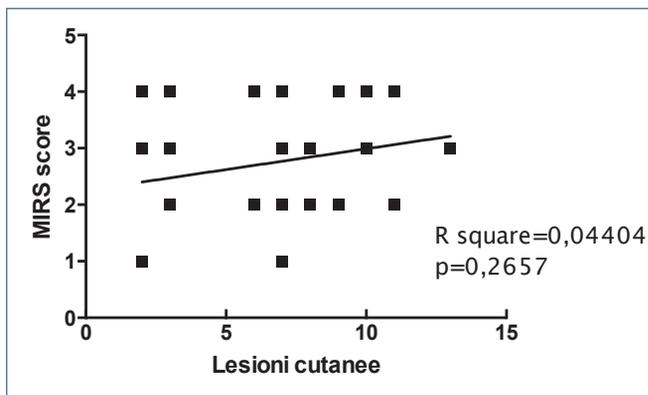


Figura 1. Correlazione tra coinvolgimento cutaneo e profilo genotipico

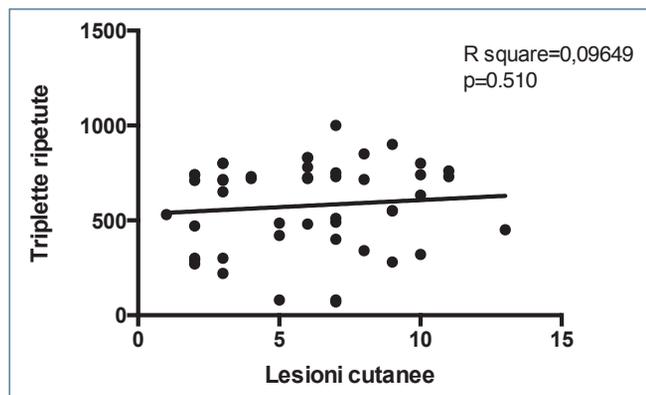


Figura 2. Correlazione tra coinvolgimento cutaneo e severità di malattia



Figura 3. Aspetti cutanei nella DM1; a) ipercheratosi follicolare; b) fibroma molle; c) Iperidrosi focale; d) alopecia androgenetica precoce; e) pitting ungueale; f) dermatite seborroica; g) peli torti; h) macule di iperpigmentazione.

DM1, mediante un approccio diagnostico integrato neurologico e dermatologico e l'impiego di tecniche di imaging in vivo.

La DM1 è dovuta all'espansione di una tripletta polinucleotidica CTG in un locus presente sul cromosoma 19 (19q13.3). L'mRNA anomalo, stoccato nei nuclei delle cellule colpite da mutazione, presenta un guadagno di funzione che

risulta tossico e responsabile dei differenti aspetti clinici della patologia.

I risultati del nostro studio mostrano che i pazienti affetti da DM1 sono più frequentemente affetti da ipercheratosi follicolare, fibromi molli della cute, iperidrosi focale, alopecia androgenetica precoce, pitting ungueale, dermatite seborroica, peli torti, macule di iperpigmentazione, rispetto

ai soggetti non affetti da DM1 (Fig. 2).

Un aspetto intrigante, emerso nel corso della valutazione integrata dei pazienti è stata la maggior prevalenza, di patologie annessiali (ipercheratosi follicolare, pitting ungueale, iperidrosi focale, peli torti, alopecia androgenetica precoce) rispetto alle manifestazioni cutanee (dermatite seborroica, macule di iperpigmentazione, fibromi molli).

Studi precedenti riportano un frequente coinvolgimento annessiale in corso di DM1: pilomatricoma^{9,13} e cisti follicolari¹⁴.

Questo aspetto è probabilmente correlato ad una potenziale influenza da parte di DMPK nel processo di differenziazione delle cellule staminali follicolari¹⁵.

A differenza dei precedenti dati riportati in letteratura, nel nostro studio non è stata dimostrata alcuna prevalenza di pilomatricoma o cisti follicolari nei pazienti malati rispetto ai soggetti sani.

Nel corso degli ultimi tre anni, l'associazione tra la mutazione genica specifica della DM1 e la prevalenza dei tumori cutanei è stata frequentemente oggetto di studio.

L'espansione della ripetizione CTG appare più marcata nel tessuto tumorale rispetto ai tessuti non-tumorali^{16,18}, probabilmente perché la ripetizione delle sequenze potrebbe

portare ad instabilità del DNA, provocando un'aumentata predisposizione neoplastica¹⁸.

La stessa mutazione genetica può essere coinvolta nello sviluppo di altre manifestazioni cutanee nella DM1: l'espansione della ripetizione di CTG può essere correlata all'instabilità della DMPK cutanea, modificandone la sua funzione fisiologica, creando così un prerequisito per le manifestazioni annessiali e cutanee⁹. Anche se il ruolo funzionale di DMPK non è stato ancora completamente descritto, esistono evidenze circa il suo ruolo nella omeostasi del Ca²⁺ e nel processo di trasduzione del segnale^{15,19}.

Nelle cellule epidermiche, il calcio influenza il comportamento e la differenziazione degli elementi cellulari: a basse concentrazioni di calcio (0.02-0.01 mM) si assiste ad un aumento del tasso di proliferazione cellulare e ad una riduzione della differenziazione terminale¹⁵. Lo sbilanciamento conseguente tra proliferazione e differenziazione cellulare potrebbe essere, in ultima analisi, responsabile delle anomalie annessiali.

Nel nostro studio non sono emerse differenze significative nella prevalenza delle lesioni cutanee in relazione al sesso di appartenenza, ad eccezione di: alopecia androgenetica precoce, peli torti e dermatite seborroica la cui prevalenza è risultata maggiore nei pazienti affetti da DM1 di sesso maschile.

Le manifestazioni cutanee nel loro complesso non correlano con la severità di malattia misurata mediante MIRS e questo potrebbe dipendere

dall'ampio spettro di severità clinica della DM1.

CONCLUSIONI

Questo studio aggiunge nuovi dettagli alla caratterizzazione fenotipica dei pazienti affetti da DM1.

Le nostre osservazioni non supportano l'esistenza di specifiche caratteristiche cutanee o mucosali di malattia ed escludono una maggiore prevalenza di lesioni cutanee preneoplastiche o neoplastiche nella DM1.

Tuttavia abbiamo notato una maggior prevalenza di interessamento delle strutture annessiali. Quest'ultimo aspetto merita ulteriore considerazione, al fine di chiarire il possibile ruolo della presenza di DMPK e l'associazione con il numero di sequenze ripetute CTG nelle cellule costituenti l'unità follicolo-sebacea apocrina.

Bibliografia

- Romeo V (2012) Myotonic Dystrophy Type 1 or Steinert's disease *Adv Exp Med Biol.*724:239-57.
- Machuca-Tzili L, Brook D, Hilton-Jones D (2005) Clinical and molecular aspects of the myotonic dystrophies: a review. *Muscle Nerve* 32:1-18.
- Gladman JT, Mandal M, Srinivasan V, Mahadevan MS (2013) Age of Onset of RNA Toxicity Influences Phenotypic Severity: Evidence from an Inducible Mouse Model of Myotonic Dystrophy (DM1). *PLoS One.*8(9):e72907.
- Finsterer J, Fellingner J (2011) Alopecia as a prominent feature of myotonic dystrophy type 1. *Rev Invest Clin* 63(3):322-4
- Sherrod QJ, Chiu MW, Gutierrez M (2008) Multiple pilomatricomas: cutaneous marker for myotonic dystrophy. *Dermatol Online J* 15:14(7):22.
- Schulz EJ (1994) Genodermatoses. *Dermatol Clin* 12(4):787-96.
- Campanati A, Marconi B, Penna L, Paolinelli M, Offidani A (2002) Pronounced and early acne in Apert's syndrome: a case successfully treated with oral isotretinoin. *Eur J Dermatol* 12(5):496-8.
- Mathieu J, Boivin H, Meunier D, Gaudreault M, Bégin P (2001) Assessment of a disease-specific muscular impairment rating scale in myotonic dystrophy. *Neurology* 56:336-40
- Emanuela B, Massimiliano N, Valentina D, Mario D (2002) Multiple pilomatricomas and Steiner disease. *European Journal of Dermatology* 12(3):293-4.
- Berberian BJ, Colonna TM, Battaglia M, Sulica VI (1997) Multiple pilomatricomas in association with myotonic dystrophy and a family history of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 37(2 Pt 1):268-9.
- Udd B, Krahe R, Wallgren-Pettersson C, Falck B, Kalimo H (1997) Proximal myotonic dystrophy— a family with autosomal dominant muscular dystrophy, cataracts, hearing loss and hypogonadism: heterogeneity of proximal myotonic syndromes? *Neuromuscul Disord* 7:217-28.
- Susskind D, Rohrbach JM, Besch D, Jaissle GB. (2010) Bilateral tumors of the eyebrows. *Ophthalmologie* 107(6):558-61.
- Popescu E, Trandafir V, Trandafir D, Ferariu D (2011) Malherbe's calcifying epithelioma—comment on two clinical cases. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 115(2):579-83
- Nishie W, Iitoyo M, Miyazawa H (2001) Follicular cyst in a patient with myotonic dystrophy: a case of cyst with differentiation toward follicular infundibulum, isthmus, inner root sheath, and hair. *Am J Dermatopathol* 23(6):521-4.
- Hennings H (1980) Calcium regulation of growth and differentiation of mouse epidermal cells in culture. *Cells* 19:245.
- Zemtsov A (2010) Association between basal, squamous cell carcinomas, dysplastic nevi and myotonic muscular dystrophy indicates an important role of RNA-binding proteins in development of human skin cancer. *Arch Dermatol Res* 302(3):169-70.
- Itin-PH; Laeng-RH (2001) Multiple pigmented basal cell carcinoma of scalp in a patient with Myotonia dystrophica Curschmann-Steinert. *Hautarzt* 52(3):244-246.
- Bañuls J, Botella R, Palau F (2004) Tissue and tumor mosaicism of the myotonin protein kinase gene trinucleotide repeat in a patient with multiple basal cell carcinomas associated with myotonic dystrophy. *J Am Acad Dermatol* 50(2 Suppl):S1-3.
- Ueda H, Ohno S, Kobayashi T (2000) Myotonic dystrophy protein kinase. *Prog Histochem Cytochem* 35:187-251.

IL CONTROLLO GLICEMICO INFLUENZA LA PROGNOSI DELL'ICTUS ISCHEMICO NEI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO

Simona Lattanzi
Leandro Provinciali
Mauro Silvestrini

Clinica di Neurologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università Politecnica delle Marche, Ancona

INTRODUZIONE

Gli eventi cardio- e cerebrovascolari rappresentano nei Paesi industrializzati una delle principali cause di morte e disabilità ed uno dei principali determinanti della spesa sanitaria. Forti evidenze supportano la relazione di causalità tra ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, tabagismo, sedentarietà, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno ed eventi vascolari, ed il controllo dei suddetti fattori di rischio modificabili rappresenta una delle più efficaci strategie di prevenzione primaria e secondaria¹.

I pazienti affetti da diabete mellito (DM) presentano una incidenza di ictus tre volte maggiore rispetto ai soggetti non diabetici, ed il mantenimento di valori glicemici entro opportuni intervalli è in grado di ridurre significativamente tale rischio. Sebbene noto come l'emoglobina glicata plasmatica (HbA1c), esame laboratoristico effettuato di routine nei pazienti affetti da DM per valutarne l'andamento glicemico nel corso del tempo, possa predire il rischio di complicanze croniche micro- e macroangiopatiche, il suo ruolo prognostico nella patologia cerebrovascolare acuta è ancora oggetto di discussione². L'obiettivo del nostro studio è stato valutare nella popo-

lazione diabetica affetta da ictus ischemico acuto la relazione tra i livelli di emoglobina glicata ed il recupero funzionale.

MATERIALI E METODI

I pazienti con ictus ischemico acuto ricoverati tra gennaio 2012 e gennaio 2015 presso la Stroke Unit dell'Università Politecnica delle Marche entro 24 ore dall'esordio dei sintomi e con diagnosi nota di DM sono stati retrospettivamente selezionati. I principali parametri raccolti sono stati i dati demografici ed anamnestici, il punteggio ottenuto alla National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) alla valutazione neurologica iniziale quale indicatore della severità dell'ictus, la glicemia all'ingresso, il valore di HbA1c determinato entro 24 ore dal ricovero, ed il punteggio ottenuto alla modified Rankin Scale (mRS) a 3 mesi dall'evento cerebrovascolare acuto quale indicatore dello stato funzionale. Abbiamo assunto valori di HbA1c <7% e ≥7% per differenziare rispettivamente i soggetti con adeguato ed inadeguato controllo glicemico³. È stato identificato lo stato funzionale a tre mesi dall'ictus come variabile di outcome e definito outcome favorevole un valore alla mRS compreso tra 0 e 2, ed outcome sfavorevole un valore compreso

tra 3 e 6. I confronti tra variabili sono stati condotti mediante i test t di Student, Mann-Whitney o Chi-quadro; la relazione tra HbA1c ed outcome clinico è stata analizzata mediante regressione logistica, prima e dopo correzione per potenziali variabili di confondimento.

RISULTATI

Nello studio sono stati inclusi 112 pazienti con età media pari a 70.1±10.3 anni (tabella). Il valore medio di HbA1c è risultato pari a 7.7±1.4%, ed i soggetti con HbA1c <7% sono stati 39 (34.8%). A tre mesi dall'insorgenza dell'ictus, uno scarso recupero funzionale è stato riscontrato in 35 (31.3%) pazienti; dei pazienti con adeguato controllo glicemico, 33 (84.6%) hanno avuto un outcome favorevole in confronto a 44 (60.3%) dei soggetti con valori di HbA1c ≥7% (p=0.008; figura). Il rischio di outcome sfavorevole è risultato significativamente associato al controllo glicemico subottimale all'analisi di regressione logistica univariata (OR 3.66 [95% CI 1.34-9.95], p=0.011) e multivariata (OR 11.99 [95% CI (2.16-66.51)], p=0.004).

DISCUSSIONE

Il primo risultato dello studio meritevole di riflessione è rap-

	HbA1c <7% (n=39)	HbA1c ≥7% (n=73)	p value
Età (media (SD)) (anni)	70.8 (8.6)	69.7 (11.1)	0.592a
Genere, donne (no. (%))	14 (35.9)	31 (42.5)	0.499b
Livello di educazione (mediana (IQR)) (anni)	8 (5-13)	5 (5-8)	<0.001c
Abitudine tabagica (no. (%))	10 (25.6)	17 (23.3)	0.781b
Ipertensione (no. (%))	31 (79.5)	56 (76.7)	0.737b
Dislipidemia (no. (%))	14 (35.9)	36 (49.3)	0.174b
Fibrillazione atriale (no. (%))	6 (15.4)	15 (20.6)	0.505b
Obesità (no. (%))	14 (35.9)	28 (38.4)	0.798b
Malattia cardiaca coronarica (no. (%))	14 (35.9)	14 (19.2)	0.052b
Pregresso TIA/ictus ischemico (no. (%))	6 (15.4)	21 (28.8)	0.335b
Sottotipo di ictus (criteri TOAST) (no. (%))			
Aterosclerosi dei grossi vasi	11 (28.2)	16 (21.9)	0.459b
Cardioembolismo	5 (12.8)	17 (23.2)	0.184b
Occlusione dei piccoli vasi	13 (33.3)	24 (32.9)	0.961b
Altra eziologia determinata	2 (5.13)	3 (4.1)	0.804b
Causa indeterminata	8 (20.5)	13 (17.8)	0.727b
NIHSS all'ingresso (mediana, (IQR))	8 (6-11)	8 (7-10)	0.973c
Glicemia all'ingresso (media (SD)) (mg/dl)	170.6 (63.7)	197.1 (62.8)	0.036a
HbA1c (media (SD)) (%)	6.5 (0.4)	8.4 (1.3)	<0.001a

^a t- test. ^b Chi-quadro test. ^c Mann-Whitney test.
IQR=range interquartile, NIHSS= National Institutes of Health Stroke Scale, SD=standard deviation, TIA=attacco ischemico transitorio.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti

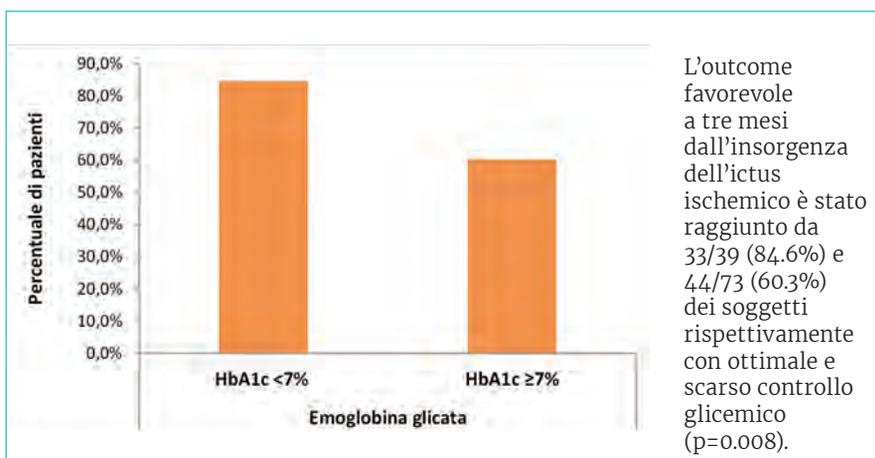


Figura 1. Emoglobina glicata e prognosi clinica

presentato dalla ridotta percentuale di pazienti con adeguato controllo glicemico. Il dato appare di importante rilievo clinico considerando la nota associazione tra iperglicemia cronica e complicanze vascolari: si stima che in soggetti affetti da DM di tipo 2, ogni incremento percentuale di HbA1c si associ ad un aumento pari al 13-18% del rischio di eventi cardiovascolari, all'11-15% del rischio di stroke, ed al 25% del rischio di mortalità cardiovascolare (4). La realtà emersa nello studio riflette peraltro

una situazione molto simile a quella di altri Paesi occidentali, sottolineando ad un tempo sia il gap esistente tra l'evidence-based medicine e la pratica clinica, sia l'esigenza di implementare le strategie di prevenzione.

