



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Carissimi Studenti e Colleghi,
come già noto a tutti Voi il 5 giugno u.s. il Prof. Sauro Longhi – Professore di I fascia del SSD ING-INF/04 "Automatica" della Facoltà di Ingegneria è stato eletto nuovo Rettore dell'Università Politecnica delle Marche. Il mandato, di durata sessennale, avrà inizio il prossimo 1 novembre 2013 in coincidenza con l'apertura del nuovo Anno Accademico e, sulla base di quanto ampiamente illustrato nel programma elettorale, comporterà importanti cambiamenti nella conduzione dell'Ateneo essendo basato su un'ottica gestionale di condivisione ed attiva partecipazione da parte di tutti i ruoli presenti nell'Ateneo. Al Prof. Longhi vanno gli auguri di tutta la Facoltà per un proficuo lavoro.

In previsione delle procedure di ammissione già bandite per gli accessi ai corsi di studio e delle decisioni che a livello regionale dovranno essere assunte in ambito assistenziale, anche per la Facoltà di Medicina e Chirurgia, i prossimi mesi saranno molto intensi e richiederanno un notevole impegno da parte di tutte le sue strutture.

Le recenti disposizioni ministeriali che hanno rivisto i termini per le prove di accesso ai Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria e Protesi Dentaria hanno richiesto la rielaborazione dei bandi di selezione già emessi e della organizzazione didattica già programmata.

In particolare, considerati i tempi necessari alle immatricolazioni, in assenza di ulteriori disposizioni ministeriali, la nostra Facoltà, nel corso dell'ultimo Consiglio tenuto in data 18 giugno 2013, ha approvato il calendario didattico del prossimo anno accademico prevedendo l'inizio delle lezioni dei primi anni di corso per il 28 ottobre 2013. Nella settimana precedente si terrà la consueta settimana introduttiva di cui, nel prossimo numero, verranno fornite tutte le indicazioni.

continua a pagina 2

LETTERA DEL PRESIDE **1**

EDITORIALE **3**

*Le donne medico tra Ottocento e Novecento
di M. Giovanna Vicarelli*

DALLE PROFESSIONI SANITARIE **10**

*Etica in Oncologia
di Mauro Mancino, Paolo Marchionni (10)*

*La qualità della vita nei pazienti con neoplasia ematologica.
Studio osservazionale
di Gilda Pelusi, Sonia Stante, Dania Comparcini,
Romano Natalini (14)*

CORSO MONOGRAFICO **20**

*Dai sintomi alla diagnosi in pneumologia - 2ª parte
di Stefano Gasparini*

*La responsabilità professionale degli operatori sanitari
di Raffaele Giorgetti, Stefano Brandimarti (27)*

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ **31**

*I Santi Ausiliatori
di Giovanni Principato*

L'INTERVISTA **38**

*Demenza tra presente e futuro. Acquisizioni, prospettive,
certezze e zone d'ombra
di Simona Luzzi, Leandro Provinciali*

MEDICINA E LETTERATURA **41**

*Il medico a fumetti
di Alberto Pellegrino*



Di notevole impatto sarà anche il nuovo programma informatico denominato Esse3 per la gestione della didattica e dei servizi agli studenti, finalizzato a supportare i diversi ordinamenti universitarie ed a gestire i processi amministrativi e le corrispondenti carriere degli studenti, comprese le carriere di post-laurea..

Alcune disposizioni emanate dal Ministero successivamente alla pubblicazione del Decreto Ministeriale con il quale è stato indetto per l'a.a. 2012/2013 il concorso per titoli ed esami per l'ammissione al primo anno delle scuole di specializzazione di area medica, hanno indotto gli Atenei a rivedere i bandi già emanati prevedendo in due distinti periodi le prove di ammissione (2, 3 e 4 luglio 2013 e 17, 18 e 19 luglio 2013) ed unificando nell'8 agosto 2013 la data di inizio delle attività didattiche. Da aggiungere che i tagli approvati dal Ministero al numero complessivamente previsto a livello nazionale, ha ridotto, notevolmente, anche il numero dei contratti assegnati alle varie sedi.

Per la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona, grazie al grande impegno da sempre dedicato a tali tematiche da parte della Presidenza, la Regione Marche ha approvato anche per il prossimo anno accademico il finanziamento di n. 6 posti aggiuntivi. Ciò, oltre a garantire il mantenimento della autonomia per la Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia e per quella in Gastroenterologia, ha permesso di compensare, almeno in parte, i tagli applicati dal Ministero alle Scuole di Geriatria; Medicina Legale; Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ed Endocrinologia e Malattie del Metabolismo.

Dal punto di vista formativo l'attenzione della Presidenza, nei mesi a divenire sarà posta prioritariamente alla programmazione della Attività Formativa

Professionalizzante del V° anno del nuovo ordinamento del CdLM in Medicina e Chirurgia ed alla riorganizzazione della Attività Didattica Elettiva dei vari corsi di studio. Ciò al fine di garantire agli studenti un percorso che permetta di trasformare nel "saper fare" le nozioni apprese durante le lezioni *ex cathedra*.

Le procedure relative alla attivazione del XV ciclo di Dottorato e le nuove regole imposte dal Ministero anche per tali percorsi di studio hanno indotto la Facoltà a prevedere, nell'ambito della Scuola di Dottorato di Ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia l'attivazione di soli due corsi di dottorato: "Salute dell'Uomo" e "Scienze Biomediche" ai quali sono stati assegnati rispettivamente 14 posti (di cui 5 senza borsa) e 13 posti (di cui 5 senza borsa). Ogni Corso di Dottorato vede coinvolti due Dipartimenti della Facoltà. Il Collegio dei Docenti di ogni corso sarà composto da 24 docenti paritariamente ripartiti tra i due Dipartimenti interessati ad ogni singolo percorso di studi.

Il Consiglio di Facoltà ha inoltre nominato la Commissione preposta alla definizione del Regolamento di Funzionamento della Facoltà previsto dallo Statuto di Autonomia dell'Università Politecnica delle Marche. Dato l'importante ruolo previsto dalle norme statutarie, priorità sarà data alla costituzione della Commissione paritetica di Facoltà per la didattica ed il diritto dello studio prevista all'art. 38 delle precitate norme statutarie.

Un abbraccio

Il Preside
Prof. Antonio Benedetti

M. GIOVANNA VICARELLI

Sociologia e Processi economici e del lavoro
Università Politecnica delle Marche

Le donne medico tra Ottocento e Novecento

Premessa: una fonte inestimabile

Chi volesse confrontare le conoscenze che si possiedono oggi sulle donne medico con quelle che si possedevano a fine Ottocento e primi Novecento, scoprirebbe che queste ultime, in termini relativi, erano senz'altro superiori. Ciò è dovuto all'esistenza di una fonte che può senz'altro definirsi inestimabile poiché si tratta di una tesi di laurea discussa a Parigi il 18 luglio 1900 da una giovane polacca di nome Mélanie Lipinska. Una tesi di laurea in medicina dal titolo "*Histoire des femmes médecins*" (Lipinska 1900).

Come scrive Lipinska nella introduzione, la sua tesi di laurea è il risultato di quattro anni impegnati a raccogliere documentazione e dati di ricerca. Un lavoro, incompleto a parere dell'autrice, ma che si pone come un tentativo di rispondere ad una domanda che la stessa Lipinska dice essersi posta non appena iniziato il percorso universitario: La femme est-elle une intruse à l'École de médecine? Visto che, a suo dire, un solo libro trattava allora la questione dell'arte medica al femminile (Schacher, *De feminis ex arte medica claris* del 1738), ha ritenuto di doversi impegnare in questa direzione attraverso una ampia raccolta bibliografica di documenti e manoscritti e con una indagine sul campo.

Il risultato sono 602 pagine articolate in sei parti e 33 capitoli secondo una progressione storica. Le prime cinque parti della tesi tentano di ricostruire l'attività medica delle donne dall'epoca primitiva al XIX° secolo, guardando essenzialmente all'Europa, ma non solo. L'ultima parte prende in considerazione gli anni 1890-1900 e si riferisce all'Austria, alla Germania, alla Russia, alla Francia, alla Svizzera, con accenni ad altri paesi europei, all'America e all'Oriente. Per quanto riguarda l'Italia la Lipinska dice di essersi rivolta alle segreterie delle Facoltà di medicina di Torino e di Firenze e di aver individuato 9 donne iscritte alla prima facoltà e 4 nella seconda. Inoltre, cita espressamente Maria Montessori e il fatto che il Ministro dell'istruzione pubblica Baccelli l'abbia incaricata di tenere un corso per le maestre di scuola elementare sull'insegnamento da dare *aux enfants faibles d'esprit*. Nel testo viene citata una altra donna, la dott.ssa Masso, che avrebbe stu-

diato a Pavia e a Zurigo divenendo poi medico condotto a Montiglio (Vercelli).

Le donne medico in alcuni paesi europei tra il 1890 e il 1900

A parere della Lipinska la storia delle donne medico in Europa, nel secondo Ottocento, prende avvio in Russia quando l'imperatrice, moglie di Alessandro II, riesce ad ottenere l'apertura a San Pietroburgo di un liceo per giovani donne (1857). Alla fine del liceo le ragazze che lo avevano frequentato si iscrivono ai corsi liberi offerti da alcuni docenti dell'università della capitale russa ed alcune di loro ottengono dal Ministro della guerra la possibilità di frequentare l'accademia di medicina. Una di queste Kachevarova Roudneva si laurea nel 1868, mentre una seconda Nadedja Souslova è obbligata ad interrompere gli studi perché lo stato russo blocca ben presto questa innovazione ritenuta da molti intollerabile. Alcune giovani diplomate decidono, dunque, di andare all'estero per poter proseguire gli studi universitari ed una di esse, nel 1864, chiede all'Università di Zurigo di essere ammessa alla facoltà di medicina, seguita dalla Souslova che nel 1866 riesce a laurearsi. Da quel momento il numero delle giovani donne (russe ma anche inglesi) che frequentano la facoltà di medicina di Zurigo aumentano, anche se molte non terminano i loro studi. Nel 1871 le donne vengono ammesse all'esame di stato per lo svolgimento della professione medica in tutti i cantoni svizzeri e la prima donna a poter esercitare l'attività è Heim-Vogtlin. Nell'arco di pochi anni anche le altre università svizzere aprono le porte alle giovani donne: a Berna la prima studentessa di medicina viene ammessa nel 1872, a Ginevra nel 1881, a Losanna nel 1887.

Sull'esempio di Zurigo anche la facoltà di medicina di Parigi apre le sue porte alle giovani donne. Nel 1866 Madeleine Brès è la prima a fare domanda in tal senso, spinta da un interesse profondo dal momento che, sposatasi a 15 anni e rimasta vedova con figli, decide ugualmente di intraprendere la professione medica. Tuttavia viene ammessa solo nel 1868 dopo aver acquisito il diploma di scuola superiore. Nel frattempo vengono iscritte alla facoltà di medicina tre giovani straniere con i diplomi presi all'estero: una americana, Putnam, una inglese, Garrett e una russa Gontcharoff. Ciò avviene comunque grazie all'intervento diretto del ministro dell'istruzione Duruy poiché la maggior parte del Consiglio di Facoltà aveva dato parere negativo.

Dal Forum Multiprofessionale di Scienze dell'Uomo, tenuto in Facoltà dalla Prof.ssa Vicarelli il 15 Maggio 2013.



M. GIOVANNA VICARELLI

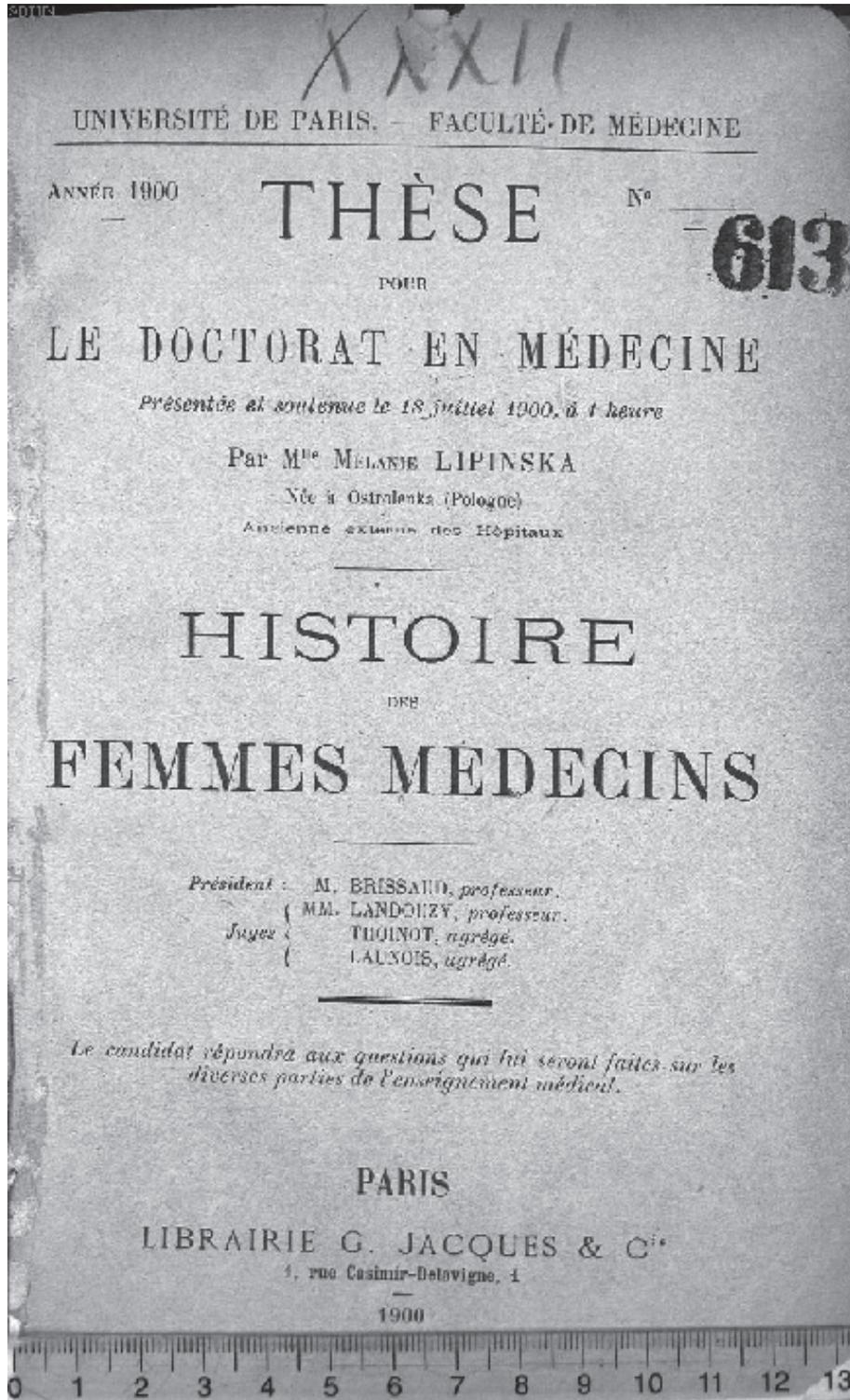


Fig. 1 - Frontespizio della tesi di laurea di Mélanie Lipinska discussa a Parigi il 18 luglio 1900.



Negli anni seguenti, il numero delle giovani iscritte al corso di laurea in medicina aumenta progressivamente per arrivare, nel 1887-88, a 114 di cui 70 russe, 20 polacche, 12 francesi, 8 inglesi, 1 austriaca, 1 greca, 1 turca e 1 americana del nord. Nel 1888 Parigi conta nell'annuario medico 11 donne medico di cui 4 a clientela mista, una specializzata nelle malattie della bocca, quattro nelle malattie delle donne e dei bambini, due in ginecologia e ostetricia.

In Inghilterra, la situazione risulta più difficile. Elisabeth Garrett, dopo aver conosciuto nel 1858 l'americana Elisabeth Blackwell in visita a Londra, decide di dedicarsi alla medicina, ma nessuna facoltà la ammette. Studia dunque per infermiera, per ostetrica e prende lezioni private di medicina, prima di superare l'esame della Società degli Apotecari di Londra che le rilasciano un diploma nel 1865. Tuttavia quando apprende che la Sorbona ammette le donne alla propria facoltà di medicina, fa domanda e si iscrive laureandosi nel 1870. Al suo rientro in Inghilterra trova una seconda donna che si era laureata a Zurigo la Morgan. Ciò nonostante le donne inglesi continuano a bussare alle università locali e ottengono la prima eccezione dalla Scozia dove viene iscritta al corso di laurea Jex Blake. Tuttavia la presenza femminile viene ampiamente ostacolata dai professori e dagli studenti al punto che la Blake e le sue due amiche sono costrette ad andare a Berna e Zurigo per laurearsi. Di conseguenza nel 1877 viene aperta a Londra una scuola medica per sole donne grazie all'impegno di una associazione composta da dame delle famiglie più in vista del paese e dalle più alte cariche politiche. In quell'anno si iscrivono 23 giovani. Nel giro di alcuni anni la nuova scuola di medicina ottiene la possibilità di far pratica nel Royal Free Hospital che contava allora 160 letti e la possibilità di far presentare le proprie allieve agli esami pubblici per l'esercizio della professione. Nel 1883 sono 7 gli ospedali o dispensari per le malattie dei bambini e delle donne presenti a Londra a dimostrazione della incrementale presenza femminile nella medicina, ma su percorsi separati da quelli degli uomini.

Nel capitolo XXVIII della tesi della Lipinska vengono individuati due fatti che, a parere dell'autrice, avrebbero dominato la storia delle donne medico tra il 1890 e il 1900. Il primo riguarderebbe l'ammissione delle donne medico alle facoltà di medicina in Austria, il secondo il loro incremento in Germania.

