



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

I risultati che la Facoltà ha ottenuto in campo didattico/scientifico grazie al grande impegno e professionalità profusi da tutti coloro che nei vari settori operano al suo interno sono ottimi: conferme in tal senso emergono dalla Scheda di rilevazione CENSIS che, per il 2010/2011, indica per la Facoltà di Medicina e Chirurgia un i.f. medio di 10,60 contro il valore di 9.44 ottenuto nel 2009/2010 (incremento di 1,06 punti.) e dagli investimenti che la Regione Marche e la Regione Umbria hanno destinato per l'a.a. 2011/2012 per posti aggiuntivi destinati alle Scuole di Specializzazione per le quali la nostra Facoltà è sede amministrativa. Il contributo ha permesso di attivare, in aggiunta ai contratti finanziati dal Ministero, cinque nuovi posti aggiuntivi per le Scuole di Specializzazione in *Dermatologia e Venereologia*, *Gastroenterologia*, *Medicina del lavoro*, *Malattie Infettive ed Oftalmologia*. La Regione Marche ha inoltre finanziato altri due posti aggiuntivi per le Scuole di *Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica* e di *Endocrinologia e Malattie del Ricambio* per le quali la nostra Facoltà è sede aggregata.

Altro importante obiettivo che la Facoltà ha raggiunto nello scorso mese è stato la chiamata di sette nuovi Professori Associati deliberata nel corso del CdF del 24 maggio 2012 a seguito dell'espletamento delle procedure di valutazione comparativa attivate dall'Ateneo.

I nuovi professori che prenderanno servizio presso la nostra Facoltà sono *Marcello Melone* (SSD BIO/09 – Fisiologia), *Gianna Ferretti* (SSD BIO/10 – Biochimica), *Gianluca Svegliati-Baroni* (SSD MED/12 – Gastroenterologia), *Massimo Falconi* e *Marco Vivarelli* (SSD MED/18 – Chirurgia Generale), *Giovanni Cobellis* (SSD MED/20 – Chirurgia Pediatrica ed Infantile) e *Nicola Specchia* (SSD MED/33 – Malattie Apparato Locomotore).

Ultimo, ma non per importanza, è lo sviluppo che si è avuto anche nell'ambito dell'accreditamento a Provider ECM ottenuto dalla Congredior Srl, grazie all'avvalimento scientifico della nostra Facoltà. Il progetto ormai ampiamente avviato vede la Facoltà come partner scientifico di molteplici attività formative progettate e pianificate dal Board Scientifico (*Professori Benedetti, Giovagnoni, Putignano, Scarpelli, Varaldo, Ghiselli, Svegliati-Baroni*) che, periodicamente, valida i progetti inseriti nel piano formativo, rileva il fabbisogno formativo degli utenti e valuta i risultati al fine di implementare la qualità delle attività. L'attività svolta e al momento pianificata per l'anno 2012 vede la realizzazione di n. 27 eventi.

Prof. Antonio Benedetti
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE 1

LETTURA 2

Dove si nasconde la Medicina generale?
di *Massimiliano Marinelli*

VITA DELLA FACOLTÀ 8

*Settimana Introductiva alla Facoltà - 16° Meeting
d'autunno della Conferenza Permanente delle Classi
di Laurea delle Professioni sanitarie*

DALLE PROFESSIONI SANITARIE 10

*Oggettivare la misurazione del dolore post-operatorio.
L'utilizzo della Numerical Rating Scale (NRS) a supporto
dell'infermieristica.*
di *Adoriano Santarelli, Roberto Leone, Renato Rocchi,
Sandro Ortolani, Enrico Ceroni, Stefano Marcelli*

DIVENTARE MEDICO 13

di *Francesco Orlandi*

STORIA DELLA MEDICINA 15

Gustavo Modena, Direttore del Manicomio di Ancona
di *Stefania Fortuna*

FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE 19

*Pianificazione anticipata delle cure vs. testamento biologico.
Implicazioni etiche e deontologiche*
di *Massimiliano Marinelli e Sabrina Pecora*

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ 26

Santi in Medicina - Introduzione
di *Grazia Calegari*

Dove si nasconde la Medicina Generale? Per una didattica tutoriale di accompagnamento ai significati della professione

Φυσικὸς χρυπτέσθαι φιλεῖ
Eraclito fr 28

Ho scelto il titolo di questo incontro sotto la suggestione di due filosofi che hanno utilizzato l'affascinante verbo *nascondersi*.

Gadamer ha scritto un saggio di filosofia della Medicina intitolato *dove si nasconde la salute*¹, mostrando il contrasto tra la evidenza della malattia e la salute "nascosta", cioè difficilmente afferrabile dai meccanismi della consapevolezza. Ben prima di lui, Eraclito, nel frammento 28, aveva avvertito che la natura ama nascondersi², individuando il rischio di limitare la nostra ricerca alla superficie delle cose o alla opinione (*doxa*) dei molti.

Uno studente di Medicina del secondo triennio che dovesse entrare, in questo periodo dell'anno - *la stagione dei vaccini* - in uno dei nostri studi di medicina generale, dopo essersi fatto largo tra i pazienti in fila, potrebbe trovare un medico con il vaccino in mano, intento ad informare il paziente ottantenne della possibilità, seppure rarissima, di una sindrome di Guillan-Barrè, in quanto un collega recentemente è stato condannato per aver omesso tale notizia, oppure riflettere sul modo di prescrivere un IPP dal costo di €18.42, indicato dallo specialista, *fuori nota* ad un pensionato, o, ancora, impegnato a come trasformare la richiesta pressante di una risonanza magnetica in una meno impegnativa ecografia. Da aggiungere, infine, che tali operazioni potrebbero essere praticate dallo stesso medico con il

medesimo paziente.

Ebbene, lo studente vedrebbe svolgersi di alcune attività della medicina generale, ma sarebbe all'oscuro della natura della stessa che è rimasta *coperta* da depositi di azioni che, a mano a mano, si sono accumulati.

Per poter svolgere una didattica tutoriale adeguata, quindi, può essere utile tentare una ricognizione verso l'essenza della Medicina Generale, cercando di svelarne i significati purtroppo nascosti.

Il termine svelamento ci riporta di nuovo al greco: *Altheia* (ἀλθηθεια) nella filosofia greca significa lo stato del non essere nascosto ed esprime anche il concetto di verità che diviene evidente.

La disvelatezza è, quindi, il tratto fondamentale di ciò che è già venuto all'apparire e si è lasciato alle spalle lo stato di nascondimento³.

Come è possibile, allora, giungere alla verità della Medicina Generale portandola alla evidenza del presente e sottraendola, così, allo stato di nascondimento?

Un percorso possibile potrebbe essere quello di individuare dei segni indicatori⁴ della essenza della medicina generale portandoli alla luce. In tal modo attraverso l'esplicazione dei significanti che caratterizzano la Medicina Generale potremmo tentare di disvelarne l'essenza portandola nell'evidenza della verità.

Per individuare tali segni è utile utilizzare una definizione del medico di medicina generale (mmg), identificando nelle sue caratteristiche i *portatori di verità*⁵ della sua professione.

Si è tentato di ridurre la definizione all'essenziale cioè agli aspetti costitutivi della professione, senza i quali non si dà il medico di medicina generale, eliminando quelli accidentali⁶ che esistono, ma potrebbero anche non esserci.

Se, quindi, dovessimo riassumere per i nostri scopi l'essenza⁷ del medico di medicina generale potremmo definirlo

¹ Gadamer H. G., *Dove si nasconde la salute* Raffaello Cortina 1994.

² Diano C Serra G., (a cura di) Eraclito i frammenti e le testimonianze, Fondazione Lorenzo Valla/ Arnoldo Mondadori Editore, Fr 28, 138-139, 1980; il frammento è il n 123 della versione *I presocratici testimonianze e frammenti* di Hermann Diels e Walter Franz, Laterza, 220 1990. Φυσικὸς χρυπτέσθαι φιλεῖ. Eraclito nel frammento 28 avverte che la natura ama nascondersi. La radice *phi* implica semplicemente l'esistenza e il senso lato di *physis* dal quale sono derivati tutti i significati speciali è essenza o natura, la maniera in cui una cosa è fatta e la maniera in cui essa normalmente si comporta. Il significato in Eraclito è la reale costituzione di una cosa. Il frammento è importante perché mostra come secondo Eraclito l'essenza delle cose non sia inconoscibile, ma sia nascosta.

³ Heidegger M., *Saggi e Discorsi*, (Vattimo G., a cura di) Mursia, 1976, 177.

⁴ Per chiarire la natura del segno, occorre tener presente che esso deve rendere manifesto qualcosa che manifesto non è, portandolo così a immediata identificazione, Esiste quindi uno stretto nesso tra il segno e ciò di cui il segno costituisce indicazione e manifestazione.

Se la realtà alla quale il segno si riferisce fosse del tutto evidente, il segno sarebbe del tutto superfluo; ma se ciò al quale il segno allude non si mostrasse, il segno stesso sarebbe del tutto privo di significato. Quindi nel segno la realtà di riferimento insieme si manifesta e si nasconde. CFR Parmenide, Bompiani, 2003. 276

⁵ Il termine *portatori di verità* è tecnicamente improprio e mutuato dalla logica e si riferisce classicamente a quei predicati che possono essere veri, tuttavia si presta bene nel nostro contesto ad indicare quegli elementi che portano la verità della Medicina Generale. Per l'utilizzo tecnico cfr D'Agostini F., *Introduzione alla verità*, Bollati Boringhieri, 2011, 40 e seg.

⁶ Aristotele nei *Topici* introduce il termine *accidente* per indicare ciò che appartiene ad un ente in modo non sostanziale opposto ad essenza o sostanza. Per esempio è essenza nella definizione di tazza il suo essere cava, mentre è accidente il colore o essere di porcellana o di vetro., Aristotele, *Opere 2 Organon: topici, Confutazioni sofistiche*, Laterza 1985, 8

⁷ Con *essenza* ritorniamo al termine natura che esprime ciò che è nella sua possibilità.



come un *gestore di problemi di salute del cittadino che ha nel rapporto personale di lungo periodo la variabile tempo e nel territorio la variabile spazio*.

Sin da subito è bene indicare i concetti di salute, territorio, rapporto personale di lungo periodo, i portatori di verità della Medicina Generale, ma prima di riflettere su di essi, può essere utile giustificare la scelta degli altri fonemi della definizione e rispettivamente *gestore, problemi, cittadino*.

Gestore

Il mmg è un Gestore, un Curatore, oppure svolge entrambe le funzioni? Quale dei due termini collocare nella definizione? In effetti il termine curatore sembrerebbe più appropriato, se non altro per l'etimologia della parola cura che, sin dall'inizio, rinvia alla medicina. Tra le parole greche che individuano cura, abbiamo *θεραπεία* (*therapeía*) e *φαρμακεία* (*pharmakeía*), tuttavia la parola curatore presenta una tale complessità di significati e rinvia ad un'etica della virtù⁸, per cui si è preferito il termine gestore, prospettando poi, un successivo approfondimento del concetto di cura⁹ in un'altra occasione e assumendo il termine curatore come modello a cui ispirarsi, senza presumere di essere in grado di incarnarlo sempre e comunque.

Il termine gestore implica la complessità della Medicina e la consapevolezza che il mmg non debba essere un solutore di problemi, ma chi, individuando o prendendosi carico di un problema di salute, inizia un processo di gestione che può terminare con una risoluzione oppure continuare nel tempo del rapporto.

Inoltre il termine gestore apre la possibilità sia alle nuove forme di aggregazione della medicina generale, nell'ambito delle associazioni o dell'*équipe* territoriale, sia alla medicina di iniziativa, quando l'obiettivo è la prevenzione o la diagnosi precoce.

Infine, il termine gestore permette anche la co-gestione dei problemi, quando attraverso il modello biopsicosociale è necessario implementare la propria attività con altre figure professionali e creare un modello di Medicina Generale più adeguato alle modifiche anagrafiche e all'aumento della cronicità presente nel territorio.

Problemi

Si è ritenuto preferibile utilizzare il termine *problemi* piuttosto che *bisogni*¹⁰ in quanto la richiesta da parte del cittadino non si esprime sempre nelle modalità del bisogno che può essere vero o falso, ma, sempre più spesso, nei

termini di desideri che la Medicina dovrebbe soddisfare.

Un primo elemento da mostrare allo studente è rappresentato dalle vastissime motivazioni che spingono il cittadino verso lo studio di medicina generale che rimandano alla duplice funzione sociale della Medicina.

La *duplice funzione sociale della Medicina* è un concetto guida che ha un alto valore euristico e che merita di essere chiarito: la Medicina, sin dagli inizi, ha assolto ad una duplice funzione sociale: da una parte ha avuto il compito di curare le malattie, dall'altra ha risposto, in qualche modo, ai desideri dell'umanità, primi fra tutti quello di non provare dolore e di essere immortali¹¹.

In realtà la Medicina è stata usata impropriamente in una terza funzione quella del *controllo della società* da parte del potere dominante, ma ciò non rientra negli scopi di questa relazione.

La duplice funzione sociale della medicina individua, quindi, una *medicina terapeutica* in senso stretto e una medicina dei desideri; entrambe riceveranno un decisivo impulso dal prepotente *ingresso della tecnologia in sanità*.

Chi, se non la Medicina, con i suoi spettacolari progressi, con la seduzione di ulteriori definitive scoperte può esprimere una fede laica per l'eterna giovinezza e l'eterna potenza in questo mondo?

Sedotti dalla medicina, i pazienti si rivolgono al medico non solo per interpretare razionalmente una malattia, ma anche per risolvere, medicalizzandoli, i propri problemi.

Il termine problemi, quindi, accorpa, sia il bisogno, sia il desiderio del cittadino e si riferisce alle più diverse vie che portano i pazienti ai nostri studi.

Cittadino

Da paziente a cittadino.

La parola paziente presenta, sia etimologicamente, sia storicamente una passività, che si estrinseca etimologicamente nel subire un dolore, nel soffrire una malattia, nell'essere stato colpito da una malattia (la sofferenza è sempre subita).

Il termine greco *pathos*, (*παθος*) nella sua forma originaria, denota semplicemente l'essere colpito dall'esterno, indipendentemente dalla determinazione positiva o negativa dell'evento che colpisce.

Successivamente, *pathos* assume la valenza negativa di sofferenza, di sciagura che colpiscono il soggetto a cui rimane solo la passività del subire.

⁸ Per una ricognizione sull'etica della virtù si rinvia al classico Mac Intyre A., *Dopo la virtù, saggio di teoria morale*, Feltrinelli 1988

⁹ Si ritiene utile una ricognizione del concetto di cura che attraversa parte della filosofia e della medicina. Per il momento si rimanda al saggio di Paolo Fabbri *Abbozzi per una finzione della cura*, in Donghi P., Preta L., *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, 1995 27-73 e al più recente

Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, 2006.

¹⁰ Anche il sostantivo bisogno dal lat. medievale. *bisonium*, di origine germanica, probabilmente deriva dal franco *bisunnia* che in modo suggestivo significa "cura". CFR Vocabolario Treccani on line

¹¹ Marinelli M., *Bioetica & Filosofia della Medicina*, Medici & Medici Tecnosprint Ancona, 2006, 135



E subire è appunto un patire (*patior*). Da qui la pazienza come capacità di sopportare.

Il termine paziente presenta anche storicamente una passività nel senso di essere l'oggetto della diagnosi e dell'intervento del medico.

Infatti, il paziente non è meramente una persona ammalata, ma è il malato-che-si-rivolge-al-medico, oppure il malato-che-è-sotto-la-cura-di-un-medico.

È la presenza del medico, quindi, che rende l'ammalato un paziente.

Quando un ammalato entra nell'orbita delle cure di un medico diviene un paziente.

Il medico che si prende cura dell'ammalato, definisce quella persona un "suo" paziente.

Quindi il termine paziente descrive il prendersi-cura-di-un-soggetto-ammalato, conservando quel tanto di passività che si era indicato precedentemente.

Quindi, il termine paziente, seppure utilizzato da tutti, è in realtà un vocabolo usato dai medici, per i medici.

Non è automatico, oggi, che il soggetto si riconosca nello status di paziente.

Il passaggio dal paternalismo medico al riconoscimento dell'autonomia del paziente esige un soggetto "agente", con un'attività nei confronti della propria salute che il termine paziente sembra non concedere.

Inoltre, il concetto di medicina preventiva fa sì che il soggetto possa presentare al medico dei problemi di salute, piuttosto che di mera malattia. Il soggetto non deve essere per forza già malato, prima di andare dal medico.

Termini alternativi sono: cliente, assistito, utente.

Il primo sancisce l'egemonia economica nelle categorie mediche e conclude un cerchio semantico nel quale la parola azienda è al primo posto.

Il termine assistito rientra in un modello di stato assistenziale ormai superato.

Utente fa parte di quel linguaggio burocratico, ormai insopportabile e che poco dovrebbe avere a che fare con la Medicina.

Con il termine cittadino invece si ribadisce il ruolo decisionale sempre più importante che la persona avrebbe dovuto assumere nell'ambito del proprio territorio.

Con il decentramento dei servizi socio-sanitari e delle tasse, spetta al cittadino, in un confronto democratico, decidere alcune caratteristiche del sistema socio-sanitario locale nel quale vive e lavora.

Il termine cittadino sembra avere, quindi, quelle caratteristiche di soggetto agente che il termine paziente non possedeva.

I portatori di verità della Medicina generale

Salute

Salute/malattia, normale/patologico

L'utilizzo del termine salute rispetto a malattia è fonda-

mentale perché rappresenta una caratteristica essenziale della Medicina Generale, soprattutto per due motivi.

In primo luogo, il mmg nel binomio salute/malattia¹² è colui che, più di ogni altro professionista assegna al cittadino la residenza nel mondo dei malati o in quello dei sani. C'è una differenza fondamentale tra sentirsi ammalato ed essere dichiarato un malato ed ogni diagnosi può essere letta anche come un certificato di residenza nel lato oscuro della vita umana. Il mmg infatti è l'interfaccia del sistema di cura maggiormente a contatto con gli aspetti non ancora razionalizzati e definiti del malessere, in cui il vissuto del paziente è ancora disponibile a una molteplice varietà di interpretazioni¹³, delle quali quella operata dal medico sarà una delle tante possibili.