Il secondo risultato di rilievo risiede nell'associazione tra controllo glicemico sub-ottimale ed outcome sfavorevole dopo ischemia cerebrale. Il recupero successivo ad un ictus è in gran parte riconducibile ai meccanismi di plasticità sinaptica e neuronale delle regioni

cerebrali risparmiate dall'infarto. La disfunzione metabolica e vascolare indotta dall'esposizione protratta a valori di glicemia abnormemente elevati è in grado di compromettere le capacità innate di neo-vascolarizzazione riparativa e rigenerazione neuro-funzionale^{5,6}. Gli effetti deleteri dell'iperglicemia cronica sulla struttura e sulla funzione del distretto vascolare si traducono inoltre nella compromissione della vascolarizzazione della penombra ischemica, e nell'incremento della suscettibilità dell'area ischemica al danno da ri-perfusione (7,8). L'insoddisfacente controllo glicemico può peraltro essere un marcatore indiretto di una scarsa attenzione nei confronti delle abitudini di vita e del trattamento di concomitanti fattori di rischio vascolari e comorbidità cliniche potenzialmente in grado di influenzare la qualità della prognosi.

L'interpretazione dei risultati deve tener conto di alcuni limiti dello studio quali la natura osservazionale e retrospettiva, la ridotta numerosità campionaria, la mancanza di dati di neuroimaging ed emodinamica cerebrale che hanno precluso la possibilità di analisi per sottogruppi.

CONCLUSIONI

Sebbene le attuali linee guida internazionali suggeriscano il trattamento aggressivo di ogni fattore di rischio vascolare modificabile come una delle principali strategie di prevenzione, la gestione del DM si rivela ancora inadeguata in una significativa proporzione di soggetti. L'inadeguato controllo glicemico non solo aumenta il rischio di sviluppare eventi cerebrovascolari, ma è anche in grado di influenzarne negativamente la prognosi, e rappresenta pertanto un notevole costo in termini sociali e di qualità della vita.

Bibliografia a pagina 40

ALLE ORIGINI DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

Jean Baptiste Pussin, un antesignano nella Francia della Rivoluzione

Giordano Cotichelli

Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche, Ancona

Negli anni di prigionia in Germania, durante la Seconda Guerra Mondiale, lo storico ed accademico di Francia, Fernand Braudel tiene una serie di conferenze ai suoi compagni di sventura le quali, in seguito, verranno raccolte parzialmente in un piccolo volume dal titolo: “Storia, misura del mondo”¹. Il senso delle conferenze è sintetizzato dall’elaborazione teorica di Braudel che, rifacendosi agli studi di Levebre e di Bloch e della rivista de *Les Annales*, introduce una visione articolata della storia che supera la ristretta dimensione evenemenziale, quella propria della quotidianità, legata a personaggi ed avvenimenti, e la rimanda ad una proiezione temporale ampia. E’ *l’Histoire de longue durée* caratterizzata da un metodo e da una struttura che scompongono i fatti umani ora in avvenimenti continui, rapidi, in successione i quali si comportano come la forza delle acque che increspano la superficie di un fiume, ora in momenti più lenti, ponderati, di cambiamento progressivo con un livello più profondo dove lo studioso riesce a cogliere il senso generale delle cose; in una lettura policentrica che si fa forza degli apporti di altre discipline: dalla sociologia alla statistica, dall’economia alla geografia ed altre ancora. L’insegnamento di Braudel rivoluziona la concezione della sto-

ria condizionando in un quadro di più ampio respiro i successivi studi e ricerche. Lungo questa prospettiva articolata si può spiegare una valutazione inedita in relazione alla storia della professione infermieristica che, in questi ultimi anni, ha sviluppato una serie di studi a livello nazionale, ponendosi di fatto su un piano di ragguardevole peso rispetto alla scuola anglosassone, ormai in attività da molti decenni.

Seguendo la chiave interpretativa di Braudel la stessa Florence Nightingale, fondatrice della moderna professione assistenziale, assurge a espressione di un portato contestuale più ampio ed articolato, strettamente legato ai primi decenni dell’epoca contemporanea in cui molte figure di medici, infermieri, educatori e riformatori in generale risaltano nella storia del progresso scientifico, del cambiamento, della ricerca e dell’innovazione.

Peculiare in tutto ciò non è solo la caratteristica del singolo personaggio che di volta in volta risalta rispetto al suo contesto storico, ma la metodicità scientifica che caratterizza le sue azioni. Come nel caso dell’infermiera anglo-giamicana Mary Seacole che divulga e mette in opera le innovative teorie epidemiologiche del medico inglese John Snow; oppu-

re della “direttore sanitario” Cristina Trivulzio di Belgioioso che riuscirà, assieme ad altre otto donne, ad organizzare nove ospedali, nella Roma repubblicana del 1849. Per un brevissimo tempo verrà anche aperta una scuola per infermieri che purtroppo chiuderà con la fine della repubblica. Tutta una serie di figure e personaggi – Elisabeth Fry e John Howard sul campo dell’assistenza sociale tanto per fare un’ulteriore citazione – risaltano nell’impegno riformatore delle strutture assistenziali del loro tempo. In questo quadro generale si pone in rilievo un antesignano della ricerca infermieristica, più di mezzo secolo prima della Nightingale. Il nome è quello di Jean Baptiste Pussin che sviluppa, su basi empiriche, i suoi studi legati all’osservazione e all’esperienza nella cura e nell’assistenza dei malati di mente nella Francia della fine del XVIII secolo, pioniere di quel *Trattamento morale* che in seguito verrà ulteriormente sviluppato dal medico francese Philippe Pinel.

Jean Baptiste Pussin nasce a Lons-le-Saunier, nel Giura francese, il 29 settembre 1745. Figlio di una famiglia di conciatori si avvia anche lui alla stessa attività. All’età di 25 anni si ammala di scrofola, una forma di adenite tubercolare molto grave al tem-



Hôtel de Dieu, Paris. Il primo Ospedale in cui fu ricoverato Pussin all'inizio della sua malattia. Cortile interno (foto Cotichelli, 2014)



Hôpital de Bicêtre, Paris. Padiglione interno simile a quello in cui erano ricoverati les aliénés (foto Cotichelli, 2014).



Litografia tratta dal quadro realizzato da Tony Robert-Fleury nel 1876. Pussin è la prima figura maschile, con grembiule, a partire da sinistra

po e di difficile cura. Ricoverato all'ospedale parigino de l'Hôtel de Dieu, dopo poco tempo, considerato come incurabile, viene trasferito all'Hôpital de Bicêtre, dove rimane per molti anni fino a quando, nel 1780 viene considerato completamente guarito ed assunto come lavorante. Dopo cinque anni viene nominato sorvegliante del reparto dei pazienti psichiatrici incurabili presso l'ala Saint Prix. Il reparto si trova nel Padiglione Nove, considerato un luogo inavvicinabile per l'aria mefitica che vi si respira, come descrivono le cronache dell'epoca³; al primo piano ci sono i bambini infermi, poi gli anziani, gli idioti e gli imbecilli (secondo le categorie dell'epoca),

gli epilettici ed infine i folli. Si registrano 249 stanze di degenza (poco più di una cella nelle dimensioni), con una capienza di 2 persone. I furiosi sono contenuti da una catena, mentre i meno agitati dormono in enormi stanzoni di 60 letti. Le stanze sono fredde, sporche, i letti in genere costituiti da pagliericci immondi brulicanti di insetti e parassiti, in mezzo ad ogni sorta di immondizie ed avanzi di cibo. In questo ambiente malsano una umanità dimenticata passa la sua esistenza vedendo raramente la luce del sole anche quando la buona stagione lo permetterebbe.

Pussin affronta da subito le molte problematiche presenti,

prima in qualità di sorvegliante poi come gouverneur, sorta di figura apicale per l'organizzazione dei servizi e dei costi di gestione; quasi un moderno infermiere psichiatrico con un incarico di dirigente dipartimentale. In questo clima Pussin porta avanti il suo lavoro: assistenziale, organizzativo e di ricerca. Su apposite schede, da lui preparate, annota ogni osservazione pertinente il servizio e i dati generali dei pazienti⁴: età, sesso, anno di entrata, dimissioni, durata della degenza, tipo di disturbi e effetto delle cure. Un lavoro che porta avanti per un arco di tempo di 13 anni: dal 1784 al 1797, e che metterà in evidenza importanti elementi per migliorare la qualità della vita dei pazienti: dalla condizione di vita e degenza, dall'alimentazione, all'efficacia delle terapie, molto spesso meri strumenti di tortura e di umiliazione.

In base ai rilievi fatti Pussin migliora l'alimentazione, carente sul piano quantitativo e qualitativo, notandone le ricadute sia sulla salute in generale sia sullo stesso umore del paziente. Migliorano anche le condizioni igieniche degli internati e dei luoghi di degenza, e vengono incentivate le visite dei familiari e il loro stesso coinvolgimento nelle prestazioni terapeutiche, notandone il beneficio rispetto al totale isolamento ed abbandono. Sul piano terapeutico degli accessi di follia, elimina l'uso

del salasso, delle percosse e dei maltrattamenti in generale e in particolar modo toglie l'uso delle catene di contenzione, ricorrendo solo occasionalmente, nei casi più refrattari, all'uso della camicia di forza. In tutto ciò inoltre Jean Baptiste sottolinea continuamente la necessità di ricostruire le condizioni funzionali ad una vita dignitosa da parte dell'internato, l'importanza della relazione terapeutica, lo sviluppo della fiducia, il trattamento con dolcezza degli ammalati, l'obiettivo di diminuire l'infelicità⁵. Scopre l'importanza del lavoro e di come questo possa rendere meno vuote le giornate degli internati; dare un senso ed una dignità alla loro persona. Apre insomma allo sviluppo di quella che in seguito verrà definita come ergo-terapia.

Pussin lavora, vive, osserva e scrive, annota, verifica. Stila tabelle del movimento dei pazienti, elabora statistiche, e verifica in continuazione l'esito degli interventi, dei cambiamenti, degli obiettivi mancati o raggiunti. In questo quadro di intensa attività il rapporto di Pussin con le autorità politiche e sanitarie del tempo è abbastanza altalenante, in alcuni momenti gli è riconosciuto il merito delle innovazioni che sta apportando alla vita degli internati, in altri, specie in coincidenza con le fasi più difficili del contesto politico (si è in pieno terrore rivoluzionario), rischia addirittura l'accusa di tradimento. Ed è in questo clima abbastanza convulso che l'11 settembre del 1793 arriva a Bicêtre un medico proveniente dall'Ospedale di Salpêtrière: Philippe Pinel. Il suo è un incarico generico, inviato presso l'Ospedale in qualità di medico delle infermerie. Da subito rivolge la sua attenzione al padiglione di Saint Prix e si trova di fronte ai cambiamenti e alle ricadute positive apportate dall'infermiere di Lons-le-Saunier. Nota in particolare l'abolizione dell'uso delle ca-

tene di contenzione ed in questo chiede lumi all'infermiere: "Cosa accade quando un folle in piena crisi viene liberato dalle catene?", domanda il medico. "Si calma", è la risposta laconica ma illuminante di Pussin⁶. Il sodalizio fra i due è quasi immediato e proseguirà con ricadute positive nello sviluppo di una concezione moderna della psichiatria che farà da battistrada per gli studi successivi. Nel 1802, quando Pinel diventerà direttore sanitario presso l'Ospedale di Salpêtrière, chiamerà Pussin a continuare anche in quel nosocomio l'opera portata avanti a Bicêtre. Pussin vi resterà fino agli ultimi giorni della sua vita, assieme ad una sua collega infermiera che negli anni lo aveva aiutato e che nel frattempo è diventata sua moglie: Margherite Jubline (1754 - ?). L'ex-conciatore se ne andrà per sempre il 7 aprile del 1811. Al suo posto Pinel chiamerà un medico: Jean-Étienne Dominique Esquirol, colui che, confrontandosi con le moderne teorie del metodo non costrittivo espresse dal medico inglese John Conolly, e facendo tesoro del Trattamento morale sviluppato da Pussin e Pinel, sarà uno dei padri fondatori della moderna psichiatria⁷.

Nel 1876 il pittore Robert Fleury rende omaggio ai due personaggi con un quadro dal titolo: *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795*⁸. Il medico è raffigurato quasi al centro della composizione e dietro di lui si staglia una figura quasi anonima, in posizione defilata ma in posa dignitosa. E' Jean Baptiste in quella che forse è l'unica immagine giunta ai posteri. Il pittore non rende, in questo, omaggio all'infermiere, ponendolo quasi in una posizione ancillare. In seguito però storici, psichiatri e infermieri riscopriranno la figura di Jean Baptiste al punto tale che alcune scuole francesi di infermieristica sono dedicate a lui e ancora oggi è visibile, all'en-

trata dell'Ospedale di Bicêtre, a Parigi, dove Pussin lavorò per 22 anni, una lapide nera che ricorda l'opera dell'ex-conciatore. La ricostruzione della storia di Pussin si ferma qui e rimanda alle tesi iniziali di una metodologia storiografica dove il singolo avvenimento, la storia evenemenziale, trascende le umane vicende e supera, nonostante il singolo personaggio e accadimento, e riconsegna uno scenario ampio, in cui il passaggio di un'epoca vede tensioni e saperi proiettati verso un cambiamento che si carica di conoscenze scientifiche, di metodologia della ricerca, di innovazioni cliniche ed assistenziali. Una storia profonda che riconsegna due figure umane, quella di Pussin e di Pinel, che diventano emblematiche di una dimensione di multi - professionalità che molto spesso ancora oggi stenta a realizzarsi ma che, in epoca remota, già aveva dimostrato la sua validità lungo la strada del progresso scientifico ed umano.

Bibliografia

1. Braudel F. Storia, misura del mondo. Il mulino, Bologna 1998, p. 113;
2. Cotichelli G. Prima di Florence Nightingale: personalità e contesti della nascita della professione infermieristica contemporanea. Giornale di storia contemporanea. 2015; vol. 1, Fascicolo XVIII, pag. 133 - 150;
3. Anonyme, Mémoire sur Bicêtre, 1760-1761; A.N., F15 1861
4. Pinel P. "Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie," Parigi, 1801, trad. it. "La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale," Marsilio, Venezia, 1987;
5. Malvarez S, e Ferro O.R. "Infermiere Pussin: riflessioni su un silenzio della storia delle idee psichiatriche," in A. De Bernardi-R. Mezana-B. Norcio, a cura di, "Salute Mentale. Pragmatica e complessità," Centro studi e ricerche regionale per la salute mentale Regione Autonoma Friuli-Venezia -Giulia, Trieste, 1992, vol.1, pp.175-199.
6. Caire M, Pussin, avant Pinel, L'Information psychiatrique, 1993,69, 6: 529-538
7. Dora BW. Philippe Pinel et l'abolition des chaînes: un document retrouvé, L'Information psychiatrique, 1980, 56, 2.
8. Jean-Pierre Schuster, Nicolas Hoertel, and Frédéric Limosin, The man behind Philippe Pinel: Jean-Baptiste Pussin (1746-1811)-psychiatry in pictures, The British Journal of Psychiatry 198.3 (2011): 241-241.