Il caso austriaco è particolarmente interessante

poiché, fino al 1890, le donne sono completamente escluse dalle facoltà di medicina. Tuttavia, quando la Bosnia viene pacificata, si apre la possibilità per alcune laureate in medicina straniere di esercitare la professione nei riguardi delle malattie delle donne bosniache musulmane. Quest'ultime, infatti, soffrivano di condizioni sociali e sanitarie particolarmente gravi legate agli usi e costumi di quei popoli. La prima a rispondere è una polacca, laureatasi in medicina a Ginevra (Krajewska). Ella ottiene nel 1893 il ruolo di medico condotto per il distretto di Dolnja-Tuzla con tutti i diritti di un funzionario dello stato e l'obbligo di occuparsi delle famiglie musulmane della zona. Nel 1896, a Berlino, al congresso femminista la dottoressa Krajewska presenta una relazione sulla sua attività in cui descrive gli obiettivi del suo lavoro e la possibilità di influire sulle condizioni di vita di quelle donne attraverso visite continue e prolungate. È interessante notare come la Lipinska presenti dati sul numero di casi esaminati, sulle malattie dominanti nei diversi contesti, sulla accessibilità ai servizi ecc. con modalità tipicamente da ufficiale sanitario. È sulla scia di questi primi interventi (cui fa seguito l'attività di una seconda donna medico a Mostar) che cresce l'associazionismo femminile in favore dell'educazione superiore delle giovani austriache che sfocia nella creazione di licei femminili privati. Nel 1895, sia a Vienna che a Cracovia, le Facoltà di medicina discutono sulla possibilità di ammissione delle donne, mentre contrario è l'ordine dei medici che tenta di influire sulle decisioni di entrambi. Ciò nonostante il ministro dell'istruzione ungherese prima e quello viennese poi decidono di dare riconoscimento ai diplomi acquisiti all'estero purché vengano "nostrifiés". Ne deriva la necessità per le dottoresse di ripetere in Austria il diploma di scuola superiore e gli esami universitari, la prima in tal senso sarà la dott.ssa Possanner nel 1893, la seconda, la dott.ssa Moraczewska, nel 1900. Solo nel 1897 vengono aperte alle donne le facoltà di medicina austriache. A Vienna nel primo anno si iscrivono 29 giovani e nell'anno seguente 54.

In Germania la situazione a favore delle donne si trasforma a partire dal 1888 quando a Weimar si costituisce una associazione con lo scopo preciso di sostenere l'istruzione femminile. Acconto ad un ampio lavoro di sensibilizzazione pubblica e politica, l'associazione sostiene la creazione di un liceo femminile per preparare le ragazze ad iscriversi all'università. Ciò nonostante è a partire dal 1877 che alcune dottoresse, laureatesi



all'estero, rientrano in Germania ed iniziano a svolgere la professione usufruendo della libertà di esercizio che viene riconosciuta in quel paese a chi possiede una laurea in medicina. Si tratta di giovani donne medico che aprono ambulatori e dispensari per le malattie femminili e dell'infanzia con un seguito crescente da parte della popolazione. Nel 1898, infine, è permesso alle giovani di entrare nelle facoltà di medicina seppure solo come uditrici, una apertura parziale che vede nel 1899 ben 160 ragazze presentarsi alla facoltà di medicina di Berlino. Secondo la Lipinska nel 1899-1900 sarebbero 406 le uditrici nelle università mediche in Germania, mentre proprio nel 1900, l'università di Heidelberg immatricula la prima donna in un corso di laurea (filosofia) a dimostrazione di una strada ormai aperta.

3. La situazione italiana

Una indagine effettuata da Vittore Ravà e pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Pubblica Istruzione del 3 aprile 1902, ci permette di conoscere il numero delle laureate in Italia negli ultimi anni del secolo, le quali ammontano complessivamente a 224 di cui solo 24 (10,7%) in medicina. Di queste, cinque si laureano a Torino, quattro rispettivamente a Napoli e a Bologna, tre a Roma e tre Firenze, due a Pavia e una per ciascuna sede a Genova, Palermo e Pisa¹. In realtà, secondo le ricerche della Jeraci, il numero delle donne medico dovrebbe essere portato a 26 poiché a Pavia nel 1900 si laureano anche Emma Modena e Giuseppina Gorini² due nomi che non compaiono nell'elenco stilato da Ravà (Vicarelli 2008).

Due donne medico sono però le prime laureate in assoluto in Italia (Ernestina Paper a Firenze nel 1877 e Maria Farnè Velleda a Torino l'anno seguente), un dato

questo che assieme all'attenzione che viene rivolta a fine secolo alle donne medico negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei, è alla base di alcune idee ricorrenti secondo cui anche in Italia e non solo in Europa "le donne prediligono in questi anni studi tradizionalmente ritenuti maschili come la medicina, la legge o l'ingegneria, in parte forse per motivi psicologici, cioè per una sorta di confronto diretto con l'uomo, che le ritiene inferiori, in parte forse per rendere più netta e radicale la loro emancipazione"³.

In realtà, il numero delle laureate che scelgono campi ritenuti maschili è, fino al 1900, molto esiguo, ammontando complessivamente a 31, cioè 26 laureate in medicina e 6 in giurisprudenza; né la consistenza cambia se si vogliono aggiungere 3 laureate in chimica e fisica. Nell'anno accademico 1911-12 le iscritte alle Facoltà mediche risultano essere 113 (2,5% del totale degli iscritti a medicina), concentrate essenzialmente nelle sedi di Napoli (29), di Roma (20), di Torino (12), di Pavia, Firenze e Bologna (9 per ciascuna Facoltà)⁴. Alla stessa data le laureate in lettere e filosofia sono 447, 174 le laureate in matematica, 128 le laureate in chimica e farmacia, 100 le laureate in scienze matematiche e 23 le laureate in giurisprudenza (0,2% degli iscritti). Alla fine degli anni venti (a.a.1919/20) le laureate in medicina salgono a 199 (1,9% del totale degli iscritti), mentre le laureate in scienze matematiche, fisiche e naturali arrivano ad essere 1.519, 306 le laureate in farmacia e 94 le laureate in giurisprudenza (0,9% degli iscritti). A Bologna, ad esempio, dal 1884 al 1920, si contano solo 23 laureate in medicina di cui tre straniere (provenienti dal Cile, dalla Svizzera e dalla Croazia), 8 nate in Emilia Romagna, 4 provenienti dalla Lombardia, 3 dalle Marche e tutte le altre dalla Toscana, Umbria, Puglia, Campania e Calabria⁵.

Si tratta, dunque, di numeri abbastanza esigui che non giustificano affatto valutazioni emancipazionistiche per le scelte di istruzione delle donne italiane rispetto alle giovani di altri contesti europei.

Per quanto riguarda, inoltre la professione medica va rilevato che gli iscritti a medicina decrescono ampiamente a partire dal 1897/8 fino al 1909/1910 quando gli studenti sono 4.517 contro i 6.919 del 1896/7. "A

¹ Ravà 1902, pp. 634-654. A Bologna si laureano in medicina Cattani Giuseppina nel 1884, Babacci Maria nel 1889, Ferrari Bice nel 1895, Moretti Foggia Amalia nel 1898; a Genova Bonomi Ester nel 1898; a Napoli Kuliscioff Anna nel 1885, Bakunin Giulia Sofia nel 1893, Venturini Maria Fernanda nel 1897, Papazafropulo Arianna nel 1898; a Palermo Cinque Giuseppina nel 1892; a Pavia Concornotti Emilia nel 1896, Coduri Rosalia nel 1899; a Pisa Fischmann Maria nel 1892; a Roma Benigni Edvige nel 1890, Corio Viola Marcellina nel 1894, Montessori Maria nel 1896; a Torino Farnè Velleda Maria nel 1878, Rossi Adelina nel 1896, Bondolfi Olga nel 1898, Musso Clementina nel 1899, Del Zoppo Pierina nel 1900; a Firenze Paper Ernestina nel 1877, Francolini Aldina nel 1899 e Gardini Ines nel 1900.

² Cfr. Jeraci 1999, pp. 57-86. La Gorini, secondo quanto scritto dalla Jeraci, non esercitò mai la professione di medico.

³ Tomasi, Bellatalla 1988.

⁴ Cfr. Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione generale della statistica e del lavoro 1913a.

⁵ Vedi Amadori e Sciamanna (a cura di) 2004. Va notato che di esse 18 si laureano con il massimo dei voti e 7 con lode.



tale depressione - scrive C.F. Ferraris nel commentare i dati statistici pubblicati nel 1913 - credo che vi abbia contribuito assai poco il continuato decrescere della morbosità e della mortalità (questa è scesa nel 1910 a 19,64 per 1.000 abitanti) e molto più il duplice fatto che gli stipendi dei sanitari condotti, benché il loro stato economico e giuridico fosse stato meglio regolato dalla legge 25 febbraio 1904 n. 57, divennero sempre più insufficienti di fronte al crescente costo della vita, e che, occupati i posti nei Comuni grossi e medi, non restavano vacanti che i posti nei Comuni più piccoli, privi di ogni attrattiva economica e morale: questa prospettiva non poteva allettare i giovani a quello studio, il quale è lungo e difficile, tanto che, come vedremo, avviene durante il corso e prima della laurea una forte diminuzione e deviazione degli iscritti" (Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio 1913, XIV).

A partire dal 1910 gli iscritti a medicina cominciano a crescere di numero e cioè viene letto dallo stesso Ferraris come la conseguenza delle "vigorose coalizioni per ottenere miglioramenti negli stipendi dei medici condotti, costituite dai sanitari stessi (i cui Ordini vennero frattanto regolati colla legge 10 luglio 1910, n.455), una più energica azione del Governo per la formazione dei Consorzi sanitari da parte dei piccoli comuni, una maggiore domanda di personale da parte dell'Amministrazione della sanità pubblica e forse un maggior concorso delle donne"⁶. Tuttavia, lo stesso commentatore ritiene che "la media annuale di 726 laureati presentata dagli ultimi anni ecceda il fabbisogno, tanto più potendo la professione esercitarsi anche presso gli italiani all'estero, per il che un certo numero di medici ha di fatto accompagnato la nostra emigrazione. La stazionarietà nella misura attuale del concorso - conclude Ferraris - apparirebbe per ora la soluzione migliore"⁷.

In questa situazione non meraviglia, dunque, che nel 1910, quando vengono istituiti gli Ordini professionali per i medici, non vengano posti ostacoli all'iscrizione delle donne medico che in quegli anni su 23.361 esercenti sono appena 83⁸.

Anche l'idea che l'iscrizione a medicina rappresenti "il varco attraverso il quale le donne riescono a entrare nell'università"⁹, secondo la convinzione che

nella medicina sarebbero minori le resistenze al lavoro femminile soprattutto nella cura dei bambini e delle donne stesse, appare non del tutto convincente. Lo stesso Ravà scrive che se "all'esercizio della medicina per parte delle donne non si oppongono ostacoli legali; tuttavia le medichesse non sono molte e fino a questi ultimi anni l'opera loro non fu molto richiesta dalle famiglie, neppure per quanto riguarda la ginecologia e la pediatria. Non ve n'è poi alcuna che tenga un posto eminente fra gli esercenti l'arte salutare"¹⁰.

Le notizie che si posseggono sulle laureate in medicina dimostrano, infatti, le molte difficoltà che esse incontrano nella pratica professionale, nonché l'ampia varietà di scelte di specializzazione che le spingono a cercare campi lavorativi non circoscritti alle malattie delle donne e dei bambini.

Di Ernestina Paper, nata Purità Manasse, sappiamo che è di Odessa e che fa parte di quella borghesia commerciale di ceppo ebraico arricchitasi con i traffici del Mar Nero e che giunge in Italia a metà del secolo. La Paper risulta assegnata al secondo anno della facoltà medica di Pisa nell'a.a. 1872-73, mentre è presumibile che abbia iniziato gli studi medici a Zurigo. In Italia segue per tre anni i corsi di Pisa poi passa, per fare pratica clinica, a Firenze, come prescrive l'ordinamento toscano vigente fino al 1884. Si laurea nel 1877 e già l'anno successivo pubblica sulla terza pagina della «Nazione» una finestra riquadrata in cui informa il pubblico di aver aperto uno studio medico dove cura le malattie delle donne e dei bambini. Più tardi, però, nel 1886 ottiene un incarico pubblico, non nell'ambito della cura dell'infanzia così ampiamente sviluppate a Firenze, ma dalla Direzione compartimentale dei telegrafi della città che le affida il compito di fare le visite mediche al personale dipendente di sesso femminile.

Anche Aldina Francolini si laurea a Firenze e racconta in una serie di articoli pubblicati nel 1903 sulla rivista «Cordelia» la sua personale esperienza. In queste pagine di memoria ella si presenta piena di entusiasmo, di voglia di imparare e di curare il prossimo. Ricorda di aver superato con successo gli studi ginnasiali e liceali in classi maschili, di aver frequentato la facoltà di medicina con impegno e con buoni risultati, di aver superato il trauma più forte, la lezione di anatomia, ma di essersi scontrata dopo la laurea con una realtà «fatta di una contrarietà strana, una riluttanza inesplicabile, una sfiducia direi quasi insultante da parte della gen-

⁶ Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione generale della statistica e del lavoro 1913b.

⁷ *ibidem*

⁸ Sono i dati del censimento del 1911.

⁹ Raicich 1989, p. 55.

¹⁰ Ravà 1902, p. 640.

te, dovendo constatare che i colleghi irritati per questa innovazione sorta dalla necessità delle cose, ponevano ostacoli in tutti i modi, con tutti i mezzi più o meno leali e dignitosi»¹¹.

La stessa Anna Kuliscioff racconta di come cada nel vuoto la sua richiesta di fare pratica clinica presso l'Ospedale maggiore di Milano, nonostante l'appoggio autorevole di Filippo Turati e di sua madre e nonostante l'intervento che sul Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale fa per lei Tullo Massarani. Le viene risposto cortesemente che in linea di principio non ci sono obiezioni da fare; una volta che si permette alle donne di prendere il dottorato alla facoltà medica, non si può impedire loro di entrare negli ospedali, tuttavia ci sono altre ragioni d'ordine e di responsabilità che lasciano preferire una risposta negativa, forse anche per «ciarlii e attriti» non ben identificati¹². D'altro canto, quando a Milano viene inaugurato nel 1899, seppure in una sede provvisoria, l'ospedale dei bambini sono 12, tutti uomini, i medici incaricati tra cui il direttore e primario Raimondo Guaita¹³.

E' in tale contesto che si comprende come Adelasia Cocco, laureatasi in medicina a Sassari nel 1913 possa chiedere, nell'anno seguente, la condotta medica in Barbagia, ottenendo, però, una risposta negativa dal prefetto che estremamente imbarazzato non vuole firmare il decreto di nomina. Tuttavia "rotti gli indugi i Consiglieri comunali di Nuoro, constatato che nessuna legge lo vietava, le assegnarono il posto nel vecchio rione di Seuna dove ben presto la giovane dottoressa si conquistò la fiducia della gente".

In altri termini, mentre la medicina preventiva e sociale avanza e mentre i medici ampliano la loro sfera di influenza sulle malattie dei bambini, appare assai dubbio che essi intendano lasciare tale ambito occupazionale alle donne medico che sul finire del secolo vengono già individuate come possibili concorrenti¹⁴. Scrive a tal proposito un medico condotto di un lago lombardo, rispondendo alla domanda se le donne possono essere medichesse, pubblicata su «L'Illustrazione popolare» del 1896: "Ahimé! Noi, medici e chirurghi siamo già troppi. E per crescere il numero, si vorrebbe introdurre fra noi anche medichesse e delle chirurghe... Con questi bei guadagni!.." (Illustrazione

popolare, 1896). Nella stessa rubrica si sostiene che «è superfluo che vi siano donne medichesse pei bambini. Perché credere che i medici-uomini non abbiano coi bambini la pazienza e delicatezza che avrebbero i medici-donna....? Quasi tutti i medici non hanno bambini propri? Non hanno quindi viscere paterne?»

Né, d'altro canto, i caratteri di eccezionalità di alcune tra le prime laureate in medicina paiono sostenere l'ipotesi di un loro adeguamento a funzioni sanitarie rivolte solo alle donne e ai bambini, quanto piuttosto scelte di grande innovazione come quella effettuata da Giuseppina Cattani che, laureatasi a Bologna nel 1884, prende parte nel 1886 ad un concorso per professore ordinario di patologia generale che, nonostante il buon punteggio, non riesce a vincere. Ottiene comunque la libera docenza di patologia generale per il periodo 1890-1905 e nel 1890 è indicata come coautrice nella comunicazione del prof. Guido Tizzoni dal titolo Sulla resistenza del virus tetanico agli agenti chimici e fisici con la quale viene presentata al mondo accademico la scoperta del siero antitetanico.

La stessa Maria Montessori, all'Università di Roma sostiene l'esame di clinica pediatrica con il professor Concetti e frequenta assiduamente l'ambulatorio pediatrico di Trastevere creato da Celli, tuttavia, decide di laurearsi in psichiatria con una scelta ritenuta da molti inusuale¹⁵. A conferma della eccentricità del comportamento della Montessori, Vittore Ravà cade nell'errore di segnalare come assistente alla clinica ostetrica (e non psichiatrica) e che l'evento fosse insolito è dimostrato dal fatto che, nel documento ufficiale firmato dal rettore per la nomina ad assistente volontaria, per ben due volte ci si riferisca al Dott. Mario Montessori.

D'altro canto, se si guarda alle tesi di laurea delle giovani che si laureano in medicina presso la Facoltà di Bologna dal 1884 al 1920, si scopre che solo 8 su 23 sono riferite a diagnosi e trattamenti femminili o pediatrici¹⁶.

Sembra, dunque, possibile ipotizzare che il presentarsi delle prime laureate in medicina non dia spazio a percorsi già settorializzati per le donne medico che, tuttavia, nel momento in cui non riescono ad inserirsi nei canali sanitari tradizionali (condotte mediche e ospedali), tendono a rivolgere la loro attività professionale alle famiglie. Non va dimenticato, inoltre, che alcune delle protagoniste di questi anni appartengono

¹¹ Raicich 1989, p. 157.

¹² *ibidem*

¹³ Sironi e Taccone 1997.

¹⁴ Si veda Barbagli 1974.

¹⁵ Cfr. Babini, Lama 2003, p.45.

¹⁶ Amadori, Sciamanna (a cura di) 2004.



a reti sociali che per scelta politica e culturale pongono al centro del proprio interesse il miglioramento delle condizioni di salute delle classi meno abbienti andando a configurarsi come "medici dei poveri".

In tal senso, Emma Modena e Anna Kuliscioff nella Milano dei primi anni del secolo "si recano nei tuguri dove vivono i lavoratori poveri con le loro famiglie e prestano gratuitamente le visite mediche confortandoli e incoraggiandoli¹⁷. Anche Amalia Moretti Foggia arriva a Milano all'inizio del secolo con pochi soldi in tasca ed inizia un lavoro professionale che si prolungherà per quasi cinquant'anni "prodigando le risorse della sua preparazione, del suo talento e della sua bontà alla cura in particolare dei bambini, dando anche vita ad un poliambulatorio specialistico di cure mediche gratuite"¹⁸.

Questa pratica professionale si accompagna spesso a posizioni politiche progressiste e a concezioni sociali della malattia che spingono le laureate in medicina a svolgere un ruolo preminente nella divulgazione di idee, di consigli, di suggerimenti, di pratiche domestiche per l'igiene degli individui e delle famiglie. Emma Modena, ad esempio, nel 1902 si iscrive al partito socialista e inizia, nello stesso anno, la stampa di un periodico dal titolo *Igiene della donna e del bambino* che uscirà ininterrottamente fino al 1930. La stessa Modena si prodiga affinché le operaie utilizzino la "camera speciale di allattamento" prevista dalla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli emanata nel 1902¹⁹ facendo pressione sui datori di lavoro affinché rispettino quanto ivi stabilito.