Un'altra cosa che lo studente imparerà nei nostri studi, rispetto alla disarmante chiarezza dei testi di patologia è quanto sfumata possa essere la differenza tra normale e patologico e come questi non siano sempre stati naturali, autonomi rispetto al sistema sociale in cui si manifestano.

Umberto Galimberti a margine della parola *Psichiatria*¹⁴ scrive, citando Kant, *ci sono dei medici che quando hanno trovato dei nomi pensano di aver trovato delle malattie e di poterle in forza del nome trovato, anche curare*¹⁵ e si dice sempre più convinto che della malattia mentale si debbano occupare i filosofi e gli storici ma non i medici.

Al di là della provocazione che attacca la presunzione degli psichiatri di trovare il senso della follia nei rassicuranti DSM, piuttosto che cercarlo nei libri di filosofia della storia, i mmg conoscono bene la difficoltà di giudicare normale e patologico come opposti che non possono mai interferire in un rapporto dialettico l'uno con l'altro.

Un primo aspetto della natura della Medicina Generale che gli studenti dovranno comprendere, quindi, è di essere un avamposto medico dove si compie l'interpretazione iniziale di ciò che il cittadino porta al medico.

Il mmg, quindi, può essere visto come un'agenzia di scambio comunicativo, una sorta di cerniera di contatto e di trasformazione, che collega da un lato il paziente e il suo malessere e dall'altro il sistema sanitario e i suoi rimedi. Il medico traduce l'*input* di richieste che emergono dal malessere generato dalla vita quotidiana, in un *output* di

¹² Per approfondire i rapporti tra salute e malattia si rimanda a Ongaro Basaglia F., *Salute/malattia le parole della medicina*, Piccola Biblioteca Einaudi, 1982.

¹³ Secondulfo D., *la narrazione nelle medicine alternative*, in Cipriani R. (a cura di) *Narrative-Based Medicine una critica Salute e Società*, Franco Angeli 2010, 39

¹⁴ Galimberti U., *Idee: il catalogo è questo* opere IX, Feltrinelli, Milano, 2009, 198

¹⁵ Kant I., *Antropologia pragmatica*, Laterza, 1985





risorse curative previste e codificate dal sistema professionale delle cure¹⁶.

A questo punto risulta decisivo il modello di medicina generale in cui tale comunicazione si compie: seppure il mmg si trovi completamente all'interno dell'Apparato della Medicina e, quindi lavori immerso in un sistema medicalizzante¹⁷, un modello burocratico, avverte Secondulfo, porta il medico a tradurre il malessere nella malattia, il malato come persona nei suoi sintomi, a reificare la cura nel farmaco, rinunciando ad un'opera di mediazione più larga¹⁸.

¹⁶ Il mmg è interprete in tre sensi: in primo luogo è interprete sociale quando compie il primo passo, ponendo nelle mani della medicina il malessere magmatico che il cittadino gli propone, in secondo luogo (interprete linguistico) traduce nel linguaggio del malato i discorsi provenienti dalle varie lingue straniere dei medici e dei risultati diagnostici, in terzo luogo (interprete narrativo) è colui che costruisce le storie di cura e ne gioca un ruolo (sceneggiatore e attore).

¹⁷ Con il termine *medicalizzazione* si intende la riduzione in termini medici di fenomeni che non appartengono necessariamente alla medicina.

Il processo di medicalizzazione nasce con la scienza medica e si compie nel nostro secolo.

Esso inizia nel momento in cui il corpo e la vita perdono il carattere sacro per diventare oggetto di un'indagine e di una ricerca che si pretendono obiettive.

Il sacro, che inglobava l'uomo nella sua totalità, retrocede in uno spazio che gli viene riconosciuto proprio, lasciando il corpo in balia delle leggi cui soggiacciono gli oggetti naturali.

E' questo corpo abbandonato dall'anima che può diventare oggetto di conoscenza e che può dare a questa conoscenza l'obiettività ricercata.

La funzione medicalizzante della medicina, rispondendo a una sofferenza del malato la cui origine può essere individuata in un disagio prodotto da cause sociali e ambientali, offre o impone un'interpretazione a una sola via del suo disturbo.

In questo senso la medicina si trova a inglobare nel suo terreno settori sempre più ampi di disagio che, per la sua stessa natura separata, tende a medicalizzare.

Del processo di medicalizzazione fanno parte la traduzione in termini medici di problemi che dovrebbero essere affrontati con misure sociali.

Mentre il malato resta con la sua malattia all'interno del suo mondo di bisogni, la conoscenza del corpo e della malattia tende a isolarlo dalla globalità della sua vita e delle sue necessità, limitandosi ad affrontare ciò che, in quel mondo di bisogni, si esprime come malattia: è solo la malattia che parla e che si fa ascoltare.

Nel caso della medicina il progresso scientifico comporta, quindi, la reificazione del corpo, l'eliminazione della soggettività, l'abolizione di ogni legame che il corpo preso in esame continua ad esprimere con il contesto sociale di cui è il prodotto e con i suoi valori.

La medicina del XX° secolo continua la sua opera di medicalizzazione limitandosi per lo più a riparare i danni già avvenuti.

La medicina procede nell'invenzione di tecniche, strumenti, terapie riparatori, seguendo la spirale dello sviluppo tecnologico e scien-

Un concetto personalistico di salute

In secondo luogo, il mmg si occupa della salute e non solo della malattia ed ha quindi un rapporto privilegiato con il concetto di salute.

Questa condizione è misteriosa, nascosta, si sottrae all'esperienza dell'uomo per manifestarsi solo nella malattia come dono perduto, come stato originale di libertà. In ogni caso, per secoli, la salute non è mai stata un "prodotto" della Medicina. Il carattere peculiare dell'arte medica agli inizi, è ripristinare una condizione naturale e quindi la

tifico, ma continua a fornire risposte settoriali, parziali - anche se sempre più sofisticate- su un corpo che, oggettivato agli occhi della scienza, viene ora meccanizzato dalla tecnologia.

La medicina deve rispondere a ogni tipo di disagio dell'uomo che si esprime attraverso la sofferenza fisica o psichica, nel momento in cui la salute diventa un valore astratto presentato come possibile e realizzabile, l'uomo non è più disposto ad accettare il minimo disagio senza un rimedio.

Il potere della medicina si estende fino a coprire ogni momento della vita. L'annessione di zone sempre più ampie di antiche responsabilità umane non sarebbe potuta avvenire senza la delega incessante e senza condizioni che il cittadino ha dato alla medicina stessa.

La vittoria della medicina avviene con la resa del singolo che si illude di alienare il suo soffrire, riponendolo totalmente nelle mani efficaci e sicure dei camici bianchi.

Quella della medicina è stata comunque una grande vittoria: riconoscere questo sarebbe un grande errore.

Annettere nuovi regni, occupare nuovi spazi, avventurarsi per terre inesplorate, significa avere potere, avere il comando, avere valore.

Lo sforzo immane della medicina ha portato successo e potere agli artefici e i medici, a lungo e giustamente, hanno combattuto, soprattutto nelle zone di frontiera dell'impero, ogni tentativo di attacco.

Sarebbe però riduttivo e fuorviante interpretare solo corporativamente l'impresa della scienza medica.

Il paradosso, drammatico e un pò beffardo, della medicalizzazione della società è che essa non produce una comunità sana, ma una società malata. Una società medicalizzata è automaticamente malata: una comunità costituita da ammalati!

Infatti, quando ogni atto significativo è iscritto nel dominio della medicina e diviene un atto medico, esso porta dentro di sé, costitutivamente e irriducibilmente, una ipotesi di malattia.

Gli eventi sociali, visti attraverso gli occhi dei medici, assumono un colore patologico o, comunque, si situano in un panorama concettuale pronto a discriminare la malattia dalla salute, allenato a cogliere in ogni gesto un *segno* che assume il suo vero (l'unico) significato se viene interpretato attraverso il linguaggio medico.

Lo sguardo acuto del medico, affilato da un tradizione millenaria, non è neutro, ma è deformato in un pregiudizio che amplifica di ogni elemento visivo il suo possibile carattere patologico.

Il nascere, il morire come patologie, come qualcosa da sanare con un intervento riparatore in grado di rimettere le cose a posto!

¹⁸ Secondulfo D., *La narrazione nelle medicine alternative*, in Cipriani R. (a cura di) *Narrative-Based Medicine una critica Salute e Società*, Franco Angeli 2010, 40



salute del paziente non poteva essere qualcosa da mostrare, con orgoglio di artigiano, in quanto mai realmente prodotta. "L'individuo sano non è colui che è stato reso sano"¹⁹.

Agli esordi e per lunghissimo tempo la Medicina è stata ritenuta un tipo di attività che consegue ai risultati, ma non produce nulla di proprio. Il suo sapere e la sua capacità si inserivano del tutto nel corso della natura, cercando la *restitutio ad integrum*, per poi scomparire dopo il recupero del naturale equilibrio della salute. Il medico non può staccarsi dalla sua opera, come invece fa ogni artista, o artigiano e ogni esperto, il quale in effetti se ne allontana, ma allo stesso tempo continua a considerarla opera sua. In ogni *tecnè* avviene certamente che il prodotto venga lasciato all'uso degli altri, ma rimane sempre una creazione del suo autore. Invece l'opera del medico, appunto perché consiste nella salute ristabilita, non era assolutamente più sua, anzi non lo era mai stata²⁰.

Un concetto personalistico di salute

Seppure oggi l'attività poetica della Medicina sia molto mutata con l'ingresso della tecnologia nella Sanità, rimane essenziale nella Medicina Generale chiarire che cosa si intenda per salute.

Zsuzasana Jakab direttore europeo della WHO in un recente intervento²¹ nel disegnare la via per una salute migliore, *Salute e benessere in Europa* riprende nella prima diapositiva la nota definizione di salute del 1948 "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità". Negli anni la WHO ha esplicitato il concetto di salute, inserendolo tra i diritti umani fondamentali nel 1978 e aprendo alla promozione della salute come processo per conseguirla nel 1986.

Tuttavia la definizione della WHO conserva nei termini *stato* e nell'aggettivo *benessere*, rispettivamente un sapore di fissità e di utopia che la rende poco adatta nell'ambito della nostra professione.

Per quanto ci riguarda può essere più utile una definizione personalistica della salute proposta nell'ambito della Bioetica da Sgreccia e che suona così: *equilibrio dinamico tra la componente biologica, psicologica etico-spirituale e sociale*²².

In tale definizione al posto dello stato compare *dinamico*, mentre al posto di completo benessere, *equilibrio*.

In una società che sta invecchiando, dove la cronicità rappresenta una compagna di viaggio per molti dei nostri

pazienti, questa definizione, alla quale i laici possono dare al termine spirituale il significato che provano, acquista un alto valore euristico, perché ci permette di indirizzare il nostro lavoro verso un obiettivo possibile.

Alla permanente ricerca di un equilibrio di salute.

In moltissimi casi, quindi, la Medicina Generale è alla permanente ricerca di un equilibrio di salute.

Ecco un'altra cosa che dovrebbero imparare gli studenti: se la MG ha lo scopo di ricercare il migliore equilibrio di salute in quel dato soggetto, non è detto che lo raggiunga trattando sempre ogni singola patologia attraverso le più accreditate linee guida possibili. Talvolta specifiche esigenze psico-sociali possono assestare un equilibrio accettabile anche in posizioni eterodosse rispetto a quelle accreditate.

Credo sia esperienza di ognuno che in pazienti complessi la somma derivante dall'applicazione delle singole linee guida porterebbe certamente ad un risultato esatto dei farmaci da prescrivere, ma non al migliore equilibrio del paziente.

La ricerca incessante di un equilibrio di salute è possibile al mmg per la presenza dei due altri portatori di verità citati: il territorio e il lungo rapporto personale con il paziente.

Il territorio

Il mmg incontra il paziente nel suo ambiente naturale, nel territorio dove vive e, spesso, nel proprio domicilio.

Conoscere i luoghi dove il paziente vive, nella intricata rete delle relazioni sociali, permette di rilevare degli aspetti difficilmente riscontrabili dalla Medicina che non si occupa del territorio.

Davanti agli occhi del mmg, infatti, scorre il ciclo naturale della vita che, nella sua imprevedibilità, non può essere misurata, pesata, spiegata, ma maggiormente compresa proprio dallo sguardo che abbraccia tutto lo scenario²³.

In primo luogo, attraverso il territorio, si recupera una dimensione sociale della malattia che è invisibile in un soggetto nell'ambiente ospedaliero che destoricizza l'intersoggettività del rapporto tra medico e curante e il contesto antropologico e ambientale per affidarsi alla significatività oggettiva dei dati del laboratorio o di *imaging*²⁴.

Rispetto ai luoghi artificiali ospedalieri che, spesso, privilegiano l'efficacia e l'efficienza delle procedure diagnostiche e terapeutiche, piuttosto che i bisogni del malato, le emozioni e il linguaggio della malattia sono inibite,

¹⁹ Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, tr. it. Di M. Donati e M.E. Pozzo, intr. Di A. Grieco e V. Lingiardi, Cortina, Milano 1994, 26-27.

²⁰ Gadamer, HG, *Apologia dell'arte medica*, in *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Milano 1994 40

²¹ Jakab Z., *Presentation: "designing the road to better health and well-being in Europe"* at the 14th European health Forum Gastein

7.10.2011 Bad Hofgastein Austria

²² Sgreccia E., *Manuale di Bioetica* vol 2 Vita e Pensiero 2002 461

²³ Sulla differenza tra lo spiegare e il comprendere cfr Marinelli. M., *Introduzione alla Medicina Narrativa.*, Ed Tecnostampa. 2008

²⁴ Marinelli M., *Bioetica & Filosofia della Medicina*, Tecnoprint Ancona, 2006, 88.





mentre nello studio del medico e, soprattutto, a domicilio circolano più liberamente.

In particolare, il mmg può rintracciare il *quantum* di sofferenza che esprime il paziente che troppo spesso è occultata dalla medicina come un portato della malattia.

Inoltre, la conoscenza dell'ambiente naturale e della rete di relazioni sociali permette una straordinaria conoscenza soggettiva del paziente e della situazione globale che aumenta le probabilità diagnostiche, prognostiche e assistenziali. Per tali motivi il mmg esperto dovrebbe avere fiducia della propria intuizione professionale.

Il termine intuizione significa etimologicamente *entrar dentro con lo sguardo* ed esprime bene l'acuta percezione della realtà che abbiamo quando visitiamo il paziente nella propria abitazione.

Talvolta non ci si rende conto come la conoscenza del paziente e dell'ambiente nel quale vive induca, quasi inconsapevolmente, nel medico una altissima probabilità soggettiva diagnostica che, successivamente, dopo altri accertamenti sarà confermata nel nome accreditato della patologia.

Il rapporto personale di lungo periodo

Seppure le migrazioni e la mobilità dei cittadini abbiano impresso un maggiore dinamismo nell'ambito degli ingressi e delle uscite nell'elenco di un mmg, nella maggior parte dei casi abbiamo a che fare con gli stessi pazienti per un lungo periodo di anni.

Ma di quale tipo di tempo si tratta?

Il mmg lavora nella dimensione del tempo-che-dura²⁵ che caratterizza il registro relazionale, ossia fa riferimento alla relazione intesa come ciò che viene agito e vissuto in un tempo che ha durata.

È importante evidenziare che il tempo-che-dura è l'unico luogo dove si stabilisce e si rafforza una relazione fiduciaria che è una chiave di lettura del rapporto tra mmg e paziente e rappresenta l'antidoto ad ogni deriva difensiva²⁶.

Il tempo-che-dura, oltre ad istaurare un circolo di reciproca fiducia apre la strada verso il dialogo e la narrazione²⁷ che rappresentano altre prerogative della Medicina Generale. Attraverso la conoscenza del territorio e il lungo rapporto con i pazienti, il mmg, quindi, ha accesso alla trama familiare che è costituita da quegli scambi interattivi e relazionali tra le generazioni che legano e vincolano gli individui in quanto membri di un gruppo con storia.

Nell'ordito di questa trama si delineano le modalità di

manifestare i bisogni, di chiedere aiuto, di offrire sostegno, di essere risorsa²⁸ nelle quali i mmg non sono solo spettatori/interpreti, ma anche i principali gestori/creatori.

Trame terapeutiche

I malati, infatti, vivono non solo la loro vita, ma anche la malattia e le terapie a cui vengono sottoposti attraverso storie organizzate attraverso le trame (*plot*) di un racconto. Questa trama, realizzata attraverso il collegamento immaginario di esperienze ed eventi isolati nel tempo, dà loro una direzione significativa. Chi cura e assiste l'ammalato ha una parte importante nella costruzione delle storie²⁹: i mmg sono tra i protagonisti principali e, di fatto, stabiliscono una trama terapeutica per i pazienti quando si avvia un percorso curativo e mentre si dispiega la trama effettiva determinata dal procedere della malattia e dalla risposta dei pazienti e del contesto sociale.

Essi inseriscono il paziente o la famiglia all'interno di certe trame, in un processo che è stato definito di *emplotment*³⁰. Il riconoscimento dell'importanza terapeutica dell'*emplotment* enfatizza il ruolo che si ha nel partecipare insieme al malato e alla famiglia alla costruzione delle trame in una più ampia storia terapeutica.

In questo ambito il mmg non deve avere paura delle domande e delle risposte difficili che spesso è costretto a dare, anzi è una delle poche figure moralmente autorizzate a rispondere. Le domande e le risposte difficili non sono isolate nel tempo, ma fanno parte di un tempo-che-dura e di una trama che raccoglie il rapporto tra mmg e paziente. Ogni domanda e risposta, quindi, possono essere collocate all'interno della trama e lì acquistano il significato.

Conclusione

Attraverso l'esplicazione dei tre portatori di verità: *salute, territorio e rapporto personale di lungo periodo* si è tentato di disvelare la Medicina Generale dal suo nascondimento, esprimendo ciò che è nella sua possibilità.

A noi tutti l'augurio di riuscire talvolta a dispiegare tali possibilità nella prassi quotidiana, a voi, in particolare, il compito di mostrare agli studenti la ricchezza e il fascino del mestiere di medico di medicina generale.