IL TIROCINIO CLINICO NEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Progettazione di un sistema di valutazione del percorso da parte dello studente

Giuditta Ferrini, Laura Fermani
Tania Paoltroni, Doriana Alessandrini, Malisa Doria

Scienze infermieristiche
Università Politecnica delle Marche, Ancona

INTRODUZIONE

Il Corso di Laurea in Ostetricia (CLO), appartenente alla classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (classe SNT/1), si articola in tre anni ed è istituito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche dall'A.A. 2011-12 (precedentemente attivato con il vecchio ordinamento). Tale Corso di Laurea prevede 180 CFU complessivi, articolati su tre anni di corso, di cui 3 per i laboratori preclinici e 68 da acquisire in attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionali (Attività Didattica Professionalizzante). Il tirocinio, definito come *"...l'insieme delle esperienze circoscritte nel tempo, formalizzate da un processo educativo, assistite da esperti con possibilità di verifiche in itinere e finali"* (Sarchielli, 1991)¹ rappresenta lo strumento principale attraverso il quale gli studenti apprendono il saper fare/saper essere dell'arte ostetrica. Esso si svolge nelle strutture sanitarie, dove lo studente è affidato alla guida di tirocinio il cui compito è di seguirlo nelle attività previste dalle Unità Operative/SOD/Servizi di appartenenza, verificarne il raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati dalla programmazione

didattica e partecipare alla formulazione del giudizio finale.

Per gli studenti il tirocinio rappresenta l'occasione di apprendimento privilegiata in cui le caratteristiche della guida/tutor sono in grado di influenzare la qualità dell'esperienza e delle competenze acquisite; è necessario quindi mantenere sempre a livelli di eccellenza lo standard di queste figure, così come il setting di tirocinio in generale. Analizzando le criticità rilevate nel percorso di studi (attraverso la stesura del Rapporto di Riesame Annuale ai sensi della normativa ANVUR e ISO 9001:2008) si è evidenziata la necessità di monitorare la qualità del percorso di tirocinio tramite uno strumento di valutazione ad uso dello studente, come già previsto per le attività di didattica frontale.

Obiettivo generale del progetto è stato quello di migliorare e rendere tracciabile il sistema di valutazione del tirocinio da parte dello studente al fine di migliorarne la qualità percepita.

In queste righe si vuole riassumere e presentare un lavoro complesso, svolto nei due anni accademici scorsi (2013-14 e 2014-15) i cui obiettivi specifici sono stati:

Per il primo anno il reperimento di fonti bibliografiche e documentali e la successiva creazione di un questionario ad hoc.

Per il secondo anno la somministrazione in via sperimentale del questionario e la validazione statistica dello stesso.

Appurato che lo studente viene sostenuto e valutato in ogni momento del suo percorso di formazione, per evidenziarne ed eliminarne le lacune e quindi migliorare le performance, si crea l'esigenza di valutare chi valuta al fine di elevare la qualità della proposta formativa e questo sia a livello della didattica frontale tradizionale che a livello di didattica professionalizzante.

In Italia, per quanto riguarda la formazione clinica degli studenti delle professioni sanitarie, lo strumento di valutazione del percorso di tirocinio è il CLES (*Clinical Learning Environment and Supervision*) che ha individuato nella relazione con il tutor, nel livello qualitativo dell'assistenza infermieristica erogata, nella cultura tutoriale e nel clima di reparto e stile di leadership del coordinatore infermieristico, le variabili che influenzano l'apprendimento clinico.

Il Protocollo d'Intesa tra Università e Regione Marche per l'attivazione ed il funzionamento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie prevede la nomina di almeno una guida di tirocinio per ogni Unità Operativa frequentata dagli studenti². Nel CLO, come in quasi tutti

gli altri corsi triennali, avviene che quasi sempre la figura della Guida di tirocinio coincide con quella del Coordinatore di Unità Operativa che viene poi affiancato, soprattutto nei casi in cui gli studenti frequentanti siano molti, da ostetriche turniste (come ad esempio per il tirocinio del 2° e 3° anno in sala parto). Ciò comporta che spesso lo studente sia in realtà affiancato nella pratica clinica non dalla guida con nomina ufficiale ma dal personale sanitario di turno mentre la guida/coordinatore cura maggiormente gli aspetti organizzativi, logistici, di accoglienza dello studente e la valutazione finale che di norma viene concordata con tutto il personale.

Questa è la motivazione principale che ha portato alla scelta di costruire un questionario ad hoc nonostante la presenza di strumenti validati in letteratura (tuttavia indirizzati soprattutto ai Corsi di Laurea in Infermieristica). Le peculiarità organizzative del CLO rendevano necessario uno strumento che valutasse non esclusivamente la figura della Guida di Tirocinio, che considerasse molto anche il setting di tirocinio in generale, inteso come ambiente di lavoro ed i rapporti con le figure professionali sanitarie che poi effettivamente seguono lo studente.

DATI DI BASE

Sono stati direttamente coinvolti nella progettazione, messa a regime ed utilizzo del sistema di valutazione le figure di riferimento per l'attività didattica professionalizzante (ADP) che sono il Direttore ADP Dott.ssa Ost. G. Ferrini e le Tutor di Tirocinio a tempo pieno (Ost. D. Alessandrini, Dott.ssa Ost. L. Ferrmani, Ost. T. Paoltroni).

Il tirocinio del CdL Ostetricia è articolato nei tre anni di corso e nelle sedi oggetto di convenzione con l'Università Politecnica delle Marche. Nell'anno accademico attuale sono attive le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti- Presidio Salesi di Ancona;

- A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord
- Presidio S. Croce di Fano
- ASUR ex ZT 7 Ancona- Distretto Centro;
- ASUR ex ZT 9 P. O. di Macerata;
- ASUR ex ZT 4 P. O. di Senigallia;
- ASUR ex ZT 5 P. O. di Jesi;
- ASUR ex ZT 11 P. O. di Fermo;
- ASUR ex ZT 12 P. O. di San Benedetto del Tronto;

Per l'A.A. 2013-14, anno di riferimento per la sperimentazione del sistema di valutazione delle guide, risultavano attive anche le sedi: ASUR AV2 P.O. di Osimo, ASUR AV 3 P.O. di Civitanova Marche e AV 5 P. O. di Ascoli Piceno.

Nella sede di tirocinio assegnatagli lo studente è affidato alle diverse Unità Operative (U.O.) / Servizi in base alla recettività delle stesse unità e con le modalità concordate con i rispettivi referenti.

Il percorso formativo stabilito per i tre anni di corso è riportato nella tabella 1.

Il target di riferimento per questa prima fase sperimentale sono stati gli iscritti al CLO agli anni successivi al I, laureandi compresi. In via sperimentale il questionario è stato somministrato, relativamente al tirocinio dell'A.A. 2013/2014, agli studenti del II e III anno e ai laureandi dell'A.A. 2014/2015 così suddivisi: II anno 22 studenti, III anno 26 e 20 laureandi.

METODI

Il questionario redatto è classificabile come strutturato, definisce cioè in modo preciso le domande e l'ordine delle stesse. Ha come obiettivo l'ottenere informazioni accurate e rilevanti per la survey. Le dieci domande, che abbracciano tutta l'esperienza del tirocinio, sono attitudinali, allo scopo di fornire informazioni sulle opinioni degli intervistati con riferimento a situazioni specifiche. Il questionario prevede come strumento di valutazione una scala Likert con un range che va da

”scarso”, valutato con 0, a “eccellente”, valutato con 4.

- Vengono in particolare indagati:
- La presentazione della Unità Operativa e della sua organizzazione
 - La conoscenza da parte degli operatori degli obiettivi formativi dello studente e del regolamento di tirocinio
 - Il clima di apprendimento
 - La disponibilità della Guida di tirocinio per chiarimenti e/o confronto con lo studente
 - Il grado di autonomia fatta acquisire allo studente
 - Il coinvolgimento dello studente nella gestione di casi clinici e criticità
 - L'utilizzo delle criticità come stimolo all'apprendimento
 - La puntualità e correttezza nel formulare la valutazione finale
 - L'effettiva possibilità di raggiungimento degli obiettivi previsti
 - Il grado di soddisfazione complessiva dello studente rispetto alla sede di tirocinio frequentata

Per verificarne la riproducibilità, attraverso un confronto tra le risposte, lo stesso questionario è stato sottoposto ad analisi statistica che ha previsto la ripetizione della somministrazione ad un mese di distanza.

Per mantenere l'anonimato ogni studente ha messo un simbolo, conosciuto soltanto a lui, sul proprio test e successivamente sul proprio re-test.

Grazie al contributo della Dott.ssa Gesuita del centro interdipartimentale di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica dell'Università Politecnica delle Marche si è proceduto all'analisi statistica dei risultati comparati dei test e dei re-test. Non si riporta l'analisi integrale per questioni di brevità. I risultati su 194 test e conseguenti retest sono stati positivi, in quanto i punteggi totali ottenuti rispettivamente nella prima e nella seconda somministrazione del questionario hanno riportato per il coefficiente di correlazione intraclasse e l'indice K di

1° ANNO	Ostetricia e ginecologia- DEGENZA- obiettivi I semestre Neonatologia- NIDO (neonato fisiologico) Ostetricia e ginecologia - DEGENZA- obiettivi II semestre
2° ANNO	Consultorio Familiare Ostetricia e ginecologia- SERVIZI AMBULATORIALI Neonatologia (neonato patologico) Blocco Operatorio- Centrale di sterilizzazione Ostetricia e ginecologia -SALA TRAVAGLIO PARTO
3° ANNO	Ostetricia e ginecologia -SALA TRAVAGLIO PARTO

Tabella 1 – Organizzazione tirocinio formativo CLO

Cohen risultati superiori a 0.8 per cui il questionario è considerato riproducibile. E' stata inoltre valutata la consistenza interna attraverso il coefficiente alpha di Chronbach. Il sistema predisposto potrebbe quindi essere usato in futuro come strumento affidabile per monitorare il livello di qualità del percorso tirocinio del Corso di Laurea in Ostetricia.

Per l'elaborazione dei risultati sono stati presi in considerazione, in questa fase sperimentale, i soli questionari riguardanti il Presidio Ospedaliero Salesi omettendo quelli delle altre strutture ospedaliere sedi di tirocinio. La scelta è motivata dal fatto che il P.O. Salesi rappresenta la sede di tirocinio dove sono maggiormente concentrati gli studenti e dove vi sono rappresentate tutte le unità operative e i servizi che caratterizzano il percorso di tirocinio. In particolare sono state prese in considerazione le SOD/Servizi: degenza di ostetricia e ginecologia (SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia ed SOSD Divisione di Ostetricia e Ginecologia), Neonatologia - nido, blocco operatorio, sala travaglio parto, Neonatologia - Terapia Intensiva Neonatale (TIN), ambulatori ostetrico ginecologici e ASUR ex

ZT 7 Ancona- Distretto Centro per quanto riguarda le attività di consultorio. Il fatto di avere sottoposto i questionari dopo diversi mesi dalla fine del tirocinio potrebbe aver causato un livellamento delle risposte; questa criticità è però ovviabile sottoponendo i questionari subito dopo la fine del periodo di tirocinio e valutando la possibilità di inserire uno spazio per eventuali commenti personali. I dati sono stati elaborati con il software Microsoft Excel 2010.

RISULTATI

Per brevità verranno riportati i risultati complessivi omettendo l'analisi suddivisa per SOD/Servizio. I dati dimostrano come, in generale, l'esperienza del tirocinio sia considerata positiva. I punti di forza sono: l'accoglienza nelle SOD/Servizi, l'acquisizione di autonomia, la gestione dei casi clinici e la soddisfazione generale. In particolare le figure 1 e 2 riportano come oltre il 64% degli intervistati giudichi "molto buona"

o "eccellente" la possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati ed il 67% degli studenti descriva come "molto buono" ed "eccellente" il grado di soddisfazione complessiva circa il periodo di tirocinio svolto.

Di contro risultano alcune criticità rispetto alla disponibilità delle guide e la conoscenza degli obiettivi da parte dell'equipe. Il 27% degli studenti evidenzia come il personale delle SOD non sia a conoscenza degli obiettivi formativi e del regolamento di tirocinio, mentre il 30% dichiara la conoscenza sufficiente e solo il 12% la considera del tutto soddisfacente (figura 3). Ciò nonostante vengano sempre inviati via mail (alla guida individuata come referente e ad inizio tirocinio) turni, regolamento, contratti di tirocinio (contenenti gli obiettivi formativi), schede di valutazione dello studente nonché informazioni dettagliate sull'accoglienza e la

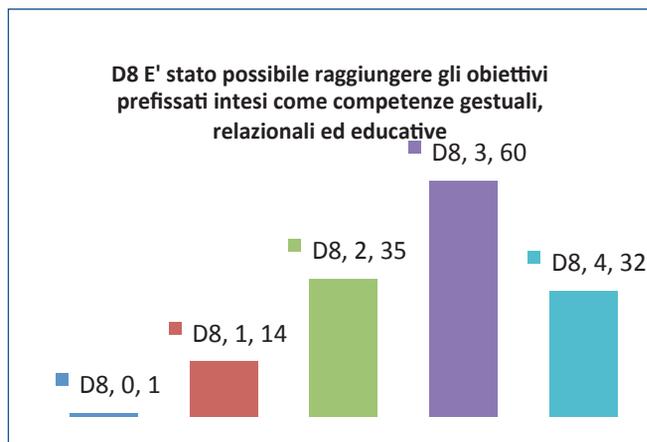


Figura 1. Raggiungimento obiettivi

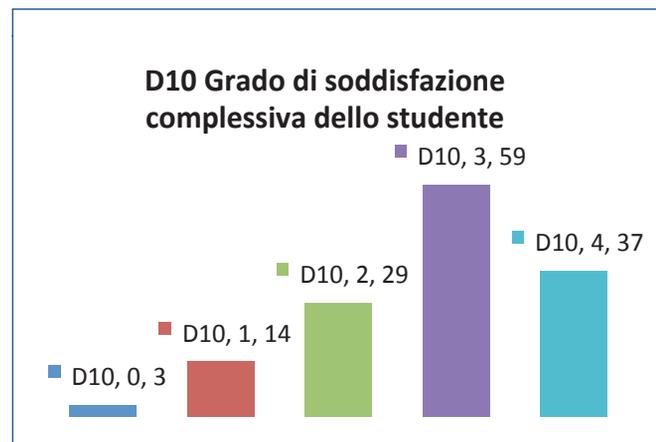


Figura 2. Soddisfazione dello studente

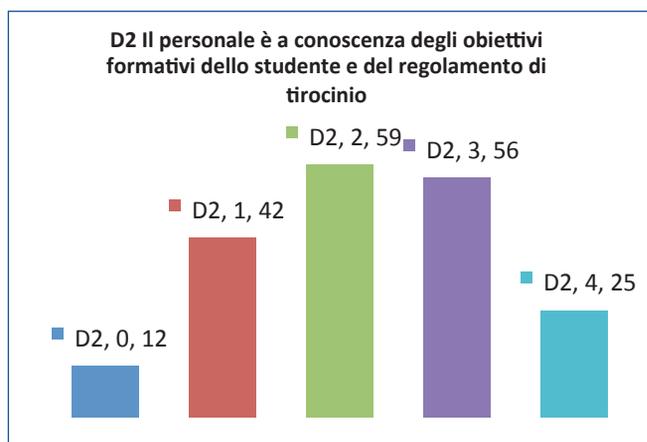


Figura 3. Conoscenza degli obiettivi da parte del personale

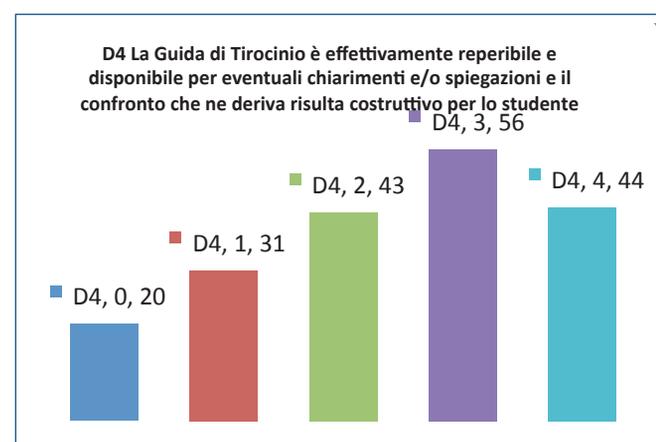


Figura 4. Disponibilità della Guida di Tirocinio

gestione dello studente nell'U.O./ Servizio.

L'item 4 (figura 4) dimostra invece un livello poco soddisfacente circa l'effettiva disponibilità della Guida di tirocinio verso il singolo studente intesa come disponibilità ad eventuali chiarimenti e/o spiegazioni: il 26% lo giudica insoddisfacente, il 22% medio.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati (limitatamente al Presidio Salesi ed al Distretto ASUR AV 2 di Ancona Centro) è emerso un buon livello di soddisfazione rispetto all'accoglienza generale in reparto, acquisizione di autonomia, coinvolgimento nella gestione dei casi clinici e soddisfazione generale. Sono invece risultate criticità riguardo la disponibilità della Guida di Tirocinio e nella conoscenza degli obiettivi da parte degli operatori. Per migliorare effettivamente l'esperienza del tirocinio e, di riflesso, la qualità del processo formativo, andrebbero analizzate approfonditamente le possibili cause che hanno portato alle criticità riscontrate al fine di apportare un miglioramento nella qualità del tirocinio e di riflesso nella preparazione dei nuovi professionisti sanitari.