Quindi, se si guarda alle pioniere della medicina di fine Ottocento e primo Novecento si può concordare con Raichich nel considerarle come un gruppo ristretto di giovani con alcune caratteristiche peculiari che non rispecchiano affatto la cultura media italiana, sia pure nei ceti più elevati.

Si tratta non tanto di una minoranza, quanto di un gruppo "eccezionale" di giovani che in quanto tale non incide negli assetti organizzativi del sistema sanitario, né tanto meno sulle azioni della corporazione medica, ma che assume in alcune sue rappresentanti i caratteri e le funzioni del simbolo. Un simbolo, almeno inizialmente, svincolato da ogni settorialismo, così che non si può parlare per tali donne di una immediata

segregazione orizzontale entro il campo delle malattie dei bambini o delle donne, nonostante che questi campi si sviluppino e si modernizzino proprio nel medesimo arco di tempo. Al contrario, le scelte di specializzazione delle pioniere della professione sono tanto varieguate quanto profondamente sviluppate, così da prefigurare un ampio ventaglio di azioni e di opportunità lavorative, nonostante i vincoli e lo scetticismo di una società e di uno Stato che tendono a guardarle "con malizia e diffidenza, come una *rara avis*"²⁰.

Bibliografia

- 1) Amadori I., Sciamanna A. (a cura di) (2004), *Archivi degli studenti. Facoltà di medicina e chirurgia (1860-1930)*, Bologna, Archivio Storico Clueb.
- 2) Babini V.P., Lama L. (2003), *Una donna nuova. Il femminismo scientifico di Maria Montessori*, Milano, Angeli.
- 3) Barbagli M. (1974), *Disoccupazione intellettuale e sistema scolastico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- 4) Dall'Ara R. (1998), *Petronilla e le altre*, Roma, Tre Lune.
- 5) Jeraci A.P. (1999), *Emma Modena medico socialista. Vita privata e attività professionale (1875-1953)*, «Storia in Lombardia», n. 3, pp. 57-86.
- 6) Lipinska M. (1900), *Histoire des femmes médecins*, Thèse n.613 pour le Doctorat en médecine, Paris, Université de Paris.
- 7) Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione generale della statistica e del lavoro (1913a), *Annali di statistica. Statistiche dell'Università e degli Istituti Superiori* (a cura di C.F. Ferraris), Serie V, Volume V, Roma, Tipografia Nazionale.
- 8) Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione generale della statistica e del lavoro (1913b), *Annali di statistica. Statistiche dell'Università e degli Istituti Superiori* (a cura di C.F. Ferraris), Volume XIV, Roma, Tipografia Nazionale.
- 9) Pensa A. (1991), *Ricordi di vita universitaria: 1892-1970*, Milano, Cisalpino.
- 10) Raichich M. (1989), *Liceo, Università, professioni: un percorso difficile*, in Soldani S. (a cura di), *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminili nell'Italia dell'Ottocento*, Milano, Angeli, pp.147-181.
- 11) Ravà V. (1902), *Le laureate in Italia*, «Bollettino Ufficiale della P.I.», 2 aprile, pp. 634-654.
- 12) Schacher P.F., Schmidius J.H. (1738), *Dissertatio historico-critica de feminis ex arte medica claris / Von Weibern die sich in der Arzneywissenschaft berühmt gemacht*, Lipsiae, Ex Officina Langenhemiana.
- 13) Sironi V.A., Taccone F. (1997), *I bambini e la cura. Storia dell'ospedale dei bambini di Milano*, Roma-Bari, Laterza.
- 14) Tomasi T., Bellatalla L. (1988), *L'università italiana nell'età liberale (1861-1923)*, Napoli, Liguori.
- 15) Vicarelli G. (2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.

¹⁷ Jeraci 1999, pp. 57-86.

¹⁸ Dall'Ara 1998, p. 10.

¹⁹ Legge 19 giugno 1902 sul lavoro delle donne e dei fanciulli. (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del Regno il 7 luglio 1902, n. 130).

²⁰ Sono le parole usate da Antonio Pensa, immatricolatosi nella facoltà di Pavia prima di Emma Modena che così descrive nelle sue pagine di *Ricordi di vita universitaria* le figure femminili che cominciavano ad affacciarsi nell'ateneo pavese. Vedi Pensa 1991 e Jeraci 1999, p. 61.



MAURO MANCINO, PAOLO MARCHIONNI
Corso di Laurea in Infermieristica
Polo di Pesaro
Università Politecnica delle Marche

Etica in Oncologia

Durante l'attuale anno accademico, presso il Corso di Laurea in Infermieristica del Polo di Pesaro, sono stati proposti due corsi integrati di Bioetica rivolti agli studenti del secondo e del terzo anno per focalizzare l'attenzione su temi di sempre maggiore e scottante attualità.

La bioetica è materia interdisciplinare che si è affacciata di recente nel panorama delle discipline giuridiche, bio-mediche e filosofiche e si interfaccia con l'etica delle professioni sanitarie, con l'etica della ricerca scientifica e con l'etica della salute pubblica, e viene a costituire l'anello di congiunzione fra le innovazioni tipiche dello sviluppo tecnologico e i valori che caratterizzano l'uomo in maniera diversa ad ogni altra creatura: è quel ponte fra scienza e filosofia, fra indagine empirica e valori speculativi che negli ultimi decenni ha visto uno sviluppo costante e progressivo.

È inoltre metodologia di indagine finalmente assurta a disciplina autonoma, che per sua natura si presta a molteplici interpretazioni, di cui si interessano diversi settori della società e che conducono con facilità a situazioni talora molto conflittuali.

Nell'ambito dei corsi in primo luogo sono stati definiti i grandi orientamenti che attualmente condizionano le posizioni dei professionisti sanitari e più in generale dell'opinione pubblica, ossia le tesi della cosiddetta "bioetica laica" contrapposte alle posizioni della cosiddetta "bioetica cattolica", tradizionalmente difese appunto dalla Chiesa Cattolica. In relazione a questo, si sono trattati i fondamenti teorici che sono la base costituenti di queste due correnti di pensiero in modo da giustificare razionalmente i diversi modi di interpretare l'uomo e la sua realtà.

Con ciò si sono voluti offrire agli studenti gli strumenti che serviranno loro per affrontare con maggior consapevolezza le diverse situazioni quotidiane che la vita professionale offrirà loro e, soprattutto, per educarli ad una forma di tolleranza nei confronti della diversità del modo in cui ogni professionista decide di comportarsi nell'esercizio della sua professione, evitando etichette ghezzanti.

Siamo partiti affrontando il tema delle "origini" della bioetica, che affonda le sue radici nelle disposizioni deontologiche che si sono strutturate nel corso dei secoli, a partire dal Giuramento di Ippocrate fino ai moderni codici deontologici dei medici, degli infermieri e delle altre professioni sanitarie.

Se l'origine del termine "bioetica" viene fatto risalire comunemente all'oncologo Van Rensselaer Potter all'inizio degli anni '70 (anche se in realtà fin dagli anni '30 il termine viene usato da un autore tedesco in ambito filosofico), lo sviluppo recente della bioetica ha visto confrontarsi visioni dell'uomo e della sua relazione con la realtà che, di fatto, hanno contraddistinto sul piano

culturale il più ampio dibattito filosofico attorno alla cosiddetta "questione antropologica".

Nell'ultimo trentennio si sono infatti le due grandi correnti di pensiero di cui sopra abbiamo accennato, quella ispirata ad una visione cosiddetta "laica", sintetizzata nel 2007 in maniera estrema nel cosiddetto *Manifesto di Bioetica Laica* e che hanno la loro radice nei movimenti filosofico-culturali di stampo utilitarista e liberale, e quella che si ispira al "personalismo ontologicamente fondato", che affonda le sue radici filosofiche appunto sulla visione della persona quale centro di attenzione e di riflessione.

Una volta valutati gli aspetti teorici, che hanno avuto lo scopo di giustificare coerentemente le diverse posizioni, si sono trattate le

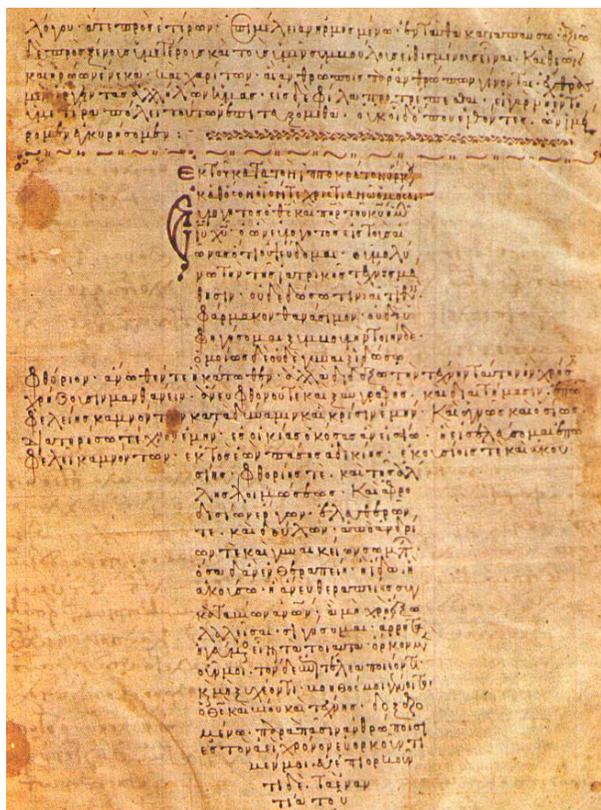


Fig. 1 - Manoscritto del Giuramento di Ippocrate.



Fig. 2 - Ippocrate e Galeno, affresco, Basilica Cattedrale di S. Maria, Anagni.

tematiche dell'eutanasia e dell'accanimento terapeutico, della terapia del dolore e della palliazione, anche con riferimento all'ambito neonatologico, la contrapposizione tra "qualità della vita" e "sacralità della vita", gli aspetti bioetici presenti in alcune norme vigenti nel nostro paese (per tutte la legislazione sull'interruzione volontaria della gravidanza e sulla procreazione medicalmente assistita). Si sono inoltre affrontati anche i temi del diritto alle cure e alla loro sospensione, quelli relativi al rapporto medico-paziente, alla comunicazione della "verità" con riferimento, per esempio, a diagnosi infauste, ecc.

Nel contesto culturale odierno, infatti, le questioni bioetiche sono costantemente presenti, e richiedono con sempre maggiore insistenza la adozione di soluzioni condivise sotto il profilo normativo che consentano una uniformità di azioni su questioni che fino a poco tempo fa erano regolamentate in maniera sufficientemente adeguata attraverso gli strumenti deontologici o attraverso il diritto "generale", senza la necessità di una legislazione speciale.

Un tempo le decisioni sulle terapie da intraprendere erano assunte direttamente dal medico che, come un genitore fa con il figlio, sceglieva secondo "scienza e coscienza" ciò che riteneva il meglio per il paziente (paternalismo medico). Nel contesto attuale, invece, il rappor-

to medico-paziente risulta cambiato in maniera radicale. Il paziente infatti risulta sempre più coinvolto in tutti gli aspetti che riguardano la sua malattia e le cure possibili, in quanto è il soggetto depositario del diritto di decidere in autonomia le scelte che riguardano la propria vita e la propria salute.

Il diritto di autoregolamentarsi significa infatti anche avere il diritto di rifiutare le cure cosiddette "salva vita" ovvero quelle cure senza le quali sopraggiunge la morte, in nome di un diritto alla vita e di un diritto alla salute che – secondo la prospettiva laica della bioetica – non vengono interpretati come obbligo a vivere e curarsi. La garanzia suprema del diritto di ogni cittadino a realizzare la propria volontà sulla sua personale esistenza coincide con il diritto all'autodeterminazione o all'autonomia individuale. La responsabilità morale delle scelte è della persona direttamente coinvolta e del proprio modo di concepire la vita e la morte. La capacità di scegliere di se stessi in modo indipendente comporta il diritto a ricevere informazioni dettagliate e complete sulla diagnosi e sulle possibilità di cura, comprese le conseguenze ed i rischi ai quali si va incontro.

È stata sviluppata al riguardo una panoramica riguardante la legislazione in alcuni dei principali paesi occidentali, che risente direttamente di questa impostazione "laica".

In Francia, ad esempio, l'eutanasia è considerata illegale, ma il codice penale tratta in maniera differente quella attiva rispetto a quella passiva: nel primo caso, quando si provoca direttamente la morte del paziente, il reato è assimilabile all'omicidio, mentre nel secondo caso, ossia in assenza di assistenza terapeutica, nei casi di coma irreversibile non c'è reato. Secondo la Corte Tedesca la "dolce morte" può essere autorizzata solo se inequivocabilmente corrisponde alla volontà del paziente, ma deve essere autorizzata dai tribunali tutori. In Spagna dal 1995 il codice penale non tratta più l'eutanasia e l'assistenza al suicidio come omicidio. L'Olanda è stato il primo paese al mondo a consentire il suicidio assistito, anche se con la condizione che il paziente abbia fatto una scelta meditata e volontaria e abbia di fronte sofferenze insopportabili e senza alternative. Il Belgio si è "accodato" in breve tempo ai vicini olandesi, ed anzi di recente è in discussione in parlamento un disegno di legge per consentire anche la eutanasia nei confronti di bambini. In Svizzera l'eutanasia non è consentita, ma viene consentita la pratica del suicidio assistito, in cui il paziente assume da solo il farmaco



Fig. 3 - Pablo Picasso, *Scienza e carità*, 1897, Museo Picasso, Barcellona.

letale. Così in questo paese si è verificato il fenomeno del "turismo suicida": indagini statistiche indicavano fra il 2003 e il 2007 un aumento dei suicidi assistiti dal 19% al 29% sui suicidi totali della Confederazione, e per questo il legislatore ha dovuto completare la regolamentazione escludendo lo scopo di lucro che poteva portare all'istigazione al suicidio.

Secondo la interpretazione del personalismo ontologico, invece, rifacendosi anche all'insegnamento della Chiesa cattolica, l'eutanasia viene ritenuta illecita. Il Catechismo della Chiesa cattolica ai canoni 2276-2279 afferma: "Coloro la cui vita è minorata o indebolita richiedono un rispetto particolare. Le persone ammalate o handicappate devono essere sostenute perché possano condurre un'esistenza per quanto possibile normale. Qualunque ne siano i motivi e i mezzi, l'eutanasia diretta consiste nel mettere fine alla vita di persone handicappate, ammalate o prossime alla morte. Essa è moralmente inaccettabile. Così un'azione oppure un'omissione che, da sé o intenzionalmente, provoca la morte allo scopo di porre fine al dolore, costituisce un'uccisione gravemente contraria alla dignità della persona umana e al rispetto

del Dio vivente, suo Creatore. L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'«accanimento terapeutico». Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente. Anche se la morte è considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte. L'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate".

Dunque, come detto, l'eutanasia è ritenuta inaccettabile in tutte le sue forme (attiva, meglio definita "commissiva" – anche nella sua variante del suicidio assistito – e passiva, o meglio "omissiva") come violazione del V comandamento: "Non uccidere". Questo indica che la vita non dipende da un atto di volontà dell'uomo, ma è dono gratuito di Dio Creatore. L'uomo è amministratore, non proprietario della vita che gli è stata affidata, come scopo ha la Salvezza, e porre termine alla vita non può dipendere dalla sua volontà.

Un tema particolarmente significativo tra quelli trattati è stato quello relativo al cosiddetto "consenso informato", che trova il suo fondamento giuridico nell'art. 32 della nostra Costituzione, nell'art. 5 della Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina (adottata dal Consiglio d'Europa il 4 aprile del 1997) e negli art. 30 e 32 del Codice Italiano di Deontologia Medica.

Altro tema di interesse molto significativo è stato l'approfondimento in tema di ordinarietà e straordinarietà delle cure, e tra proporzionalità e non proporzionalità delle stesse: un tema, questo, più che mai al centro di dibattito bioetico contemporaneo, "compresso" com'è tra la necessità di salvaguardare le scelte individuali del paziente e quella di non concedere spazio a derive di tipo eutanasi o, più comunemente, legate all'abbandono del paziente.

Infatti il rischio, insito oggi purtroppo troppo frequentemente nella relazione di cura che riguardano malattie gravi e molto invalidanti o malattie a prognosi infausta,



Fig. 4 - Luke Fildes, *The Doctor*, 1891, Tate Gallery.

non riguarda tanto il tema – su cui tanto di puntano i riflettori – dell'accanimento terapeutico, quanto appunto il concetto di abbandono terapeutico: il malato per il quale non sono più disponibili terapie efficaci corre a volte il rischio di essere abbandonato, anche in maniera inconscia, per dedicare energie e risorse, umane prima ancora che materiali, verso malati che possano trarre un vantaggio appunto terapeutico.

È evidente che la logica di tipo assistenziale, che possiamo compendiare nella locuzione “prendersi cura” (to care), va oltre la definizione di un percorso terapeutico in senso stretto (to cure): là dove finiscono gli strumenti della terapia, inizia – anzi prosegue – la presa in cura.

Gli argomenti trattati sono stati anche supportati dalla esposizione/narrazione di esperienze cliniche reali che hanno permesso agli studenti di confrontarsi con la realtà concreta della professione nel suo svolgersi dinamico e rapportato rispetto al paziente e all'altra professione

sanitaria, quella medica, con cui la cooperazione e la condivisione delle responsabilità è costante.

La caratteristica peculiare di questi corsi è stata proprio nel passaggio dai fondamenti teorici alle situazioni pratiche e l'interattività è stata fonte di partecipazione costante e proficua.

Questo interesse merita costante attenzione da parte delle Istituzioni, impegnate in uno sforzo formativo intenso il cui risultato sarà misurato dalle “buone professionalità” che usciranno dai Corsi di Laurea, nel convincimento che un buon professionista della salute – medico o infermiere che sia – lo sarà davvero se accanto al bagaglio di nozioni e conoscenze tecnico-scientifiche (saper fare) saprà abbinare anche quella competenza umana e relazionale (saper essere) che sempre di più i pazienti richiedono.