Lettura introduttiva al corso di formazione dei Tutori in Medicina generale tenuta in Facoltà il 30 novembre 2011.

²⁵ Donati P. *La società dell'umano*. Città di Castello: Marietti; 2009.

²⁶ Per quanto riguarda la Medicina cosiddetta difensiva e le sue derive aberranti cfr Marinelli. M., *Introduzione alla Medicina Narrativa*, Ed Tecnostampa. 2008, 131 e seg.

²⁷ La Medicina basata sulla narrazione ricopre un posto importante e del tutto naturale dell'ambito della Medicina Generale. Per comprenderne la storia e le implicazioni si rimanda ancora a Marinelli. M.,

Introduzione alla Medicina Narrativa, Ed Tecnostampa, 2008.

²⁸ De Francisci A., Piersanti T., *La famiglia tra vincoli e risorse. Percorsi terapeutici complessi*, Franco Angeli 2006, 53-54

²⁹ Gordon D., Peruselli C., *Narrazione e fine della vita e della morte*, Franco Angeli 2001, 22.

³⁰ Mattingly C. *The concept of therapeutic 'emplotment'*. *Social Science and Medicine* 1994;38(6):811-22.





UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE - FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Preside Prof. Antonio Benedetti

SETTIMANA INTRODUTTIVA ALLA FACOLTÀ'
Per tutti gli studenti del 1° anno dei Corsi di Laurea e di Laurea Magistrale
2-5 ottobre 2012

AULA MAGNA DI ATENEIO

1 - Presentazione della Facoltà, delle sue strutture e dei suoi servizi

Martedì 2 ottobre ore 9.00-13.00

Introduzione alla Facoltà, il Preside Prof. Antonio Benedetti
Aspetti didattici - Segreteria di Presidenza - Segreteria Studenti -
Biblioteca - Spazio Studenti - Ripartizione Tecnica - Sito di Facoltà
- Lettere dalla Facoltà - Dopo la Laurea

2- Presentazione delle Aree Formative

Martedì 2 ottobre ore 14.00-17.30

Area della Morfologia(2) e della Funzione(2)

Mercoledì 3 ottobre ore 9.00-13.00

Area delle Scienze umane (1) e della Patologia e Diagnostica(3)

Mercoledì 3 ottobre ore 14.00-17.30

Area della Clinica, medica e chirurgica, generale e specialistica (4)

FACOLTÀ DI MEDICINA POLO MURRI, POLO EUSTACHIO

3 - Presentazione dei Corsi di Laurea e di Laurea Magistrale

Giovedì 4 ottobre ore 9.00-13.00

Presidenti e Coordinatori, in aule distinte per ogni Corso di Laurea, presentano le caratteristiche essenziali del percorso formativo

4 - Introduzione alla Rianimazione cardio-polmonare

Giovedì 4 ottobre ore 14.00-17.30

Presentazione dei fondamentali strumenti di rianimazione. Riservato agli Studenti del CLM in Medicina

5 - Corso sulla protezione e sicurezza degli Studenti

Venerdì 5 ottobre ore 9.00-13.00

I corretti comportamenti da tenere per far fronte ai rischi residui presenti negli ambienti di lavoro abitualmente frequentati dagli Studenti nel corso della loro vita universitaria





UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE - FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie
Presidente Prof. Luigi Frati

16° Meeting d'Autunno

Portonovo di Ancona, 13-15 Settembre 2012

Pratica e formazione interprofessionale

Giovedì 13 - Riunione della Giunta della Conferenza

Venerdì 14 - Riunione delle Commissioni Nazionali

SESSIONE PEDAGOGICA

PRATICA E FORMAZIONE INTERPROFESSIONALE

Moderatori, Gianni Renga e Marcello M. D'Errico

Pratica interprofessionale, Claudio Maffei

Esperienze di formazione interprofessionale, Maria Grazia de Marinis

Evidenze di formazione interprofessionale e di pratica, lo stato della ricerca, Alvisa Palese

Identità professionale e interprofessionalità, poli inconciliabili? Bernardo Nardi

CELEBRAZIONE DEI QUINDICI ANNI DELLA CONFERENZA

Sabato 15 - RELAZIONE: Sette anni di esperienza di *on site visit*, un modello per la Conferenza

Presentazione di Andrea Lenzi - Esposizione dei dati 2011-2012, Carlo Della Rocca

LETTURA DEL SOTTOSEGRETARIO ALLA SALUTE ON. PROF. ELIO CARDINALE

Presentazione di Eugenio Gaudio

SESSIONE SULLE ATTIVITÀ DELLA CONFERENZA

Luigi Frati e Luisa Saiani

I lavori dei gruppi coordinati dalla Conferenza

I prossimi appuntamenti

Lettura: Lo studio guidato e lo studio individuale, Alvisa Palese - Presentazione di Ugo Salvolini

Segreteria scientifica: Prof.ssa Luisa Saiani (luisa.saiani@univr.it), Prof. Giovanni Danieli (g.danieli@univpm.it).

Segreteria organizzativa: Hotel Excelsior La Fonte (info@excelsiorlafonte.it, tel.071/801470, Fax 071/801474).

Per l'iscrizione, che si effettua on-line, consultare il sito www.excelsiorlafonte.it



Oggettivare la misurazione del dolore post-operatorio L'utilizzo della Numerical Rating Scale (NRS) a supporto dell'infermieristica

Il dolore acuto post-operatorio (DPO) è una condizione clinica di estrema variabilità, in continua e mutevole evoluzione, nella quale i fattori ambientali e personali hanno combinazioni e risultati non sempre prevedibili.

Secondo l'O.M.S., il dolore è: "un'esperienza sgradevole, complessa, multidimensionale che risulta dall'interazione di componenti cognitive, motivazionali, affettive, sensoriali in cui le caratteristiche psicologiche individuali giocano un ruolo importante nell'esacerbare, nel sostenere e a volte nel degenerare la stessa".

Il dolore non trova riscontro in marcatori biologici oggettivi che ne definiscano la presenza e la gravità e spesso anziani e pazienti con deficit cognitivo non riescono a segnalare o descrivere il dolore.

In passato la gestione del dolore era effettuata in modo occasionale e approssimativo poiché la maggior parte del personale medico e infermieristico, ma anche i pazienti stessi, consideravano il dolore come una componente inevitabile di un normale decorso post-operatorio, o ancora, veniva ad esso attribuito un particolare significato religioso. Negli ultimi anni si è assistito ad un sempre maggiore interesse nella prevenzione e nel trattamento dello stato doloroso ma ciò nonostante molti pazienti nel decorso post-operatorio continuano a sperimentare esperienze dolorose evitabili.

La SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) ha elaborato delle raccomandazioni in materia, partendo dalla premessa che il controllo del dolore post-operatorio dovrebbe essere inserito in un piano di trattamento della "malattia post-operatoria", che consideri il dolore come "V parametro vitale" da monitorare al pari della frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura corporea, respiro/saturazione.

Una componente che va a sommarsi al DPO è la presenza di ansia ed agitazione nella fase pre-operatoria, questa condizione può determinare numerosi problemi come l'uso di anestetici in quantità più elevate e aumento di complicanze post-operatorie; d'altro canto i pazienti che mostrano livelli di ansia contenuti o moderati svilupperanno meno complicanze nel post-operatorio. Semplici colloqui rassicuranti e la consapevolezza da parte del paziente di essere "in buone mani" rappresentano delle strategie efficaci per ridurre le ansie e le paure dei pazienti; inoltre

umentano la compliance del paziente per l'auto-cura, si migliora il rapporto tra paziente e infermiere poiché consente una pianificazione in concerto nella gestione del dolore.

Una buona gestione del DPO può offrire maggiori possibilità di recupero ai pazienti e risulta essere un dovere infermieristico come riportato nel Profilo Professionale e dal Codice Deontologico. L'infermiere riesce ad instaurare un rapporto di fiducia con il paziente grazie al fatto che l'operatore si trova a contatto con la persona assistita per lungo tempo e in via diretta e privilegiata: per questo motivo rappresenta una figura di riferimento per quanto riguarda le possibilità di misurare e valutare il dolore.

La necessità di trattare il dolore acuto nasce dal fatto che una risposta al dolore prolungata dell'organismo, può influenzare negativamente l'outcome del paziente aumentando significativamente morbilità e mortalità.

Il trattamento del dolore post-operatorio deve essere argomento di collaborazione tra il personale medico e infermieristico in quanto si articola sia nella fase pre-operatoria che in quella post-operatoria: bisogna valutare costi, rischi e benefici relativi alle opzioni disponibili per la terapia antalgica; cercare di correggere false credenze da parte dei pazienti riguardo alla terapia farmacologica; registrare l'andamento delle percezioni dolorose e i parametri vitali per avere un quadro completo della situazione.

Lo stress di un intervento chirurgico, e il successivo decorso post-operatorio, rappresentano esperienze vissute in modo differente da ogni persona: alcuni individui sembrano essere molto sensibili al dolore, mentre altri sembrano essere sorprendentemente insensibili. L'autovalutazione della persona assistita (self-report) è l'indicatore più attendibile dell'intensità del dolore. Il momento della valutazione del dolore è importante e richiede al professionista competenze tecniche (scelta dello strumento di valutazione), abilità relazionali (capacità di spiegare lo strumento ed istruire la persona assistita) e capacità di ascolto attivo (fiducia nel racconto della persona).

Esistono molti strumenti di valutazione del dolore, distinguibili in strumenti di tipo autovalutativo ed eterovalutativo. *Nessuno degli strumenti in uso può essere ritenuto adattabile ad ogni persona*; è quindi necessario che l'infermiere conosca ed utilizzi più



strumenti per la valutazione del dolore, secondo un ordine gerarchico legato all'attendibilità dell'approccio utilizzato:

1. Autovalutazione da parte della persona
2. Osservazione con scale comportamentali (bambini, adulti con compromissione dello stato cognitivo)
3. Informazioni ottenute dal caregiver
4. Alterazioni dei parametri vitali.

In uno studio effettuato nel maggio 2009, presso l'ASUR Marche, Zona Territoriale n.11, Ospedale A. Murri di Fermo, nelle Unità Operative (UU.OO.) Blocco Operatorio e Ortopedia e Traumatologia, che aveva come obiettivo quello di documentare, attraverso "il vissuto dei pazienti" sottoposti ad intervento chirurgico, l'impatto della terapia antalgica per la misurazione del dolore, è stata utilizzata la scala NRS (Numerical Rating Scale). Raccomandata da studi in letteratura (*Victorian Ambulance Services, 2006*)¹ (*JRCALC, 2006*)² (*Maio RF, et al., 2002*)³ (*Ricard-Hibon A, et al., 1999*)⁴ la scala numerica verbale è una semplice scala di valutazione del dolore, facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore.

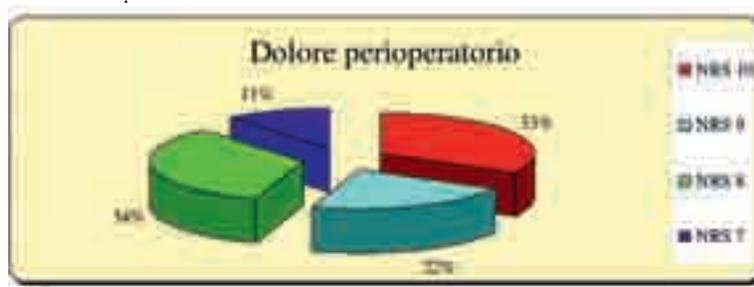
L'osservazione è stata svolta, intervistando i pazienti presi in esame, una volta al giorno, per tutto il periodo di degenza. Per meglio monitorare la gestione e le cause del dolore, sono stati esclusi dal lavoro di ricerca i pazienti ricoverati in regime di Day Surgery.

La popolazione dei pazienti osservati va dai 18 ai 102 anni per un totale di 82 casi seguiti e relative rilevazioni (sono state eliminate le rilevazioni classificabili con "Assenza di dolore" perché non utili ai fini della ricerca). La classe d'età più rappresentativa è risultata essere quella superiore ai 65 anni con una presenza di 56 pazienti (68%), di cui 32 femmine e 24 maschi.

Nelle UU.OO. interessate la terapia antidolorifica viene lasciata a libera decisione del paziente in quanto il farmaco antalgico viene prescritto "al bisogno" e ciò ha permesso di esaminare le "risposte umane" dei pazienti durante il decorso post-operatorio.

Il lavoro ha evidenziato che ci sono diverse motivazioni che causano dolore durante la degenza in ospedale, esse sono state classificate come: dolore post-operatorio; dolore da mobilizzazione; dolore generale; ansia-agitazione.

Il picco massimo del dolore si ha nella fase che precede l'intervento chirurgico fino al ritorno nel reparto di degenza (fig. 1). Come si può notare dal grafico, le rilevazioni NRS vanno da valore "7" a "10", in particolare il 55% da un valore tra 9 e 10.



Tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico sono stati trattati con terapia antidolorifica su loro richiesta, al termine degli effetti dell'anestesia ed in questo caso i risultati sono meno omogenei, a conferma del fatto che il dolore post-operatorio ha un andamento molto variabile e soggettivo. (fig. 2)



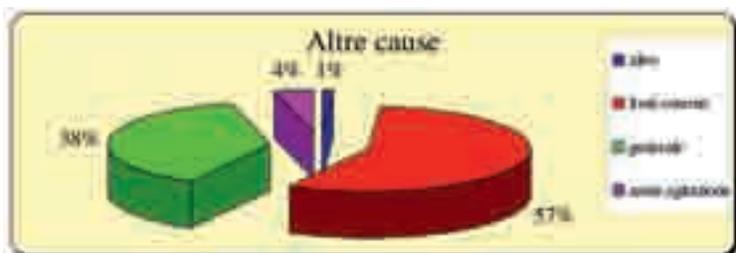
La presenza (per quanto soggettiva) di valori tra "5" e "8" sta ad indicare che la terapia antidolorifica non è stata dosata sulla persona, per il 41% dei casi. Si ricorda che la SIAARTI ha stabilito il limite di "3-4" NRS nel controllo del dolore nel post-operatorio.

Nel restante 59% si sono raggiunti ottimi risultati (25% dolore pari a "0"), nella soglia di controllo stabilita dalla SIAARTI.

In 2°-3° e 4° giornata (la degenza media è di 5 giorni) le cause del dolore, riferite dai pazienti durante l'intervista, cambiano ed emerge una casistica variegata (fig. 3).

In evidenza risulta la riacutizzazione del dolore dovuto da "fonti esterne" imputabile a mobilizzazione del paziente per le normali esigenze fisiologiche ed





ad attività di riabilitazione post-operatorie svolte dal fisioterapista. La quasi totalità delle rilevazioni è risultata dalla fascia anziana della popolazione in esame, salvo alcuni sporadici casi nelle altre fasce d'età.

Molto interessante è stato, invece, il comportamento dei pazienti per quanto riguardano le rilevazioni NRS e le scelte effettuate dagli stessi circa il ricorso alla terapia analgica.

Benchè in molti casi il dolore stimato fosse fra "6 e 10", solo il 23% delle femmine ed il 28% dei maschi avanzavano richiesta di farmaco antidolorifico.

Ad una richiesta di chiarimento in merito a queste determinate scelte, tutti i pazienti sono stati concordi nel sostenere che il ricorso all'uso dei farmaci (indipendentemente dal farmaco in questione) poteva comportare loro qualche ipotetico effetto avverso e/o collaterale sicuramente maggiore del dolore che stavano provando. Questo fenomeno è già riscontrato in letteratura scientifica, ma si tratta di una credenza, del tutto infondata poiché il farmaco di scelta usato per alleviare il dolore (nell'U.O. dove è stata svolta l'osservazione) è il "Perfalgan 10 mg/ml", soluzione per infusione a base di paracetamolo, ed è una raccomandazione di livello "A" (Karvonen S, et al., 2008) (Sinatra RS, et al., 2005). Il farmaco è sempre prescritto "al bisogno" e, come da istruzioni allegate al medicinale, non può essere somministrato per più di 4 volte al giorno; l'intervallo tra una somministrazione e l'altra è di minimo 4 ore. Questo farmaco (alla dose terapeutica consigliata) non presenta effetti collaterali.

Altro tipo di dolore evidenziato (definito meglio dal paziente come "fastidio") è stato "dolore generale" (38%), cioè una serie di diversi dolori che vanno dall'indolenzimento al mal di testa, da residui di dolore post operatorio in 2° giornata ai dolori addominali.

L'ultimo aspetto riguardo le cause e la gestione del dolore nel post-operatorio interessa il problema

"ansia-agitazione" (non perioperatoria) che ha riguardato solo 3 pazienti e che facevano sistematicamente richiesta di antidolorifico per diverse motivazioni (dolore toracico, difficoltà respiratorie, dolori alla spalla ecc.) senza però ricavarne alcun beneficio.

L'osservazione ha evidenziato che tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico hanno avuto esperienza di dolore post-operatorio, nei suoi molteplici aspetti e imputabile a diverse motivazioni. La sensazione avuta durante i colloqui con i pazienti, mette in risalto che questi affrontano il dolore in maniera tradizionale e sono privi di conoscenze rispetto alla possibilità di non sentire dolore. Mentre sul versante del personale medico e infermieristico ci si sarebbe aspettato un approccio al DPO più sistemico e personalizzato. L'analisi del dolore deve diventare una "prassi consolidata" come la rilevazione dei parametri vitali. Va pertanto migliorato l'approccio al problema del DPO con l'utilizzo di appositi strumenti, la differente impostazione della terapia, l'educazione dei pazienti. Dobbiamo migliorare l'assistenza abbattendo le false credenze, le espressioni tipo "si è fatto sempre così" e costruire un nuovo nursing basato sulle evidenze scientifiche.