Il sistema di valutazione del tirocinio da parte dello studente oggetto di questo elaborato verrà implementato e messo a regime dopo aver definito le modalità di comunicazione dei risultati alle guide ed al personale delle varie sedi di tirocinio. La maggior criticità rilevabile sta nel riuscire a mantenere l'anonimato degli studenti nelle sedi con un solo tirocinante. Per ovviare a tale situazione si potrebbe inviare ad ogni Guida di Tirocinio un report annuale che mostri i risultati generali e soltanto ogni 3 anni, all'uscita dello studente dal percorso, quelli specifici della sede,

magari coinvolgendo nel processo di miglioramento anche il Dirigente/Responsabile del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Per quanto riguarda le problematiche emerse nell'analisi dei risultati del Presidio Salesi risulta sicuramente necessario indagare in maniera approfondita le motivazioni della scarsa comunicazione tra la Guida/ Coordinatore ed il personale di reparto riguardo la conoscenza degli obiettivi di tirocinio degli studenti e del relativo regolamento. Sicuramente sarebbe utile incentivare le Guide di tirocinio ed il personale sanitario al fine di accrescerne l'interesse e l'inclinazione verso la didattica e la formazione degli studenti che è anche, per la professione ostetrica, obbligo legislativo e deontologico.

A tal fine il CdL Ostetricia ha predisposto, nell'ambito del Piano Formativo Aziendale 2016, un evento formativo rivolto alle guide di tirocinio ma anche alle ostetriche operanti nelle strutture sanitarie/sedi di tirocinio con lo scopo di condividere ed analizzare i principali contenuti del percorso di tirocinio del CdL Ostetricia, accrescere la collaborazione tra figure professionali, migliorare la qualità didattica ed il grado di soddisfazione dello studente.

Bibliografia essenziale

1. Depolo M., Sarchielli G., *Psicologia dell'organizzazione*, Bologna, Il Mulino, 1991
2. "Protocollo d'Intesa per l'attivazione ed il funzionamento dei corsi di studio professionalizzanti di area sanitaria tra l'Università Politecnica delle Marche e la Regione Marche" REG. INT. N. 12057, 22 maggio 2007
3. Regolamento delle attività di laboratorio e tirocinio. Corso di Laurea in Ostetricia Università Politecnica delle Marche. Anno accademico 2013-14 <http://www.med.univpm.it/?q=it/node/970>
4. R. White, C. Ewan, *Il tirocinio. L'insegnamento clinico del nursing*, Ed. Sorbona, Milano 1992.
5. L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni, *Il tutor per le professioni sanitarie* Ed. Carocci

Faber, Roma 2003.

6. A. Castellucci, L. Saiani, G.Sarchielli, L. Marletta, "Il tirocinio tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie" Editore Franco Angeli, Milano 1997.
7. L. Saiani *L'insegnamento di abilità pratiche in ambito di tirocinio* Ed. Stella 1999
8. Depolo M., Sarchielli G., *Psicologia dell'organizzazione*, Bologna, Il Mulino, 1991
9. DECRETO INTERMINISTERIALE 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" (Pubblicato nel S.O. n. 136 alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001)
10. Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica (Gazzetta Ufficiale 6 settembre 2000, n° 208)
11. Direttive 80/154 ed 80/155/CEE (Gazzetta ufficiale n. L 033 del 11/02/1980 pag. 0001 - 0012)
12. "Protocollo d'Intesa per l'attivazione ed il funzionamento dei corsi di studio professionalizzanti di area sanitaria tra l'Università Politecnica delle Marche e la Regione Marche" REG. INT. N. 12057, 22 maggio 2007 (consultato presso l'archivio del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Univpm)
13. Rapporto annuale di Riesame, Corso di Laurea in Ostetricia, Università Politecnica delle Marche http://www.med.univpm.it/sites/www.med.univpm.it/files/Ostetricia_o.pdf
14. AA VV "Il tirocinio universitario come alternanza tra pratica e teoria, azione e riflessione critica" Rivista Formazione Lavoro Persona, anno III, n.9, novembre 2013, ISSN 2039-4039;
15. Tomietto M. et al, "Clinical Learning Environment and Supervision plus nurse Teacher (CLES+T) scale: testing the psychometric characteristics of the Italian version" Supplemento B, Psicologia © PI-ME, Pavia 2012 2012; Vol. 34, N. 3: Bo-Bo <http://gimle.fsm.it> ISSN 1592-7830
16. Curcio F., Recchia L., Tonin E., et al, Criteri e parametri di valutazione della didattica ai fini della valutazione del docente, *Medicina e Chirurgia*, 63: 2830-2841, 2014. DOI: 10.4487/me-dchir2014-63-2
17. Di Traglia M., Recchia L., Curcio F., La valutazione della didattica: dalla raccolta delle opinioni degli studenti come espressione di gradimento ad un modello di valutazione della qualità tramite indicatori di prodotto VII Congresso Nazionale SISMEC (Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica Sapienza - Università di Roma, 25-28 Settembre 2013.
18. Fraccaroli F., Vergani A., *Valutare gli interventi formativi*, Carocci-Le Busssole, Roma, 2004.
19. Lipari D. *Progettazione e valutazione nei processi formativi*, Edizioni Lavoro, Roma, 1995

LE DINAMICHE DI GRUPPO

Conoscerle per gestirle

Luciano Trozzi

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari
Università Politecnica delle Marche, Ancona

1. INTRODUZIONE

Si trovano in letteratura varie concettualizzazioni del termine “gruppo”, che differiscono per le teorie di riferimento e per i “fattori chiave” che vengono maggiormente posti in luce: per esempio, “l’esperienza di un destino comune”, oppure “l’esistenza di una certa struttura sociale”, formale o informale, o ancora “l’interazione faccia a faccia” tra i membri che compongono il gruppo.

La parola “gruppo” può essere comunemente usata per referenti diversi: si può parlare di gruppo per indicare alcune persone che stanno aspettando l’autobus lungo la strada, o dei ragazzini che stanno giocando. Sono gruppi la famiglia e la squadra di calcio, gli abitanti di un quartiere, gli esercenti una determinata professione, gli appartenenti a una nazione o a una etnia.

Posto quindi che, esistono diversi criteri di concettualizzazione del gruppo, e sempre rimanendo nella prospettiva del soggetto che ne è membro, può essere adottata in sintesi la seguente definizione: “un gruppo è un insieme dinamico, costituito da individui che si percepiscono vicendevolmente come più o meno interdipendenti per qualche aspetto”.

Il gruppo esiste, pertanto, quando gli individui divengono consapevoli che, in qualche

modo, il loro destino è collegato a quello del gruppo (“interdipendenza del destino”, secondo Kurt Lewin).

2. DEFINIZIONE DI GRUPPO

“Il gruppo è uno strumento con cui l’organizzazione e l’individuo membro cercano di raggiungere i propri obiettivi.”

In chiave sociologica esso esiste nella misura in cui i componenti perseguono scopi che si rivelano interdipendenti.

In chiave psicologica esso esiste nella misura in cui i componenti percepiscono se stessi come perseguiti scopi che si rivelano interdipendenti.

Una fila di persone che aspetta l’autobus *non* è un gruppo.

L’obiettivo immediato “dentico” di prendere l’autobus, infatti, *non* sottende un obiettivo finale comune e condiviso, perché... ogni passeggero scenderà alla sua fermata!

Solo l’esistenza di obiettivi comuni e condivisi e la consapevolezza attiva di ogni membro di farne parte realizza quella *interdipendenza* che è la base sulla quale fonda la sua esistenza un gruppo.

Definizione psicologica: “...un gruppo può essere definito come un insieme formato da due o più persone che interagiscono tra loro e condividono delle mete e delle norme comuni che stanno

a capo della loro attività, sviluppando una rete di ruoli e di relazioni affettive ... ”

Gruppi primari - Qualunque società è formata da un insieme di gruppi primari, in cui troviamo amicizia, ideali condivisi e relazioni faccia a faccia

Gruppi secondari - Il gruppo secondario è limitato allo scopo, all’obiettivo condiviso dai membri del gruppo. Rapporti interpersonali razionali e contrattuali.

L’équipe sanitaria dovrebbe essere il più possibile un gruppo primario

Tabella 1. Gruppi primari e Gruppi secondari

3. PROCESSI ELEMENTARI ALL’INTERNO DEI GRUPPI

Prima di entrare a far parte di un gruppo si verifica un processo di esplorazione fra gli stessi membri del gruppo, in quanto divenire membri di un gruppo ha implicazioni per il modo in cui noi vediamo noi stessi.

Nel momento in cui si forma un gruppo si ha la sensazione, fra i membri del gruppo, di iniziare un destino comune, in cui anche i nostri comportamenti e i sentimenti possono modificarsi.

La Coesione può essere definita come la sommatoria dell’attrazione interpersonale fra i membri, in cui l’insieme particolare delle relazioni affettive che si sviluppano all’interno del gruppo

ne sono il collante.

La Coesione può essere associata a fattori quali l'interesse sull'obiettivo finale del gruppo, alla prossimità fisica, alla frequenza di interazione, alla somiglianza comportamentale e di pensiero fra i membri, alla fedeltà verso gli obiettivi da raggiungere.

Le caratteristiche che contraddistinguono un gruppo sono un'ampiezza, l'interazione sociale prolungata fra i membri, la percezione del gruppo come una unità a sé stante presenza di obiettivi comuni, rispetto di norme interne di comportamento e convivenza, presenza ordinata di ruoli funzionali.

Le ragioni per stare in un gruppo possono essere raggruppate in *Sicurezza*, il soggetto non si sente solo; *Status*, al soggetto che appartiene ad un gruppo viene riconosciuto uno status sociale; *Autostima*, riconoscimento di sé e delle proprie capacità; *Affiliazione*, aspetti sociali; *Potere*, sociale e professionale; *Raggiungimento di obiettivi*, sforzi di gruppo/talento

4. VANTAGGI DEL LAVORO DI GRUPPO

I vantaggi del gruppo di lavoro sono molti e possono essere distinti in vari aspetti, quali *Aspetto Cognitivo*, con allargamento delle responsabilità ed elaborazioni più ricche; *Aspetto Motivazionale*, maggiore condivisione delle decisioni ed aumento della motivazione professionale; *Aspetto Relazionale*, in cui si incrementa l'affettività, il riconoscimento e il senso di appartenenza; *Aspetto Organizzativo*, tende ad aumentare l'integrazione fra i membri del gruppo con promozione della condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, dei metodi ed alla fine degli obiettivi, della mission e della vision.

Vi è inoltre una maggior diffusione delle conoscenze



Figura 1. Vantaggi del lavoro di gruppo

con una loro capitalizzazione all'interno dell'organizzazione. Il tutto porta sicuramente ad una diminuzione delle possibilità di errore nella decisione.

Il gruppo permette di allargare gli stereotipi di osservazione del singolo che portano alla creazione anche di pregiudizi, che rendono meno affidabile l'analisi della realtà e la successiva decisione.

Lavorare all'interno di un gruppo multidisciplinare fa sì che vi sia una concorrenza di esperienze e conoscenze che permettono, se ben gestite, di raggiungere il risultato atteso e arricchire notevolmente le potenzialità diagnostiche e terapeutiche.

Bisogna però tenere conto che ogni individuo ha le mappe cognitive e i propri sistemi di *problem analysis* e *decision making*. Le mappe cognitive in particolare, attraverso le quali si esplica l'osservazione e l'interpretazione delle realtà, vengono generate dall'esperienza, dalle conoscenze e dall'interpretazione che l'individuo acquisisce e "fissa" durante la propria vita.

Esse determinano gli stereotipi di valutazione, gli orientamenti dei meccanismi di *problem analysis* e *problem solving* (Figura 1).

Le mappe cognitive sono anche le generatrici dei pregiudizi e dei diversi punti di vista dell'individuo stesso.

Le mappe cognitive sono in grado di influenzare fortemente quindi il decision making.

Le decisioni infatti risentono dei "valori", fissati anche in queste mappe cognitive, dei singoli professionisti, dell'enfasi che questi mettono nella loro osservazione ed in particolare dei problemi del paziente in relazione alla loro specifica professionalità e formazione culturale.

Tutto questo porterà ad una diversa definizione delle priorità e quindi a formulare dei diversi obiettivi in termini terapeutici.

Non tenere conto di questi meccanismi vuol dire commettere un errore di valutazione delle problematiche interne ai gruppi professionali multidisciplinari.

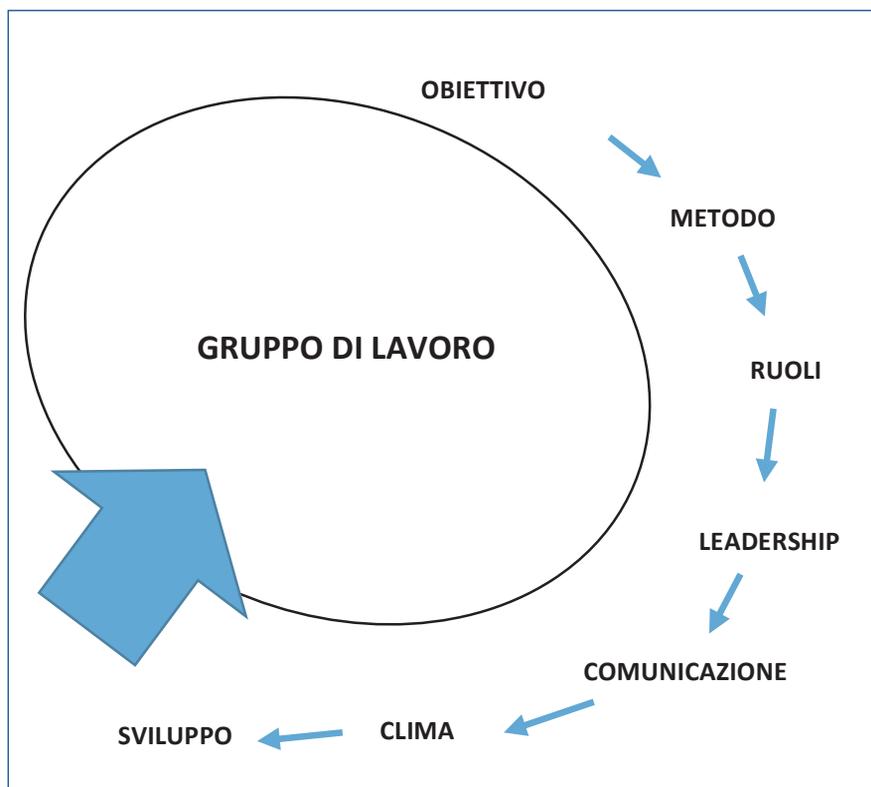


Figura 2. Struttura di un Gruppo di lavoro

5. LA COMUNICAZIONE NEL GRUPPO

Un gruppo può esistere solo a condizione che tra i suoi membri ci sia reciprocità di comunicazione e di relazioni (Figure 2-3). In questo senso la comunicazione che si sviluppa al suo interno, riveste un ruolo fondamentale ed è un pre requisito per l'esistenza stessa del gruppo.

La comunicazione in gruppo (Tab. 2) si può sostanzialmente suddividere su quattro livelli.

La comunicazione all'interno di un gruppo può essere condot-

- Livello dei contenuti - cosa si dice e si fa
- Livello dei metodi - come si organizza
- Livello dei processi comunicativi - chi dice o fa cosa, a chi, in che modo
- Livello delle dinamiche di gruppo - cosa accade tra i membri che comunicano

Tabella 2. Livelli della comunicazione in gruppo

ta con varie tecniche, una delle quali è quella del *brainstorming*, molto utile quando la comuni-

cazione del gruppo è finalizzata alla produzione e creazione di idee.

Al contrario, potrebbe essere necessario ricorrere a tecniche di negoziazione e gestione del conflitto, qualora sorgessero divergenze all'interno di un gruppo.

6. LA DIREZIONE DEI GRUPPI

I gruppi possono essere (Figura 4) "auto diretti" (o orizzontali) senza quindi un coordinatore formale, o "etero diretti" (o verticali) con un vero coordinatore.

Nella conduzione e nella direzione dei gruppi, vi sono alcune leve da controllare per poter massimizzare i conflitti positivi e quindi i contenuti, minimizzare i conflitti negativi e quindi di relazione e minimizzare il fattore soggettivo.

Le due principali leve da controllare sono quelle relative all'efficienza e all'efficacia.

Rientra nell'efficienza la gestione quantitativa del tempo, l'attribuzione ufficiale dei ruoli, le procedure di decisione e l'e-

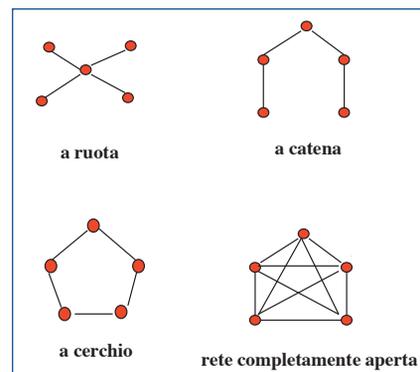


Figura 3. Le strutture a rete della comunicazione

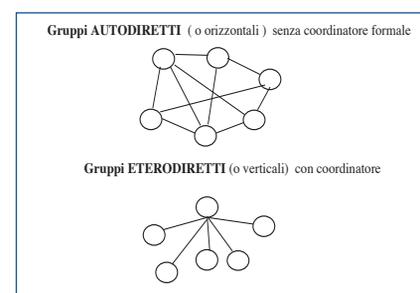


Figura 4. Tipologia dei gruppi in base alla direzione

sezione formale del compito (output formale).