*Corso di Laurea in Infermieristica
Polo di Pesaro (Presidente Prof. Stefano Cascinu)
Università Politecnica delle Marche*

La qualità della vita nei pazienti con neoplasia ematologica. Studio osservazionale

Introduzione

La qualità di vita (QdV) è un concetto multidimensionale, che considera diversi aspetti della condizione dei pazienti: stato fisico, psicologico, socio-familiare e sfera emozionale. In ambito oncologico ci sono numerosi fattori che influenzano la qualità di vita delle persone con cancro avanzato, in particolare l'età, la capacità di eseguire performance fisiche e il tipo di trattamento¹. I pazienti con cancro, sottoposti a trattamenti chemioterapici devono affrontare sia le devastanti sofferenze correlate alla patologia, che una serie di reazioni correlate all'assunzione dei farmaci². A ciò, si sovrappongono le problematiche correlate alla componente psicologica, sociale ed emozionale, che sono fattori che influenzano fortemente la QdV³. Per garantire interventi di supporto finalizzati al miglioramento della QdV, è importante realizzare una valutazione dei bisogni percepiti dal paziente durante tutte le fasi della malattia. In letteratura esistono numerosi strumenti, generici e specifici, per la misurazione della QdV nei pazienti oncoematologici, tra questi, i principali sono: *Functional Assessment of Cancer-Therapy General (FACT-G)*⁴, *Functional Assessment of Chronic Illness Spirituality (FACT-sp)*⁵, *Short Form 36-item (SF-36)*⁶, *Quality of Life Questionnaire-C30 (EORTC QLQ C30)*⁷. Una tra le complicanze più gravi e frequenti che insorgono in seguito a trattamenti chemioterapici, è la neutropenia che, secondo alcuni autori, influisce negativamente sulla QdV delle persone⁸⁻⁹. Uno studio del 2005⁸ ha evidenziato che in 34 pazienti con una neutropenia di grado 4, nel 91% dei casi era presente astenia, che influenza negativamente la capacità di eseguire le attività di vita quotidiane. La riduzione dell'autostima, il dolore, i disturbi del sonno, la frequente presenza di emozioni negative e l'isolamento sociale sono altre complicanze che compromettono il benessere dei pazienti che, invece di essere incoraggiati ad affrontare la malattia, si sentono incapaci di svolgere attività appaganti e piacevoli¹⁰. Ad oggi, pochi studi hanno indagato la qualità di vita dei pazienti con neoplasie ematologiche e l'impatto dei sintomi correlati alla neutropenia¹¹⁻¹²⁻¹³, nonostante l'attuale panorama scientifico abbia enfatizzato l'importanza di rilevare la QdV nei pazienti oncoematologici, sottoposti a chemioterapia mielosoppressiva, utilizzando strumenti specifici.

**GILDA PELUSI, SONIA STANTE,
DANIA COMPARCINI, ROMANO NATALINI**
Corso di Laurea Specialistica in Scienze
Infermieristiche ed Ostetriche
Università Politecnica delle Marche

Scopo del presente studio è quello di valutare la QdV nei pazienti con neoplasie ematologiche e nei pazienti che presentano neutropenia, attraverso l'utilizzo di strumenti validati in letteratura.

Obiettivo

L'obiettivo primario dello studio è quello di indagare la qualità di vita nei pazienti con diagnosi di neoplasia ematologica, sottoposti a regime di chemioterapia.

L'obiettivo secondario è quello di analizzare la qualità di vita nei pazienti con diagnosi di neoplasia ematologica, sottoposti a regime di chemioterapia, durante la fase della neutropenia.

Materiali e metodi

Disegno dello studio e strumento di raccolta dati

Lo studio, osservazionale monocentrico, è stato condotto attraverso l'utilizzo del questionario per pazienti oncologici *Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G versione 4)*⁴ e della sottoscala specifica *Neutropenia Subscale (NS) (FACT-N)*¹⁴. L'autorizzazione all'utilizzo della versione italiana dei questionari è stata richiesta agli autori.

Il questionario FACT-G è composto da 27 item che valutano le seguenti aree: Benessere Fisico (n= 7), Benessere Sociale/Familiare (n= 7), Benessere Emotivo (n= 6) e Benessere Funzionale (n= 7). Le domande sono poste su una scala Likert a 4 punti, che misura le condizioni vissute dal paziente negli ultimi 7 giorni assegnando un punteggio da 0 = per niente a 4 = moltissimo.

La scala NS è una sottoscala specifica, validata, dello strumento FACT-G e si compone di 19 item che valutano le condizioni correlate alla neutropenia attraverso 3 aree principali: Malessere, Preoccupazione e Sintomi Simil-Influenzali. Le domande sono poste su una scala di Likert a 4 punti (da 0 = mai a 4 = sempre) che misura le condizioni del paziente negli ultimi 7 giorni.

Per ogni partecipante, attraverso un questionario appositamente predisposto, sono state raccolte informazioni socio-demografiche, quali l'età, il genere, lo stato civile e la scolarità.

Partecipanti e setting

Il questionario è stato compilato da un campione di pazienti ricoverati presso la Struttura Operativa Dipartimentale (SOD) di Clinica di Ematologia dell'Azienda

Ospedaliera Universitaria (AOU) "Ospedali Riuniti" di Ancona nel periodo compreso tra Maggio e Ottobre 2012.

Sono stati inclusi: tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia ematologica, di età ≥ 18 anni, sottoposti a ciclo chemioterapico, con valori di piastrine $> 100.000/\text{mm}^3$ ed emoglobina $> 10 \text{ g/dl}$, in grado di leggere, comprendere e completare il questionario in lingua italiana e che hanno accettato di partecipare sottoscrivendo il consenso informato.

Sono stati esclusi tutti i pazienti con patologie psichiatriche maggiori e con diagnosi di ipertensione arteriosa non controllata.

Procedure di raccolta dati

La corretta valutazione dei criteri di reclutamento è stata effettuata da un infermiere esperto e adeguatamente formato sulle procedure di studio.

Il questionario auto-compilato FACT-G è stato consegnato a tutti i partecipanti durante la prima somministrazione di chemioterapia o nei giorni immediatamente precedenti alla procedura di trapianto di midollo osseo. La scala NS è stata consegnata solo ai pazienti che, al momento della compilazione del questionario, presentavano neutropenia (conta neutrofili v.a. $< 1500/\text{mmc}$) indotta dal trattamento chemioterapico (baseline) e durante i giorni: +8, tra i giorni 11-13 e +15.

Risultati

Hanno partecipato all'indagine, compilando correttamente il questionario, 20 pazienti. Di questi, 18 pazienti hanno compilato esclusivamente il questionario FACT-G (90%), mentre 2 pazienti (10%), hanno compilato anche la scala NS. Tutti i pazienti hanno effettuato un ricovero programmato; l'età media è di 46 anni. La maggioranza del campione è di sesso maschile (60%) ed ha una diagnosi di Leucemia Acuta Mieloide (30%) e Linfoma Non-Hodgkin (30%).

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY-GENERAL (FACT-G)

Tutte le aree di benessere sono in parte compromesse. In particolare, nell'area del Benessere Fisico, si riscontrano delle evidenti oscillazioni nei valori delle risposte. Rilevante la presenza del dolore (50%) e della mancanza di energia (45%) (Fig. 1).

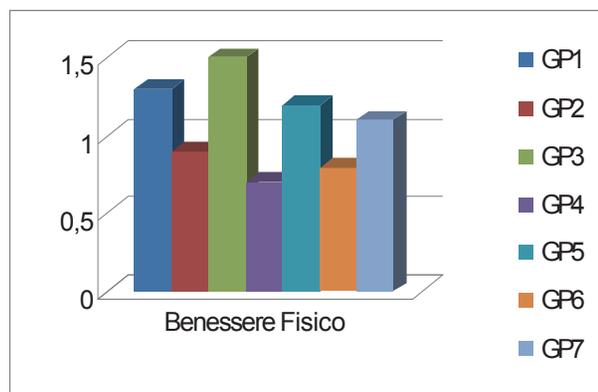


Fig. 1 - Punteggi medi per ogni quesito nell'area del Benessere Fisico.

GP1= Mi manca l'energia GP2= Ho nausea GP3= Ho difficoltà ad occuparmi delle necessità della mia famiglia a causa delle mie condizioni fisiche GP4= Ho dolori GP5= Mi danno fastidio gli effetti collaterali della cura GP6= Mi sento male GP7= Sono costretto/a a trascorrere del tempo a letto

Per quanto riguarda l'area del Benessere Sociale-Familiare, il 25% dei pazienti non si sente vicino ai propri amici, mentre il 50% dei pazienti riceve un notevole sostegno morale da parte della famiglia e nel 95% dei casi i partecipanti si sentono vicini al proprio compagno o alla persona che offre loro un maggiore appoggio (Fig. 2).

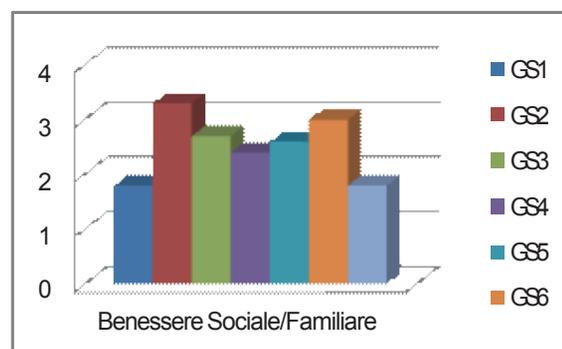


Fig. 2 - Punteggi medi per ogni quesito nell'area del Benessere Sociale/Familiare.

GS1= Mi sento vicino/a ai miei amici GS2= La mia famiglia mi sostiene moralmente GS3= Ho appoggio morale dai miei amici GS4= La mia famiglia ha accettato la mia malattia GS5= Sono soddisfatto/a della comunicazione nella mia famiglia a proposito della mia malattia GS6= Mi sento vicino/a al mio compagno/alla mia compagna (o alla persona che mi offre il maggiore appoggio) GS7= Sono soddisfatto/a della mia attività sessuale.

Nell'area del Benessere Emotivo, la maggioranza dei

pazienti (65%) è mediamente soddisfatta di come affronta la malattia. Il 50% dei partecipanti riferisce di non aver perso la speranza nella lotta contro la malattia, nonostante la maggioranza (90%) si senta triste e preoccupato che le proprie condizioni possano peggiorare (50%) (Fig. 3).

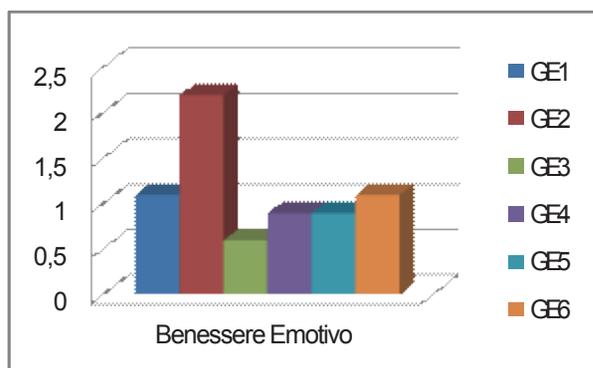


Fig. 3 - Punteggi medi per ogni quesito nell'area del Benessere Emotivo.

GE1= Mi sento triste GE2= Sono soddisfatto/a di come sto affrontando la mia malattia GE3= Sto perdendo la speranza nella lotta contro la mia malattia GE4= Sono nervoso/a GE5= Mi preoccupa al pensiero della morte GE6= Mi preoccupa che le mie condizioni possano peggiorare

Nell'area del Benessere Funzionale, il punteggio medio assegnato ad ogni item è medio-basso. In particolare, il 30% dei pazienti afferma di essere poco soddisfatto

to della propria qualità di vita (Fig. 4).

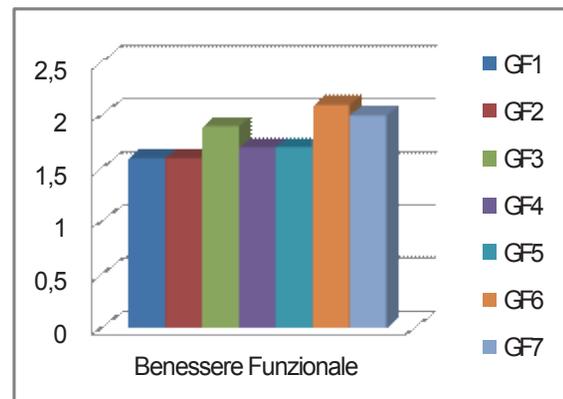


Fig. 4 - Punteggi medi per ogni quesito nell'area del Benessere Funzionale.

GF1= Sono in grado di lavorare (si intende anche il lavoro a casa) GF2= Il mio lavoro (si intende anche il lavoro a casa) mi gratifica GF3= Riesco a godermi la vita GF4= Ho accettato la mia malattia GF5= Dormo bene GF6= Provo ancora piacere nel dedicarmi ad attività di tempo libero GF7= Al momento, sono soddisfatto/a della qualità della mia vita

Stratificando i partecipanti in base all'età (maggiore e minore di 46 anni) e alla diagnosi maggiormente rappresentate (LNH, LAM e altre) si evidenzia che i pazienti con affetti da Linfoma Non-Hodgkin hanno espresso una peggiore qualità di vita e, nei pazienti più giovani, l'area del Benessere Emotivo e Funzionale è maggiormente

Variable		Benessere Fisico	Benessere Socio/Familiare	Benessere Emotivo	Benessere Funzionale
Età	> 46	6	15.3	5.5	10.5
	<46	6.7	19.8	7	15.7
Diagnosi	LNH	8,2	13.8	6.8	10.7
	LAM	7	18.6	7.6	13.3
	Altro	5.1	16.2	6.2	13.1

LAM = Leucemia Acuta Mieloide; LNH = Linfoma Non-Hodgkin

Tab. 1 - FACT-G e Neutropenia Subscale (NS): punteggi medi assegnati dai partecipanti stratificati per età e diagnosi.

compromessa rispetto al resto del campione (Tab. 1). FACT-G E NEUTROPENIA SUBSCALE (NS)

I punteggi assegnati al questionario FACT-G evidenziano che le quattro aree di benessere, subiscono delle oscillazioni variabili in tutto il periodo di indagine. I punteggi assegnati alla Neutropenia Subscale (NS) subiscono, invece, un piccolo decremento iniziale ed un picco di valore massimo nei giorni + 11-13 per poi raggiungere un livello lievemente superiore a quello iniziale al giorno +15 (Fig.5).

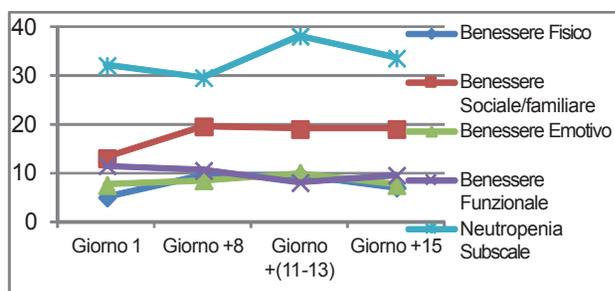


Fig. 5 - Oscillazioni nei valori ottenuti nei diversi giorni di compilazione.

Il 63% delle risposte assegnate alla NS evidenzia un'elevata tendenza ad evitare i luoghi pubblici per paura di contrarre un'infezione. Il timore di contrarre infezioni si riscontra maggiormente in entrambi i pazienti nei giorni +11-13. Entrambi i pazienti affermano che per gran parte del tempo, il/la proprio/a compagno/a si preoccupa per i valori bassi di globuli rossi e/o piastrine e nel 25% delle risposte è evidente come la mancanza di energia persista per diverso tempo, tanto da portare i pazienti a limitare la propria vita sociale e ad avere difficoltà ad iniziare qualsiasi attività.

Discussione

I risultati del presente studio dimostrano che l'area maggiormente compromessa è quella del Benessere Funzionale. Il punteggio medio ottenuto, è inferiore rispetto a quello di altri studi condotti sia su pazienti con diverse tipologie di tumore solido¹¹⁻¹⁵, che con neoplasie ematologiche¹⁶. I risultati suggeriscono che il piacere e la capacità di svolgere delle attività nel tempo libero, influenzano notevolmente la qualità di vita. In uno studio condotto su pazienti con mieloma multiplo¹¹ il 69% del campione ha affermato che la Health Related Quality Of Life è correlata allo svolgimento delle atti-

vità quotidiane, mentre il 54% alle attività piacevoli. I risultati del nostro studio, inoltre, mostrano che molti pazienti non sono in grado di lavorare come vorrebbero e che dall'attività lavorativa non traggono gratificazione a causa degli impedimenti della malattia. I valori medi inerenti questi due aspetti sono in accordo con quelli ottenuti in diversi studi che hanno esplorato la qualità di vita in pazienti con diverse tipologie di cancro¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

In relazione all'area del Benessere Funzionale, nei giovani con un'età inferiore ai 46 anni, è stato evidenziato un punteggio più basso rispetto alle persone con età maggiore di 46 anni. A questo proposito, uno studio condotto sui pazienti con leucemia mieloide cronica¹⁸, ha dimostrato che la capacità di svolgere le attività di vita quotidiana, influenza notevolmente la qualità di vita, in particolare nei giovani, che risentono maggiormente delle limitazioni nelle attività quotidiane e lavorative.

L'area del Benessere Fisico è risultata parzialmente compromessa. I pazienti non riescono a far fronte alle necessità della famiglia a causa delle compromesse condizioni fisiche e dalla presenza di astenia. Questo aspetto è condiviso dalla gran parte degli studi che trattano l'argomento, l'astenia influenza notevolmente la qualità di vita⁷⁻²⁰ e, insieme alla nausea, rappresenta uno dei sintomi principali nei pazienti ematologici¹³. Nel questionario utilizzato nello studio, tale aspetto viene identificato nell'item "mi manca l'energia", che ha ottenuto un punteggio medio di 1.5, lievemente inferiore a quello riportato da altri autori¹⁵⁻²¹.

L'area del Benessere Sociale/Familiare ha ottenuto un punteggio medio elevato. In particolare, è emerso come siano proprio i membri della famiglia ad offrire maggiore supporto ai pazienti. Michelle³, in un'intervista rivolta a pazienti con cancro sottoposti a chemioterapia, ha dimostrato che la famiglia rappresenta una grande risorsa di supporto, mentre gli amici spesso si allontanano. La maggior parte dei partecipanti allo studio, infatti, ha dichiarato di comunicare molto con i familiari, e di sentirli vicini, mentre la componente delle amicizie, in alcuni casi, è risultata poco presente. In particolare, la vicinanza della famiglia è evidente nei pazienti più giovani ed in quelli con diagnosi di leucemia acuta mieloide.