Bibliografia essenziale

- 1) Victoriam Ambulance Services. *Clinical practice guidelines, Melbourne, 2006;*
- 2) Jrcalc, *UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines*, Joint Royal Colleges, 2006, Ambulance Liaison Committee;
- 3) Maio RF, et al. Emergency Medical Services Outcomes Project (EMSOP) IV: pain measurement in out-of-hospital outcomes research, *Ann Emerg Med.* 2002; 40: 172-9
- 4) Ricard-Hibon et al. A quality control program for acute pain management in out-of-hospital critical care medicine. *Ann Emerg Med.* 1999; 34: 738-44

Adoriano Santarelli (*Fermo*), Roberto Leoni (*Fermo*), Renato Rocchi (*Macerata*), Sandro Ortolani (*Ancona*), Enrico Ceroni (*Fermo*), Stefano Marcelli (*Macerata*)

Corsi di Laurea in Infermieristica nei Poli di Fermo, Macerata ed Ancona
Università Politecnica delle Marche



FRANCESCO ORLANDI
Università Politecnica delle Marche

Il test di ammissione

Non c'è niente di più tormentato del test di ammissione al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Nel Nord America ci si rifà sempre, da 102 anni, alle linee-guida del Flexner Report (1). In Francia si ricorda l'anno propedeutico degli anni '50, un ciclo impegnativo dedicato alle scienze fisiche e biologiche di base al termine del quale cadeva la ghigliottina del test, una cosa che allungava il corso di laurea a sette anni. Il test è continuamente rivisitato nella struttura, per verificarne l'adeguatezza al postlaurea, per valutare il suo valore predittivo del successo professionale in medicina generale o nella carriera scientifica o accademica, e tutto ciò in paesi con il più vario contesto culturale e sociale, dagli USA al Bahrein.

Quali sono le migliori caratteristiche di partenza per avere un medico adatto alla società che lo attende?

L'attenzione è portata alle sue attitudini per gli aspetti umani e comportamentali, che vengono sempre più considerati centrali nella medicina pratica e nel servizio sanitario, anche in termini di spesa sostenibile. Nella popolazione generale le variazioni virtuose del comportamento, dallo stop del fumo all'attività fisica, migliorano l'attesa di vita in misura da due a quattro volte superiore all'efficacia dell'intera macchina assistenziale, dalla prevenzione secondaria alla terapia (2).

Nuovi cambiamenti sono annunciati per il *Medical College Admission Test* (MCAT\$) delle facoltà americane. Ricordiamo che il MCAT è basato sui punteggi ottenuti rispettivamente nella prova scritta, nel colloquio, e nella conoscenza di concetti e principi sia per le scienze fisiche che per le scienze biologiche. Dal 2015 la prova scritta verrà sostituita da un test multi scelta sui fondamenti psicologici, sociali e biologici del comportamento. Le nuove domande valuteranno le conoscenze sulla percezione personale e sulle reazioni verso



Claude Monet. Au bord de l'eau à Bennecourt, 1868.



l'ambiente; sui fattori che influenzano il comportamento e l'opinione di sé e degli altri; sull'influenza della cultura e della collocazione sociale sul comportamento. La conoscenza di ciò viene in tal modo considerata un requisito di importanza pari a quella delle scienze fisiche e biologiche e alla capacità critica (3-5).

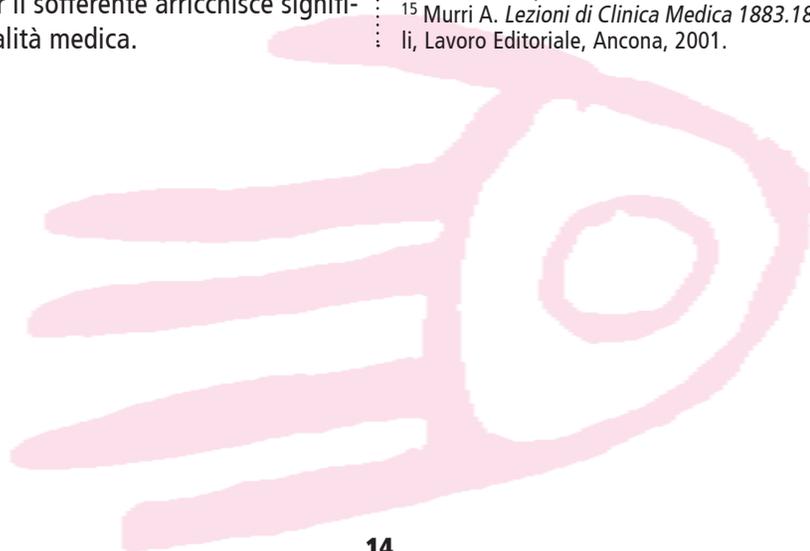
L'attenzione allo sviluppo di una professionalità capace di intervenire sui comportamenti non si limita naturalmente al test di ammissione. In alcune facoltà americane è stato infatti osservato un preoccupante effetto paradossale: l'impulso altruistico degli studenti diminuiva nel corso degli studi, con tutte le implicazioni negative in termini di empatia. Ciò è stato associato in vario modo a stress, ansietà e depressione dello studente, e sono stati indicati dei correttivi efficaci come la didattica centrata sull'assistito (6-11).

Lo studente italiano ha forti differenze di *imprinting* familiare e sociale rispetto alle popolazioni osservate negli USA, ma l'attuale sviluppo degli aspetti professionalizzanti sembra comunque quanto mai attuale. E' anche uno stimolo per la lezione, partire ad esempio dall'episodio che sorprende e cattura la curiosità per arrivare alle liste mnemoniche della diagnosi differenziale (12). I nostri grandi Redi, Cardarelli e Murri seguivano magistralmente questa efficace strategia didattica, basta rileggersi le loro lezioni (13-15).

Incorporare nello specifico profilo professionale l'altruismo e l'empatia per il sofferente arricchisce significativamente la personalità medica.

Bibliografia

- 1 Flexner A. <http://www.carnegiefoundation.org/publications/medical-education-united-states-and-canada-bulletin-number-four-flexner-report-0> "Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bull 4, New York City: Carnegie Found Advancement Teaching, New York, 1910.
- 2 Woolf SH. The big answer: rediscovering prevention at a time of crisis in health care. *Harv Health Policy Rev.* 2006; 7: 5-20.
- 3 Kaplan RM, Satterfield JM, Kington RS. Building a better physician, the case for the new MCAT. *N Engl J Med.* 2012; 1265-8.
- 4 Dienstag J. The Medical College Admission Test, toward a new balance. *N Engl J Med.* 2011; 365; 1955-7.
- 5 Ortolon K. Changing MCAT. *Tex Med.* 2011; 107: 47-50.
- 6 Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med.* 2005;80:164-7.
- 7 Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med.* 2008; 3: 10.
- 8 Smith CK, Peterson DF, Degenhardt BF, et al. Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychol Health Med.* 2007; 12: 31-9.
- 9 Humphrey HJ, Smith K, Reddy S, et al. Promoting an environment of professionalism: the University of Chicago "roadmap.". *Acad Med.* 2007; 82: 1098-107.
- 10 Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med.* 2007; 82: 1079-88.
- 11 Hirsh D, Gaufberg E, Ogur B, et al. Educational outcomes of the Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship: A way forward for medical education. *Acad Med.* 2012;87(5):643-650.
- 12 Prober CG, Heath C. Lecture halls without lectures, a proposal for medical education. *N Engl J Med* 2012; 366: 1957-9.
- 13 Redi F. *Consulti Medici*. P Boringhieri, Torino, 1958.
- 14 Cardarelli A. *Lezioni sulle Malattie del Fegato e delle Vie Biliari*. D Cesareo, Napoli, 1890.
- 15 Murri A. *Lezioni di Clinica Medica 1883.1884*, a cura di G. Danieles, Lavoro Editoriale, Ancona, 2001.



STEFANIA FORTUNA
Storia della Medicina
Università Politecnica delle Marche

Gustavo Modena Direttore del Manicomio di Ancona

Il 24 aprile 1898 è posta la prima pietra del nuovo manicomio di Ancona, a piano San Lazzaro, inaugurato tre anni dopo, nel luglio 1901, in occasione dell'XI convegno della Società Italiana di Freniatria¹. Il direttore Gaetano Riva (1845-1931) di Modena, che era arrivato ad Ancona nel 1888 e che era stato collega prima di Cesare Lombroso (1835-1909) a Pesaro e poi di Augusto Tamburini (1848-1919) a Reggio Emilia per dodici anni, si era molto adoperato perché fosse costruito ad Ancona un nuovo manicomio che sostituisse quello che si trovava in via Fanti, nel complesso di San Francesco delle Scale, fatto costruire nel 1840 da Benedetto Vernò, priore illuminato dei Fatebenefratelli. Quest'ultimo era nato come un centro d'avanguardia, in cui i pazienti, al massimo una ventina tra uomini e donne, dovevano ricevere una terapia umana e morale, senza ricorso a punizioni corporali o contenzioni violente. Ma presto si era mostrato angusto e inadeguato a sostenere l'aumento progressivo e inesorabile della popolazione manicomiale che si registra ad Ancona ed altrove, nel corso della seconda metà dell'Ottocento e anche successivamente.

Il nuovo manicomio di piano San Lazzaro, che nel tempo cambia senza perdere la sua struttura originaria, si articola in sedici padiglioni simmetrici, dove i malati sono distribuiti rigidamente in base al sesso e alle patologie o comportamenti: le donne a destra, gli uomini a sinistra, prima i tranquilli, poi gli epilettici, i sudici, i cronici, i semiagitati e infine gli agitati. I padiglioni sono collegati da portici aperti che li mettono in comunicazioni con gli edifici centrali, dove si trovano la direzione, i servizi, le infermerie, la chiesa, i laboratori. Intorno e verso la collina si estende la colonia agricola di oltre dieci ettari, che offre occupazione ai pazienti tranquilli, spesso provenienti dal mondo contadino.

Il nuovo manicomio è progettato da Raniero Benedetti, il responsabile dell'ufficio tecnico della Provincia di Ancona, che lavora su disegni del suo predecessore Alessandro Benedetti e in collaborazione con una commissione scientifica, di cui fanno parte il direttore Gaetano Riva e il citato Augusto Tamburini, quest'ultimo tra gli psichiatri più importanti e influenti d'Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento². Tamburini era originario di Ancona e ad Ancona, al San Francesco delle Scale, aveva lavorato per poco tempo, all'inizio della carriera, prima di trasferirsi nel manicomio di Reggio Emilia, ritenuto d'avanguardia, come collaboratore e poi successore



Fig.1 - Manicomio di Ancona al Piano San Lazzaro, 1901.

¹ Sulla storia del manicomio di Ancona cfr. S. Fortuna, Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1749-1978). In *Manicomi marchigiani, le follie di una volta*, a cura di G. Danieli. Ancona, Il lavoro editoriale, 2008, pp. 147-168, con la bibliografia citata. Per una descrizione del manicomio di piano San Lazzaro, al momento della sua inaugurazione

cfr. G. Riva, *Il manicomio provinciale di Ancona*. Ancona, Marchetti, 1901.

² Su Augusto Tamburini cfr. la voce di V. Babini in *Antologia di testi psichiatrici italiani*, a cura di M. Maj e F.M. Ferro. Genova, Marietti, 2003, pp. 88-98.

di Carlo Livi (1823-77), fondatore tra l'altro della gloriosa *Rivista Sperimentale di Freniatria*.

Sul manicomio di Ancona Tamburini esercita un controllo continuo e in varie direzioni, compresa la scelta dei medici e dei direttori, almeno sembrerebbe. Qui lavorano il nipote Aroldo (1867-1907), figlio del fratello Luigi, e poi, dal 1909, il figlio Arrigo (1878-1943), affetto dal morbo di Reiklinghausen, che muore nello stesso manicomio con altri medici, infermieri e pazienti durante il bombardamento dell'8 dicembre 1943. Alla morte di Augusto Tamburini nel 1919, la sua biblioteca è donata dalla vedova Emilia Trebbi e dai figli al manicomio di Ancona. Il 17 ottobre 1920, nel manicomio di Ancona è inaugurata la nuova biblioteca, che è ormai costituita da tremila volumi disposti su scaffali lignei in due stanze, e che è intitolata al grande maestro Tamburini, ricordato con l'effigie marmorea incisa dallo scultore anconetano Vittorio Morelli (1886-1968)³. Per l'occasione il discorso commemorativo è tenuto da Arturo Donaggio (1868-1942) originario di Falconara, allievo di Tamburini e suo successore all'università di Modena⁴.

Il 21 luglio 1902 arriva al manicomio di Ancona Gustavo Modena (1876-1958), che si era laureato con il massimo dei voti con Augusto Tamburini all'università di Modena il 5 luglio 1901, e che aveva poi completato la sua formazione a Vienna, frequentando per otto mesi l'istituto neurologico di Heinrich Obersteiner (1847-1922), la clinica delle malattie mentali e nervose di Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) e l'ambulatorio neurologico di Lothar Ritter von Frankl-Hochwart (1862-1914)⁵. Gustavo



Fig. 2 - Gustavo Modena e la moglie Giulia Bonarelli (Ancona, 4 luglio 1917).

Modena veniva da un'agiata famiglia ebrea di Reggio Emilia, ma conosceva Ancona da sempre, perché sua madre Arianna era figlia di Donato Beer, un ricco ebreo di Ancona che aveva varie attività, tra cui fiorenti filande nella zona di Jesi, ereditate poi dal figlio Carlo, proprietario della villa di Colleverde nel quartiere delle Grazie, oggi appartenente al Comune. Al manicomio di Ancona Gustavo Modena è assunto come medico settore, con il compito di organizzare i laboratori di ricerca.

Presto Gustavo Modena diventa un collaboratore prezioso del direttore Gaetano Riva, che lo apprezza sia per il suo "carattere amabilissimo e pregevole sotto ogni rapporto" sia per i suoi "meriti scientifici non comuni"⁶. I laboratori che Modena istituisce di anatomia, istologia, chimica e batteriologia si impongono come luoghi d'incontro e di ricerca aperti ai medici più brillanti della città, come Goffredo Sorrentino (1876-1964), dermatologo e

³ Sulla biblioteca del manicomio di Ancona cfr. S. Fortuna, *Il manicomio di Ancona e la biblioteca "Augusto Tamburini"*. In *SISM*, 1907-2007. 46° Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina (Siena, 24-27 ottobre 2007), a cura di S. Colucci. Siena, Edizioni Cantagallo, 2007, pp. 151-155.

⁴ Su Arturo Donaggio cfr. la voce di L. Fiasconaro in *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol. 41, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, 1992, pp. 1-3, consultabile anche all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/arturo-donaggio_%28Dizionario-Biografico%29/.

⁵ Su Gustavo Modena, oltre a Fortuna, *Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1749-1978)*, cit. (nota 1), passim, cfr. C. Pierpaoli

e G. Ceccarelli, *Gustavo Modena: tra psichiatria e psicoanalisi*. In *La psicologia in Italia. Nuovi saggi storiografici*. Urbino, Quattro venti, 2003, pp. 53-107; G. Rocca, *L'impossibile anormalità, l'impossibile integrazione. Gustavo Modena e le origini della psicoanalisi in Italia*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 2003, pp. 97-111; e la recente voce di P. Guarneri in *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol. 75, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, 2011, pp. 189-193, consultabile anche all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/gustavo-modena_%28Dizionario-Biografico%29/.

⁶ Queste parole sono contenute in una lettera di Gaetano Riva alla Provincia di Ancona, datata 5/6/1902 e conservata nell'Archivio della Provincia di Ancona, fasc. pers. di Gustavo Modena.



Fig. 3 - I principali collaboratori di Gaetano Modena, in occasione della solenne cerimonia del giuramento (2 Marzo 1920). Da sinistra a destra: Avv. Mugnoz Segretario Generale, Dott. Giannantoni, Dott. De Luca Deputati Provinciali, Avv. Bartolini Presidente, Piccioni Deputato Provinciale, Turchetti Economo, Censi Bufarini Deputato Provinciale, Prof. Modena Direttore, Celli Farmacista, Benedetti Segreteria di Direzione.

pioniere della medicina dello sport, e Urbano Salvolini (1873-1951), medico condotto nel popolare quartiere degli Archi, o ai giovani appena laureati o che vogliono diventare medici, come Riccardo (1884-1980) ed Emilio Fuà (1886-1969), figli di Geremia (1853-1942), presidente dell'ordine dei medici di Ancona dal 1901 al 1912⁷. I risultati più interessanti sono pubblicati nell'Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona, che esce con regolarità fino alla grande guerra, e anche in riviste scientifiche di maggiore circolazione.

Gustavo Modena ha rapporti continui con il suo maestro Augusto Tamburini e con colleghi italiani e stranieri che incontra regolarmente, per esempio, nei convegni. Nel 1907, inoltre, frequenta un corso di perfezionamento di tre settimane organizzato a Monaco da Emil Kräpelin (1856-1926), forse lo psichiatra più famoso dell'epoca, dove ascolta il meglio della neurologia e psichiatria tedesca e dove incontra Ernst Jones (1879-1958), che lo mette al corrente delle nuove teorie di Sigmund Freud (1856-1939). Modena è tra i primi divulgatori in Italia di Freud e della psicanalisi che per un certo tempo studia e sperimenta al manicomio di Ancona. Dopo il matrimo-

nio celebrato il 9 dicembre 1911 con la giovane e bella Giulia Bonarelli (1892-1936), discendente da una nobile famiglia anconetana, che si laurea in medicina a Bologna nel 1916, Modena trascorre con la moglie un periodo di studio e ricerca a Francoforte, in Germania, presso l'istituto neurologico diretto da Ludwig Edinger (1855-1918).

I riconoscimenti per le sue esperienze internazionali e per il suo impegno non si fanno attendere. Nel 1909 è nominato vicedirettore del manicomio di Ancona. Nel 1910 ottiene la libera docenza a Roma, dove insegna Augusto Tamburini, che nel 1905 aveva lasciato il manicomio di Reggio Emilia e l'università di Modena per ricoprire la cattedra che era stata di Ezio Sciamanna (1850-1905). Nel 1913 Gaetano Riva va in pensione per raggiunti limiti d'età e la direzione del manicomio di Ancona passa a Gustavo Modena, che nel concorso risulta "primo a distanza del secondo", Guido Garbini (1873-1923), che alla fine della grande guerra sarebbe diventato direttore del manicomio di Pergine, in provincia di Trento⁸. La direzione del manicomio di Ancona rimane a Gustavo Modena fino al 1939, quando è allontanato in applicazione delle leggi razziali. Ma dopo la morte della moglie

⁷ Su Goffredo Sorrentino cfr. G. Santini, *Gente anconitana*. Fano, Tip. Edit Sangallo, 1969, p. 386; su Geremia, Riccardo ed Emilio Fuà cfr. *Ordine dei medici della Provincia di Ancona. La sua storia*, a cura di S. Giustini. Ancona, Litostella Sas, 2005, pp. 47-53. Una breve biografia

di Urbano Salvolini, a cui è stata dedicata una via di Ancona, è nel sito del Comune: <http://www.comune.ancona.it/>.