Rientrano invece nella leva dell'efficacia l'utilizzo delle risorse personali, la definizione dei metodi di lavorazione, la gestione appropriata dei conflitti, il raggiungimento sostanziale dell'obiettivo (output e sostanziale).

Risulta chiaro che un adeguato bilanciamento fra l'efficienza ed efficacia, con una sapiente scelta delle strategie del gruppo porterà ad un buon risultato complessivo.

Si può affermare che un gruppo / team di lavoro "funziona meglio", senza eccessivi conflitti interni, se siamo in presenza di un coordinatore del gruppo che possiamo chiamare leader.

Il leader (Tabella 4) è una persona che ha le potenzialità di aiutare il gruppo a raggiungere certi obiettivi.

7. LE DINAMICHE DI GRUPPO

Esistono due tipi di organizzazione del lavoro di equipe, l'*Equipe Interdisciplinare* in cui

tutti i membri del gruppo condividono scopi e modelli, suddivisione e organizzazione del lavoro e attività di coordinamento, in cui le decisioni vengono prese a livello collettivo, e il lavoro svolto richiede sia una certa flessibilità che la capacità di apertura al confronto con gli altri.

L'altra tipologia è l'*Equipe Pruridisciplinare*, caratterizzata da diversi professionisti che intervengono nell'ambito delle loro competenze specialistiche, collaborando con altre figure professionali.

Occorre definire il più possibile le funzioni, ogni operatore ha propri ambiti di espressione, nello spazio e nel tempo.

Il gruppo di lavoro può giungere alla decisione di come raggiungere un obiettivo, in due diversi modi.

Un primo modo di lavoro come descritto dalla figura 5, appena sopra evidenziata, e in particolare attraverso un *effettivo processo di concertazione che coinvolge tutto il gruppo di lavoro*.

Un secondo metodo si basa su di una proposta articolata e avanzata dal leader e la successiva condivisione pubblica da parte del gruppo in questo secondo caso potrebbe insorgere un conflitto.

I motivi per cui alcuni gruppi, sia di tipo primario o secondario, hanno maggior successo, è dovuto dalla presenza di fattori favorevoli come l'abilità dei suoi componenti, numerosità del gruppo, capacità di adattarsi alle influenze esterne al gruppo (risorse economiche, problemi burocratici...), presenza di influenze interne (come la capacità del coordinatore/leader del gruppo, motivazione del gruppo, risorse emotive del gruppo, gratificazione...), presenza di un clima cooperativo e non competitivo, omogeneità di status sociali tra i componenti del gruppo, propensione al rispetto delle norme del gruppo, precisa definizione dei compiti, basso livello di conflitto interno.

- Self-awareness: coscienza di sé
- Credibilità: persona credibile ed affidabile
- Empatia: capace di comprendere gli altri
- Onestà: persona corretta, onesta e leale nei confronti degli altri leader così come nei confronti del proprio gruppo
- Comunicazione: capacità di farsi capire, capacità di esprimere chiaramente le idee e gli obiettivi da raggiungere
- Active listening: capacità di ascoltare e di capire
- Vision: il vero leader ha sempre una vision, guarda lontano, sa quali saranno gli obiettivi da raggiungere ed ha la capacità di trasmettere la sua vision al proprio gruppo
- Avere personalità
- Essere competente nell'obiettivo di lavoro
- Identificarsi con il gruppo
- Essere in grado di adattarsi al mutare delle situazioni

Tabella 4. Caratteristiche indispensabili per essere leader

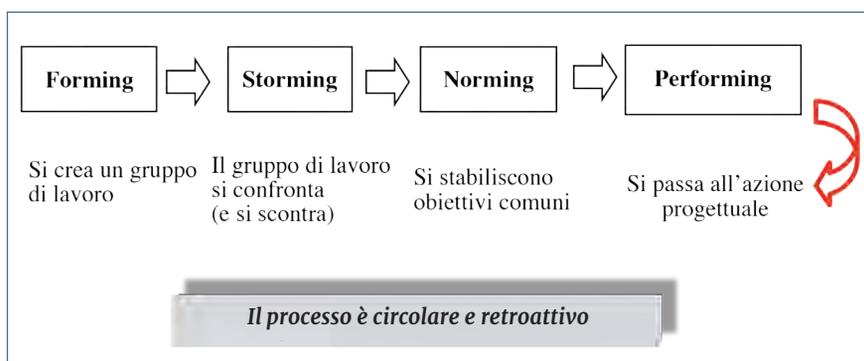


Figura 5. Il processo decisionale all'interno di un gruppo

8. GESTIRE IL CONFLITTO

Il problema non è la presenza di un conflitto, ma le modalità con cui scegliamo di affrontarlo, fino a risolverlo.

Diventa fondamentale imparare a riconoscere e gestire i conflitti, imparare a costruire un consenso condiviso, imparare a prendere le decisioni in modo consapevole.

*“Con il tono sbagliato non si può dire nulla,
Con il tono giusto si può dire tutto.
Il problema è trovare il modo giusto.”*

George Bernard Shaw

Il conflitto riguardando le relazioni interpersonali, deve essere distinto dal contrasto il quale è determinato dai contenuti.

Il contrasto se adeguatamente condotto può far crescere il gruppo, è indice di eterogeneità e ricchezza, se ignorato o evitato paralizza il lavoro fino a degenerare in un conflitto.

In situazione di contrasto

due o più persone hanno punti di vista diversi, modalità diverse per affrontare una situazione.

9. COME NASCE IL CONFLITTO

Nelle tabelle 5, 6 sono riportate le cause principali di conflitto.

In ambito sanitario, i progetti e gli obiettivi sempre più multi-disciplinari determinano una tendenza all'insorgenza dei conflitti, che paradossalmente possono essere utilizzati come fonte del confronto e uno stimolo alla risoluzione dei problemi

Per riconoscere situazioni di conflitto un buon team leader deve saper diagnosticare correttamente un conflitto nel proprio gruppo, poiché rappresenta il primo passo per lo sviluppo di una strategia di soluzione.

Alcuni importanti sintomi della presenza di un conflitto all'interno di un gruppo, può portare ad esempio le persone

Divergenze di interesse	il disagio nasce perché vengono ritenute prioritarie attività diverse (ognuno vuole una cosa diversa) con carenza decisionale univoca (unica decisione)
Risorse scarse o limitate	La percezione di "scarsità" può far nascere un conflitto. <u>Un obiettivo o un lavoro viene conteso da più parti.</u> (concorrenza fra gruppi)
Lotta per il potere	Il contenuto è un pretesto, <u>l'importante è stabilire nella relazione.... chi decide.</u>
Comunicazioni disfunzionali	Distorsioni comunicative, comunicazione assertiva, chiusa e non collaborativa alla relazione.
Comportamenti non appropriati	Invasione del proprio spazio fisico e psicologico

Tabella 5. Come nasce un conflitto?

<p>Conflitti sulle priorità dei progetti: Diversità di obiettivi nelle Unità Operative - Autorità multiple</p> <p>Conflitti sulle risorse umane: Conflitto sull'attribuzione di ruoli e responsabilità - Comunicazione inefficace</p> <p>Conflitti tecnici: Conflitti nella realizzazione dei progetti di natura tecnica</p> <p>Conflitti sulle procedure gestionali: Conflitti sulla gestione del Progetto, su ruoli e responsabilità - Sulle necessità operative, sul piano esecutivo, sui rapporti di interfaccia</p> <p>Conflitti di personalità: Problemi legati ai profili individuali e alle personalità coinvolte - Valori, atteggiamenti, convinzioni incompatibili.</p> <p>Conflitto sui costi e risorse: Spesso le risorse dedicate all'obiettivo risultano essere insufficienti</p>

Tabella 6. Principali cause di conflitto organizzativo

ad evitarsi e diventare sempre meno cooperative, inoltre i membri del gruppo diventano impazienti e non si ascoltano più tra loro, le voci e pettegolezzi sono più frequenti, all'interno del gruppo aumenta la tensione e l'ostilità palese fino alla formazione e comparsa di fazioni in contrasto. Altro sintomo da tenere sotto controllo all'interno del gruppo è la diminuzione sempre più di scherzi fra i componenti. Si arriva al punto che individui e gruppi interni cominciano a sabotare il processo decisionale.

Il Conflitto è sempre negativo?

In realtà, ha aspetti positivi, come ad esempio quello di stimolare la comunicazione tra i membri del gruppo; favorire la comprensione reciproca e rendere più incisivo l'accor-

do stipulato; giocare un ruolo importante nel processo di sviluppo del senso di appartenenza al team di progetto; sviluppare la creatività individuale e collettiva; incrementare la produttività; innalzare il livello di qualità delle decisioni assunte.

Si è dimostrato che le performance migliori si ottengono in un clima di conflittualità media, troppo conflitto o troppo poco incidono negativamente sul risultato.

Quale strategia prendere in considerazione?

La collaborazione è sempre la strategia migliore di risoluzione dei conflitti.

Da una sana tensione del gruppo possono nascere soluzioni brillanti e, a volte, non entrare in conflitto può provocare danni peggiori.

Il conflitto comporta la perdita di funzionalità di un sistema.....con aumento costi per inefficienza.

10. CONCLUSIONI

Nella realtà sanitaria, e specialmente in ambiti molto complessi come reparti chirurgici e Sala Operatoria, caratterizzati da professionisti che lavorano all'interno di equipe multidisciplinari, è fondamentale conoscere le caratteristiche e i meccanismi a cui fanno riferimento le dinamiche di gruppo. L'intento di questo lavoro è stato quello di sintetizzare in modo schematico elementi utili sulla comunicazione, la relazione interpersonale e gestione dei gruppi di lavoro, applicabili nelle vostre realtà lavorative.



“Ma qual è, in definitiva, la pietra che sostiene il ponte?

Il ponte non è sostenuto da questa o quella pietra, ma dalla linea dell'arco che esse formano”

Italo Calvino



Bibliografia

1. Colamonicò P. (2002) Psicologia Sociale e Clinica – Carocci Faber
2. Brown R., “Group process. Dynamics within and between groups,” Oxford 1989 (tr. it. “Psicologia sociale dei gruppi,” Bologna 1990)
3. Kettlitz V., Come trattare i propri collaboratori. Introduzione alle nuove tecniche di leadership. Franco Angeli Milano 1998.
4. Passerini W., Tomais A.A., Management dell'ascolto. Franco Angeli Milano 1994.
5. G.P. Quaglino. Voglia di fare: motivi per crescere. Edizioni A. Guerini e Associati. 1999.
6. Mullins L.J., Management and organizational behavior, Pitman London 1996.

RICORDO DI CORRADO FUÀ

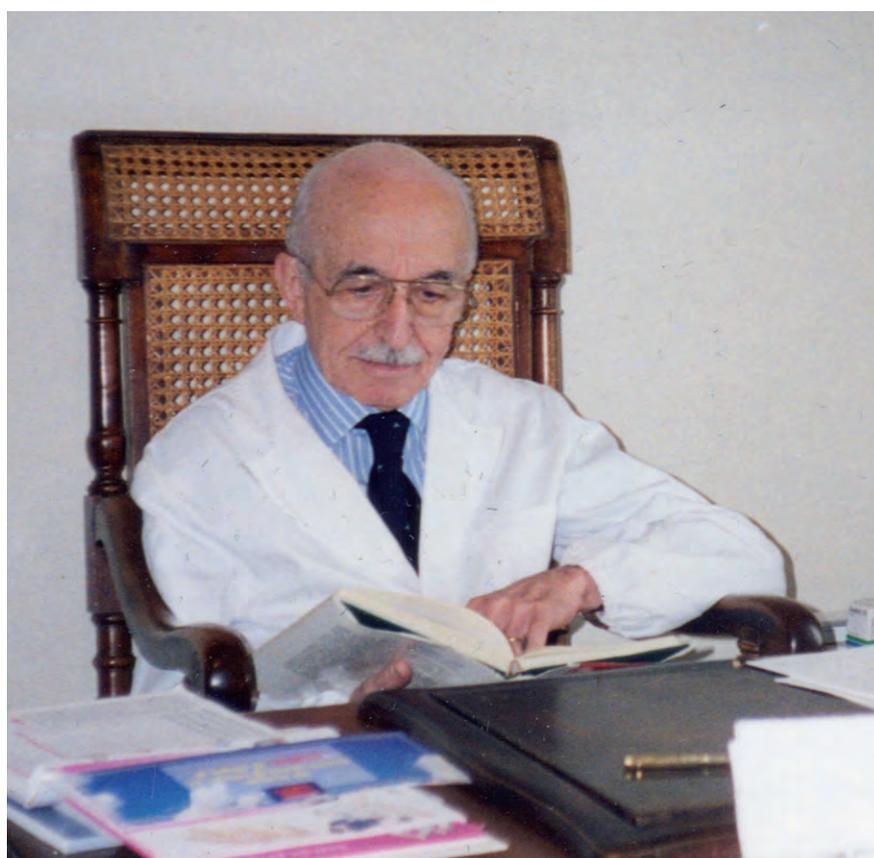
Stefania Fortuna

*Storia della Medicina, Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari
Università Politecnica delle Marche, Ancona*

“Al medico si chiede di essere colto, informato e aggiornato, scrupoloso, modesto perché conscio dei propri limiti di fronte alla complessità dei suoi compiti, altruista, disponibile, solidale”. Così Corrado Fuà scriveva in un articolo apparso in questa rivista nel 2008, che riprendeva una lezione tenuta nella nostra facoltà nello stesso anno: poche ed efficaci parole che possono ora riassumere il suo impegno e la sua vita di medico, dopo la morte avvenuta il 25 marzo, nella casa in via Cadore, ad Ancona.

In questa città Corrado Fuà era nato il 2 dicembre 1920, a 17 mesi di distanza dal fratello Giorgio, il fondatore della facoltà di economia del nostro ateneo, da una famiglia ebraica non osservante. Aveva ereditato il nome dal nonno materno, Corrado Segre, grande matematico dell'università di Torino, ritenuto uno dei padri della geometria algebrica in Italia, ma aveva seguito negli studi e nella professione le orme della famiglia paterna che viveva ad Ancona: padre Riccardo pediatra e direttore del brefotrofito per molti anni, nonno Geremia medico e presidente dell'ordine dal 1901 al 1912, zio Emilio gastroenterologo.

Corrado si iscrive all'univer-



sità di Milano nel 1937, a poco più di 16 anni, avendo saltato la quarta elementare e la seconda liceo, e si laurea in medicina nel luglio 1943, con una tesi sul sonno dal punto di vista fisiologico e farmacologico. Le leggi razziali promulgate nel 1938, che tra l'altro impedivano agli ebrei di frequentare le scuole statali, consentivano tuttavia di concludere gli studi universita-

ri a quanti si erano già iscritti. Dopo la laurea Corrado torna ad Ancona, e rifiutato dall'ospedale della città in quanto ebreo, è accolto a Pesaro per il tirocinio, che interrompe dopo appena un mese per il primo impiego a Fano, in chirurgia, che è di breve durata. È infatti costretto a lasciarlo quando, con l'armistizio dell'8 settembre e l'occupazione tedesca, prendono avvio

anche in Italia le deportazioni in massa degli ebrei.

Inizia un periodo molto difficile di clandestinità, in cui Corrado trova riparo nell'entroterra di Ancona, prima a Vaccarile, vicino ad Ostra, poi ad Agugliano, mentre il resto della famiglia Fuà vive nascosta nelle campagne di Polverigi, con la protezione dei contadini e con il tacito consenso delle autorità. Nel gennaio 1944 Corrado è catturato in una rastrellamento fatto da truppe tedesche e fasciste alla ricerca di partigiani; si salva grazie ad un agente di polizia che si fa garante dei suoi falsi documenti di studente "ariano" di medicina, mentre tre partigiani sono fucilati ad Ostra il 6 febbraio, dopo un processo sommario. Nei ricordi indirizzati alle figlie e ai nipoti, con la brevità e l'intensità che gli erano consuete, scrive: "Di allora mi resta l'orrore per la guerra e le persecuzioni; nessun odio personale, tanta gratitudine per chi allora ci è stato d'aiuto e di conforto".

Dopo la liberazione di Ancona nel luglio 1944, Corrado lavora con le truppe alleate in vari ruoli di medico e interprete, finché in ottobre è assunto all'ospedale di Jesi. Vi rimane pochi mesi, perché nel gennaio 1945 si trasferisce all'Umberto I di Ancona, dove resta in servizio per quarant'anni, fino al 1985, prima come assistente di Franco Russi, poi come aiuto e infine come primario, nei reparti di medicina generale, malattie infettive e cardiologia, ottenendo le specializzazioni in medicina interna, cardiologia ed endocrinologia nelle università di Roma e Bologna.