L'area del Benessere Emotivo è risultata compromessa per la maggioranza dei partecipanti che riferiscono di sentirsi tristi ma di continuare a lottare contro la malattia senza perdere la speranza. La sensazione di tristezza è legata alle complicità della malattia e agli effetti col-

lateralmente dei farmaci²² e, come suggeriscono i risultati del nostro studio, dal pensiero della morte e dalla preoccupazione per un futuro peggioramento. Shanfelt¹² in uno studio condotto su pazienti con leucemia linfocitica cronica, ha evidenziato un'importante differenza tra il Benessere Emotivo di questi pazienti e quello della popolazione sana, che è risultato decisamente migliore. Dai dati emersi dallo studio la compromissione del benessere emotivo è evidente nei pazienti giovani, su cui ricadono maggiori preoccupazioni per il futuro rispetto alla popolazione più adulta. Tuttavia, il punteggio medio è nettamente più basso rispetto a quello ottenuto in altri studi condotti su pazienti con diverse tipologie di tumore solido²³⁻¹⁷ e nei pazienti con neoplasie ematologiche¹²⁻²⁰⁻²⁴.

Per quanto riguarda i pazienti con neutropenia, i partecipanti allo studio hanno dichiarato che la qualità di vita risente dei cambiamenti nei valori dei neutrofili, confermando quanto riportato da altri autori¹⁵⁻²⁰. L'astenia è un elemento costante nei diversi periodi di trattamento, in maggiore o minore entità. In accordo con i risultati di un recente studio¹⁹, che hanno evidenziato la stanchezza come sintomo principale nei pazienti con neutropenia indotta da chemioterapici, i pazienti partecipanti all'indagine riferiscono, al giorno +8, una maggiore difficoltà ad occuparsi della famiglia a causa delle condizioni fisiche. Nell'area del Benessere Sociale/Familiare, dal giorno +8 in poi, si riscontra un allontanamento delle amicizie, ma un avvicinamento dei familiari, confermando quanto dimostrato da altri autori²⁵⁻²⁶. Nell'area del Benessere Emotivo, cambiamenti più significativi si riscontrano tra i giorni +8 e +(11-13). In particolare, i pazienti si sentono più tristi, fattore correlato anche alla minore capacità di eseguire le attività quotidiane⁸. Inoltre, inizia a comparire il pensiero della morte ed una maggiore preoccupazione che le condizioni di salute possano peggiorare. Nonostante tali difficoltà, con il passare dei giorni, aumenta la soddisfazione dei pazienti in relazione alle proprie modalità di affrontare la malattia, probabilmente perché aumenta la partecipazione attiva alle cure e le persone si sentono partecipi nella lotta contro la malattia, traendone beneficio. Tuttavia, all'aumentare dei giorni di trattamento, si evidenzia una compromissione dell'area del Benessere Funzionale, poiché i pazienti riferiscono una minore capacità di occuparsi delle attività di vita quotidiana, con conseguente peggioramento della qualità di vita. Per quanto riguarda i punteggi assegnati alla Neutropenia Subscale, la principale preoccupazione dei pazienti è quella di contrarre un'infezione. E' emersa la tendenza a presta-

re attenzione al proprio profilo ematologico per paura di ammalarsi ed inoltre, i pazienti dichiarano di evitare i luoghi pubblici, tendenza riscontrata anche in un altro studio¹⁸ in cui il 17% dei pazienti con neutropenia indotta da chemioterapia ha dichiarato di evitare i luoghi affollati per paura di ammalarsi. In generale, è stato evidenziato un peggioramento nelle condizioni dei pazienti nei giorni +(11-13) di trattamento, confermando i risultati di altri studi, in cui è stato dimostrato un peggioramento, al giorno +12, in pazienti oncologici sottoposti a ciclo chemioterapico²⁷ e nei giorni di nadir¹¹.

Conclusioni

Le neoplasie ematologiche, influenzano in modo determinante la qualità di vita dei pazienti, soprattutto nei giovani e in coloro che si trovano in una fase critica della malattia. E' necessario favorire la vicinanza dei pazienti con le persone a loro care, per aiutarli ad affrontare le complicanze del compromesso stato di salute, gli effetti collaterali delle terapie e per compensare i limiti fisici e sociali legati allo stato di malattia. Inoltre, la neutropenia complica il vissuto di malattia, provocando, con il passare del tempo, ripercussioni sulla qualità di vita. In particolare, la paura di contrarre infezioni, condiziona molto notevolmente le scelte di vita dei pazienti.

Bibliografia

- 1) Zimmermann C, Burman D, Swami N, Krzyzanowska MK, Leighl N, Moore M, Rodin G, Tannock I. Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2011;19(5):621-9.
- 2) Lau PM, Stewart K, Dooley M. The ten most common adverse drug reactions (ADRs) in oncology patients: do they matter to you? *Support Cancer Care* 2004;12(9):626-33.
- 3) Mitchell T. The social and emotional toll of chemotherapy - patients' perspectives. *Eur J Cancer Care* 2007;16(1):39-47.
- 4) Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11(3):570-9.
- 5) Noguchi W, Ohno T, Morita S, Aihara O, Tsujii H, Shimozuma K, Matsushima E. Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. *Support Care Cancer* 2004;12(4):240-5.
- 6) Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care *BMJ* 1992;305(6846):160-4.
- 7) Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in

oncology. *J Natl Cancer Int* 1993;85(5):365-76.

8) Fortner BV, Kurt W Tauer, Ted Okon, Arthur C Houts and Lee S. Schwartzberg; Experiencing neutropenia. Quality of life interviews with adult cancer patients. *BMC Nursing* 2005;4:4.

9) Klastersky J, Paesmans M, Rubenstein EB, Boyer M, Elting L, Gallagher RF, Herrstedt J, Rapoport B, Rolston K and Talcott J. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk Index: A Multinational Scoring System for Identifying Low-Risk Febrile Neutropenic Cancer Patients. *J Clin Oncol* 2000;18(16):3038-51.

10) Dyar S, Lesperance M, Shannon R, Sloan J, Colon-Otero G. A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study. *J Palliat Med* 2012;15(8):890-5.

11) Wagner LI, Robinson D Jr, Weiss M, Katz M, Greipp P, Fonseca R, Cella D. Content development for the Functional Assessment of Cancer Therapy-Multiple Myeloma (FACT-MM): use of qualitative and quantitative methods for scale construction. *J Pain Symptom Manag* 2012;43(6):1094-104.

12) Shanafelt TD, Bowen D, Venkat C, Slager SL, Zent CS, Kay NE, Reinalda M, Sloan JA, Call TG. Quality of life in chronic lymphocytic leukemia: an international survey of 1482 patients. *Br J Haematol* 2007;139(2):255-64.

13) Straus DJ, Testa MA, Sarokhan BJ, Czuczman MS, Tulpule A, Turner RR, Riggs SA. Quality-of-life and health benefits of early treatment of mild anemia: a randomized trial of epoetin alfa in patients receiving chemotherapy for hematologic malignancies. *Cancer* 2006;107(8):1909-17.

14) Wagner LI, Beaumont JL, Ding B, Malin J, Peterman A, Calhoun E, Cella D. Measuring health-related quality of life and neutropenia-specific concerns among older adults undergoing chemotherapy: validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Neutropenia (FACT-N). *Support Care Cancer* 2008;16(1):47-56.

15) Lee EH, Chun M, Kang S, Lee HJ. Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) scale for measuring the health-related quality of life in Korean women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2004;34(7):393-9.

16) Smith AB, Wright P, Selby PJ, Velikova G. A Rasch and factor analysis of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:19.

17) Lam WW, Ye M, Fielding R. Trajectories of quality of life among Chinese patients diagnosed with nasopharyngeal cancer. *PLoS One* 2012;7(9):e44022.

18) Yanez B, Pearman T, Lis CG, Beaumont JL, Cella D. The FACT-G7: a rapid version of the functional assessment of cancer therapy-general (FACT-G) for monitoring symptoms and concerns in oncology practice and research. *Ann Oncol.*, 2012.

19) Efficace F, Baccarani M, Breccia M, Alimena G, Rosti G, Cottone F, Deliliers GL, Baratè C, Rossi AR, Fioritoni G, Luciano L, Turri D, Martino B, Di Raimondo F, Dabusti M, Bergamaschi M, Leoni P, Simula MP, Levato L, Ulisciani S, Veneri D, Sica S, Rambaldi A, Vignetti M, Mandelli F;GIMEMA. Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia patients receiving long-term therapy with imatinib compared with the general population. *Blood.* 2011;118(17):4554-60.

20) Sañchez R., Ballesteros M., Arnold BJ. Validation of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cancer patients in Colombia. *Springer Science+Business Media.*, 2011;20(1): 19-29.

21) Omran S, Saeed AM, Simpson J. Symptom distress of Jordanian patients with cancer receiving chemotherapy. *Int J Nurs Pract.* 2012;18(2):125-32.

22) Stephens JM, Gramegna P, Laskin B, Botteman MF, Pashos CL. Chronic lymphocytic leukemia: economic burden and quality of life: literature review. *Am J Ther.*, 2005;12(5):460-6.

23) Cella D, Butt Z, Kindler HL, Fuchs CS, Bray S, Barlev A, Oglesby A. Validity of the FACT Hepatobiliary (FACT-Hep) questionnaire for assessing disease-related symptoms and health-related quality of life in patients with metastatic pancreatic cancer. *Qual Life Res.*, 2012.

24) Diamond C, Taylor TH, Anton-Culver H. Quality of life, characteristics and survival of patients with HIV and lymphoma. *Qual. Life Res.* 2010;19(2):149-55.

25) Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol.*, 2004;2(2):145-55.

26) Fujinami R, Otis-Green S, Klein L, Sidhu R, Ferrell B. Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2012;16(6):210-20.

27) Padilla G, Ropka ME. Quality of life and chemotherapy-induced neutropenia. *Cancer Nurs.* 2005;28(3):167-71.

*Corso di Laurea Specialistica
in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
(Presidente Prof. Andrea L. Tranquilli)
Università Politecnica delle Marche*



Dai sintomi alla diagnosi in pneumologia

2^a parte

Dopo aver esaminato, nel precedente numero le problematiche diagnostiche correlate alla dispnea e alla tosse, in questa seconda parte saranno descritti altri due sintomi dell'apparato respiratorio, molto frequenti nella pratica clinica: il dolore toracico e l'emottisi.

Il dolore toracico

Il dolore toracico è un sintomo molto frequente e la sua comparsa è responsabile dell'8-10% degli accessi al Pronto Soccorso. L'importanza di saper diagnosticare la causa di un dolore toracico è legata al fatto che questo sintomo può essere la manifestazione di condizioni gravi, ad alto rischio di vita, sia nel caso di esordio acuto (cardiopatia ischemica, dissezione aortica, embolia polmonare, pneumotorace) sia nel caso di dolore cronico (neoplasie).

Il torace comprende diverse strutture ed organi che possono generare dolore il quale, in relazione alla struttura di origine e alle vie nervose afferenti, può essere distinto in dolore di tipo viscerale e dolore di tipo somatico. Il dolore viscerale (cuore, pericardio, grossi vasi, esofago) è trasmesso attraverso i gangli toracici superiori, il ganglio stellato o il ganglio cervicale superiore, mentre il dolore somatico (pleura parietale, pleura diaframmatica, pleura mediastinica, strutture della parete toracica) ha come vie afferenti i nervi intercostali ed il nervo frenico. Va ricordato come nel torace vi siano anche strutture che non hanno terminazioni dolorifiche e il cui interessamento non è in grado di produrre dolore (parenchima polmonare, sezione periferica dell'albero bronchiale, pleura viscerale).

Il dolore somatico e quello viscerale possono essere distinti sulla base di diverse caratteristiche riportate nella Tab.1. In particolare, mentre il dolore somatico è un dolore superficiale, ben localizzato, riferito come trafittivo o puntorio, in genere variabile con la postura, influenzato dai movimenti respiratori e della pressione, il dolore viscerale è percepito come profondo, non localizzabile in un punto preciso, diffuso, irradiato, con carattere ottuso, sordo o compressivo, non modificabile dalla pressione e dalla postura, se non in alcuni casi in cui si attenua con la flessione del tronco (pericardite).

Il dolore toracico acuto (insorgenza improvvisa) può essere espressione di condizioni patologiche severe e poten-

Corso Monografico dell'insegnamento Malattie dell'Apparato Respiratorio tenuto in Facoltà dal Prof. Stefano Gasparini nel periodo 12 - 22 Marzo 2013.

STEFANO GASPARINI

Scienze Biomediche e Sanità Pubblica
Università Politecnica delle Marche

zialmente fatali e deve essere considerato un'emergenza, tant'è che le recenti linee guida raccomandano di attribuire a questo sintomo il codice rosso in fase di *triage* presso le strutture di Pronto Soccorso.

Le possibili cause di dolore toracico acuto legato a condizioni cliniche critiche possono essere distinte in cause ischemiche (sindrome coronarica acuta, infarto del miocardio) o non ischemiche (dissezione aortica, embolia polmonare, pneumotorace).

Non rientra nei compiti di questo Corso approfondire le tematiche inerenti il dolore di origine cardiaca. Comunque alcune informazioni possono essere fornite. Il dolore ischemico è in genere un dolore diffuso che si può irradiare al braccio sinistro (ma anche al destro), al collo, alla mascella e al dorso. Con frequenza possono essere associati sintomi da stimolazione del sistema nervoso autonomo (pallore, freddezza della cute, nausea, vomito, dispnea, sudorazione). Il primo esame da fare nel sospetto di dolore ischemico è l'elettrocardiogramma (ECG) che però non è molto sensibile (il 2-4% degli infarti del miocardio presenta un ECG normale) ma specifico (un soprasslivellamento di ST è espressione di infarto nell'80-90% dei casi, ma solo il 30-40% dei pazienti con infarto ha un tratto ST soprasslivellato; un'onda Q non preesistente è indice di infarto nel 90% dei casi). L'ECG consente anche di identificare possibili diagnosi differenziali (aritmie, blocchi di branca o sovraccarico ventricolare destro come si può osservare nell'embolia polmonare). Altre indagini da effettuare nel sospetto di ischemia miocardica sono il dosaggio dei markers biochimici (troponina T, troponina I, mioglobina, creatinasi-CK MB) e l'ecocardiogramma (sensibilità per la diagnosi di infarto: 93%; specificità bassa in quanto la motilità parietale può essere alterata per pregresse patologie). L'ecocardiogramma consente di obiettivare eventuali diagnosi alternative come la dissezione aortica.

Altre cause cardiache di dolore acuto non ischemico sono la dissezione aortica (dolore severo, migrante, con irradiazione dorsale, associato a ipo-anisofigmia dei polsi periferici; nella dissezione coinvolgente l'ostio coronarico si possono associare segni di ischemia), la pericardite (il dolore si modifica nei cambi di postura e con la respirazione; si può osservare ST sopraelevato e si possono apprezzare sfregamenti pericardici), il prolasso mitralico (dolore crampiforme, subcontinuo, intermittente, correlato a stati d'ansia).

Per quanto concerne il dolore toracico di origine non cardiogeno, la Tab. 2 riassume le principali patologie con alcuni segni e sintomi differenziali caratteristici di ciascuna condizione morbosa.

Le cause correlate a patologie di interesse pneumologico sono l'embolia polmonare, lo pneumotorace, il dolore pleurico, la tracheite e l'ipertensione polmonare. Di queste



	DOLORE SOMATICO	DOLORE VISCERALE
Sede	Superficiale	Profonda
Localizzazione	Ben localizzato, parietale, con carattere bidimensionale	Mal localizzato, diffuso, irradiato, tridimensionale
Qualità	Traffittivo, puntorio, perforante, terebrante	Ottuso, sordo, compressivo
Intensità	Massima in caso di nevralgia	Variabile, talora a tipo spasmo o colica
Postura	Varia con la postura, influenzato dai movimenti respiratori	Non varia o tendenza alla postura in flessione del tronco
Distribuzione	Corrisponde alla sede di insorgenza degli stimoli algogeni	Lungo la linea mediana, a diversi livelli
Riflessi	Rigidità muscolare riflessa	Riflesso viscero-viscerale
Manifestazioni neurovegetative	Pallore, sudorazione, ipotensione, tachicardia, shock	Nausea, vomito, vertigini
Palpazione	Aumenta dolore e difesa muscolare	Non aumenta il dolore

Tab. 1 - Caratteristiche del dolore somatico e del dolore viscerale.

l'embolia polmonare, il pneumotorace ed il dolore pleurico sono di frequente riscontro e meritano una trattazione più approfondita.

La *malattia tromboembolica polmonare* è una condizione morbosa determinata da coaguli ematici che migrano dalla circolazione sistemica alla circolazione polmonare. Nell'85-90% dei casi gli emboli originano dal circolo venoso profondo degli arti inferiori, ma altre possibili sorgenti sono le vene pelviche ed il ventricolo destro. L'incidenza di questa patologia è sottostimata e dati epidemiologici relativi agli Stati Uniti riportano circa 630.000 nuovi casi l'anno, responsabili di 200.000 decessi. I fattori che possono predisporre alla trombosi venosa profonda degli arti inferiori e quindi all'embolia polmonare sono la stasi (immobilità prolungata, degenza a letto, viaggi aerei, gravidanza, scompenso cardiaco congestizio, cuore polmonare, obesità), gli stati ipercoagulativi (patologie neoplastiche, anticorpi anticardiolipina, trombocitosi essenziale, sindrome nefrosica, terapia estrogenica, coagulazione intravascolare disseminata, deficienza di antitrombina III) e alterazioni dell'epitelio vascolare (traumi, chirurgia). L'occlusione embolica del circolo polmonare determina un aumento delle resistenze del piccolo circolo ed un sovraccarico pressorio per il ventricolo destro. Il circolo polmonare è comunque in

grado di attuare meccanismi di compenso ed è necessaria un'ostruzione del 70% prima che si sviluppi insufficienza ventricolare destra. L'aumento delle resistenze del circolo polmonare, se severa, determina una riduzione della portata cardiaca con ipotensione sistemica. Si verifica inoltre un effetto spazio morto (alveoli ventilati ma non perfusi) con desaturazione di ossigeno, tipicamente accompagnata da ipocapnia (da iperventilazione compensatoria). Poiché il parenchima polmonare ha tre differenti fonti di ossigenazione (arteria polmonari, arterie bronchiali, vie aeree) l'infarcimento emorragico del parenchima (infarto polmonare) è poco frequente.

La clinica dell'embolia polmonare è conseguenza delle dimensioni e dell'ubicazione degli emboli. Piccoli emboli periferici possono risultare asintomatici mentre grossi emboli possono causare collasso cardiocircolatorio con morte improvvisa. Tra i sintomi più frequenti vi sono la dispnea con tachipnea (presente nel 95% dei casi di embolia massiva e nell'87% dei casi di embolia submassiva), l'emottisi (13-40%), la tosse (37-52%) e il dolore toracico, presente dal 64% dei casi di embolia massiva all'85% dei casi di embolia submassiva, legato alla irritazione pleurica conseguente all'impegno embolico polmonare.