⁸ Cfr. la relazione finale del concorso, datata 13 luglio 1913 e conservata nell'Archivio della Provincia di Ancona, fasc. pers. di Gustavo Modena.



Fig. 4 - Gustavo Modena con i suoi colleghi ed amici Goffredo Sorrentino e Urbano Salvolini.

Giulia, avvenuta il 19 agosto 1936, Modena era caduto in una grave depressione e non aveva più ripreso il lavoro. Nel giugno 1937 aveva addirittura trasferito la residenza a Roma, in via Belluno 1, dove muore il 13 aprile 1958.

Durante la direzione di Gustavo Modena il manicomio di Ancona è al centro di brillanti iniziative. Nell'ottobre 1916 Modena si reca in Francia con la moglie per incarico dell'ispettorato di sanità militare, quasi certamente su indicazione di Tamburini, consulente del ministero della guerra, per visitare gli ospedali di campo degli alleati, ritenuti all'avanguardia. Al ritorno stila una relazione pubblicata nella *Rivista Sperimentale di Freniatria* del 1917, e fonda ad Ancona un centro neurologico, che è tra i pochi attivi in Italia fino alla fine della guerra e che tra l'altro raggiunge risultati positivi nel recupero dei cosiddetti fisiopatici, coloro che avevano problemi funzionali, ma non mostravano lesioni evidenti⁹. Preziosa collaboratrice è la moglie Giulia, che aveva appreso terapie riabilitative, compresa l'elettroterapia, alla Salpêtrière di Parigi con Pierre Marie (1853-1940), ma che ad Ancona preferisce seguire quello che lei stessa definisce il "metodo dolce", basato sulla collaborazione con il paziente, senza sedute iniziali dolorose, allora ritenute da tutti necessarie per la ripresa fisiologica¹⁰. Nel 1925, quando è vicepresidente

della Società Italiana di Freniatria, incarico che ricopre dal 1919 al 1939, Modena, ormai lontano dalle seduzioni della psicanalisi, istituisce ad Ancona il *Centro nazionale di statistica delle malattie mentali*, che è trasferito a Roma, al manicomio di Santa Maria della Pietà, nel 1939.

Quando Mario Tobino arriva al manicomio di Ancona nel 1939 per lavorarvi per un anno circa, trova una struttura molto efficiente e nel romanzo autobiografico *Tre amici* scrive: "Intanto la fortuna per noi era di essere capitati in un ospedale esemplare: il merito era di un direttore che era stato in servizio fino a pochi mesi prima. Si chiamava Modena, ebreo". Era un ospedale "antiprovinciale, europeo", che "ci insegnava un mestiere, ci accostava al mistero della follia".

Il manicomio di Ancona, che era stato riorganizzato e modernizzato da Gustavo Modena negli edifici e nei servizi dopo il terremoto del 1930, era provvisto di una fiorente colonia agricola e di numerosi laboratori che occupavano utilmente i pazienti, uomini e donne, e soprattutto vantava una biblioteca "ineusauribile", dove Mario Tobino trascorre notti intere a studiare, un vero "tesoro" che le generazioni future non avrebbero saputo apprezzare e conservare¹¹.

⁹ Sul centro neurologico di Ancona cfr. G. Modena e G. Bonarelli, *Il centro neurologico di Ancona*. Ancona, Stab. tip. del Commercio, 1920.

¹⁰ G. Bonarelli Modena, *Terapia delle forme fisiopatiche*. Atti del I

Convegno Nazionale per l'Assistenza agli Invalidi di Guerra (Milano, 16-20 dicembre 1918). Milano, A. Koschitz, 1919, p. 195.

¹¹ M. Tobino, *Tre amici*. Milano, A. Mondadori, 2007, pp. 1447-1449.



Pianificazione anticipata delle cure vs. testamento biologico Implicazioni etiche e deontologiche

Testamento biologico

Che cosa è il testamento biologico?

Prima di rispondere a questa domanda, è necessario sottolineare come esistano parole diverse che connotano il tema del testamento biologico; il lettore potrà aver sentito parlare di testamento di vita, *living will*, dichiarazione anticipata di trattamento, direttiva anticipata: tutti questi termini sono più o meno sinonimi del testamento biologico.

Poiché la legge in corso di approvazione parla di *dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT)*, potrebbe essere vantaggioso iniziare ad utilizzare tale definizione.

Una dichiarazione anticipata di trattamento, quindi, secondo quanto riportato dal Comitato Nazionale della Bioetica che si è occupato del tema è un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato.

Attraverso la compilazione della DAT, un individuo può liberamente indicare i trattamenti sanitari che vuole ricevere e quelli ai quali intende rinunciare quando non sarà più in grado di prendere decisioni autonomamente. Può, inoltre, indicare un suo fiduciario che, in tali situazioni, agisca come decisore sostitutivo.

Perché oggi nasce l'esigenza di una direttiva anticipata?

L'origine della richiesta di una direttiva anticipata dipende essenzialmente dall'intreccio di tre grandi linee di forza che stanno attraversando il mondo occidentale. La prima linea trova le sue radici in quel movimento antipaternalistico che rivendica l'autodeterminazione dell'individuo di fronte al sapere del medico. L'uscita dell'uomo dallo stato di minorità è la risposta che Kant diede alla domanda *che cosa è Illuminismo?*; tale risposta che incoraggia ogni uomo ad usare la ragione nell'ambito delle decisioni della propria vita, corroborata dalla lezione di Mill sulla libertà di scelta, ha risuonato invano nei territori della Medicina. Una volta il medico, comportandosi come un buon padre di famiglia, pensava di conoscere quale fosse il bene del

paziente e, quindi, proponeva le cure aspettandosi dal soggetto obbedienza assoluta. Oggi il cittadino intende giocare un ruolo di protagonista nelle scelte che riguardano la sua salute anche se talvolta possono essere contrarie ai dettami dei medici. Il consenso informato che ogni paziente deve dare prima di essere sottoposto ad un atto medico rappresenta lo strumento che sancisce l'autonomia decisionale del cittadino.

La seconda linea tra origine all'inizio della cultura occidentale ed ha a che fare con l'ambiguità della tecnica. Può essere utile ricordare il mito di Prometeo: quel dio che, per aver regalato il potere del fuoco agli uomini, fu incatenato in una rupe della Scizia e sottoposto a tortura. Il fuoco è considerato il padre di tutte le tecniche che hanno permesso agli uomini di progredire in tutti i campi compreso quello delle cure mediche. Tuttavia la tecnica oggi se da una parte può liberare l'uomo dalla malattia e dalla sofferenza, dall'altra può incatenarlo in un letto di ospedale in un intreccio di tubi, macchine, cateteri con il rischio di privarlo della sua dignità.

Ritengo che la paura di essere privato della propria dignità associata alla volontà di autodeterminare la propria vita siano le ragioni dell'esigenza della DAT.

La terza linea che si intreccia indissolubilmente con le altre è causata dal pluralismo etico che, di fatto, è presente nella nostra società dove hanno diritto di cittadinanza sia scale di valori che ritengono la vita un bene indisponibile, sia altre che rivendicano, in nome di un'etica della qualità della vita, la possibilità di rinunciare a trattamenti sanitari, qualsiasi sia il rischio che tale decisione comporti.

Quali sono i limiti di una DAT?

Seppure una direttiva anticipata possa rispondere a ragioni profonde, non di meno può sollevare alcuni problemi: in primo luogo ci si chiede quanto può essere verosimile una direttiva rilasciata in un momento di benessere lontano dalla malattia. Chi ha sofferto per sé o per i propri familiari, sa perfettamente il potere distruttivo della malattia che divide la vita di un uomo in un *prima* e in un *dopo*. Dopo la malattia tutto ci sembra mutato e cambia anche il nostro sguardo sulla vita stessa e su ciò che vale veramente.

Possiamo essere certi che il soggetto una volta ammalato avrebbe confermato quanto scritto nella DAT?

Inoltre oggi il progresso tecnologico della medicina rende alcune terapie sempre più specialistiche e alla

Forum multiprofessionale di Scienze umane svolto in Facoltà il 9 maggio 2011.



portata di pochi: siamo certi che il soggetto che intende rinunciare a determinate procedure sappia veramente a quali opportunità rinuncia?

Un altro elemento eticamente sensibile riguarda l'alimentazione del paziente. Chi vuole determinare la sua vita intende avere anche la possibilità di rinunciare a particolari modalità di nutrizione che potrebbero prolungare una vita non più degna di essere vissuta. Altri invece ritengono che in nessun caso si possa rinunciare alla nutrizione e alla idratazione.

La situazione italiana

Attualmente non esiste una legge che regola il problema delle direttive anticipate, tuttavia proprio recentemente la proposta di legge *Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni di trattamento* approvata dal senato è stata oggetto di discussione alla Camera dei deputati e riportata con emendamenti alla riletture del Senato.

Nel testo approvato alla Camera è scritto che nella DAT può essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto ad ogni o ad alcune forme particolari di tratta-

menti terapeutici in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale, alimentazione e idratazione nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più in grado di fornire al paziente in fase terminale i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.

Sarà, quindi, possibile, compilare una DAT?

E' presumibile che ben presto sarà possibile compilare una DAT presso il proprio medico di famiglia, indicando il proprio orientamento, tuttavia tale dichiarazione non sarà obbligatoria e, quindi, lascerà l'amaro in bocca a coloro che pensavano di poter autodeterminare la propria vita sino in fondo.

Massimiliano Marinelli

Docente di Bioetica

Università Politecnica delle Marche

Pianificazione anticipata delle cure

A fronte di un diffuso interesse e dibattito sul tema delle dichiarazioni anticipate da configurare eventualmente con una normativa, l'analisi della letteratura fa emergere in realtà come in quei paesi che hanno già introdotto da tempo tale direttiva vi sia un profondo senso di insoddisfazione circa il raggiungimento degli obiettivi che la normativa stessa si era proposta, e cioè quello di evitare l'accanimento terapeutico e di affermare il ruolo della volontà del paziente anche nelle situazioni in cui non sia più in grado di esprimere un consenso.

La letteratura relativa alle diverse esperienze internazionali ha messo infatti in evidenza che anche laddove le dichiarazioni anticipate sono state introdotte per legge, la gente non le redige, cambia le decisioni nel corso della vita e della malattia, ha difficoltà a dare informazioni comprensibili, non rende materialmente disponibile le dichiarazioni che ha scritto, i medici non riescono a riconoscere in ciò che il paziente ha scritto la

reale situazione clinica del paziente.

Viene pertanto da più parti proposto un modello di *Pianificazione anticipata dei trattamenti (PAT)*, in alternativa a mere dichiarazioni anticipate del paziente, da definire in modo strutturato tra il medico e il paziente, pianificazione da realizzare all'interno di un dialogo che si ripropone di negoziare le tappe principali del percorso diagnostico-terapeutico nel riconoscimento delle reciproche differenze, come sistema di promozione di un'approfondita comunicazione tra medico e paziente.

Tale modello, non necessariamente da definire attraverso una normativa, ci sembra che richiami non solo i principi etici della professione, favorendo una socializzazione dei momenti più drammatici dell'esistenza ma anche i principi deontologici, iscrivendosi la pianificazione anticipata dei trattamenti in un positivo processo di adeguamento dell'atto medico ai principi di autonomia decisionale del paziente, riconducendola pienamente nel modello etico e giuridico espresso dall'art. 9 della Convenzione di Oviedo. In questa prospettiva, sarà necessario passare in rassegna la letteratura scientifica internazionale che si è occupata del tema negli ultimi anni, selezionandone soprattutto gli aspetti di originalità riconducibili al tema da approfondire.



Sempre più spesso la letteratura scientifica di questi ultimi anni fa riferimento all'analisi e alla valutazione di alcuni criteri per prendere decisioni in medicina di fronte a situazioni eticamente rilevanti, ovvero le preferenze del paziente e i criteri decisionali del medico nel definire la scelta del percorso terapeutico più appropriato.

In questa prospettiva, considerando il ruolo delle preferenze del paziente, risulta importante che il medico stesso inviti il paziente ad un comportamento e a uno stile partecipativo nel prendere le decisioni. Infatti, la consapevolezza chiara ed evidente delle preferenze del paziente è essenziale ai fini di un'assistenza clinica centrata su di esso (*patient centered*).

Il miglioramento del processo comunicativo costituisce la soluzione migliore alle direttive anticipate di trattamento, che da sole non possono costituire efficaci strumenti di personalizzazione del progetto terapeutico. Preferibile sarebbe allora parlare di PAC, con la proposta di un modello comunicativo volto a privilegiare un'alleanza terapeutica ancora in grado di preservare il carattere della dualità e in grado di favorire una socializzazione dei momenti più drammatici dell'esistenza, evitando che l'eventuale incapacità del malato possa indurre a considerarlo non più come una persona, con la quale concordare il programma terapeutico ottimale, ma soltanto come un corpo da sottoporre a un trattamento anonimo.

Le dichiarazioni anticipate¹ contenute nel testamento biologico possono configurarsi alla stregua di validi strumenti comunicativi in grado di rendere pienamente effettivo il processo decisionale? La PAC permetterebbe una migliore risposta alla gestione clinica del caso concreto e potrebbe iscriversi in un processo positivo di adeguamento della concezione dell'atto medico ai principi di autonomia decisionale del paziente, mediando, da un lato, la beneficenza del medico, e, dall'altro, l'autonomia del paziente.

La programmazione anticipata delle cure, nel cui ambito l'autonomia del paziente riceve tutela in quanto obiettivo fondamentale ma non assoluto, riceverebbe il crisma della validità etica e giuridica nel momento in cui si risolvesse a favore di una volontà espressa non al di fuori delle condizioni cliniche, ma facendo riferimento alla situazione attuale e concreta e al processo di maturazione della malattia nella sua dimensione in fieri, considerato come il rispetto della libertà di autodeter-

minazione del paziente non è sufficiente a garantire la migliore decisione terapeutica in merito al caso clinico concreto.

Tale modello, non necessariamente da definire attraverso una normativa, ci sembra che richiami non solo i principi etici della professione, favorendo una socializzazione dei momenti più drammatici dell'esistenza, ma anche i principi deontologici, iscrivendosi la pianificazione anticipata dei trattamenti in un positivo processo di adeguamento dell'atto medico ai principi di autonomia decisionale del paziente, riconducendola pienamente nel modello etico e giuridico espresso dall'art. 9 della Convenzione di Oviedo.

Da ultimo, si pone in evidenza un ulteriore profilo problematico che riguarda la validità e l'efficacia delle dichiarazioni anticipate di trattamento: il conferimento di rilevanza nei confronti di una volontà sprovvista del requisito della attualità. Il problema è quello di verificare se attraverso le direttive anticipate possa dirsi soddisfatto il requisito della estensione nel tempo della efficacia della volontà espressa ora per il futuro. Come è possibile che attraverso le direttive anticipate sia garantita l'attuazione della reale volontà del paziente? Il problema è che il medico non potrà mai avere la sicurezza che vi possa essere un giudizio di corrispondenza tra la volontà precedentemente espressa dal paziente in un momento di benessere psico-fisico e la volontà espressa successivamente in condizioni di incompetenza.

Tutte le osservazioni che si sono svolte fin qui conducono in una direzione interpretativa interessante: lo scollamento temporale tra la reale e concreta situazione nella quale si manifesta la malattia e il periodo precedente in cui non vi sono le condizioni per rendere necessaria la prestazione terapeutica. Quindi, l'analisi fin qui condotta porta a considerare lo strumento delle direttive anticipate di trattamento come veicolo insidioso dell'autonomia individuale, dai connotati così penetranti da stravolgere i principi cardine del nostro ordinamento giuridico.

Il punto dirimente non consiste tanto nel sottolineare quale sia la differenza sostanziale tra la pianificazione anticipata delle cure e il consenso informato, che alcuni identificano nella durata della comunicazione e nella reversibilità della decisione, quanto l'esigenza avvertita soprattutto in questi ultimi anni di una medicina in

¹ Per un approfondimento sul punto si rinvia a Spagnolo A.G., Testamenti di vita, in Bompiani A. (a cura di), Bioetica in medicina, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1996, pp. 340-355; Spagnolo A.G., Testamenti di

vita e decisorio surrogati, in J. Noriega, M.L. Di Pietro (a cura di), Né eutanasia né accanimento terapeutico. La cura del malato in stato vegetativo permanente, Lateran University Press, Roma, 2003, pp.75-103.



grado di rendere effettiva e concreta la partecipazione attiva e propositiva del paziente alle decisioni che lo riguardano.

Pianificazione anticipata delle cure diviene allora sinonimo di negoziazione terapeutica, nel cui ambito la comunicazione renderebbe possibile ricomporre la naturale conflittualità all'interno della relazione tra il medico e il paziente.

Il compito fondamentale dell'operatore sanitario consiste in una continua tensione nei confronti dell'interesse personale del paziente, al fine di garantire in libertà morale ed intellettuale assoluta e scevra da ogni preoccupazione estranea, da ogni suggestione, imposizione o restrizione comunque interposte al sereno fluire del rapporto medico paziente².

L'importanza di un efficace sistema comunicativo e dialogante tra medico e paziente rende testimonianza del fatto che il paziente non rappresenta soltanto il beneficiario, l'oggetto della prestazione sanitaria, bensì il titolare di un insieme coordinato di interessi e diritti. In altri termini, il diritto del paziente a sapere prima di consentire, ma soprattutto ad instaurare una partecipazione adesiva, ma non acriticamente orientata agli intenti terapeutici, si sovrappone alle oramai desuete impostazioni che consideravano il medico nella sua indiscussa posizione di *dominus* del rapporto stesso. La possibilità per il paziente di esprimere la propria consapevole e dialogata accettazione e scelta del percorso terapeutico, all'interno di un processo comunicativo condiviso, nel senso di una cooperazione all'impresa curativa³, rende ragione dell'importanza di una relazione tra medico e paziente incentrata sull'aiuto ed il sostegno, fattivi, interessati, continuativi.