Questo ospedale diventa per lui una sorta di seconda casa, accanto a quella che felice-

mente costruisce con la signora Gianna, che sposa nel 1948. Con assiduità, impegno e dedizione ne vive l'ampiamento, l'articolazione dei reparti e il continuo aggiornamento, in relazione alla grande evoluzione che investe la medicina nel secondo dopoguerra, i progressi scientifici e le innovazioni tecnologiche che trasformano diagnostica e terapia. È un clinico brillante e già negli anni Cinquanta è un riferimento, almeno a livello regionale, per la diagnosi e la cura della tubercolosi. Contribuisce inoltre all'individuazione dell'origine virale delle epatiti, descrivendo i primi casi di ittero epidemico nelle Marche e ipotizzandone, con Franco Russi, la genesi infettiva. Descrive anche la "nevrassite virale marchigiana" quando in Toscana sono segnalati casi analoghi, poi catalogati come nevrassiti da virus Toscana. Alla sua scuola si formano giovani che diventano in seguito primari di malattie infettive ad Ancona, Pesaro e Ascoli Piceno.

Corrado Fuà presta costantemente attenzione all'ammalato. Quando nel 2011 interviene al convegno organizzato per i 100 anni dell'Umberto I, ricorda un testo sui diritti e doveri dell'ammalato che era distribuito nei suoi reparti e che era stato adottato da altre strutture. Tra i diritti dell'ammalato c'era il "trattamento umano, pietoso e familiare" che avrebbe ricevuto da tutto il personale ospedaliero. Una volta in pensione, Corrado Fuà è nominato primario emerito degli Ospedali Riuniti d'Ancona e nel 2000 riceve la medaglia d'oro al merito della sanità pubblica dalla Presidenza della Repubblica.

Continua ad esercitare la libera professione per altri

vent'anni, fino al 2005, nell'ambulatorio di piazza Cavour, in cui tra l'altro conserva le pubblicazioni in un bel mobile di famiglia. Lì riceve pazienti e conoscenti con i suoi modi garbati e il sorriso dolce che invita al dialogo. Nelle visite ai pazienti non trascura mai l'ascoltazione e la palpazione degli organi secondo l'ordine a capite ad calcem. Si era formato quando la diagnostica era basata soprattutto sulla semeiotica e ne riconosceva l'utilità anche nell'epoca delle molteplici "tecniche strumentali", convinto che "è comunque auspicabile che nella pratica professionale vi siano razionalità, intuito clinico e successivamente esperienza, a guidare la prassi diagnostica, prognostica e terapeutica".

All'apertura della nostra facoltà nel 1970, aveva insegnato per due anni il corso di malattie infettive. In seguito vi torna per convegni e seminari, e nel gennaio 2008 dedica una lezione alla preghiera del medico e dell'infermiere nella storia, presentando testi scritti in epoche diverse e ispirati da fedi diverse, eppure molto simili, dalla preghiera del Libro di Serapide a quella del clinico Giuseppe Giunchi. Laico per formazione e convinzione, Corrado vedeva nella religione, meglio nelle religioni, un conforto nei momenti difficili e in tutte le preghiere del medico e dell'infermiere l'espressione di "alti valori etici", invitando quindi gli studenti a conoscerle. Un consiglio prezioso che viene da chi, come lui, guardando alle discriminazioni che aveva vissuto, con la semplicità che va dritta al cuore scriveva: "non si modificò in me l'etica filantropica, estesa anche all'amore per gli animali".

IL TEATRO DI SHAKESPEARE/2

Macbeth. Il dramma del potere e della follia

Alberto Pellegrino

Sociologo

A quattrocento anni dalla morte di Shakespeare ci rendiamo sempre più conto che nelle sue opere è stato trattato ogni argomento riguardante la vita umana, compreso il tema del potere e della follia, che nel teatro elisabettiano ha sempre avuto un ruolo drammaturgico importante come strumento per esprimere quel malessere che si avverte in tutte le manifestazioni artistiche tardorinascimentali e barocche. Dopo il tormentato periodo della Riforma e della Controriforma, si è diffuso in Europa un certo pessimismo antropologico, mentre il razionalismo e lo sperimentalismo, che si sono affermati in ambito scientifico, convivono con le arti magiche e con l'occultismo, per cui nel teatro si registra una diffusa presenza di fantasmi, streghe e creature soprannaturali.

MACBETH DIVISO TRA ORRORE E FOLLIA

Macbeth è una tragedia che riflette questo clima culturale per l'intrusione del soprannaturale, per la tensione psicologica dei protagonisti, per il predominare della violenza e del sangue, per l'infuriare degli elementi naturali, per le cupe atmosfere notturne che incom-

bono sulla brughiera e sugli angusti spazi di un castello, per la rapidità delle azioni che non concedono tregua allo spettatore. Siamo di fronte a un'opera dominata dal colore nero a volte squarciato dai lampi di una tempesta ("Vedete come i Cieli, quasi sconvolti dall'atto dell'uomo, minacciano il suo teatro sanguinoso...E' a causa del predominio della notte, o per la vergogna del giorno, che l'oscurità seppellisce il viso della terra quando dovrebbe baciarla la viva luce") o dalla fioca luce delle torce. L'altro colore dominante è il rosso del sangue, che segna il tragico cammino dei protagonisti verso la follia e la morte.

Si assiste, in un susseguirsi di orrori, all'angoscia di un uomo che corre freneticamente verso la propria condanna, alla trasformazione di un guerriero generoso e leale in uno spietato assassino e in un crudele tiranno che, sotto la spinta illusoria delle streghe, è divorato dalla febbre del potere fino al punto di distruggere se stesso e la vita della sua compagna. Al centro della tragedia si colloca pertanto la sfrenata ambizione di Macbeth, un pensiero che diventa ossessione, che fa perdere il controllo della morale e la cognizione della realtà, per

diventare un baratro destinato a inghiottire un uomo proclamatosi re. Macbeth non può essere però considerato la vittima di un destino avverso, perché le profezie delle streghe costituiscono solo un incentivo alla sua volontà, dato che egli continua a esercitare il suo libero arbitrio e a trovare l'occasione favorevole per attuare un piano di conquista del potere che già esisteva nella sua mente.

Un'altra componente della personalità di Macbeth è l'immaginazione che lo rende vulnerabile, facendogli perdere il senso della realtà e facendo in modo che la sua coscienza sia oppressa da paure, sospetti e allucinazioni. Egli commette determinate azioni senza calcolare o prevedere gli effetti che queste avranno sul suo animo e sulla sua vita, per cui non riuscirà mai a essere in armonia con la sua natura psicologica, perché l'immaginazione lo rende un alienato perseguitato da una mente ormai fuori controllo che gli fa scambiare le allucinazioni per la realtà, secondo un meccanismo psicologico che provoca un continuo passaggio dalla coscienza al terrore, dalla passione alla fantasia, un meccanismo con cui non si può



Figura 1. Macbeth, regia di Orson Welles, 1948. Macbeth interpretato da Orson Welles



Figura 2. Macbeth, regia di Orson Welles, 1948. Lady Macbeth interpretata da Janette Nolan

scendere a patti, perché diventa una condizione psicologica misteriosa e imprevedibile, che può condurre fino alla pazzia.

Macbeth diventa in questo modo la più profonda rappresentazione di quel male che è sempre latente nelle strutture di potere della società, ma che è anche nascosto dentro di noi tanto da condizionare a volte i nostri comportamenti quando ci cerca in forme eccessive il successo, la ricchezza, la scalata sociale e professionale. Macbeth, proprio perché non possiamo attribuire la responsabilità delle nostre azioni solo agli altri o alle strutture politiche ed economiche della società, diventa lo specchio della nostra coscienza individuale e collettiva. Costretto a convivere con l'ossessione della conquista del potere, finisce per negare se stesso e per uccidere dentro di sé la coscienza e l'immaginazione, per trasformarsi in un brutale tiranno che diffonde il male nella società. Macbeth è soggetto a un processo di au-

tomutilazione spirituale che lo costringe a gettarsi alle spalle la prudente ragione nella consapevolezza che, dopo avere sparso tanto sangue, non può tornare indietro ed è costretto a portare avanti un progetto che causerà innumerevoli vittime, gravi danni fisici e morali a tutta la società ("Le cose cominciate nel male, dal male traggono forza"), fino a quando si renderà conto con angoscia dell'inutilità delle sanguinose azioni commesse. E' opportuno, tuttavia, sottolineare che Macbeth non solo non prova mai dei rimorsi, ma non tenta mai di giustificare le proprie azioni e la propria malvagità nemmeno a se stesso, anche se è consapevole che dovrà fare i conti con la sua coscienza fin dalla sua prima azione criminale, quando sente udire una voce che grida "Macbeth non dormirai più, Macbeth assassina il sonno innocente, il sonno che riavvia la matassa scompigliata dell'affanno, morte della vita d'ogni giorno, bagno della dura fatica, balsamo delle anime ferite...primo nutri-

mento nel banchetto della vita".

IL TRAGICO DESTINO DI LADY MACBETH

Lady Macbeth è l'altra protagonista che nella prima parte della tragedia agisce costantemente al fianco del marito in una salda unione finalizzata alla conquista del potere. La donna, che ha un carattere forte, nel momento di assassinare il re Duncan si mostra la più risoluta e feroce, liberando Macbeth dagli scrupoli della coscienza, perché gli ricorda che i suoi sogni di potere si potranno realizzare solo compiendo quel crimine che lo porterà alla conquista del regno, applicando la ragione di Stato secondo una fredda logica "machiavellica".

Nella società di quel tempo, completamente controllata dagli uomini, le donne sono socialmente emarginate ed escluse dal sanguinoso gioco del potere, perché servono soprattutto per mettere al mondo dei figli da mandare alla guerra. Lady Macbeth ricopre, invece,

un ruolo determinante per l'energia che mette nel sollecitare il marito ad agire, a tenere nascosti i propri sentimenti, a trasformare il suo coraggio di guerriero nel coraggio di uomo politico: "Il tuo volto è come un libro in cui gli uomini possono leggere cose strane. Per ingannare il mondo, assumi il suo aspetto, appari come il fiore innocente, ma sii la serpe che vi si cela sotto... La tua natura è troppo piena di latte dell'umana bontà...Tu vorresti essere grande, non sei senza ambizione, ma non vuoi che il male l'accompagni. Ciò che desideri ardentemente, lo vorresti però santamente, non vuoi barare, eppure accetteresti di vincere con l'inganno".

Lady Macbeth è una delle figure femminili meglio tratteggiate da Shakespeare per la fermezza della sua volontà, per la capacità di tenere in scacco la coscienza del marito nei momenti di debolezza, perché non conosce la differenza tra volontà e azione e sa tenere gli occhi fissi su quella corona da conquistare senza fare distinzioni morali, né badare ai mezzi per conquistarla. Lady Macbeth appare granitica quando si appresta nel portare a termine il suo disegno criminale, pronta a sacrificare la sua stessa femminilità: "Venite, spiriti che agitate pensieri di morte, snaturate in me il sesso, riempitemi tutta, dal capo ai piedi, della più crudele ferocia! Condensate il mio sangue, chiudete in me ogni via, ogni accesso al rimorso, ché nessun pungente ritorno alla pietà naturale scuota il mio truce proposito o metta indugio fra esso e il compimento! E voi, ministri di assassinio, dovunque voi siate nelle vostre invisibili forme, al servizio della malizia umana, venite alle mie mammelle di donna e prendete il mio latte in cambio del vostro fiele!"

Eppure questa donna si ri-



Figura 3. *Macbeth*, regia di Orson Welles, 1948. Macbeth e sua moglie progettano l'uccisione del re Duncan



Figura 4. *Macbeth*, regia di Orson Welles, 1948. Macbeth siede sul trono di Scozia durante il banchetto reale

trae progressivamente sullo sfondo, lasciando che Macbeth percorra da solo quel suo cammino tracciato con il sangue e tragicamente illuminato da lampi di follia. La sua mente, che sembrava invincibile nella sua sublime crudeltà, comincia a vacillare quando dall'inconscio cominciano ad affiorare improvvisi sensi di colpa provocati da una continua tensione interiore che la spinge verso la

pazzia. La gioia della conquista del trono di Scozia si è come incrinata e quello che rimane è un senso di stanchezza e di debolezza; la regina si accorge che Macbeth, preso dalle sue angosce, ha perduto la pace e ha ancora bisogno del suo aiuto ("Ho la mente piena di scorpioni, cara moglie!"), per cui cerca di stargli vicino per confortarlo e rasserenarlo, soffocando le proprie ansie e la propria sostanziale



Figura 5. *Macbeth*, regia di Orson Welles, 1948. A Macbeth appare il fantasma di Banquo assassinato dai suoi sicari

solitudine. Questo stato d'animo la rende incapace di difendersi, le toglie la libertà nel decidere il proprio destino, la trasforma in una larva di donna privata di quel sonno che dà un momento di oblio e di pacificazione, in un fantasma vivente condannato a cercare di notte la luce del giorno, costretta a lavare quelle mani che vede continuamente insanguinate fino a cercare la pace nella morte.

Freud ha cercato di trovare la causa di questo crollo psichico nella sterilità della donna che ha privato il re di figli legittimi eredi alla corona: "Credo che si possa capire la trasformazione della sua crudeltà in rimorso, come reazione all'impossibilità di avere figli, a un fatto cioè che la convince della sua impotenza di fronte alle leggi della natura e al tempo stesso le ricorda che per sua colpa il delitto è stato privato della parte migliore dei frutti che poteva dare". Questa spiegazione è apparsa nel tempo insufficiente per giustificare un così grave trauma mentale, perché quel sogno condiviso di grandezza non sembra più sufficiente a sostenere una mente caduta ormai preda di

quei ricordi che emergono dalla profondità dell'inconscio per arrivare alla superficie dell'intelligenza. Il sonnambulismo, una condizione nella quale si perde ogni nesso razionale nel susseguirsi delle immagini e delle idee, diventa il sintomo di una pazzia che si manifesta nell'ossessione per il sangue, nell'insonnia, nella paura del buio, fino a cadere in uno stato ossessivo-compulsivo che finisce per spezzare la sua personalità, per cui sceglierà la morte, "concludendo con un gesto innaturale un'esistenza innaturale" (Agostino Lombardo).

Il medico di corte, convocato per curare la sua malattia, dichiara la propria impotenza: "Questa infermità va oltre la mia arte...I fatti contro natura producono turbamenti contro natura; gli animi colpevoli confidano i propri segreti al guardiano che è sordo. Questa donna ha più bisogno del prete che del medico...Sorvegliatela, allontanate da lei tutto ciò con cui potrebbe farsi del male...Mi ha empito l'animo di sbigottimenti e gli occhi di stupore. Penso, ma non oso parlare". Lo stesso Macbeth chiede al medico d'in-

tervenire: "Cerca di guarirla: non hai una qualche medicina per uno spirito infermo? Non puoi strappare dalla memoria un cruccio che vi si è radicato, cancellare dal cervello le angosce che vi sono state scritte? Non puoi liberare con qualche antidoto che dia dolcemente l'oblio un petto gravato da quel pericoloso ingombro che preme sul cuore?". Deluso di fronte all'impotenza della scienza medica, il re chiede ironicamente al medico un rimedio di tipo politico: "Getta la tua scienza ai cani...Dottore, se tu potessi fare la diagnosi del mio paese, trovarne il male, guarirlo e ridargli la salute di un tempo, ti applaudirei tanto che l'eco tornerebbe ad applaudirti".