Il quadro clinico può far formulare il sospetto di embolia

PATOLOGIA	SEGNI E SINTOMI DIFFERENZIALI
Embolia polmonare	Tachipnea, Ipossiemia, Ipcapnia; Iperventilazione; PaCO2 diminuita; Rx Torace: assente congestione polmonare; ECG: simula IMA inferiore (STsopraelevato in D2,D3, aVF) o sovraccarico cuore dx (S1Q3)
Pneumotorace	Dispnea; dolore emitoracico monolaterale accentuato dai movimenti respiratori; segni auscultatori; Rx Torace: diagnostico
Dolore pleurico (pleuriti, tumori)	Dolore lanciaante o gravativo continuo (tumori) accentuato dai movimenti respiratori; tosse; acuto con febbre (se di origine infettiva); dispnea (se versamento)
Tracheite / tracheobronchite	Brucciore retrosternale; accentuato dalla tosse; associato a sintomi di infezione delle alte vie aeree
Ipertensione polmonare	Non comune; assente a riposo, compare dopo esercizio; retrosternale; associato a dispnea; scompare con il termine dello sforzo; correlato a sovraccarico ventricolare destro e a ischemia
Reflusso gastro-esofageo / spasmo esofageo	Brucciore precordiale; assenti modificazioni ECG; dolore in posizione supina ma anche durante sforzo (simile alla angina pectoris);
Costocondrite; Fratture costali; Spondiloartrosi; Ernie discali	Dolore alla palpazione; movimenti toracici influenzano il dolore; ECG normale
Herpes Zoster	Parestesie localizzate prima del rash
Ulcera, colecistite, pancreatite	Esame clinico (addome acuto può simulare una ischemia della parete inferiore)
Depressione / ansia	Sensazione continua di pesantezza toracica; iperventilazione; ECG normale
Alcool correlato	Presenza di pancreatite, esofagite, gastrite, anemia macrocitica, anoressia, disturbi psichiatrici

Tab. 2 - Cause non cardiogene di dolore toracico.

polmonare, per la conferma del quale sono però necessari esami laboratoristico-strumentali. Dal punto di vista laboratoristico devono essere effettuati un'emogasanalisi arteriosa (ipossiemia spesso ipocapnica) e il dosaggio dei D-dimeri che sono marcatori di trombosi venosa (altamente sensibili, ma non specifici in quanto possono risultare elevati in altre circostanze come stati infiammatori, neoplasie, traumi, infezioni). La radiografia del torace può risultare normale (se non è presente infarcimento emorragico parenchimale) oppure può rilevare addensamenti in genere periferici, a base pleurica, elevazione di un emidiaframma, iperdiafrania zonale per riduzione della vascolarizzazione (segno di Westermarck). L'ECG può rilevare tachicardia, blocco di branca destro incompleto, extrasistolia, inversione delle T in V1-V3, pattern S1Q3T3 (non frequente). Tra le indagini radiologiche, fino ad alcuni anni or sono era dato rilievo

alla scintigrafia polmonare perfusionale che se negativa può con buona sensibilità far ritenere poco probabile l'embolia ma che può essere alterata anche in altre condizioni (polmoniti, enfisema). Il suo valore predittivo positivo è comunque elevato se in accordo con il quadro clinico. Oggi l'indagine radiologica di prima linea è divenuta la tomografia computerizzata con mezzo di contrasto iodato (angio TC) che ha un'elevatissima specificità (96%) e un'ottima sensibilità (83%). Il limite di questa metodica è la difficoltà di visualizzare emboli che coinvolgono le arterie più periferiche del circolo polmonare (oltre la 6° generazione). Se il sospetto di embolia rimane alto nonostante la negatività della TC, può essere presa in considerazione l'arteriografia polmonare, una volta ritenuta il "gold standard" per la diagnosi di questa patologia ma oggi sempre meno utilizzata grazie all'affermarsi dell'angio CT.

Lo *pneumotorace* è definito come la condizione in cui vi sia presenza di aria nella cavità pleurica, cioè nello spazio tra pleura parietale e pleura viscerale. Poiché viene a mancare la negatività pressoria che tiene accollato alla parete il viscere polmonare, la pressione di ritorno elastico del polmone tende a far collassare il parenchima. L'aria può entrare nel cavo pleurico dall'esterno (ad esempio per traumi) o dal polmone attraverso la pleura viscerale. La sintomatologia e la gravità del pneumotorace dipendono dal grado di collasso del polmone. Nei casi in cui il collasso è modesto, il sintomo prevalente è il dolore, mentre se il collasso è rilevante il sintomo più importante è la dispnea. Se lo pneumotorace è iperteso (la pressione nel cavo pleurico diventa positiva spostando il mediastino controlateralmente e compromettendo la funzionalità cardiaca) si ha una condizione che può mettere a rischio la vita del paziente e che deve essere prontamente riconosciuta e trattata con il posizionamento di un tubo di drenaggio toracico che possa detendere il cavo pleurico. Da un pun-



to di vista eziologico lo pneumotorace può essere distinto in spontaneo (primitivo o secondario), traumatico o iatrogeno. Lo pneumotorace spontaneo primitivo (assenza di malattie polmonari) è una patologia abbastanza comune, che si osserva in genere in soggetti giovani (18-40 anni), tipicamente longilinei, magri, spesso fumatori. E' frequente riscontrare alla base di questo evento delle piccole bolle subpleuriche (blebs) che possono essere rilevate alla tomografia computerizzata. Lo pneumotorace spontaneo secondario è invece correlato al passaggio di aria nel cavo pleurico conseguente a diverse condizioni patologiche favorevoli del polmone (enfisema, fibrosi polmonare diffusa, neoplasie, pneumopatie cistiche, tubercolosi, asma, linfangioleiomiomatosi, endometriosi pleurica). Lo pneumotorace traumatico è determinato da traumi penetranti che danneggiano la parete toracica e/o la pleura viscerale mentre lo pneumotorace iatrogeno, abbastanza frequente, è secondario a diverse procedure diagnostiche che possono ledere la pleura viscerale (toracentesi, posizionamento di cateteri in vena succlavia, agoaspirati polmonari percutanei, biopsie polmonari transbronchiali, ventilazione a pressione positiva). Il dolore acuto, improvviso, dal lato affetto, non modificato dagli atti del respiro, è il sintomo più comune dello pneumotorace, associato o meno a dispnea in rapporto all'entità del collasso polmonare.

Il dolore pleurico costituisce una delle cause più frequenti di dolore toracico. Mentre la pleura viscerale è priva di innervazione per la sensibilità dolorifica, la pleura parietale è dotata di fibre afferenti algogene che decorrono attraverso la parete toracica come diramazioni sottili dei nervi intercostali (T1-T12). La pleura diaframmatica gode invece di doppia innervazione algoafferente sensitiva: la porzione centrale che riveste le cupole degli emidiaframmi invia gli impulsi dolorifici attraverso i due nervi frenici; la porzione che ricopre le regioni più periferiche degli emidiaframmi invia gli impulsi algogeni attraverso i nervi intercostali (T1-T12).

Il dolore pleurico, quando è interessata la pleura parietale, è avvertito come un dolore della parete toracica, puntorio, esacerbato dai movimenti respiratori e dalla tosse. Quando invece è interessata la pleura diaframmatica si possono avere due situazioni: il dolore viene avvertito al collo e alla spalla per interessamento della porzione centrale del diaframma (dolore frenico) oppure nei quadranti addominali (porzioni periferiche degli emidiaframmi).

Le cause di dolore pleurico sono molteplici e comprendono tutte le condizioni patologiche flogistiche e neoplastiche che interessa-

no la pleura parietale e/o quella diaframmatica (pleuriti primitive, polmoniti, infarto polmonare, tumori pleurici primitivi e metastasi pleuriche, pneumotorace). Fenomeni associati al dolore pleurico possono essere la presenza di respiro superficiale e una scarsa mobilità respiratoria dell'emitorace in rapporto a riflessi di difesa volti a limitare la sintomatologia dolorosa oltre ovviamente ai sintomi del processo dominante (polmonite, tumore, pneumotorace).

L'emottisi

Si definisce emottisi l'espettorazione di sangue proveniente dall'albero tracheobronchiale e/o dal polmone (vie aeree sottoglottiche) come conseguenza di una emorragia che si verifica nei suddetti distretti. Il termine "emoftoe" è analogo, anche se alcuni Autori indicano con emoftoe l'emissione di sangue in minore quantità.

Il primo problema di diagnostica differenziale che si deve affrontare di fronte all'espettorazione di sangue è se si tratti di vera emoftoe o di pseudo-emoftoe, definita come l'emissione dalla bocca di sangue che non origina dall'albero tracheobronchiale o dal polmone, ma proviene dalle alte vie aeree (es. rinofaringe, varici della base linguale) o dal cavo orale (es. gengive) o ancora dal tratto digerente (ematemesi). In genere la presenza di tosse è indice di emottisi, ma a volte la sintomatologia è fuorviante in quanto il sangue proveniente dalle alte vie aeree o dal tratto digerente può raggiungere l'albero tracheobronchiale per inalazione ed essere successivamente espettorato con la tosse. La Tab. 3 indica i principali elementi distintivi tra il sanguinamento proveniente dalle vie aeree e quello proveniente dalle vie digestive.

L'emottisi è un sintomo abbastanza frequente, responsabile dell'accesso alle strutture di Pneumologia nel 7-15% dei casi. Il polmone è un organo riccamente vascolarizzato in quanto vi coesistono due sistemi circolatori. Le arterie bronchiali nascono dall'aorta ed alimentano i plessi capillari delle pareti delle vie aeree per l'intera lunghezza, dall'ilo del polmone ai bronchioli respiratori. Le ramificazioni dell'arteria polmonare decorrono con le vie aeree e con le

Ematemesi	Emottisi
Sangue rosso scuro	Sangue rosso vivo
Denso, coagulato	Schiumoso, fluido
Misto a cibo	Misto a muco
pH acido	pH alcalino
Epigastralgia, nausea, dolore addominale	Tosse, dolore toracico, gorgoglio toracico

Tab. 3 - Elementi di diagnostica differenziale tra ematemesi ed emottisi.

loro arterie bronchiali di accompagnamento, avvolte in una singola guaina di tessuto connettivo. Il drenaggio venoso avviene prevalentemente attraverso le vene polmonari, che ricevono il sangue sia dalle regioni vascolarizzate dalle arterie polmonari sia dalle vie aeree all'interno del polmone, vascolarizzate dalle arterie bronchiali. Le vene bronchiali servono solo la regione perilare, si gettano nel sistema della vena azygos e quindi nell'atrio destro.

L'emottisi può originare quindi sia dal circolo polmonare che dal circolo sistemico.

La ricca vascolarizzazione del polmone è la ragione per cui molteplici patologie che interessano quest'organo possono esprimersi con sanguinamento ed in effetti si ritiene che circa 100 differenti condizioni cliniche possono essere alla base di un'emottisi.

L'emotfoe, qualunque sia la sua entità, costituisce sempre un problema clinicamente serio. L'espettorazione anche di piccole quantità di sangue può infatti sottendere patologie gravi come il carcinoma broncogeno mentre sanguinamenti massivi, qualunque sia la causa, possono di per sé costituire un evento in grado di mettere in pericolo la vita del paziente.

Un fattore di grande rilievo nella valutazione dell'emottisi è la sua entità, in genere abbastanza difficile da quantificare in maniera oggettiva, sulla base della quale si può distinguere una emottisi massiva e una emottisi non massiva. anche se non vi è accordo in letteratura sulla quantità di sangue che definisca un'emottisi massiva. Sono stati proposti diversi valori soglia (600 ml nelle 48 ore, 600 ml nelle 24 ore, 1000 ml nelle 24 ore) ma i lavori più recenti riportano il limite di 600 ml nelle 24 ore. Poiché lo spazio morto anatomico delle vie aeree è di circa 150-200 ml, bastano pochi millilitri in più per interessare le zone di scambio gassoso e compromettere la funzione respiratoria. Il problema più critico in corso di emottisi massiva è infatti il rischio di asfissia, piuttosto che le conseguenze emodinamiche della perdita ematica.

Sebbene vi sia una buona correlazione tra la quantità di sangue emesso e la prognosi, essendo riportata una mortalità di circa il 71% nei casi in cui siano espettorati più di 600 ml in 4 ore mentre tale valore scende al 5% se la stessa quantità di sangue viene emessa in 24-48 ore, la quantificazione precisa dell'emottisi appare poco utile da un punto di vista pratico. Devono infatti essere considerati molteplici altri fattori come le condizioni di base del paziente (concomitanti patologie cardio-respiratorie), l'acuzie con cui insorge il sintomo ed anche la capacità del soggetto di effettuare una tosse efficace in grado di mantenere pervie le vie aeree. Una emottisi può essere quindi definita come evento a rischio per la vita del paziente più che sulla sua valutazione quantitativa,

sul quadro clinico che determina (insufficienza respiratoria, dispnea, stato di agitazione, deterioramento del quadro emodinamico).

La gestione dell'emottisi massiva comporta tre fasi: 1) proteggere le vie aeree e stabilizzare le condizioni respiratorie (intubazione, broncoscopia per la rimozione del materiale ematico e per la identificazione della sede del sanguinamento, ventilazione) ed emodinamiche; 2) cercare di identificare la causa dell'emottisi; 3) porre in atto le opportune misure terapeutiche. Nell'ambito di queste procedure va ricordata una manovra estremamente semplice che però è considerata salvavita e che consiste nel porre il paziente in decubito sul lato da cui proviene il sanguinamento (nel caso questo sia noto): ciò consente di salvaguardare dall'inondazione di sangue il polmone controlaterale e quindi di mantenere la sua funzionalità. Nel caso in cui il sanguinamento provenga da una lesione localizzata a livello delle grandi vie aeree, la broncoscopia può offrire anche modalità terapeutiche con l'impiego di presidi ad azione coagulante che possono essere usati attraverso lo strumento endoscopico (laser, elettrocauterio).

Nel caso in cui l'emottisi non sia massiva, il percorso diagnostico prevede la raccolta dei dati anamnestici, clinici e laboratoristici, che già possono orientare le ipotesi diagnostiche (Tab.4). L'esecuzione della radiografia del torace e della tomografia computerizzata (TC) sono indagini fondamentali per individuare la causa dell'emottisi. In particolare, la TC del torace è mandatoria anche in presenza di una radiografia del torace negativa, in quanto in grado di fornire elementi diagnostici nel 50% dei pazienti con rx torace normale (utile in caso di neoplasie, bronchiectasie, alterazioni vascolari, infezioni). La TC del torace va valutata con molta cautela nel caso siano presenti addensamenti localizzati del parenchima polmonare che potrebbero essere espressione di occupazione degli spazi alveolari da parte del materiale ematico e quindi secondari all'emottisi e non responsabili della stessa. A completamento dell'iter diagnostico e comunque sempre dopo l'esecuzione della TC, deve essere eseguita una broncoscopia che è in grado di fornire elementi diagnostici nel 31% dei casi con radiografia del torace normale. In particolare la broncoscopia è in grado di visualizzare lesioni localizzate a livello dei bronchi esplorabili e di individuare il bronco da cui proviene il sanguinamento nel caso di un'origine periferica dello stesso. Consente inoltre di effettuare prelievi cito-istologici per una precisa definizione diagnostica e di eseguire una toilette bronchiale nel caso vi siano coaguli occludenti le vie aeree.

Tra le possibili molteplici cause di emottisi (Tab.5) vanno ricordate le patologie infettive e infiammatorie

ANAMNESI	POSSIBILE DIAGNOSI
Uso di anticoagulanti	Conseguenza della terapia
Coincidenza con il mestruo	Emottisi catameniale
Dispnea da sforzo, ortopnea, dispnea notturna, espettorazione rosata	Scompenso cardiaco congestizio, insufficienza ventricolare sinistra, stenosi mitralica
Febbre, tosse produttiva	Infezioni delle vie respiratorie, bronchiti, polmoniti, ascesso polmonare
Anamnesi di neoplasia (colon, mammella, rene ecc.)	Metastasi endobronchiali
Polmoniti ricorrenti, escreato purulento	Bronchiectasie
HIV+, immunosoppressione	Neoplasie, TBC, sarcoma di Kaposi
Dolore toracico acuto, dispnea	Embolia polmonare
Fumo	Neoplasia polmonare, bronchite cronica
Viaggi	TBC, infezioni da parassiti
Perdita di peso	Neoplasie, TBC, bronchiectasie, ascesso
ESAME CLINICO	POSSIBILE DIAGNOSI
Teleangectasie della cute e delle mucose orali	Malattia di Osler-Weber-Rendu
Tachicardia, dispnea, ipossia, distensione giugulare, galoppo S3, rumori umidi alle basi	Scompenso cardiaco congestizio, insufficienza ventricolare sinistra, stenosi mitralica
Tachipnea, tachicardia, sfregamento pleurico, sdoppiamento del secondo tono, segni di trombosi venosa profonda	Embolia polmonare
Cachessia, clubbing, disfonia	Neoplasia primitiva polmonare
Clubbing	BPCO, bronchiectasie, ascesso
Febbre, rantoli unilaterali, ottusità plessica	Polmonite
Febbre, tachipnea, uso di muscoli accessori	Riacutizzazione di BPCO, neoplasia polmonare, polmonite
Soffio cardiaco	Stenosi mitralica
Linfoadenomegalie, lesioni cutanee brunastre	Sarcoma di Kaposi
ESAMI DI LABORATORIO	POSSIBILE DIAGNOSI
Conta dei globuli bianchi	Infezioni alte e basse vie aeree
Conta piastrine	Piastrinopenia
INR	Terapia con anticoagulanti
Emogasanalisi alterata	Riacutizzazione BPCO, embolia, polmoniti
D-dimeri	Embolia
Gram, bacilli alcool-acido resistenti	Polmoniti, bronchiectasie, TBC
Esame citologico escreato	Neoplasia polmonare
PPD	TBC
HIV+	Sarcoma Kaposi, TBC
VES, PCR	Polmoniti, Wegener, malattie autoimmuni

Tab. 4 - Dati clinico-anamnestici e laboratoristici orientativi per possibili cause di emottisi.

(bronchiti acute, bronchite cronica, polmoniti batteriche, tubercolosi, ascessi polmonari, infezioni fungine nei pazienti immunodepressi) che costituiscono la principale causa di emoftoe con un meccanismo legato alla flogosi della mucosa con edema e aumento del circolo superficiale. La rexi di uno o più rami capillari, quasi sempre del circolo arterioso bronchiale, induce l'espettorazione emoftoica.