Ecco che allora la relazione medico paziente, sottolineate in epigrafe le finalità di un corretto processo dialogante e comunicativo, diviene sinonimo di appartenenza, di colleganza e di confronto: ogni scelta del trattamento potrà essere modificata in base all'evoluzione della patologia, agli adattamenti psicologici e alla disponibilità di nuove opportunità terapeutiche.

La comunicazione, così intesa, viene a riflettere l'immagine metaforica di un ponte, di una trasmissione

e di una colleganza che lega all'interno di una fase conoscitiva prima e decisionale poi, il destino di due persone alleate nell'impresa curativa al fine della tutela del bene salute.

La scelta di una programmazione condivisa nell'elezione di un trattamento terapeutico sembrerebbe lo strumento più adeguato al fine di umanizzare il rapporto medico paziente; soltanto un efficace rapporto dialogante, permetterebbe ai protagonisti della vicenda sanitaria di esercitare correttamente e consapevolmente i propri diritti e doveri e quindi di dare luogo alla formazione di una relazione di cura nella quale è possibile la espressione di un consenso/dissenso veramente informato. Informazione, diagnosi, libertà di autodeterminazione, scelta e composizione dei propri interessi rappresentano sequenze ordinate di un processo comunicativo che acquista un significato di ampio respiro etico, deontologico e giuridico: la dottrina⁴ a proposito della fondazione etica della comunicazione medico-paziente, ha rilevato come la moderna medicina sia caratterizzata da un impoverimento del processo comunicativo, attività tipicamente umana, ma percepita oggi secondo un modello contrattualistico, che se da un lato pone in luce chiaramente quali siano i diritti e i doveri che corredano lo sfondo della relazione medico paziente, dall'altro sfocia pericolosamente nella disumanizzazione tipicamente riconducibile alla medicina post-moderna.

Il Bilancetti⁵, a tal proposito, sottolinea come l'informazione si radichi nel rapporto terapeutico, così da divenirne una componente imprescindibile, e come i pazienti lamentino l'attuale snaturarsi della relazione di cura in un incontro impersonale, anonimo ed umanamente disimpegnato tra prestatore e fruitore dell'opera, poiché l'assistenza morale e la partecipazione del medico alla costruzione del processo decisionale del paziente, non sono meno importanti dell'abilità tecnica, al fine di favorire un'efficace opera terapeutica.

In dottrina⁶ si è sottolineato come si tenda a spostare la tutela delle posizioni soggettive dall'ambito contrattuale o precontrattuale a quello, precedente, della diffusione delle notizie-informazioni che inducono all'approccio contrattuale, e come l'obbligo di informa-

² Barni, Diritti Doveri, Dalla bioetica al biodiritto, Giuffrè, Milano, 1999, p.73.

³ Loc. cit., p. 110

⁴ CARRASCO DE PAULA I, La comunicazione medico-paziente: elementi per una fondazione etica, Medicina e Morale, 2002, 4: 609-616.

⁵ BILANCETTI M., La responsabilità civile e penale del medico, Padova: Cedam, 2001: 869-912.

⁶ Cfr. tra i numerosi studi sull'argomento, SPIRITO A., Responsabilità professionale ed obbligo di informazione, Danno e resp. 1996, 1: 23-30; CARBONE V., Sviluppi ed orientamenti della responsabilità professionale medica nei confronti dell'embrione, Danno e Resp. 2000, 12: 1235-1239; BATA' A., Responsabilità del medico, omissione di informazione e danno risarcibile per mancata interruzione di gravidanza, Corr.Giur. 1995,1: 91-99; IAMICELI P., Il nascituro contro la "malasanità", Danno e resp. 1997,4: 477-481.



re, in maniera completa ed esatta, venga a costituire la specificazione dei c.d. obblighi di protezione. Sulla stessa linea interpretativa, si è osservato che l'esigenza connessa alla trasmissione di dati o notizie ha assunto gradualmente maggiore importanza, non tanto relativamente alla fase precontrattuale, bensì rispetto a quella più propriamente contrattuale.

In considerazione della riconduzione del dinamico processo informativo al nucleo del contratto, si sottolinea come le informazioni del professionista specificino il contenuto della prestazione e costituiscano un'obbligazione accessoria, tesa ad riequilibrare il divario esistente tra le parti sul piano delle conoscenze tecniche e a compensare la natura prettamente fiduciaria del rapporto instauratosi tra cliente e professionista.

Si ritiene, invero, che se da un lato il processo informativo può divenire un semplice processo formale, vuoto, eticamente mutilato⁷, dall'altro, può comportare il riaffiorare di un diritto – destinato ad intervenire con il suo apparato coercitivo là dove il controllo dei comportamenti attraverso le norme morali non sembra più bastare – che, per realizzare la coesistenza di soggetti portatori di interessi e visioni del mondo potenzialmente confliggenti, (...), appresta tutte le garanzie perché l'autonomia decisionale e d'azione degli individui possa avere il più alto grado d'esplicazione compatibile con l'impedimento del danno ad altri e con il rispetto dell'altrui autonomia e libertà⁸.

La valorizzazione della figura del paziente, portatore di una così diversa e autorevole fisionomia, come osserva autorevole dottrina medico legale (Barni, 1999) deve far sì che sia dovuta al medico confidenza e rispetto e non in base ad una concezione paternalistica o meramente contrattualistica del rapporto, ma solo nel senso stesso di una cooperazione all'impresa curativa, e non cooperazione all'impresa distruttiva del bene indisponibile della vita.

Non può comunque essere trascurato che la riconduzione del dinamico processo comunicativo al nucleo del contratto, sottolinea come le informazioni del professionista-operatore sanitario specificino il contenuto della prestazione e costituiscano un'obbligazione accessoria, tesa ad riequilibrare il divario esistente tra le parti sul

piano delle conoscenze tecniche e a compensare la natura prettamente fiduciaria del rapporto instauratosi tra cliente e professionista (medico e paziente).

E' evidente, dunque, che la pianificazione anticipata dei trattamenti, inserita nel contesto comunicativo prima descritto è molto diversa dal cosiddetto testamento biologico o direttive anticipate di trattamento. Questo non è (sufficientemente) né relato né informato né circostanziato. Le condizioni patologiche che prima sono state descritte inducono alla nascita di un rapporto medico-paziente viziato all'origine, in quanto carente degli elementi fondativi di un'alleanza terapeutica che in difetto di informazione diverrebbe illusoria e fittizia.

Una informazione che autorevole dottrina medico-legale ha definito tramite e viatico per assicurare una funzione tanto pervasiva dell'intimo personale e per offrirla al più elevato livello di efficacia: una informazione tuttavia che non è utile solo ai fini del miglior successo della assistenza individualizzata, ma anche nel quadro di una generale strategia difensiva capace ormai di esprimersi secondo i moduli della prevenzione e della politica sanitaria.

Deve inoltre trattarsi di una comunicazione circostanziata e quindi calibrata sulla situazione concreta. Un eventuale dissenso nei confronti di una scelta terapeutica, nella specie un rifiuto anticipato di una cura salvavita è però nel caso di specie privo delle caratteristiche che connotano il rifiuto attuale. Esso è dunque, come si è detto in linea di massima, irrelato, disinformato, generico/approssimativo⁹. In altri termini si realizza una distanza che non è solo cronologica, ma anche psicologica e scientifica.

La *ratio* della informazione è in definitiva connotata al divenire del rapporto tra medico e paziente: che, dismettendo, più per le esterne pressioni che per virtù sanitaria, le prerogative della non maleficità e della beneficenza intese come attributi di una potestà decisionale insuscettibile di confronto, ed assumendo invece la connotazione di un complesso dialogo in cui la reciproca autonomia tende ad una alleanza decisionale, ad una programmazione anticipata delle terapie, trova, piuttosto che nella informazione, nella leale comunicazione il migliore assetto.

Il concetto operativo di beneficenza proposto da alcuni

⁷ CARRASCO DE PAULA I., La comunicazione medico-paziente..., p. 614, il quale delinea i tre momenti eticamente significativi della comunicazione medico-paziente, cioè strumenti caratterizzati da un preciso contenuto assiologico: 1- Il riconoscimento dell'altro come persona ; 2- Costruzione dell'alleanza terapeutica, attraverso il miglioramento o la riconquista della salute come compimento dell'Humanum; 3- Accettazione dei rispettivi titoli, da parte del

medico, il titolo di comunicatore riposa interamente sull'autorità professionale, mai su un presunto potere, da parte del paziente, il titolo di comunicatore non è altro che la sua libertà.

⁸ Cfr. LECALDANO E., La bioetica e i limiti del diritto, Democrazia e Diritto, 1988, 4-5: 21-41.

⁹ Casini M., Il rifiuto anticipato delle cure salvavita è uguale al rifiuto attuale?. Medicina e Morale, 2006/6: 1205-1215:



autori¹⁰ è una beneficenza fondata sulla fiducia fra medico e paziente, per i quali obiettivo comune è l'agire l'uno nel migliore interesse dell'altro. In tal senso il migliore interesse del paziente si raggiunge anche facendo in modo di ripristinare in lui la capacità di riconquistare la propria autonomia in qualche modo minacciata dalla malattia.

Il dialogo e la comunicazione tra medico e paziente diventano, allora, l'elemento indispensabile perché si crei quel rapporto di fiducia, una sorta di compartecipazione terapeutica attraverso la quale il paziente possa esprimere all'interno di un percorso condiviso e pianificato quali siano le sue aspettative in relazione alla malattia. Si realizza appieno in sintesi un modello fiduciario in grado di coinvolgere il paziente nella gestione della propria malattia.

In un'ottica centrata sulla dignità della persona, che esalti l'umanizzazione della medicina e che voglia sostituire il modello paternalistico col modello di beneficenza fondato sulla fiducia, l'obiettivo principale è rappresentato dal coinvolgimento del paziente nella gestione della propria malattia, attraverso la personalizzazione degli schemi di trattamento e dei protocolli assistenziali.

Il sistema di pianificazione anticipata delle cure favorirebbe un modello di relazione medico-paziente incentrato su una cultura della informazione e della comunicazione che non avrebbe altro significato che quello di permettere al paziente di esprimere e di condividere una scelta partecipata e conforme alle proprie condizioni cliniche. Il rapporto medico-paziente assumerebbe così una connotazione personale e comunicativa, tale da permettere all'interno di una programmazione anticipata delle cure di privilegiare una compartecipazione terapeutica che preservi il carattere della dualità ed una migliore risposta alla gestione clinica del caso concreto, oltre, ad un graduale e condiviso adeguamento dell'attività medica ai principi di autonomia decisionale del paziente.

L'inevitabile astrattezza dovuta alla distanza temporale e psicologica che connota le direttive anticipate di trattamento, può essere efficacemente superata se esse entrano a far parte di una programmazione anticipata delle cure nelle fasi precoci della malattia.

La pianificazione anticipata delle cure integrerebbe quindi l'esito e la sostanza di un processo comunicativo, nel quale si avvierebbe a compimento il fine ultimo del

consenso informato: il medico, da un lato, contribuirebbe alla diffusione del proprio sapere e alla applicazione nella prassi clinica delle proprie competenze e il paziente, dall'altro, favorirebbe quel processo comunicativo e formativo, finalizzato a decisioni condivise. Di fronte ad una relazione terapeutica così modellata e significativa, dialogante e dialogata, è possibile ridurre al minimo la conflittualità tipica di un sapere non condiviso: la comunicazione permette di ridurre la gerarchia preordinata tra medico e paziente. Da ultimo, una considerazione si rende opportuna: l'opera di assistenza morale, psicologica e sociale, oltre che scientifica, del medico nei confronti del vissuto della malattia del paziente, attraverso la partecipazione comunicativa alla costruzione del processo decisionale, non può prescindere dal considerare la dimensione personale della vicenda sanitaria.

Dagli studi e dalle ricerche effettuate in letteratura, in sede di considerazioni conclusive, si compiono le seguenti osservazioni. Innanzitutto, il sistema denominato PAC più probabilmente rispetto ad altri, è in grado di soddisfare le preferenze del paziente circa le cure del fine vita e rappresentare un valido strumento di pianificazione condivisa del percorso terapeutico, nell'ottica di una medicina centrata sul paziente.

La PAC identifica un modello di *medical decision making* in grado, se validamente impostato sulla base dei requisiti che sono stati esaminati in letteratura, di esprimere la concordanza tra le preferenze del paziente e le scelte finali del trattamento.

1. Si è potuto vedere che importanti cambiamenti nella gestione dell'assistenza sanitaria, comprese le cartelle cliniche elettroniche universali, possono essere necessari strumenti al fine di implementare e comunicare le preferenze della PAC dei pazienti in diversi ambiti, dai presidi ambulatoriali, a quelli ospedalieri, comprese le strutture denominate *hospice* o le case di riposo per anziani.

2. Se ben gestita, può rappresentare uno strumento prezioso per risolvere molti problemi di etica clinica nell'ambito della medicina intensiva e in quella palliativa; infatti, sia nel paziente in condizioni critiche sia nel malato terminale, si pone frequentemente il problema della programmazione del percorso terapeutico, anche in riferimento alle terapie di supporto vitale.

3. Va, però, armonizzata con l'autodeterminazione del malato, in modo da ottenere una definizione del trattamento che tenga in considerazione le preferenze del paziente e il suo personale coinvolgimento nella scelta finale.

¹⁰ Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the patient's good*, Oxford University Press, New York, 1988; tr. It.: *Per il bene del paziente*, ed. Paoline, Cinisello Balsamo, 1992)





Questa osservazione manifesta la sua validità non soltanto al di fuori del contesto della malattia, ma è valida anche nei confronti dei pazienti che versano in condizioni critiche o in fase terminale avanzata; 4. può essere, invece, uno strumento della pratica clinica importante per superare molte di queste difficoltà legate alla incapacità del malato critico o terminale di pianificare con successo il percorso terapeutico più in grado di rispondere al quadro clinico nella contestualità e attualità della sua manifestazione; se il malato, attraverso la PAC, arriva a definire un percorso di cure future che rifletta le proprie preferenze, (escludendone altre perché da lui giudicate sproporzionate o comunque indesiderate), sarà molto più agevole per i medici orientare le scelte terapeutiche verso quel percorso, quando il paziente non potrà più decidere in prima persona a causa della perdita della capacità di autodeterminarsi.

Coloro che decideranno al posto del paziente saranno facilitati nel superare le difficoltà intrinseche in ogni scelta terapeutica dalla consapevolezza condivisa di rispettare le volontà pregresse del paziente. Rispettando tali preferenze, si attua il dovuto rispetto dell'integrità della persona malata, considerata al centro della relazione terapeutica e fulcro di una nuova medicina caratterizzata da un modello relazionale di tipo partecipativo e interattivo, nel quale gioca un ruolo fondamentale il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale.

La letteratura scientifica sul tema ha sottolineato molto opportunamente il ruolo significativo del medico nell'aiutare il malato a pianificare anticipatamente il percorso terapeutico, eventualmente attestato in appositi documenti che dovranno essere continuamente aggiornati sulla base dei cambiamenti delle preferenze e del quadro clinico della malattia.

La PAC si è dimostrata essere uno strumento prezioso per risolvere molti problemi di etica clinica nell'ambito, ad esempio, della medicina intensiva e in quella palliativa.

Questo sarà un ruolo importante che permetterà al medico di acquisire un nuovo profilo all'interno della relazione con il malato, in quanto non si tratterà di un semplice aiuto tecnico per intervenire in situazioni

cliniche, ma investirà gli operatori sanitari del compito di offrire la massima personalizzazione della decisione medica finale, in perfetta sintonia con le preferenze del paziente.

In conclusione, è dunque più che mai opportuno ed urgente indagare le implicazioni dell'adozione anche nel nostro sistema sanitario di tale strumento operativo, poiché la perdurante carenza di studi o ricerche scientifiche e la conseguente mancata sensibilizzazione culturale in materia di *Advance Health Care Planning* da parte dei soggetti in causa (cittadini, operatori sanitari, giuristi) comportano un grave rischio: la importazione acritica delle direttive anticipate (come sovente nel nostro Paese accade per tecnologie e protocolli d'oltre oceano) in assenza di una adeguata sensibilizzazione e di una corretta promozione culturale sul piano sanitario e sociale e di un riscontro empirico della effettiva rispondenza di tali procedure nell'opinione pubblica e negli operatori professionali.

Sabrina Pecora
Avvocato del Foro di Ancona
Professore a contratto di Etica Medica
Università degli Studi di Macerata

Bibliografia essenziale di riferimento

- 1) Barni, Diritti doveri, Dalla bioetica al biodiritto, Giuffrè, Milano, 1999;
- 2) Bilancetti M., La responsabilità civile e penale del medico, Padova: Cedam, 2001: 869-912;
- 3) Carrasco De Paola, La comunicazione medico-paziente: elementi per una fondazione etica, *Medicina e Morale*, 2002, 4: 609-616;
- 4) Casini C., Casini M., Di Pietro M. L., Testamento biologico, Società Editrice Fiorentina, 2007;
- 5) Di Pietro M.L., Spagnolo A.G., Testamenti di vita, in Giusti G (a cura di) *Trattato di Medicina Legale e Scienze affini*, vol. VII, p. 49-82;
- 6) Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the patient's good*, Oxford University Press, New York, 1988; tr. It.: *Per il bene del paziente*, ed. Paoline, Cinisello Balsamo, 1992).



GRAZIA CALEGARI
Storica dell'Arte

Santi in medicina

E' stata davvero un'idea nuova e geniale quella di dedicare il convegno annuale della Facoltà, anche quest'anno volto alla collaborazione de *Le Cento Città*, alle storie di santi che fanno i medici e storie di medici che fanno i Santi.

Come socia de *Le Cento Città*, ne ho apprezzato il versante culturale di ricerca, il lavoro capillare di 'catalogazione' compiuto dai relatori, che verrà puntualmente ripreso negli atti del convegno.