IL CROLLO DELLE ILLUSIONI E LA FINE DI MACBETH

Macbeth, dopo avere accolto con indifferenza la notizia del suicidio della moglie, sente di essere stato abbandonato da tutti, tradito dalle streghe che gli avevano promesso l'invulnerabilità, si rende conto del fallimento del suo progetto di potere e di onnipotenza. Comprende che la sua punizione sarà più spietata di quella della moglie, perché ormai sa di avere sbagliato, di non poter far nulla per modificare i suoi errori, per fermare il meccanismo che lo sta distruggendo e portando verso l'autodistruzione. Si prepara ad affrontare i suoi nemici sorretto solo dalle profezie delle streghe, ma anche queste si rivelano un inganno, per cui non gli resta che abbandonarsi alla morte, dando prima sfogo al suo profondo pessimismo: "Domani, e poi domani, e poi ancora domani: così, a piccoli passi, giorno dopo giorno, il tempo striscia fino all'ultima sillaba degli anni divenuti soltanto un ricordo; e tutti i nostri ieri non hanno fatto che illuminare a dei pazzi la via che conduce alla polvere della morte. Spe-

LA TRAMA

Macbeth e Banquo hanno sconfitto Macdonwald e Cawdor, vassalli del re di Scozia Duncan, i quali si erano ribellati al trono. Nella brughiera i due generali incontrano tre streghe, le quali dicono a Macbeth che presto sarà barone di Cawdor quindi re di Scozia, mentre Banquo non sarà re ma padre di una stirpe reale. Macbeth riceve la notizia che il re l'ha nominato barone di Cawdor e che sarà ospite nel castello di Dunsinane per rendergli onore. Macbeth, in una lettera, racconta della profezia fatta dalle streghe e Lady Macbeth giura che aiuterà il marito a conquistare il trono con qualsiasi mezzo. Dopo il ritorno di Macbeth, i due coniugi decidono di uccidere il sovrano e la donna appare più risoluta a portare a termine il loro piano, superando le indecisioni del marito. Dopo avere drogato le guardie con un sonnifero, Macbeth uccide Duncan e la scia i pugnali insanguinati nelle mani dei due soldati. Il mattino successivo il nobile Macduff scopre il cadavere del re, quindi Macbeth accusa e uccide le due guardie. Malcom, figlio del re ed erede al trono, fugge dal castello, temendo per la sua vita, per cui Macbeth è incoronato re, essendo il parente più vicino al defunto sovrano. Macbeth, divenuto re di Scozia, è tormentato dalla paura e dai sospetti, per cui decide di

eliminare tutti i suoi possibili rivali. Fa assassinare anche il compagno d'arme Banquo, il cui fantasma gli compare dinanzi durante un banchetto di corte, facendo precipitare il re nel terrore e nella follia. Macbeth incontra di nuovo le streghe, le quali lo tranquillizzano, dicendogli che starà al sicuro fin quando la foresta di Birnam non si muoverà contro il castello di Dunsinane; gli dicono, inoltre, potrà essere ucciso solo da un uomo non nato da donna. Malcom instaura un regime di terrore, facendo sterminare i nobili e le loro famiglie. Macduff riesce a fuggir e a rifugiarsi presso Malcom che sta organizzando un esercito per sconfiggere il tiranno. Lady Macbeth è ormai in preda alla follia e, dilaniata dai rimorsi e dalle visioni dei delitti commessi, si toglie la vita. Quando l'esercito di Malcom avanza verso il castello reale, mimetizzandosi con i rami della foresta di Birnam, Macbeth comprende l'inganno delle streghe e il fallimento della sua vita, ma affronta con coraggio l'esercito nemico e ride beffardo di fronte Macduff che lo sfida a duello ma, quando questo gli dice di essere nato con il taglio cesareo, desiste dal combattere e si lascia uccidere dal suo avversario, che porterà la testa del tiranno a Malcom, il nuovo re di Scozia.

gniti, spenti, piccola candela! La vita è solo un'ombra che cammina, un povero commediante che si pavoneggia e si dimena per un'ora sulla scena e poi cade nell'oblio: la storia raccontata da un idiota, piena di frustrazione e di foga, e che non significa nulla”.

Riferimenti

Per leggere la tragedia

Macbeth, traduzione di Vittorio

Gassman, Mondadori, Oscar Classici, 2004

Macbeth, traduzione di Paolo Bertinetti, Einaudi, 2016

Opere essenziali

Andrew C. Bradley, La tragedia di Shakespeare. Storia, personaggi, analisi, RCS Libri, 2002

Franco Ferrucci, Il teatro della fortuna. potere e destino in Machiavelli e Shakespeare, Fazi editore, 2004

Ekkart Krippendorf, Shakespeare politico. Drammi storici, drammi romani, tragedie, Fazi Editore, 2005

Nadia Fusini, Di vita si muore. Lo spettacolo delle passioni nel teatro di Shakespeare, Mondadori, 2010

Agostino Lombardo, Lettura del Macbeth, Feltrinelli, 2010

Film consigliati

Macbeth, regia di Orson Welles, Stati Uniti, 1946, con Orson Welles e Janette Nolan

Il trono di sangue (Il castello della tela di ragno), regia di Akira Kurosawa, Giappone, 1957, con Toshito Mifune e Isuzu Yamada

Macbeth, regia di Roman Polanski, Gran Bretagna, 1971, con Jon Finch e Francesca Annis

Macbeth, regia di Justin Kurzel, Gran Bretagna, 2015, con Michael Fassbender e Marion Cotillard

Continua da pagina 21

Simona Lattanzi, Leandro Provinciali, Mauro Silvestrini

Il controllo glicemico influenza la prognosi dell'ictus ischemico nei pazienti affetti da Diabete Mellito

Bibliografia

- Almdal T, Scharling H, Jensen JS, et al. The independent effect of type 2 diabetes mellitus on ischemic heart disease, stroke, and death: a population-based study of 13,000 men and women with 20 years of follow-up. *Arch Intern Med* 2004; 164:1422-1426.
- Fox CS, Coady S, Sorlie PD, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. *JAMA* 2004;292:2495-2499.
- Rydén L, Standl E, Bartnik M, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2007;28:88-136.
- Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2004;141:421-431.
- Ergul A, Abdelsaid M, Fouda AY, et al. Cerebral neovascularization in diabetes: implications for stroke recovery and beyond. *J Cereb Blood Flow Metab* 2014;34:553-563.
- Sweetnam D, Holmes A, Tennant KA, et al. Diabetes Impairs Cortical Plasticity and Functional Recovery Following Ischemic Stroke. *J Neurosci* 2012;32:5132-5143. See comment in PubMed Commons below
- Prakash R, Li W, Qu Z, et al. Vascularization pattern after ischemic stroke is different in control versus diabetic rats: relevance to stroke recovery. *Stroke* 2013;44:2875-2882.
- Ding G, Yan T, Chen J, et al. Persistent cerebrovascular damage after stroke in type two diabetic rats measured by magnetic resonance imaging. *Stroke* 2015;46:507-512.

PER UNA STORIA DELLA PEDIATRIA /2

Nascite mostruose nella Biblioteca di Fermo

Stefania Fortuna
Maria Chiara Leonori
Natalia Tizi

*Università Politecnica delle Marche, Ancona
Biblioteca Comunale "Romolo Spezioli" di Fermo*

L'Università di Padova, che vanta una storia gloriosa in molteplici campi della medicina, possiede un museo di anatomia patologica che è stato fondato da Lodovico Brunetti (1813-1899), docente di anatomia patologica a Padova dal 1855 al 1887, su un'idea che risaliva a Giovan Battista Morgagni (1682-1771), poi arricchito dai suoi successori. In questo museo sono conservati straordinari esemplari anatomo-patologici che riguardano tutti gli apparati e documentano patologie infettive dell'epoca – come tubercolosi e sifilide – in stadi che oggi non si osservano più, quando il decorso clinico coincideva con l'evoluzione naturale della malattia. Nel dicembre 2015 è stato pubblicato un atlante illustrato di questo museo, a cura di Alberto Zanatta e Fabio Zampieri e con la consulenza anatomo-patologica di Gaetano Thiene e Marialuisa Valente: un volume prezioso che con efficacia presenta documenti rari della storia della patologia.

Da segnalare la collezione teratologica, che riguarda feti e neonati mostruosi, conservati in vasi di vetro sotto formalina, che è assolutamente unica al mondo. Le nascite mostruose hanno da sempre impressionato l'immaginazione collettiva e sono state al centro di trattazioni di

carattere diverso, mitologico o leggendario, ma anche razionale, già nel mondo antico. Tra Cinquecento e Seicento la teratologia ha avuto importanti cultori tra i medici, come Ambroise Paré, Ulisse Aldrovandi, Martin Weinrich, Fortunio Liceti, che non sempre si sono allontanati dalle fantasiose credenze tradizionali. Si presenta qui l'opera di Fortunio Liceti, *De monstribus*, conservata in due edizioni alla Biblioteca Comunale Romolo Spezioli di Fermo, la seconda del 1634 e la terza del 1665.

FORTUNIO LICETI (1577-1657)

di Natalia Tizi

Fortunio Liceti, nato a Rapallo (ma lui si definiva Genuensis) nel 1577 e morto a Padova nel 1657, compì studi di filosofia e medicina a Bologna, ottenendo infine il dottorato presso il Collegio medico della città di Genova, ove era ritornato per assistere il padre.

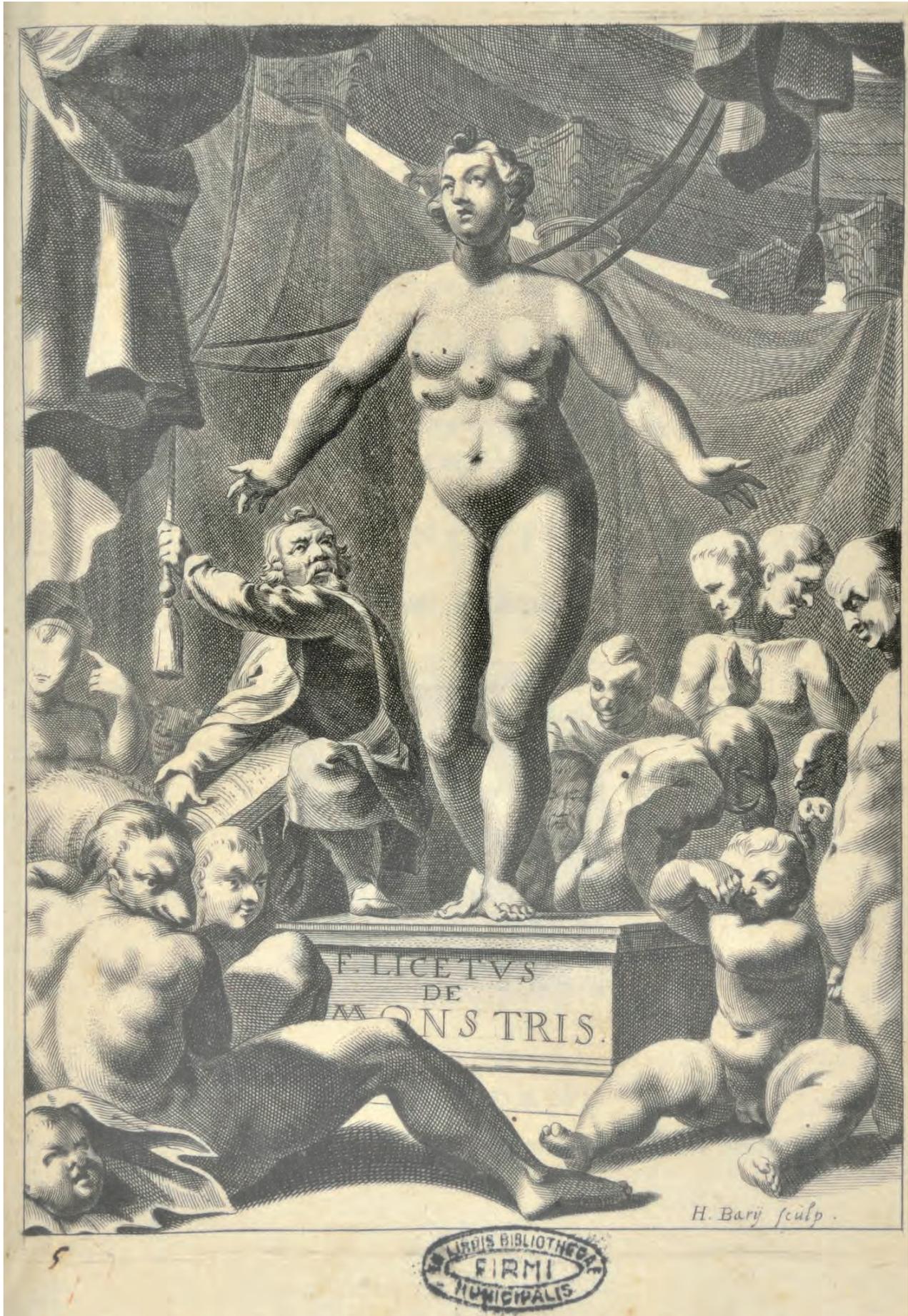
Lettore di logica nello Studio di Pisa, successivamente occupò la cattedra di filosofia ordinaria nello Studio di Bologna, per approdare alla prestigiosa cattedra di medicina teorica ordinaria nello Studio di Padova. Uomo dotato di profonda cultura ed erudizione, Liceti intrattene importanti scambi epistolari

con autorevoli personalità del suo tempo, discutendo e confrontandosi sui più svariati argomenti; fu legato in particolare a Galileo Galilei da un rapporto di stima e di amicizia, suggellato da oltre quaranta lettere tra scritte e ricevute, e mai incrinato dalle controversie che pure li riguardarono.

I suoi interessi furono vasti come il suo sapere: studiò i terremoti e le nuvole, il movimento del mare, quello degli astri e delle comete, la luce cinerea, gli effluvi corporei. Numerose anche le opere antiquarie e quelle di argomento filologico, epigrafico e letterario.

In campo medico la sua attenzione fu orientata all'anatomia ed alla fisiologia, con riguardo ad alcune specifiche trattazioni, quali le nascite mostruose. Ne nacque la leggenda che la sua stessa nascita fosse stata contrassegnata dall'atipicità: venuto al mondo prematuro in nave, durante una tempestosa traversata, fu salvato dal padre medico ideatore di una specie di proto incubatrice che permise la sopravvivenza del neonato, chiamato perciò Fortunio.

Ritenuto un inflessibile sostenitore della dottrina aristotelica, Liceti tuttavia prese le distanze da Aristotele riguardo alla generazione e allo sviluppo del feto, ammettendo la compresenza



Fortunio Liceti, De monstris, Amsterdam 1665, antiporta

Fortunio Liceti, *De monstris*, Amsterdam 1665, p. 12Fortunio Liceti, *De monstris*, Amsterdam 1665, p. 80Fortunio Liceti, *De monstris*, Amsterdam 1665, p. 135

del seme femminile, portatore dell'anima vegetativa. Questa teoria preformista, secondo cui le particelle che costituiscono il seme giungono da tutte le parti del corpo dei genitori, spiega lo sviluppo embrionale, la trasmissione ereditaria dei caratteri e anche delle nascite mostruose.

Con l'opera *De monstruorum natura, causis et differentiis*, pubblicata a Padova nel 1616, Liceti raccoglie e sintetizza tutta la scienza teratologica fino ad allora conosciuta, arricchendola anche di notazioni personali; ordina le "mostruosità" secondo la morfologia – ancora di impianto aristotelico – e non le cause, che pure cercò di identificare per la prima volta, ravvisandole nella ristrettezza – o "angustia" – dell'utero,

Fortunio Liceti non considera "mostri" gli individui dotati di capacità o difetti fuori dal comune né eventi prodigiosi o stupefacenti; egli distingue, a tale proposito, i parti dissimili da quelli deformi: i "mostri" propriamente detti sono questi ultimi, portatori di una "trasgressione" nell'ambito della stessa specie, laddove, paradossalmente, un individuo generato da un genitore di una data specie ma che risulti perfettamente costituito, tanto da poter essere classificato sotto una qualsiasi altra specie differente da quella generante, non è "propriamente" un mostro.

Le sue teorie svelano una mente aperta e brillante che, pur non curandosi di confutare molte credenze del passato, insegna tuttavia a guardare i "mostri" e a ragionarvi in base

nella patologia placentare, nel "difetto di nutrizione" che degenera il feto, nelle anomalie del moto formativo del feto, per cui le parti che si formano non riescono a collocarsi nella topografia ortologica.

R i s p e t -
to al passato,

alla forma piuttosto che indulgere sulle cause, ravvisando in queste ultime una significativa influenza della realtà materno-fetale ed delle condizioni di sviluppo del feto stesso. Si tratta di teorie in anticipo sui tempi, che costituiscono un punto di snodo e l'inizio della moderna scienza della teratologia.

L'edizione olandese di questo influente trattato del 1665 – da cui sono tratte le immagini che qui si presentano – rispetto alle precedenti padovane del 1616 e 1634, è più completa e ricca di incisioni, raffiguranti creature, anche animali e vegetali, di varia deformità. Tale apparato iconografico è incrementato poi da dissezioni anatomiche che Liceti eseguiva con perizia; le tavole vi perdono il gusto surreale che l'argomento pare condisendere per farsi più aderenti alla realtà anatomica.

Di indubbia suggestione, ammorbidita e sobria nel presentare tali sfortunate creature, è l'antiporta riprodotta a pagina 42: in una cornice classicheggiante i corpi deformati e anomali, disegnati con tratto lieve e senza compiacimento, vengono letteralmente rivelati dal medico – l'autore stesso – che, sulla sinistra, apre il sipario sull'intera scena, in un gesto che è esplicita metafora di un'indagine scientifica non più occultata, ma ormai aperta a tutti.

A SCUOLA DI SERA

(ovvero: il chiasso del denaro, il silenzio della cultura)

Marco Grilli

Sociologo

L'azione per sconfiggere Daesh, il cosiddetto Isis, va condotta su più piani. E' importante quello culturale. Non dimentichiamo che il reclutamento, nelle città d'Europa, avviene mediante la predicazione, diretta e soprattutto via web: dobbiamo contrapporre a questa predicazione argomenti e indicazioni che facciano comprendere a giovani che ne sono destinatari quanto sia preferibile vivere nella tolleranza, nel rispetto degli altri, nella convivenza in pace.