Altre possibili e non rare cause di emottisi sono le neoplasie localizzate alle vie aeree (primitive e secondarie), le bronchiectasie congenite o acquisite (dilatazione abnorme dei bronchi di diametro superiore a 2 mm, causata dalla distruzione della componente muscolare ed elastica della parete bronchiale), disordini della coagulazione (terapie anticoagulanti, emopatie, emofilia), embolia polmonare, patologie cardiovascolari (ipertensione pol-

INFEZIONI	NEOPLASIE	INFIAMMAZIONI
TBC e micobatteriosi Funghi (micetoma, aspergillosi) Ascessi polmonari Polmoniti	Carcinoma broncogeno Carcinoide Metastasi endobronchiali Sarcoma	Bronchiectasie Fibrosi cistica Bronchite cronica
IATROGENICHE	VASCOLARI	COAGULOPATIE
Broncoscopia Inserzione di cateteri Biopsie polmonari	Embolia polmonare Stenosi mitralica Fistola vie aeree/vasi Malformazioni artero-venose Scompenso ventricolare sin. Aneurisma arterioso	Malattia di Von Willebrand Emofilia Terapia anticoagulante Trombocitopenia Disordini piastrinici CID
PARASSITOSI	VASCULITI	PSEUDO-EMOTTISI
Cisti idatidea Paragonimiasi	Malattia di Behcet Granulomatosi di Wegener	Ematemesi Epistassi
TRAUMI	PATOLOGIE PEDIATRICHE	MISCELLANEA
Trauma penetrante o chiuso Aspirazione di corpi estranei Fisole tracheo-arteriose	Corpi estranei Anomalie vascolari congenite	Linfangioleiomiomatosi Endometriosi Pneumoconiosi

Tab. 5 - Possibili patologie in grado di determinare emottisi

monare, stenosi mitralica, aneurisma aortico, aneurisma polmonare, malformazioni artero-venose). Dal punto di vista epidemiologico l'incidenza delle possibili cause di emottisi varia in base alla zona geografica esaminata. Mentre nei paesi in via di sviluppo le principali cause rimangono la tubercolosi e le bronchiectasie (50-70%), nei paesi industrializzati la causa prevalente è costituita dalla bronchite cronica e del carcinoma del polmone. Va ricordato come, anche dopo accurate indagini clinico-anamnestiche, laboratoristiche e strumentali, in circa il 15-20% dei casi non si riesce ad individuare una causa dell'emottisi (emottisi idiopatica).

Conclusioni

Sulla base di quanto esposto, si può sottolineare come i sintomi a carico dell'apparato respiratorio (dispnea, tosse, dolore toracico, emottisi) siano la causa più frequente per cui i pazienti ricorrono all'osservazione medica. Tutti questi sintomi possono sottendere patologie gravi e potenzialmente letali, per cui non devono mai essere sottovalutati.

Un'attenta analisi clinico-anamnestica e laboratoristica, in associazione alle metodiche di imaging (rx e TC del torace) e strumentali (spirometria, emogasanalisi arteriosa, broncoscopia ecc.), consente di addivenire nella maggioranza dei casi ad una qualificazione diagnostica, presupposto essenziale per una corretta gestione terapeutica.

Lecture suggerite

- 1) Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L et al. Task force on the management of chest pain. Task force report. European Heart Journal 2002; 23: 1153-1176
- 2) Amsterdam EA et al. Testing of low-risk patients presenting to the Emergency Department with chest pain. A scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2010; 122: 1756-1776
- 3) Chapman AR et al. New guidelines for the management of chest pain. Cardiology Research 2012; 3: 8-15
- 4) Bidwell JL, Pachner RW. Hemoptysis: diagnosis and management. Am Fam Physicians 2005; 72: 1253-1260
- 5) Haponik EF et al. Managing life-threatening hemoptysis: has anything really changed? Chest 2000; 118: 1431-1435
- 6) Corder R. Hemoptysis. Emerg Clin North Am 2003; 21: 421-435

RAFFAELE GIORGETTI, STEFANO BRANDIMARTI

Medicina Legale
Università Politecnica delle Marche

La responsabilità professionale degli operatori sanitari

Buona norma, allorché ci si accinge ad affrontare un argomento complesso come quello della responsabilità professionale degli operatori sanitari, è chiarire il significato dei termini trattati, al fine di comprendere cosa sia lecito attendersi da un professionista *responsabile*.

Responsabile secondo il vocabolario online Treccani¹, ha diverse accezioni. In primo luogo il termine assume il significato (aderente al latino *responsum*, supino di *respondere* ossia "che può essere chiamato a rispondere di certi atti") di "colui che risponde delle proprie azioni e dei propri comportamenti, rendendone ragione e subendone le conseguenze". Da tale accezione "negativa" deriva quella giurisprudenziale, che è riferita ad un soggetto che è chiamato a rispondere, di fronte ad un organismo giudicante, della violazione colposa o dolosa di un obbligo. Tuttavia, un operatore sanitario può e deve confidare sulla possibilità di essere *responsabile* secondo una diversa accezione, questa volta "positiva", del termine: "Colui che si comporta in modo riflessivo ed equilibrato, tenendo sempre consapevolmente presenti i pericoli e i danni che i propri atti o le proprie decisioni potrebbero comportare per sé e per altri, e cercando di evitare ogni comportamento dannoso". Tale è il professionista che, ad esempio, sia in grado di mantenere una *posizione di garanzia*, ossia capace di essere determinato nel porre in atto tutte le misure necessarie a tutelare il soggetto più debole: il paziente. Questi, a causa della sua condizione di malattia e della inevitabile asimmetria relazionale che si stabilisce nei confronti degli operatori sanitari, nella complessità della gestione pluridisciplinare e con le crescenti difficoltà strutturali, affida la sua integrità psicofisica al personale sanitario che è dunque investito della sua *garanzia*.

L'attività medico-chirurgica, sempre più complessa, invasiva e ambiziosa, è per sua stessa natura fonte di potenziale "pericolo" per il paziente. Essa è inoltre tesa alla tutela della salute, bene primario costituzionalmente garantito (art. 32). Per tali motivi, nell'esercizio dell'attività sanitaria è richiesta, sia in ambito giurisprudenziale ma anche etico e deontologico, la massima *responsabilità* possibile. Non è fuori luogo, anche per infondere nel

lettore una sana dose di serenità, che il professionista il quale si comporti *responsabilmente*, vede scemare grandemente i rischi di dover render conto delle proprie azioni di fronte ad un soggetto giudicante, come anche di essere giudicato colpevole di *malpractice*.

La progressiva perdita di aree e di competenze professionali indebiti da addebiti di responsabilità, rende per certi versi arbitrario e probabilmente inutile distinguere tra le varie professioni sanitarie, tutte coinvolte, seppure con diversa densità di rischio, nel contenzioso medico legale.

Con questa premessa, la responsabilità dell'operatore sanitario può essere collocata in tre ambiti: penale, civile e amministrativo-contabile.

La responsabilità penale

Si sostanzia ogni qual volta un soggetto mette in atto una condotta prevista dalla legge come reato, che può essere sia di tipo commissivo che omissivo. L'art. 40 del codice penale stabilisce infatti che il "non impedire un evento, che si aveva l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". L'illecito penale si configura allorché la condotta dell'operatore sanitario (omissiva o commissiva, come già rilevato), sia connotata da dolo o colpa (elemento psicologico) e sia dimostrata in *rapporto di causalità* con l'evento lesivo.

È esperienza comune che il personale medico sia più spesso accusato di comportamento omissivo, ovvero di non aver adempiuto correttamente ai propri obblighi di assistenza, di non aver sottoposto il paziente alla giusta tipologia e quantità di accertamenti, di non aver effettuato quanto dovuto per impedire l'evento; evento che era, al contrario, nelle condizioni operative del sanitario prevedibile ed evitabile. Ciò è comprensibile poiché, agli occhi del paziente la trascuratezza, la superficialità, la disattenzione oltre ad essere immediatamente apprezzabili come tratti dell'atteggiamento del sanitario nei suoi confronti, sono più facilmente individuabili rispetto ad esempio un *overtreatment*. Questo potrebbe anzi essere giudica-

Corso Monografico dell'Insegnamento di Medicina Legale (Prof. Adriano Tagliabracci) tenuto in Facoltà dal Prof. Giorgetti nel periodo 22 gennaio - 1 febbraio 2013.

¹ <http://www.treccani.it/>

² Secondo la definizione "classica", elaborata nel 1994 dall'OTA (Office of Technology Assessment, U.S. Congress) "la medicina difensiva si verifica quando i medici ordinano un test, procedure o visite, oppure evitano pazienti o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice*. Quando i medici prescrivono extra test o procedure per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice*, essi praticano una medicina difensiva positiva. Quando evitano certi pazienti o procedure, praticano una medicina difensiva negativa".

to, dal non esperto, come un fattore positivo invece che un'aberrazione del sistema. Una delle conseguenze di ciò è la crescente pratica (*interventistica o positiva*) di una medicina difensiva², fonte di scadimento professionale e di incremento sia dei costi, sia – paradossalmente – dei rischi cui i pazienti sono esposti, dato che non esiste pratica medica, diagnostica o terapeutica, completamente innocua o priva di rischi.

Per quanto riguarda le professioni sanitarie (infermieri, ostetrici, tecnici, fisioterapisti, ecc.), si è assistito, di pari passo all'incremento (doveroso ed auspicato) della professionalità di tali figure, ad un aumento della complessità e dell'estensione della *posizione di garanzia* ad esse richiesta. Di conseguenza, tali operatori sono sempre più spesso coinvolti nel contenzioso penale. È chiaro che, avendo tali figure un potere decisionale assai minore in ordine al trattamento diagnostico-terapeutico da attuare, essi sono più spesso accusati di danno derivato da comportamento commissivo piuttosto che omissivo.

Per quanto attiene all'elemento psicologico, tralasciando il dolo, che sostanzialmente non si configura mai nell'attività sanitaria (se non per l'effettuazione di esami od interventi inutili a garantire la salute, ma svolti esclusivamente allo scopo di "far cassa"), è la fattispecie della colpa l'elemento soggettivo che fa da padrone nell'ambito della responsabilità sanitaria. Ovverosia, nell'attività sanitaria non vi è – universalmente – volontà, da parte dell'operatore, di procurare nocimento. Lo stesso però si può verificare allorché il professionista tenga un comportamento *colposo* (art. 43 codice penale). La colpa può risultare generica ("*negligenza o imprudenza o imperizia*") oppure specifica ("*inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline*"). Chiaramente, si ravvisano profili di colpa solo se l'evento dannoso sia prevedibile ed evitabile, oltretutto non voluto, dato che non è esigibile dal professionista la capacità di impedire gli eventi del tutto imprevedibili.

Infine, vi è la valutazione del *nesso causale*, ossia, una volta evidenziato il danno e riconosciuta la colpa del professionista, deve essere valutato se e come tali elementi siano causalmente in connessione, ossia se e come il danno sia effettivamente derivato dalla condotta del professionista, o viceversa sia derivato da un fattore esterno a lui non imputabile.

Nell'ambito delle condotte omissive, più frequentemente chiamate in causa, il riconoscimento del nesso causale è effettuato secondo un ragionamento *controfattuale*. Il giudice ravvisa un nesso causale quando, ipotizzando

in astratto la realizzazione di un comportamento diametralmente opposto a quello omesso, l'evento lesivo non si sarebbe verificato oppure si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. La validità di tale nesso va verificata sul caso concreto, e non sulla base di statistiche generali. Inoltre, secondo il principio dell'*in dubio pro reo* ed in aderenza all'art. 533 del codice di procedura penale, "*il giudice pronuncia sentenza di condanna se l'imputato risulta colpevole del reato contestatogli al di là di ogni ragionevole dubbio*". Poiché l'attività medica, pur essendo dotata di solide basi scientifiche, è connotata da ampi margini di aleatorietà, risulta chiaro come sia infrequente la condanna in sede penale dell'operatore sanitario, proprio perché è difficilmente ravvisabile un nesso causale indubbio tra la condotta del sanitario e l'evento lesivo. Si ritiene che tale indirizzo giurisprudenziale sia peraltro congruo alla fattispecie medica, nella quale gli eventi avversi dipendono spesso da caso *fortuito* o *forza maggiore*, non contrastabili pertanto neppure dalle migliori pratiche mediche possibili.

Ciò non toglie che gli operatori della salute possano, nel corso della propria vita professionale, andare incontro ad addebiti penali, certamente impegnativi dal punto di vista sia morale che materiale. Poiché quella sanitaria è sempre più un'attività *d'équipe* e complessa, le singole azioni penali si fanno sempre più omnicomprensive, andando a coinvolgere numerosi professionisti della salute, anche di diversa specializzazione e posizione gerarchica, comprendendo anche quelli che hanno avuto un contatto solo marginale (a volte puntiforme) con i pazienti (secondo una logica di "*compartecipazione colposa presunta*").

Si può in breve affermare che la responsabilità di ogni singolo soggetto di un'*équipe* è valutata secondo i principi della divisione degli obblighi (ciascun componente dell'*équipe* è tenuto all'osservanza delle *leges artis* del proprio ambito di competenza), dell'autoresponsabilità (si risponde dell'inosservanza delle regole attinenti alla propria specifica competenza), e dell'affidamento (secondo il quale ogni componente dell'*équipe* può e deve poter confidare nel corretto comportamento degli altri componenti; fermo restando che nelle *équipes* gerarchiche, il capoequipe ha il dovere di direzione e di controllo dell'attività degli altri componenti).

Su tale complesso sistema penale, si è recentemente inserito – in un modo che può essere giudicato più o meno maldestro per modalità e potenziale efficacia – l'art. 3 del D.L. n. 158/2012 (cd. "*decreto Balduzzi*"), il quale pre-



vede che *“L’esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve”*. Al di là delle polemiche relative alla legittimità costituzionale del provvedimento, e relative all’individuazione specifica delle linee guida e buone pratiche meritevoli di “legittimità” legale, è chiaro il tentativo del legislatore di introdurre una *abolitio criminis* parziale, tesa ad escludere la rilevanza penale delle condotte connotate da colpa lieve, che si collochino all’interno dell’area segnata dalle suddette indicazioni scientifiche.

Si è peraltro del parere che il sanitario debba mantenere la capacità di riconoscere che la situazione da fronteggiare presenta aspetti peculiari, per specificità più spesso proprie del paziente, con la conseguenza che il comportamento esigibile nel caso concreto può essere diverso da quello dettato dalle linee guida. Si ritiene pertanto che la legittimazione delle linee guida operata dal decreto Balduzzi, non possa elidere completamente le fattispecie di colpa generica derivanti da violazione di regole cautelari, anche non scritte, diverse dalle linee guida stesse³. Ciò è fondamentale sia per riconoscere margini di discrezionalità all’operatore sanitario che si discosta – motivatamente e sempre compatibilmente alle evidenze scientifiche – da tali indicazioni, sia per la tutela ultima della salute del paziente.

Se così non fosse, il decreto, anziché andare a beneficio della tranquillità dell’operatore sanitario e ridurre il fenomeno della medicina difensiva, otterrebbe l’effetto paradossale e dannoso di “indirizzare” la medicina difensiva verso l’adesione pedissequa ed esclusiva alle pratiche dettate dalle linee guida, al fine di evitare al medico professionalmente responsabile che intende discostarsi da queste, di dover render conto di una condotta differente.

La responsabilità civile

La responsabilità civile consiste nella possibilità che il sanitario o la struttura sanitaria siano chiamati a risarcire le conseguenze di un danno. Essa, pertanto, è tipicamente caratterizzata dall’aspetto patrimonialistico-risarcitorio. La responsabilità civile sanitaria non è prevista da una norma specifica, bensì essa ha trovato di volta in volta collocazione diversa nell’ambito del codice civile. Secondo l’indirizzo attualmente consolidato, la responsabilità civile sanitaria ha natura contrattuale, per *“ina-*

dempimento di una obbligazione” (artt. 1218 cod. civ.) assunta dal debitore (sanitario e/o struttura) nei confronti del creditore (paziente). In tal tipo di collocazione, è il debitore a dover provare che il danno è derivato da causa a lui non imputabile, mentre al paziente basta *“allegare l’inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato”*⁴. Inoltre, il riconoscimento del nesso causale intercorrente tra inadempimento e danno, non segue la logica penale dell’*in dubio pro reo* e pertanto non necessita del superamento del ragionevole dubbio, bensì risponde alla logica del *“più probabile che non”*⁵. Nell’ambito civile infatti basta poco più della metà di probabilità che l’inadempimento possa aver determinato il danno, per potersi dire soddisfatto il criterio per l’accertamento della responsabilità del sanitario o della struttura. Appare pertanto chiaro come nell’ambito civile è avvantaggiato il paziente, considerata parte *“fragile”* nel rapporto negoziale che intercorre tra lo stesso e l’operatore o l’ente sanitario. Tali indirizzi giurisprudenziali, immutati nonostante il tentativo di correzione operata dal recente decreto Balduzzi, hanno determinato un’ulteriore impennata dell’azione civile, sempre più frequentemente adottata dal soggetto che ritiene di aver subito un danno.

Mentre la responsabilità penale è personale, quella civile può essere *“delegata”* ad una specifica polizza assicurativa, stipulata dall’ente o dal singolo professionista. Pertanto, l’incremento del contenzioso in ambito civile si riflette in primo luogo sul mercato delle polizze sanitarie. Il Rapporto Marsh *Medmal Claims* quarta edizione⁶, pubblicato nel marzo 2013, ha tastato il polso alle strutture pubbliche e private italiane, esaminando il rapporto e l’evoluzione tra errori sanitari e polizze assicurative. Per quanto riguarda gli ospedali pubblici, gli eventi denunciati più frequentemente sono gli errori chirurgici (29,93%) seguiti dagli errori diagnostici (15,84%) e terapeutici (10,36%). Anche per la sanità privata, gli errori chirurgici sono i più reclamati (36,91%); seguono gli errori terapeutici (10,38%) e gli errori diagnostici (10,16%). Le specialità cliniche maggiormente interessate nel settore pubblico (Fig. 1) sono Ortopedia (14,44%), DEA/Pronto Soccorso (13,67%) e Chirurgia generale (11,56%); nel settore privato le percentuali sono simili, seppur con un impatto nettamente inferiore del Pronto Soccorso, dato

⁴ Cass. civ., sez. unite, 11 gennaio 2008, n. 577.

⁵ Cass. civ., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619.

⁶ E. Patrini, *“Andamento e costo del contenzioso a livello nazionale – quarta edizione Medmal claims analysis”*, Marsh S.p.A., Milano, marzo 2013.

³ Cfr. R. Bartoli, *“I costi «economico-penalistici» della medicina difensiva”*, Riv. It. Med. Leg. 4-5/2011, 1107.