E' stata un lavoro assolutamente interdisciplinare, nel quale sono confluiti la storia della medicina, la sociologia, la storia delle religioni, lo studio dell'iconografia, la storia dell'arte, con diverse gradazioni scientifiche e irrazionali, tra superstizione e magia.

Come storica dell'arte, potevo e posso solo limitarmi alle abituali conoscenze di santi protettori che sono presenze famigliari almeno dal '300 in poi, e conoscono sussulti ed estensioni dovuti a periodi di crisi e di epidemie. E' perciò sempre necessario associare la presenza dei protettori ad eventi sociali e traumatici non sempre del tutto noti e storicizzati, e quando gli atti del convegno saranno fruibili rappresenteranno uno strumento in più di conoscenza e di comprensione dei fenomeni, confluiti in iconografie apparentemente poco spiegabili.

Una mia abituale frequentazione storica è stata invece quella legata alle opere di chiese nate contemporaneamente ad ospedali, strutture in genere fondate e gestite da confraternite a scopo assistenziale.

Un caso poco noto, di cui vorrei qui riferire, è quello



Fig.1 - Chiesa di Sant'Egidio, insieme con altare maggiore.

della chiesa seicentesca di Sant'Egidio a Sant'Angelo in Lizzola (Pesaro) ancora esistente e di proprietà del conte Giancarlo Cacciaguerra Perticari, che sorgeva accanto a un Ospedale distrutto nell'ultima guerra, retto dalla Confraternita della Natività di Maria.

Se l'apparato decorativo della chiesa appare ancora pressoché integro, non altrettanto è ovviamente avvenuto per l'Ospedale, dotato dall'inizio di numerose tele che dovevano ricoprire vaste pareti.

L'intitolazione a Sant'Egidio fondatore dell'Ordine degli Ospedalieri, che nelle Marche si conta solo in altri tre casi, (come si leggerà nella relazione del prof. Giovanni Principato), è fondata sul culto di questo monaco benedettino francese vissuto tra VII e VIII secolo, forse di origine greca, che fu anacoreta in Provenza e fondò in località Saint Gilles, vicino ad Arles, il monastero dei santi Pietro e Paolo.

Fu grande il culto verso Sant'Egidio soprattutto in Francia, Gran Bretagna, Germania, e comportò l'erezione di chiese a lui dedicate con annessi ospedali: in Gran Bretagna ne sorsero 162 con ventiquattro ospedali, e con due famose fiere in relazione alla festa del santo, il 1° settembre, a Edimburgo e a Cripplegate, vicino a Londra.

Dalla Provenza (chiamata anche *Provincia Sancti Aegidii*) il culto si diffuse grazie ai Crociati e si estese in Francia anche attraverso vetrate con cicli della sua vita, come a Chartres e ad Amiens (XIII sec.) e negli affreschi della cripta di Saint Aignan sur Cher, e in Germania dove venne riconosciuto come uno dei quattordici Santi Protettori.

Si riteneva che fosse protettore in particolare degli storpi, dei lebbrosi e delle balie.

L'immagine più diffusa, e presente anche all'altare maggiore di Sant'Angelo in Lizzola, è quella del *Miracolo della cerva*, animale che rappresenta uno dei suoi attributi simbolici, insieme con la freccia.

Il re di Francia Cuniberto, a caccia in quella foresta, lanciò una freccia contro la cerva che precedentemente era stata curata da Egidio e viveva con lui in una grotta, nutrendolo col suo latte (di qui la sua protezione alle balie). La freccia colpì l'animale e una mano di Egidio, ma miracolosamente i cani che accompagnavano il re si arrestarono, destando l'ammirazione del sovrano che ricompensò l'eremita con la costruzione del monastero di Saint Gilles di cui Egidio divenne abate.

La costruzione della chiesa di Sant'Egidio a Sant'Angelo in Lizzola risale al 1684, quando don Agostino Lapi e i suoi fratelli eressero dalle fondamenta l'edificio, ricono-

sciuto "*ius patronato more laicale*" nel 1688, e passato successivamente in eredità alla famiglia Perticari.

La decorazione pittorica del complesso venne affidata al pittore pesarese Giovanni Venanzi (1627-1705), già attivo alla corte di Pietro e Ranuccio Farnese a Parma e rientrato nella città d'origine nel 1688.

Era stato allievo di Simone Cantarini e di Guido Reni a Pesaro e a Bologna, e nella chiesa di Sant'Angelo in Lizzola inserisce, con la collaborazione di qualche allievo, dieci grandi quadri più sei predelle nei lati della pianta ottagonale dominata da un ricchissimo altare tardo barocco dorato, bulinato, intagliato e scolpito, dove è appunto inserito *Il Miracolo della cerva*, firmato e datato 1689.

E' impossibile descrivere i vari elementi di quest'insieme spettacolare e raffinatissimo, che qui si



Fig. 2 - Miracolo della Cerva di Giovanni Venanzi nella chiesa di Sant'Egidio.



Fig. 3 - Giovanni Venanzi, *La guarigione di un moribondo punto da un serpente*.



Fig. 4 - Giovanni Venanzi, *La guarigione di una donna impazzita*.



Fig. 5 - Chiesa di Sant'Egidio, particolare dell'altare maggiore.

vuol citare soprattutto come esempio del connubio chiesa-ospedale, nell'esaltazione della fede come protezione dalle malattie e nell'invocazione di una buona morte.

Tra le dodici tele superstiti dell'ospedale, mi sembra interessante ricordare le due grandi scene relative a miracoli di Sant'Egidio: *La guarigione di un moribondo punto da un serpente* e *La guarigione di una donna impazzita*.

Il grande classicismo bolognese di Guido Reni si unisce a una precisione minuta e realistica, in un eclettismo che segna il passaggio tra 600 e 700, e rappresenta nei temi religiosi della chiesa una sintesi finale della cultura controriformistica.

Di particolare interesse l'analisi degli ambienti, dei personaggi, dei malati che sperano nella guarigione e si affidano a Sant'Egidio: un documento vivo dell'esperienza ospedaliera seicentesca.

Questa preziosa chiesa di proprietà privata meriterebbe anche per questa ragione di essere conosciuta, perché racchiude la sintesi del tema del convegno del 16 maggio, oltre ad un indubbio fascino estetico ed emozionale.

Lettura introduttiva al convegno annuale di Facoltà Santi in Medicina, tenuta in Facoltà il 16 maggio 2011.



ALBERTO PELLEGRINO
 Storico del Teatro

Il tema della follia nell'opera lirica

Il tema della follia è stato sempre presente nel mondo dello spettacolo fin dai tempi dell'antica Grecia, dove nasce e si afferma il teatro classico. Questo tema si sviluppa poi in modi diversi attraverso i secoli, dalla medioevale "festa dei folli" alla Commedia dell'arte, dal grande teatro moderno al teatro contemporaneo, come si vedrà in un prossimo contributo sul rapporto tra follia e teatro di prosa. Quando nel Seicento nasce e si afferma il melodramma, prende corpo sul palcoscenico la cosiddetta "gran scena", nella quale un cantante o una cantante devono confrontarsi con l'esecuzione di un'aria musicalmente molto elaborata, in cui è necessario dare prova delle proprie risorse vocali e capacità interpretative. L'aria ha quindi rappresentato per tutto il Seicento e il Settecento il momento della massima tensione espressiva, durante la quale il personaggio dà libero sfogo ai sentimenti più disparati, mettendo al primo posto la passione amorosa.

L'avvento del Romanticismo

Il massimo della drammaticità si raggiunge tuttavia nel corso del Romanticismo, quando s'invoca la piena libertà personale e creativa dell'artista, si rivaluta l'inconscio come sede delle idee e delle immagini più riposte da cui saper trarre l'ispirazione, riuscendo a percepire tutto quello che poteva sfuggire alle facoltà coscienti. E' il trionfo delle passioni, l'esaltazione del sentimento che riesce ad avvicinarsi all'Assoluto, che si propone di cogliere quegli aspetti della realtà dinanzi ai quali la ragione è destinata a fallire. Pertanto la letteratura, le arti, la musica sono considerate come l'immediata filiazione e genuina espressione del sentimento. L'artista si sente un "diverso", dotato di una sensibilità fuori del comune in continua lotta con la realtà che lo circonda, mentre la sofferenza, l'inquietudine, la religiosità tormentata sono avvertite come elementi propri di una moderna sensibilità, per cui alcuni aspetti della vita umana sono definiti "romantici": la rappresentazione del dolore individuale e universale, l'effusione dei sentimenti, il pessimismo, la nostalgia per il passato, il sogno, il senso dell'infinito e quindi il contrasto tra illusione e realtà.

A partire dal primo Ottocento il tema della follia acquista una particolare rilevanza, anche se esso era già presente nel melodramma barocco, basti pensare all'**Orlando furioso** (1733) di Handel, che contiene la più celebre scena della pazzia del Settecento. In questo periodo anche nell'opera buffa si tiene conto della psicologia dei personaggi e dei loro sentimenti, tanto che la

follia appare abbastanza spesso come finzione, smarrimento onirico, perdita d'identità, vera malattia mentale, come si riscontra nella *Nina pazza per amore* (1789), uno dei maggiori successi di Paisiello.

Il merito di questo approfondimento dei sentimenti deve essere attribuito ai poeti Apostolo Zeno e Metastasio, che ridanno dignità letteraria al libretto d'opera. Soprattutto a Metastasio, autore di 27 libretti sui quali vengono composte circa 900 opere, spetta il merito di avere ridotto il numero delle arie e dei cambiamenti di scena rispetto al teatro del Seicento, di aver dato maggiore importanza all'intreccio e alla personalità dei personaggi, di aver conferito una maggiore eleganza alla melodia del verso e alla qualità poetica del testo, tanto da costituire un punto di riferimento per molti librettisti dell'Ottocento.

Il Romanticismo vede l'affermazione del romanzo "gotico", del romanzo "storico", dei grandi romanzi francesi e inglesi con autori come Victor Hugo e Walter Scott. In questo periodo nasce anche il teatro romantico con Goethe, Schiller, Victor Hugo, Alfred De Musset e George Byron. Viene praticamente riscoperto e rivalutato in tutta la sua grandezza Shakespeare, di cui i romantici apprezzano la straordinaria forza fantastica, la varietà di travolgenti passioni, la capacità di un attento dosaggio del tragico e del comico, la riscoperta del peso degli eventi e del destino sulle vicende umane. Quasi tutti gli autori del melodramma romantico saranno per questo affascinati dalle opere del genio teatrale inglese. Il melodramma diventa così un grande crogiuolo nel quale confluiscono e si fondono gli influssi dei romanzi storici, dei romanzi popolari alla Dumas e del *feuilleton* alla Sue, del teatro scespiriano e del teatro elisabettiano con i suoi intrecci tenebrosi e sanguinari, con i suoi personaggi animati da sentimenti esasperati e violenti.

Il melodramma romantico

Il melodramma diventa il veicolo popolare dell'ideologia romantica con l'esaltazione della libertà e dell'indipendenza dell'individuo, la presenza di eroi senza macchia, essere umani crudeli e portatori di sentimenti perversi, di eroine perseguitate dalle famiglie e condannate a vivere amori infelici, a volte portate dagli eventi a precipitare nella disperazione della follia. I protagonisti (soprattutto quelli femminili) sono figure molto concrete che esprimono i sentimenti del dolore, dell'infelicità, dell'ira e del rancore, della malvagità e della vendetta e sono coinvolti nell'eterno conflitto tra il Bene e il Male.

La musica diventa la forma di espressione privilegiata dei sentimenti proprio perché essa è la più "immateriale"



delle arti, si serve di un linguaggio universale che consente di mettere in scena le passioni e gli stati d'animo, gli ideali e le visioni spirituali di compositori e librettisti. Nessuna arte umana come la musica riesce a esprimere l'ineffabile, superando i limiti che incontrano le immagini e le parole. La musica riesce a dar voce all'inesprimibile, a rappresentare l'interiorità dell'autore che finisce per sacrificare se stesso, annientando nell'opera la propria personalità. I sentimenti e le emozioni diventano il mezzo privilegiato per accedere ai segreti più intimi del mondo, dell'umanità e della divinità. Lo spirito romantico trova proprio nella musica la sua manifestazione più potente, che si concretizza in una ricerca sempre più attenta e raffinata dei suoni e dell'uso degli strumenti, nel definitivo abbandono dei linguaggi precedenti per puntare a un linguaggio più originale e più aderente agli stati affettivi dei personaggi. "La grande opera del romanticismo in musica è la dissoluzione degli schemi formali classici e la sostituzione a essi di una forma che non conosce schemi preconcepiuti, ma si plasma direttamente sull'intuizione della fantasia" (Massimo Mila). Di pari passo con la musica, si assiste a un'evoluzione della librettistica affidata ad autori che hanno una loro dignità letteraria, a partire da Felice Romani per arrivare ad Arrigo Boito. Con il Romanticismo nasce una drammaturgia musicale basata su trame che s'ispirano sia al romanzo sia al teatro, che presentano un intreccio avvincente e scorrevole, che puntano all'essenziale dell'azione per coinvolgere gli spettatori nella comprensione della vicenda.

Il melodramma dell'Ottocento non è più considerato uno svago musicale di tipo mondano come avveniva nel Settecento, perché lo spettatore va a teatro per partecipare intensamente a quanto avviene sulla scena, per entrare in sintonia con le sofferenze e le passioni dei personaggi. Ma le vicende dei melodrammi, oltre alle eccezioni rappresentate da alcune opere semiserie (Rossini, il Bellini della *Sonnambula*, il Donizetti dell'*Elisir d'amore*), sono caratterizzate da sentimenti "forti" come l'amore per la libertà e per la patria, lo scontro con l'autorità paterna o politica, l'ineluttabilità del destino. Esse sono soprattutto incentrate sull'idea che l'amore sia l'unico sentimento portante della vita umana, per cui tutto quello che la ostacola diventa inganno, malvagità e sopruso. Questa costante infelicità dei protagonisti rende accettabile per lo spettatore la morte dell'eroe o dell'eroina, con la conseguente abolizione del lieto fine che era stato una costante per tutto il Seicento e il Settecento.

La particolare importanza che assumono le scene della pazzia nell'opera lirica

L'esaltazione delle passioni, spesso incontrollabili e

persino ossessive, trova a volte sfogo nella follia che occupa nel melodramma un ruolo di primo piano, per cui in alcune scene operistiche circola qualcosa di morboso, di nevrotico, di delirante che finisce per diventare il trionfo dell'irrazionalità assoluta. Questo fascio di passioni estreme e violente confluiscono nella scena della pazzia che rappresenta un momento culminante e persino autonomo all'interno del melodramma romantico, diventando l'occasione per gli interpreti (soprattutto femminili) di dare libero sfogo al virtuosismo puro. Infatti la follia, intesa come distacco dalla realtà, giustifica da parte degli autori l'assunzione di un linguaggio vocale basato su passaggi d'agilità e su ornamenti, come il "gorgheggio" e la "fioretatura", che danno la misura di una forte emozione del tutto eccezionale. Fanciulle in preda al delirio e a incubi paurosi, personaggi soggetti a sogni carichi di tristi presagi, donne colpevoli di terribili delitti entrano in competizione di bravura con l'orchestra oppure con singoli strumenti, permettendo ai compositori di sprigionare tutta la loro "anima romantica". Nasce così una particolare affinità tra la voce umana e alcuni strumenti come il clarino, il flauto, l'oboe, perché i musicisti abbandonano in questo caso lo stile spianato, usato in passaggi di tipo "realistico", per adottare uno stile fiorito che rappresenta meglio il distacco dalla realtà determinato dalla pazzia, dando libero sfogo a un canto concitato e impetuoso.

Il tema della follia in Vincenzo Bellini

Vincenzo Bellini (1801-1835) è il primo dei grandi musicisti romantici ad affrontare il tema della "diversità" nell'opera semi-seria *La Sonnambula* (1831), composta su libretto di Felice Romani tratto dalla *comédie-vaudeville* *La sonnambule* di Eugene Scribe. L'opera ha come protagonista Amina, promessa sposa del giovane Alvino, che viene corteggiata dal conte Rodolfo. La fanciulla è affetta da sonnambulismo e, avvolta in una veste bianca, è solita camminare addormentata, per cui entra nella stanza del conte, sognando lo svolgimento della sua cerimonia nuziale ("Oh come è lieto il popolo"). Sorpresa e risvegliata dal fidanzato, è accusata di tradimento e, nonostante lei si proclami innocente, tutto il villaggio la ritiene colpevole. Alvino decide allora di sposare la giovane Lisa, quando ecco comparire Amina che esce dormendo dalla finestra del mulino e cammina sull'orlo del tetto. Tutti gli invitati al matrimonio trattengono il respiro, ma Amina non precipita nel vuoto e nel sonno invoca la felicità per Alvino. Quindi estrae dal petto un mazzetto appassito di fiori che le aveva donato il fidanzato ("Ah, non credea mirarti") e sogna di nuovo lo svolgimento della cerimonia nuziale. Questa volta Alvino asseconda il suo sogno



Fig. 1 - Vincenzo Bellini (1801-1835).



Fig. 2 - Libretto de *I Puritani*.

e le restituisce l'anello. La fanciulla si risveglia fra le sue braccia e, dopo un primo smarrimento, esprime tutta la gioia per il suo amore ritrovato.

Il tema della follia è presente ne *I Puritani* (1835), l'ultimo melodramma composto da Bellini su libretto di Carlo Pepoli e tratto dal dramma *Tetes Rondes et Cavaliers* di Ancelot-Xavier, a sua volta ispirato al romanzo *I Puritani di Scozia* di Walter Scott. Il momento culminante di questa vicenda, ambientata durante la guerra tra Cromwell e gli Stuart, è rappresentato dalla "scena della pazzia" provocata da una cocente delusione d'amore. Si tratta di un'elegia del dolore di chiara ispirazione romantica che nessun compositore aveva scritto prima; siamo di fronte a un canto sublime della disperazione accompagnato sommessamente dai violini. La bella Elvira è felice ("Sai com'arde in petto mio"), perché sta per sposare il nobile Arturo, quando questi scopre che la donna prigioniera nel castello è Enrichetta, vedova di Carlo I e figlia di Enrico Stuart. Decide di farla fuggire, facendole indossare il velo da sposa di Elvira.