Sergio Mattarella, da intervista a *Il Messaggero* del 10/12/2015

- Santità, lei ha detto che il nemico è sconfitto quando diventa nostro amico. «Vero! Verissimo!».
- Vuole Sua Santità spiegare come si fa a diventare amici dell'Isis? «Con il dialogo. Bisogna ascoltare, capire, avere comunque rispetto dell'altro. Non c'è altra strada». - L'Isis taglia le teste. Senza la testa, non ci sono più le orecchie per ascoltare. «Bisogna farlo con il cuore. Essere compassionevoli. Educare. La Germania è stata molto generosa ad accogliere i rifugiati, li sfama e li veste: ma adesso dovrà educarli». - Perché possano essere assimilati dall'Europa? «Perché possano tornare indietro! Se non loro, i loro figli. Devono tornare con le conoscenze e le abilità per cambiare il Paese d'origine, perché non ci siano altri fuggiaschi e altri rifugiati. Questa è l'unica soluzione»

Tenzin Gyatso, XIV Dalai Lama del Tibet, da intervista a LA STAMPA del 7/12/2015

Queste riflessioni si soffermano su un tema poco diffuso a livello di comunicazione mediatica, e tuttavia di rilievo centrale nel particolare frangente storico che stiamo criticamente attraversando.

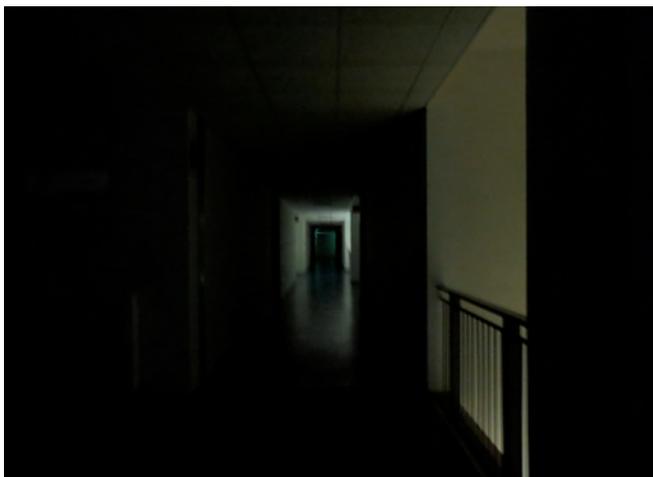
Oggi i discorsi pubblici appaiono affollati di terminologie specialistiche, entrate nei linguaggi del senso comune, espressioni mutuate dal lessico della scienza economica (e da quello tautologico della politica), utilizzate a volte sommariamente nell'ottica miope di una teleologia dell'immediatezza. Si afferma spesso, infatti, l'esigenza prioritaria di rilanciare lo sviluppo, magari utilizzando tecnologie produttive non necessariamente compatibili con la salute delle

popolazioni o con la sostenibilità ambientale, incrementando qualsiasi tipologia di consumi, talora inutili o addirittura deleteri, relegando così in una zona d'ombra la primazia della dimensione umana.

Questo contributo si aggancia a tale premessa muovendo dall'esperienza maturata presso i corsi serali di un Istituto di Istruzione secondaria statale di Ancona negli ultimi 20 anni, durante i quali abbiamo incrociato centinaia di visi, ascoltato e raccontato storie, mediato culture eterogenee e vissuti irripetibili. Alcune di queste narrazioni esprimevano disagi familiari e personali, esperienze "prossimali" o venute da lontano, sofferenze e sogni invi-

sibili. E a volte invisibili erano gli stessi studenti, alle prese con problemi di permesso di soggiorno, o di sopravvivenza fisica, e con difficoltà, tecniche e culturali, di comprensione e di espressione linguistica, ma anche desiderosi di poter fare emergere, nonostante gli ostacoli della diffidenza (e la banalità degli stereotipi), la propria comune ricchezza umana.

A scuola di sera, oltre ad essere la denominazione di una pagina Facebook ispirata a questa esperienza, si propone anche come formula per una proposta di rilancio dell'educazione permanente, oggi fortemente a rischio per le note ristrettezze finanziarie, e soprattutto per il diffuso disinteresse nei riguardi di quanto non sia immedia-



tamente im plicato nei processi di produzione e di mercato.

Tutto questo nella consapevolezza e nella convinzione profonda che “il vero spread è quello della conoscenza” (Marc Augé, da La Repubblica 27/8/2012) e che la promozione sociale e una maggiore levatura umana passino innanzitutto, ancor prima che per una emancipazione economica (o almeno parallelamente ad essa), attraverso l’intelligenza pedagogica di una cultura effettivamente aperta a tutti.

Sulle stesse premesse sembra delinearsi la recente denuncia del Governatore della Banca d’Italia, secondo cui “l’alfabetizzazione degli adulti italiani è molto bassa: il 70% degli italiani non comprende ciò che legge o non sa come usare le informazioni scientifiche e tecnologiche che pos-

siede. Siamo molto indietro” (intervento alla LUISS, 4 maggio 2015). Si evidenzia inoltre la dimensione non strettamente economicistica di un maggiore livello di istruzione e di consapevolezza. E’ infatti “riduttivo pensare che l’investimento in conoscenza sia importante solo per l’impatto positivo sulla crescita. Esso può contribuire in modo profondo all’innalzamento del senso civico e del capitale sociale, valori in sé, indipendentemente dai loro effetti sul sistema economico, fattori importanti di coesione sociale e di benessere dei cittadini” (Visco, in bibliografia).

Nel caso degli studenti stranieri poi il tema si estende ad un ordine di riflessione di levatura ulteriore, con la definizione del lifelong learning quale fattore di crescita nella conoscenza reciproca, raccogliendo la sfida antropologica del riconosci-

mento di una comune appartenenza umana attraverso un percorso di superamento delle barriere identitarie. Qualcosa di simile a una stanza degli specchi, “ in un groviglio di sguardi incrociantesi, attraverso i quali gli uomini dicono il loro bisogno di non essere soli, la loro esigenza di un senso, purchessia, del loro esistere” (Lombardi Satriani, in bibliogr., p. 32)

Riferimenti

1. I.Visco, *Investire in conoscenza*, il Mulino, Bologna 2014
2. Battaglia D., Il sogno pedagogico, in Lettere dalla Facoltà, Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università Politecnica delle Marche n. 12, 2009
3. Grilli M., *La sfida antropologica. Oltre la tolleranza*, in C.Clemente e P.P.Guzzo (a cura di) *Sistemi sociosanitari regionali tra innovazioni e spendibilità. Esperienze e ricerche*, (Quaderni Cirpas, Vol. n.24, Università di Bari) , Cacucci, Bari 2013
4. L.M.Lombardi Satriani, *La stanza degli specchi*, Meltemi, Roma 1994

IL FRAGILE E IL PREZIOSO

Bioetica in punta di piedi

Nell'ambito delle decisioni etiche in sanità, l'argomentazione bioetica tende all'applicazione di principi generali nel caso particolare, valutando quale azione clinica, nel rispetto dell'autonomia decisionale del paziente e della giustizia, non lo danneggi e sia orientata al bene.

Tuttavia l'avanzare impetuoso delle cosiddette tecnologie GRIN (geno, robo, info, nano), che promettono di destrutturare – e ristrutturare – fin dalle fondamenta il cammino dell'Homo sapiens, hanno portato al passaggio da un antropocentrismo che, nel concentrarsi sull'uomo, si disinteressava del mondo della natura ad un biocentrismo dove sono proprio le innumerevoli possibilità del fare a delineare la scala etica del lecito.

Ecco la necessità che l'etica riprenda il suo ruolo di mediatrice tra il pensiero e la vita, custodendone la distanza, non ideologicamente, ma in maniera critica.

Il libro di Luigi Alici assegna alla bioetica questo compito, seppure in punta di piedi, riflettendo su quattro temi della condizione umana: *Homo fragilis, patients, moriens, curans*.

Tali dimensioni, costitutive dell'uomo, saranno coniugate sotto la cifra tematica del fragile e del prezioso, a significare il doppio volto della finitezza, fra vulnerabilità ontologica e fallibilità morale.

Facciamoci accompagnare, allora, da Alici nei quotidiani luoghi di cura, per riscontrare nei volti dei nostri pazienti i connotati della fragilità, del patire, del morire e della cura.

La fragilità umana rischia di essere considerata un dato patologico, che il mercato delle biotecnologie promette di ridurre progressivamente ai minimi termini, e non è riconosciuta come il sintomo di un limite costitutivo, la cifra di una condizione ontologica.

La tendenza a proporre ricette tecnologiche per un uomo infrangibile, non solo trasforma una condizione fisiologica in una patologia, ma ne fa perdere la consistenza originaria.



Casa editrice Morcelliana 2016, pagine 224, prezzo 16 €

La fragilità umana, in quanto condizione e limite, si accosta al termine prezioso non in senso avversativo (prezioso ma fragile), né propriamente in senso concessivo (prezioso sebbene fragile), ma, afferma Alici, nel significato di fragile, dunque prezioso.

Si ritiene che sia proprio nella prossimità antropologica della categoria della cura che si renda del tutto necessario ribadire *fragile, dunque prezioso*.

Se la fisiologia della fragilità si declina come limite, la sofferenza ci rivela il suo risvolto "patologico" e vulnerabile, sperimentato come un sfida alla nostra integrità e una minaccia al nostro stesso equilibrio personale.

Sul piano dell'esperienza individuale, il soffrire appare sempre come un attacco all'integrità personale, come una lesione da cui occorre difendersi in modo proporzionato; sul piano della condizione trascendentale, invece, il poter soffrire attesta un vulnus antropologico, che ricorda al logos la compagnia storicamente inseparabile del pathos, rivelando un tratto specifico della finitezza.

La sofferenza, che rivela la problematica coabitazione tra le potenzialità dell'homo sapiens e le difettività dell'homo patients, pone domande di senso che la Medicina non sempre è preparata a cogliere, preferendo, a volte, catalogare il soffrire umano sotto il segno del dolore: un indicatore biologico neutro, un portato necessario della malattia.

La difficoltà che la Medicina ha nel rapportarsi con la sofferenza diviene maggiore quando si trova alle prese con l'homo moriens.

Esiste attualmente nella cultura e nel costume contemporanei una rimozione sistematica della morte che si riverbera nella medicina, nel considerare il malato inguaribile una sconfitta; di conseguenza, l'accompagnamento del morente appare sempre meno come un qualificante compito professionale.

La morte, in tal caso, diventa sinonimo di una bocciatura, che non interessa soltanto il singolo individuo, ma anche il sistema che l'ha resa possibile.

Il decesso in ospedale, cioè in una istituzione specializzata che, per vocazione, si rifiuta di riconoscere la morte, in quanto è la negazione stessa della sua esistenza, rischia di gestirla attraverso le rigide normative burocratiche, con un prezzo altissimo in termini di umanità e partecipazione.

Siamo giunti così all'incontro con la dimensione della cura, che rappresenta l'approdo conclusivo del libro.

La cura è vista anche come modalità esistenziale e si radica in un incontro rispettoso tra persona e persona, in una essenziale intersoggettività. In questo quadro il testo recepisce la lezione del pensiero femminile sulla cura. L'etica della cura al femminile rifiuta l'idea astratta di un essere umano indipendente, autonomo, unico decisore di se stesso, con il quale rapportarsi attraverso la dialettica contrattualistica dei diritti e dei doveri e focalizza l'attenzione sulla intrinseca interdipendenza di ogni uomo che vive in relazione con gli altri e che, per la sua vulnerabilità costitutiva, è stato ed è soggetto di cure.

Congedandoci dalla suggestiva compagnia di Luigi Alici, si può affermare come dalla lettura del libro emerga una cultura della vita, disegnata dall'incontro tra il fragile e il prezioso ed espressa in uno spirito dialogico che interpella in egual modo la bioetica e la medicina.

Si ritiene che le profonde riflessioni tra il pensiero e la vita, seppure espresse in punta di piedi, possano illuminare il nostro percorso, difficile, faticoso e talvolta opaco, per renderci degni del privilegio di aver cura delle persone.

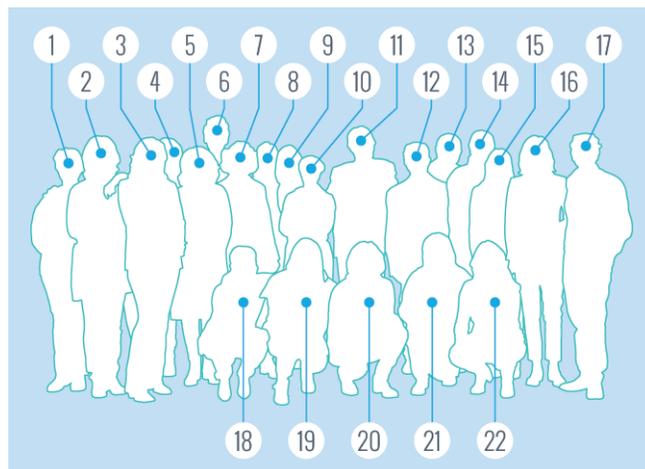
Massimiliano Marinelli

IL COMITATO EDITORIALE E LA SEGRETERIA DI REDAZIONE



1. **MARIA LAURA FIORINI**
Segreteria di Presidenza
Facoltà di Medicina e
Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
2. **MARIANNA CAPECCI**
Medicina Fisica e Riabilitativa
Dipartimento di Medicina
Sperimentale e Clinica
Università Politecnica
delle Marche
3. **MARIA CECILIA TONNINI**
Scienze tecniche di medicina e
di laboratorio
Dipartimento di Scienze
Cliniche e Molecolari
Università Politecnica
delle Marche
4. **ALESSANDRA GIULIANI**
Fisica applicata (a beni
culturali, ambientali, biologia e
medicina)
Dipartimento di Scienze
Cliniche Specialistiche e
Odontostomatologiche
Università Politecnica
delle Marche
5. **GIOVANNA ROSSOLINI**
C.A.D. - Biblioteca Tecnico-
Scientifica-Biomedica
Università Politecnica
delle Marche
6. **DANIELE SCONOCCHINI**
Segreteria di Presidenza Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
7. **STEFANIA FORTUNA**
Storia della Medicina
Dipartimento di Scienze
Cliniche e Molecolari
Università Politecnica
delle Marche

8. **BARBARA LUCESOLI**
Segreteria di Presidenza
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
9. **MOIRA MONTANARI**
Segreteria di Presidenza
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
10. **LORETA GAMBINI**
Responsabile Segreteria
di Presidenza
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
11. **MARCELLO D'ERRICO**
Igiene Generale ed Applicata
Preside Facoltà di Medicina
e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
Direttore Editoriale
"Lettere dalla Facoltà"
12. **GIOVANNI DANIELI**
Medicina Interna
Direttore Responsabile
"Lettere dalla Facoltà"
13. **GIOVANNI BATTISTA
PRINCIPATO**
Biologia Applicata
Dipartimento di Scienze
Cliniche Specialistiche ed
Odontostomatologiche
Università Politecnica
delle Marche
14. **CONTI FIORENZO**
Fisiologia
Dipartimento di Medicina
Sperimentale e Clinica
Università Politecnica
delle Marche



15. **MARIA RITA RIPPO**
Patologia Generale
Dipartimento di Scienze
Cliniche e Molecolari
Università Politecnica
delle Marche
16. **FRANCESCA CAMPOLUCCI**
Responsabile Ripartizione
Corsi di Studio
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
17. **MAURIZIO MERCURI**
Scienze infermieristiche
generali cliniche e pediatriche
Università Politecnica
delle Marche
18. **ANNA CAMPANATI**
Malattie cutanee e veneree
Dipartimento di Scienze
Cliniche e Molecolari
Università Politecnica
delle Marche
19. **FRANCESCA GAVETTI**
Segreteria di Presidenza
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
20. **LORI LATINI**
Segreteria di Presidenza
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
21. **ANTONELLA CIARMATORI**
Segreteria di Presidenza
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche
22. **FEDERICA GIUNTOLI**
Ripartizione Corsi di Studio
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica
delle Marche



LETTERE dalla FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XIX / n. 3
Maggio/Giugno 2016

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
Marcello M. D'Errico

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Comitato editoriale
Anna Campanati, Francesca Campolucci,
Marianna Capecci, Fiorenzo Conti,
Stefania Fortuna, Loreta Gambini,
Giorgio Gelo, Alessandra Giuliani,
Maurizio Mercuri, Alberto Pellegrino,
Giovanni Principato, Maria Rita Rippo,
Giovanna Rossolini, Andrea Santarelli,
Maria Cecilia Tonnini

Segreteria di Redazione
Antonella Ciarmatori,
Maria Laura Fiorini,
Francesca Gavetti,
Federica Giuntoli,
Lori Latini,
Barbara Lucesoli,
Maira Montanari,
Daniele Sconocchini
presimed@univpm.it

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