La giovane comincia allora a mostrare i segni della follia: crede di essere in chiesa e giura eterno amore ad

Arturo, mentre tutti imprecano contro il traditore dell'onore e della patria. La mente di Elvira è a volte limpida e a tratti offuscata dalla pazzia, per cui crede di essere in chiesa e scorge Arturo nelle persone che le si avvicinano ("Cinta di fiori"). Nella scena madre Elvira pronuncia frasi sconnesse e invoca il suo amore lontano, poi crede di doversi recare alla cerimonia nuziale ("Qui la voce sua soave"), ma è ricondotta nelle sue stanze. Dalla loggia del castello si sente una canzone d'amore: è quella che un tempo Arturo cantava a Elvira e, quando il giovane si unisce al canto, la sua fidanzata lo raggiunge. Arturo si getta ai suoi piedi, le spiega l'equivoco della falsa sposa, le conferma il suo amore, ma in quel momento sopraggiungono dei soldati per catturare Arturo che è stato condannato a morte. A questo punto Elvira, che ha riacquisito la ragione, decide di morire con lui, ma giunge la notizia che Cromwell ha sconfitto gli Stuart ed ha concesso l'amnistia a tutti i condannati, per cui i due giovani potranno sposarsi.

Il tema della follia in Gaetano Donizetti

Gaetano Donizetti (1797-1848) è il compositore che



Fig. 3 - Gaetano Donizetti (1797-1848).

affronta in maniera più ampia il tema della follia. Dopo un primo periodo (1818-1830) ancora legato al melodramma classico, questo autore sprigiona il massimo della sua creatività con una serie di capolavori romantici a cominciare da *Anna Bolena* (1830), dove viene rappresentato il dramma di questa donna divisa tra il dovere di regina al fianco di Enrico VIII e il richiamo del suo antico amore per Lord Percy. Imprigionata e condannata a morte, Anna cade in uno stato di disperazione che rasenta molto da vicino la follia, sconvolta da una specie di delirio per la perdita della corona regale e della vita stessa.

Nell'opera *Il Furioso* all'isola di San Domingo (1833), composta su libretto di Jacopo Ferretti ispirato a un episodio del *Don Chisciotte* di Cervantes, il personaggio in preda alla follia è questa volta un uomo, Cardenio, che ha perduto la ragione a causa del tradimento della moglie. Con la mente sconvolta dalla pazzia, egli si è rifugiato in un'isola lontana, dove sbarca la moglie che vuole farsi perdonare. Con la collaborazione degli isolani, Cardenio riacquista la ragione e concede il perdono alla moglie pentita.

L'opera più celebre di Donizetti è *Lucia di Lammermoor* (1835), scritta su un libretto di Salvatore Cammarano ispirato al romanzo *The Bride of Lammermoor* di Walter Scott. La storia è incentrata sull'odio che divide le due famiglie degli Ashton e dei Ravenswood, a cui appartengono rispettivamente Lucia e Edgardo che si amano e che hanno giurato segretamente di unirsi in matrimonio. Enrico, fratello della giovane, l'ha invece promessa in sposa al nobile Arturo per ragioni puramente politiche, per cui costringe una Lucia smarrita e disperata a firmare il contratto di nozze. Nel pieno dei festeggiamenti, irrompe nella sala Edgardo che accusa Lucia di aver tradito il loro giuramento, la maledice, quindi si scaglia con la spada sguainata contro Enrico e Arturo, mai i tre vengono separati. Mentre continua la festa, nelle sue stanze Lucia uccide Lord Arturo ed entra nel salone in preda a una follia che la condurrà alla morte.

Questa è la "scena della pazzia" più famosa nella produzione operistica di tutti i tempi, banco di prova per la bravura delle cantanti liriche, perché essa richiede una grande tecnica virtuosistica a causa delle estreme difficoltà della tessitura vocale, poiché la carica melodica oscilla continuamente tra il recitativo, la mezz'aria e l'aria vera e propria. Completamente fuori di sé, Lucia ricorda i suoi incontri segreti con Edgardo e immagina di celebrare le sue nozze attraverso una serie di arie di straordinaria intensità (*Il dolce suono mi colpi di sua voce, Sparsa è di rose, Ah! L'inno suona di nozze!, Ardon gli incensi*), che si concludono con la morte della fanciulla (*Spargi d'amaro pianto*). In preda al delirio Lucia immagina di realizzare il suo sogno d'amore, mettendo in atto una folle rivolta contro chi pretende di imporre la ragione della politica contro un giuramento d'amore fatto secondo una libera scelta. In nessun altro melodramma troviamo che una sconvolgente passione amorosa possa così repentinamente trasformarsi in una irreparabile tragedia: "Questo modo immateriale, eppure intensamente emotivo di descrivere la disperazione di un essere che l'amore ha condotto all'omicidio e alla follia, sboccia nell'allucinazione allorché gli echi e i richiami che vengono nella mente sconvolta di Lucia si dissolvono nel canto senza parole di arditissimi passaggi vocalizzati iterati dal suono vitreo e flebile di un flauto anch'esso impegnato in spasmodici virtuosismi" (Rodolfo Celletti).

Se vogliamo trovare un legame di questo personaggio femminile con il mondo teatrale, si può sottolineare che esiste un forte parallelismo tra Lucia e l'Ofelia di Amleto: ambedue devono subire il potere repressivo del loro fratello; sono usate come marionette per scopi politici al di fuori del loro volere e dei loro interessi; sono respinte dall'uomo



Fig. 4 - Libretto della Lucia di Lammermoor.

che amano e finiscono per trovare la loro libertà nella follia.

Il melodramma semiserio *Linda di Chamonix* (1842), composto su libretto di Gaetano Rossi, ha come protagonista una ragazza figlia di mezzadri della Savoia, la quale è invitata nel suo castello dal marchese di Boisfleury per ricevere una buona educazione, ma i genitori, messi in guardia sui pericoli che essa può correre, la spediscono a Parigi per cercare lavoro in compagnia di alcuni giovani amici. Della ragazza si è nel frattempo innamorato il Visconte Carlo di Sirval, nipote del marchese, che la ospita a Parigi spacciandosi per un pittore che vorrebbe sposarla, ma il visconte cede alle pressioni della madre, decisa a fargli sposare una ricca dama. Questa notizia sconvolge Linda a tal punto da farle perdere la ragione. Tutti i giovani ritornano a Chamonix, dove si precipita anche il Visconte Carlo che ha rifiutato le nozze e ha convinto la madre a fargli sposare Linda, ma la giovane è sempre in preda alla follia e non riconosce nessuno. Sarà il visconte a farle riacquistare la ragione grazie a



Fig. 5 - Alessandro Guardassoni (Bologna 1819-1881) Anna Bolena forsennata sentendosi priva del diadema reale, 1843.

una canzone che era solito cantare con lei, per cui tutto si conclude felicemente con le nozze dei due giovani.

Si possono individuare in questa opera dei parallelismi con *I Puritani*: la causa scatenante della follia è un amore tradito; la ragione viene ritrovata attraverso l'espedito di una canzone d'amore; il lieto fine chiude la vicenda in controtendenza con gli altri melodrammi romantici.

Il tema della follia in Giuseppe Verdi

Il terzo grande del melodramma è Giuseppe Verdi (1813-1901) che domina la scena dell'opera europea dai primi successi degli anni Quaranta fino ai capolavori della maturità rappresentati da *Otello* e *Falstaff*. Egli rinnova il melodramma rispetto al passato, perché introduce personaggi femminili divorati dall'odio e dalla vendetta (*Lady Macbeth*); inoltre dà un'impronta diversa al tema della follia, accentuando l'aggressività e la passionalità delle parti per soprano, poiché in questi personaggi femminili la pazzia è un incubo che perseguita persino nel sonno, paura e ossessione, sfogo e catarsi per i propri peccati.

Il dramma lirico *Nabucco* (1842) è la terza opera di Verdi, composta su libretto di Temistocle Solera tratto dal dramma *Nabuccodonosor* di Bourgeois-Cornue. Si tratta di un lavoro dalle forti tinte tragiche che dà grande popolarità al suo autore grazie allo straordinario successo del coro *Va pensiero sull'ali dorate*, nel quale assume un grande valore morale l'esilio del popolo ebraico in Babilonia. Il protagonista è il re Nabuccodonosor che, ritornato in patria vittorioso dopo aver sottomesso Israele, dà prova di uno smisurato orgoglio gridando "Non sono più re, son Dio". Subito avviene la reazione della Divinità che con un fulmine gli fa cadere dal capo la corona e fa uscire di senno il blasfemo che, in preda al delirio, piange, cade al suolo e si sente incalzato da terribili fantasmi. Abigaille, la schiava adottata come figlia dal re, approfitta per raccogliere la corona e proclamarsi regina, spodestando e condannando a morte Fenena, la figlia legittima di Nabucco. Il re, coperto di stracci e in preda alla pazzia, viene fatto imprigionare da Abigaille e in preda ad un incubo vede la propria figlia condotta al patibolo. Sconvolto dal dolore, Nabucco ritrova la ragione e la forza per riconquistare il trono, per liberare la figlia e per promettere la libertà agli Ebrei in un patto consolidato dalle nozze tra Fenena e l'israelita Ismaele, mentre Abigaille si toglierà la vita. In questo caso la follia assume l'aspetto di una punizione divina destinata a colpire un re che vuole farsi Dio, ma essa diventa anche lo strumento per fargli ritrovare la smarrita strada della saggezza regale.

Giuseppe Verdi con il *Macbeth* (1847) realizza finalmente il suo desiderio di comporre un'opera ispirata al grande genio di Shakespeare, autore di questo dramma barbarico e medioevale, magico (la presenza determinante delle streghe) e sanguinario, che stimola la creatività di Verdi e del suo librettista Francesco Maria Piave.

Macbeth e sua moglie sono talmente assetati di potere che non indietreggiano nemmeno di fronte all'assassinio del re di Scozia Duncan. Nonostante Macbeth mostri di aver perduto la pace interiore, sospinto dal cinismo della moglie, al primo delitto ne fa seguire altri per consolidare il trono. Macbeth, per placare la sua inquietudine, cerca rifugio e conforto nelle profezie delle streghe che lo assicurano sulla forza del suo potere, mentre i fantasmi di otto re di Scozia gli predicono un'imminente sconfitta. Ormai i suoi nemici assediano il regno ed esigono la punizione per i delitti commessi, per cui Macbeth si prepara a un'estrema difesa chiuso nel suo castello, dove Lady Macbeth, sopraffatta dai rimorsi, vaga come una sonnambula ormai in preda alla follia: è ossessionata dai ricordi; confessa i suoi delitti e quelli del marito; cerca inutilmente di lavare le sue mani che vede coperte

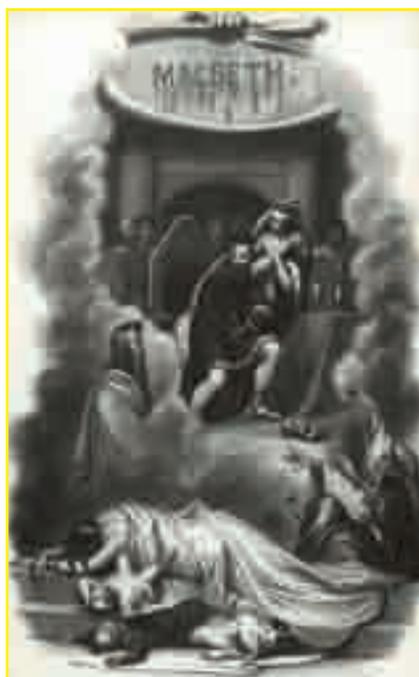
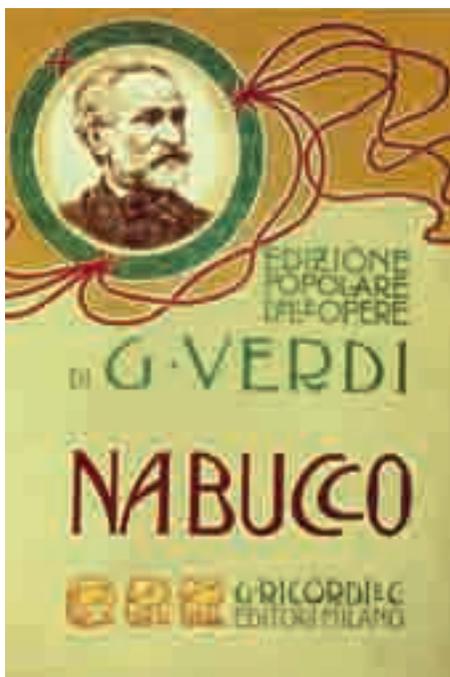


Fig. 6 - Giuseppe Verdi (1813-1901) in una fotografia di Nadar (1860), che il Maestro preferiva ad ogni altra.

di sangue, ("Di sangue umano/Sa qui sempre...Arabia intera/Rimondar si picciol mano/Co' suoi balsami non può"). Mentre una dama annuncia la morte della regina, Macbeth riecheggia Shakespeare consapevole di dover affrontare l'ultimo duello che lo condurrà a sua volta alla morte (La vita...che importa?.../E' il racconto di un povero idiota;/Vento e suono che nulla denota").

In questa breve e magistrale "Scena del Sonnambulismo", la presenza di una Lady visionaria e sospesa in una fissità irreali si contrappone alla presenza realistica della dama di corte e del medico, i quali osservano con incredula attenzione il consumarsi del dramma della follia di una donna che abbandona la sua crudeltà e la sua determinazione per sprofondare in una depressione che rivela l'origine psicotica della sua sete di potere e la sua congenita incapacità di vivere. Sopraffatta dalla fragilità della propria psiche, la regina rivive una specie di flash-back che rappresenta il suo inesorabile cammino verso la morte, per cui suscita "pietà e terrore" questa dea dell'odio annientata dalla sua stessa ferocia.

Il *Macbeth* verdiano è un'opera dominata dalla paura e dal terrore, da una corsa sfrenata verso la violenza criminale, che finirà per far precipitare in un abisso di follia i due protagonisti. Verdi ci spinge a contemplare la paura che ci portiamo dentro, quella paura dell'ignoto che meglio rappresenta l'incapacità di affrontare il reale; giunti tuttavia sulla soglia dell'abisso, l'autore ci risveglia



Figg. 7-8 - Libretti del Nabucco e di Macbeth

dall'incubo e ci invita a guardare di nuovo al mondo reale, dove il delitto viene punito e la giustizia finisce per trionfare. Soprattutto colpisce la trasformazione di Lady Macbeth che, da donna diabolica ispiratrice di orrendi delitti, diventa nella "scena del sonnambulismo" una larva dagli occhi sbarrati che dà libero sfogo alla sua follia. Freud ha visto in questo personaggio la stessa componente violenta e feroce presente nel marito, per cui il senso di colpa e il rimorso, che alla fine attanagliano la regina, trovano un logico sfogo nella malattia mentale.

Nonostante la sua forza, il suo coraggio, la sua tenace volontà di compiere il male, Lady Macbeth si rivela alla fine una donna debole e indifesa, vittima della completa distruzione della sua psiche. Nella regina tuttavia non esiste traccia di pentimento e il suo sonnambulismo rappresenta l'ultimo incubo (dopo quelli della gloria e del potere), l'estrema follia morale che non è soltanto un momento catartico, ma rappresenta anche la pena del contrappasso e del castigo.

L'amore di Verdi per Shakespeare ("E' un poeta di mia predilezione, che ho avuto fra le mani dalla mia prima gioventù e che leggo e rileggo continuamente") si traduce nei suoi due ultimi capolavori *Otello* e *Falstaff*. In *Otello* (1887), composto su uno straordinario libretto di Arrigo

Boito, ritorna pressante il tema della follia che si materializza nel Moro di Venezia, divorato da una forma patologica di gelosia che lo porta ad assassinare un'innocente e a distruggere se stesso. A sua volta Jago, che diventa l'incarnazione della malvagità, è affetto da una forma di invidia altrettanto patologica e da un odio irrazionale che lo spinge a tramare diabolicamente per distruggere tre esistenze umane. Da parte sua Desdemona è impegnata a svolgere il suo ruolo di donna affabile e intelligente, di consorte rispettosa e ubbidiente nei confronti del marito, ma la sua identità si sgretola sotto i colpi della follia di Otello, per cui il personaggio precipita anch'esso in uno stato di alienazione nelle ultime tre scene che si svolgono nell'intimità della camera

nuziale, quando si preannuncia e si compie l'inevitabile tragedia. Desdemona, che si sta preparando per la notte in attesa del marito che ha promesso di raggiungerla, è al centro di una scena densa di pathos, perché il pubblico sa che tra poco Desdemona sarà assassinata. Nell'attesa lei canta la "canzone del salice" che un'ancella di sua madre era solita farle ascoltare da bambina: questo canto pieno di struggente malinconia non è solo un triste ricordo, ma anche un doloroso presentimento, perché la donna sente la sua esistenza avviarsi verso un tragico epilogo, annunciato anche dal canto dell'Ave Maria. Tutto questo nel segno di una paura interiore, di uno smarrimento, di un senso di morte imminente che richiamano antiche e ancestrali premonizioni, le quali rendono particolarmente fragile la psicologia di questo personaggio femminile che accetta con rassegnazione, senza nessuna forma di ribellione o di difesa, il suo destino imminente, vittima delle fantasticherie di un uomo che ha trasformato il sentimento amoroso in un incubo selvaggio e irrefrenabile. Sull'amore finiscono per prevalere l'irrazionalità e la morbosa immaginazione di Otello che, in preda ad una cieca gelosia, trasforma la moglie fedele in un'adultera peccatrice che va assolutamente annientata. Desdemona è ormai una donna psicologicamente distrutta, in preda all'ansia e alla tristezza, per cui la triste canzone del passato diventa un doloroso annuncio di morte.



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



All'interno:

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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche
Anno XV - n° 4
Luglio - Agosto 2012
Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale

Antonio Benedetti

Comitato Editoriale

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

Redazione

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

Direttore Responsabile

Giovanni Danieli