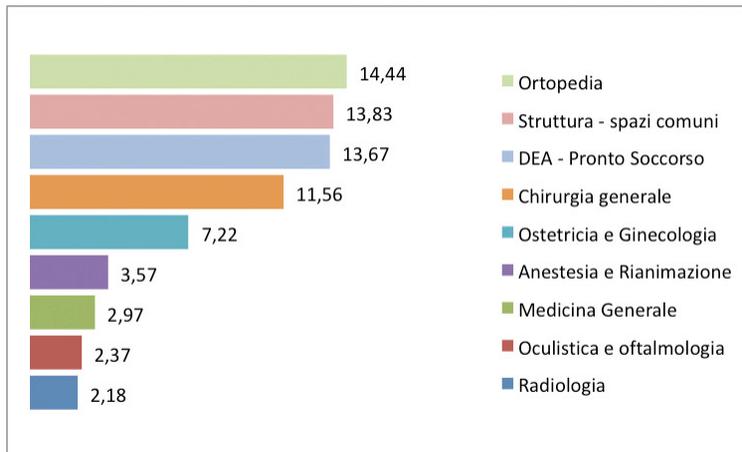


Fig. 1 - Specialità mediche coinvolte nelle richieste di risarcimento. Settore pubblico. Fonte: Rapporto Marsh Medmal Claims, marzo 2013.

che di regola dette strutture non offrono questo servizio. In ambito pubblico, si registrano 10,43 sinistri ogni cento posti letto, pari a 2,78 ogni mille ricoveri; 17,84 eventi di danno ogni cento medici corrispondenti a 7,59 "incidenti" ogni cento infermieri. È interessante notare che i tassi sono più alti per le strutture di primo livello, ovvero quelle di base, e si riducono proporzionalmente al grado di specializzazione della struttura.

L'impatto del contenzioso è tale da porre a rischio la sostenibilità del sistema assicurativo in sanità. Si assiste infatti ad un netto incremento della spesa assicurativa, che nel 2011 ha raggiunto i 3.410 euro di media a posto letto (nel 2010 era di 2.680 euro). Il costo è dunque pari a 91 euro per ogni singolo ricovero. Chiaramente, anche il costo assicurativo sostenuto dai singoli operatori sanitari, appare progressivamente incrementatosi nel corso del tempo.

La responsabilità amministrativo-contabile

Presupposto della responsabilità amministrativo-contabile è la produzione di un danno, diretto o indiretto, a carico dell'erario. Soggetto giudicante è la Corte dei Conti, la quale, valutate le singole responsabilità, può porre a carico del "funzionario" statale tutto o parte del danno accertato. È necessario, al fine di un giudizio di responsabilità, che il danno sia stato prodotto a seguito di dolo o colpa grave⁷. Le fattispecie sono le più varie, e non ri-

⁷ Non esiste una definizione giuridica di colpa grave; in riferimento alle attività sanitarie, la Corte dei Conti ha precisato che la condotta è gravemente colposa "allorché il comportamento sia stato del tutto anomalo ed inadeguato".

guardano soltanto la condotta tenuta nei confronti dei pazienti, ma anche, ad esempio, nei confronti dei colleghi e degli altri soggetti che compongono l'ente pubblico. È questo il caso, ad esempio, della recente condanna⁸ che ha coinvolto un primario che si era reso autore di mobbing nei confronti di un suo aiuto, il quale aveva ottenuto risarcimento dall'ASL per danni derivati dall'esclusione dall'attività di sala e di reparto, in realtà riferibili alla condotta vessatoria del primo.

Conclusioni

In conclusione, il tema della responsabilità è assai sentito da parte degli operatori sanitari e di solito nella sua accezione "negativa". In tal caso è spesso fonte sia di pregiudizio della serenità, elemento necessario per la migliore esecuzione

della prestazione, sia di preoccupazioni tali da comportare l'adozione di pratiche tese a preservare la propria persona e posizione lavorativa, piuttosto che a migliorare la qualità assistenziale. L'atteggiamento dei pazienti (e, di pari passo, della giustizia) nei confronti dei medici e della medicina è profondamente cambiato nel tempo. Il progresso medico e scientifico ha aumentato le aspettative degli utenti, e diminuito la propensione ad accettare i margini di incertezza, che viceversa sono, per le caratteristiche proprie dell'attività sanitaria, insiti e spesso incompressibili. Se, da un lato, è aumentata notevolmente la fiducia nella scienza medica, si è di converso assistito ad una sua riduzione nei confronti dei singoli professionisti o delle strutture sanitarie, con incremento del desiderio di rivalsa a fronte di ipotetici fallimenti delle cure. È peraltro possibile che la frammentazione e l'appiattimento del rapporto medico-paziente, legati principalmente ai fenomeni di iperspecializzazione e tecnologicizzazione della medicina, abbiano contribuito in misura sostanziale a tale atteggiamento. Oltretutto, la mutazione del rapporto medico-paziente non riguarda esclusivamente i pazienti, ma appare legato talvolta anche ad un erroneo atteggiamento dei singoli professionisti. Questi, infatti, anche a causa dell'evoluzione dell'attività medica, del suo tecnicismo, della suddivisione dei compiti nell'ambito delle equipe, delle tempistiche richieste e della generale burocratizzazione della società possono nel tempo veder scemare le occasioni ed i motivi di un adeguato contatto umano e professionale con i propri pazienti.

⁸ Corte dei Conti - Sez. Giur. Sicilia, n. 2998/2012.

GIOVANNI PRINCIPATO
Biologia e Genetica
Università Politecnica delle Marche

I Santi Ausiliatori

L'invito a relazionare su I Santi Ausiliatori al Convegno I Santi in Medicina, organizzato nel maggio 2012 dalla nostra Facoltà in collaborazione con l'Associazione *Le Cento Città*, mi ha fornito l'occasione per compiere le ricerche che sono alla base di questo breve testo. Ritenendo che tutti i Santi fossero in qualche modo ausiliatori, immaginavo che il mio lavoro sarebbe consistito nell'individuare quelli che, soprattutto nelle Marche, la devozione popolare invocava come speranza di guarigione da particolari patologie, cioè che svolgessero una qualche funzione di ausilio e supporto alla medicina tradizionale pur non essendo stati essi stessi medici. Già all'inizio della mia ricerca ho però trovato novità del tutto inattese su chi dovessero intendersi come Santi Ausiliatori. Infatti, anche se in linea di principio non era affatto sbagliato ritenere che qualsiasi Santo avrebbe potuto essere un ausiliatore, sono venuto a scoprire che con il termine specifico Santi Ausiliatori, secondo la tradizione cristiana, si dovesse intendere un ben definito gruppo di Santi associati da un evento miracoloso avvenuto in Germania nella seconda metà del 1400, ed il cui insieme costituiva un'unità cui ci si poteva rivolgere per invocare aiuto e guarigione. Ho quindi cercato di acquisire informazioni sul miracolo che aveva portato alla identificazione dei Santi Ausiliatori da venerare come gruppo, e sulle condizioni della medicina e della vita umana in generale nell'intorno di quel particolare momento storico in cui il miracolo si era verificato. Come ultima cosa mi proponevo di verificare se nelle Marche fosse mai esistita o ci fosse una tradizione religiosa riguardante i Santi Ausiliatori in qualche modo collegata o collegabile all'evento miracoloso avvenuto in Germania.

La condizione umana nell'Europa del XIV secolo, al tempo del miracolo dei Quattordici Santi Ausiliatori

Gli inverni miti e le lunghe estati calde che avevano caratterizzato il Medioevo nell'intervallo XI – inizio del XIV secolo venivano lentamente sostituiti da lunghi e freddi inverni cui seguivano estati brevi e piovose: iniziava la piccola era glaciale, che è durata fino al XIX

secolo. Il progressivo deterioramento del clima investiva l'Europa in un momento di grande esplosione demografica ed aumentata urbanizzazione che aveva reso la vita del singolo complessivamente più sicura. Le cinte murarie delle città si erano espanse, aumentavano le terre coltivate e; come effetto di nuove tecnologie, l'agricoltura più produttiva assicurava un generale aumento del benessere che favoriva lo sviluppo della cultura nelle arti, nell'architettura e nella letteratura.

La lenta ma inesorabile discesa delle temperature nell'Europa dopo il 1350 frenava lo sviluppo dell'agricoltura con inevitabili ricadute sugli individui che si erano concentrati nelle città abbandonando le campagne. Inoltre, la migliorata possibilità di viaggiare sia via terra che via mare, che aveva reso possibile raggiungere regioni lontane incrementando gli scambi di merci e di tecnologie (ad esempio armi da fuoco, stampa, ...), rivelava un'imprevedibile insidia che si manifestava con l'insorgere di epidemie che contribuivano a peggiorare ulteriormente la qualità della vita ed a frenare l'ottimismo. Gli scambi con paesi lontani non si limitavano solo a merci e tecnologie, inevitabilmente includevano anche agenti patogeni la cui diffusione era resa molto rapida dalla concentrazione di individui nelle città, dalle precarie condizioni igieniche e da una alimentazione sempre più scarsa che ne indeboliva le difese. La conseguenza è stata la decimazione della popolazione e l'instaurarsi di una estrema insicurezza mista ad inevitabile rassegnazione. L'individuo era vittima di avvenimenti che non poteva in alcun modo controllare, gli sconvolgimenti climatici e le continue pestilenze si sommavano ai sempre presenti eventi bellici. Nell'Europa del XV secolo il Cristianesimo che era da tempo religione comune, forniva ai fedeli non solo una speranza a cui aggrapparsi, ma anche una spiegazione che considerava malattie e sofferenze come conseguenza ineliminabile del peccato originale di Adamo ed Eva. Le epidemie erano viste non solo come punizione di Dio ma anche come opportunità per guadagnare il premio eterno, espiando e soffrendo nella vita terrena.

Le molte epidemie che funestavano la vita durante la piccola glaciazione, erano rese inarrestabili anche dall'inefficacia della scienza medica dell'epoca, incapace di affrontare le nuove sfide, contaminata dalla magia e quasi sempre in mano a ciarlatani ed imbroglioni. Spesso i tentativi di cura si rivelavano più letali

Relazione tenuta al Convegno annuale di Facoltà Santi in Medicina, storie di santi che fanno i medici e di medici che fanno i santi, il 12 maggio 2013.

della stessa malattia, e le conoscenze mediche erano scarse e frammentarie vestigia di più antiche conoscenze quasi del tutto dimenticate. Infatti, molte importanti acquisizioni in campo medico si erano perse ormai da tempo con la scomparsa delle grandi civiltà del passato, spazzate via dalle invasioni di nuove popolazioni in grande espansione. Purtroppo i vincitori non sempre si accontentavano di prendere il potere, talvolta distruggevano anche la cultura degli sconfitti con la pretesa di sostituirla con la propria culturalmente arretrata.

Anche per i pochi fortunati che potevano ricorrere alle cure di un vero medico, l'aspettativa di guarigione restava generalmente delusa e, quando avveniva, era spesso spontanea e non effettivamente risultante dall'efficacia delle terapie. Sulla base di questa consapevolezza era diventato normale considerare la guarigione un evento miracoloso perché, anche se ovviamente si desiderava guarire, in realtà non si credeva possibile che i medici potessero realmente operare la guarigione con le conoscenze a loro disposizione. Il malato più che la cura cercava la purificazione, poiché il benessere del fisico era considerato dipendente da quello spirituale ed i pellegrinaggi nei luoghi sacri erano frequenti, a dimostrazione del fatto che si confidava più nel miracolo che nella scienza medica. Nel corso della storia dell'uomo, in tutti i tempi ed in tutte le civiltà, con le modalità più diverse, il ricorso all'aiuto del Sovrannaturale è stato sempre presente, spesso con una tendenza inversamente proporzionale al progresso della medicina e della scienza in genere. Nel passato questa abitudine era certamente molto più diffusa ma anche oggi, quando la medicina non riesce a guarire o la scienza non riesce a trovare una adeguata soluzione, non è poi così infrequente che qualcuno si rivolga a qualche Santo sperando nel miracolo.

Il miracolo dei Quattordici Santi Ausiliatori

Cercare l'aiuto dei Santi costituiva l'alternativa più razionale alla magia ed alla superstizione imperanti e, soprattutto nel mondo germanico del XV secolo, rivolgersi ad un gruppo di Santi era una consuetudine antica che le numerose drammatiche circostanze che hanno caratterizzato il XIV secolo avevano contribuito a mantenere viva. Era diffusa l'abitudine di rivolgersi a gruppi di Santi che, di volta in volta, erano costituiti per essere venerati insieme oltre che singolarmente. Era un po' come rivolgersi ad una sorta di "pronto soccorso" che si sperava disponesse delle competenze necessarie

per far fronte a tante e diversificate problematiche di salute e non. Questa tradizione di speranza, è culminata nel XV secolo con il miracolo dei Quattordici Santi Ausiliatori che ha avuto una vasta risonanza in Europa, soprattutto tra le popolazioni di lingua tedesca. Attualmente, per Santi Ausiliatori si intende un ben definito insieme di quattordici Santi collegati da un evento miracoloso che si è svolto in Germania e che è stato rapidamente riconosciuto dalla Chiesa di Roma, dando origine ad un culto che permane fino ai nostri giorni.

Il 17 settembre del 1445, il giovane pastore Hermann Leicht che tornava nella sua casa vicino all'Abbazia cistercense di Langheim, ha incontrato un bambino che piangeva e che è sorprendentemente scomparso non appena lui ha cercato di avvicinarsi. Quasi un anno dopo, il 29 luglio del 1446, Hermann Leicht ha nuovamente incontrato il bambino che questa volta non piangeva, era circondato da altri bambini, aveva una croce rossa sul petto e dal cielo scendevano candele accese. I bambini non sono scomparsi quando si è avvicinato e, incuriosito, ha chiesto chi fossero; gli è stato risposto "siamo i quattordici Ausiliatori e vogliamo che venga eretta una Cappella dove i fedeli possano sostare in preghiera. Sii il nostro servitore e noi saremo i tuoi servitori". Il desiderio dei Santi Ausiliatori era che venisse costruita in quel luogo una Chiesa ad essi dedicata a ricordo di quanto avvenuto; in cambio promettevano aiuto ed intercessione per coloro che si fossero recati in quella Chiesa. Nel tornare a casa, il giovane Hermann, raccontava concitatamente quanto gli era capitato a tutti quelli che incontrava, trasmettendo così la sua meraviglia ad altre persone, fino a guidare una piccola folla nel luogo dell'apparizione. Nel gruppo pare fosse presente una donna gravemente malata, secondo qualche descrizione forse sua madre, la quale sarebbe rientrata a casa miracolosamente guarita.

La notizia della visione e della guarigione miracolosa si diffondeva rapidamente di bocca in bocca, generando un movimento di opinione a favore della costruzione di una Cappella nel luogo dell'apparizione. All'inizio l'Abate proprietario dei terreni intorno all'Abbazia di Langheim non aveva alcuna intenzione di cedere a quella richiesta, ma le crescenti pressioni dell'opinione pubblica e l'inizio di inarrestabili pellegrinaggi da parte di tanti malati lo hanno alla fine costretto a cedere il terreno ed a contribuire a finanziare la costruzione di

una Cappella. La presenza della Cappella ha aumentato esponenzialmente il numero di pellegrini che si mettevano in viaggio, con ogni mezzo e affrontando sacrifici e pericoli, pur di raggiungere l'Abbazia di Langheim. Con grande tempestività le autorità religiose del circondario hanno provveduto ad informare il Papa sia del miracolo che di quanto stava avvenendo a Langheim. La risposta della Chiesa di Roma è stata rapida e subito positiva. Il Papa Niccolò V, uomo di grande cultura e saggezza, ha istituito nel giorno 8 agosto una festa collettiva per i Quattordici Santi Ausiliatori ed ha collegato al loro culto, oltre a particolari indulgenze, anche una Messa con una liturgia particolare che è riportata negli antichi messali di Bamberg, Costanza e Magonza. Forse l'incalzare degli eventi e la pericolosa deriva verso il Protestantismo, avevano reso auspice ed opportuno sostenere, con quel miracolo e con le guarigioni miracolose, la superiorità della Religione Cattolica nel mondo germanico che in quel momento era agitato da un preoccupante fermento culturale e religioso.

Dalla seconda metà del XV secolo il culto dei Quattordici Santi Ausiliatori si è affermato e consolidato in Germania, espandendosi anche alle nazioni vicine, portando alla costruzione di Chiese e di Ospedali ad essi dedicati. Per secoli i pellegrinaggi sono proseguiti

incessanti e tra i pellegrini, oltre alla gente semplice, cominciavano ad esserci personaggi famosi e potenti quali il grande artista Albrecht Dürer, alcuni Principi elettori ed addirittura Imperatori come Federico III e Ferdinando I d'Asburgo, tutti accomunati dal ritenere la preghiera e la speranza nel miracolo forse più affidabili delle terapie.

La piccola Cappella originaria, distrutta da un incendio non molto tempo dopo la sua costruzione, era stata subito sostituita erigendone una più grande, poi successivamente ulteriormente più volte allargata, sulla spinta della necessità di contenere i numerosissimi pellegrini, fino alla costruzione del Santuario nella sua forma attuale per volontà dell'abate Stephan Mösinger nella seconda metà XVIII secolo. Il progetto è stato affidato al celebre architetto del rococò Balthasar Neumann (1687-1753) e nel 1743 sono iniziati i lavori per la costruzione di una grande Basilica nella frazione di Bad Staffelstein in Alta Franconia (Baviera). Il principale finanziatore è stato il principe Vescovo di Bamberg, Karl Friedrich von Schönborn. Il Santuario dei Quattordici Santi Ausiliatori (Vierzehnheiligen) è stato solennemente inaugurato il 16 settembre 1772. Dalla



Fig. 1 - La Basilica dei Quattordici Santi Ausiliatori (Vierzehnheiligen) a Bad Staffelstein in Baviera costruita su progetto dell'architetto Balthasar Neumann. I lavori sono iniziati nel 1743 con il Principe Vescovo di Bamberg come principale finanziatore, la Basilica è stata solennemente inaugurata il 16 settembre 1772. Attualmente è gestito dall'Ordine Francescano ed è mèta di circa mezzo milione di visitatori all'anno.



Fig. 2 - Il fastoso altare all'interno della Basilica dei Quattordici Santi Ausiliatori (Vierzehnheiligen) a Bad Staffelstein in Baviera, grande capolavoro dell'architettura rococò tedesca. (Wikipedia, foto senza flash).

Nome	(Periodo)	Festa	Invocato contro
Agazio	(IV sec)	8 maggio	emicrania e tormenti dell'agonia
Barbara	(IV sec) *	4 dicembre	fulmini, febbre e morte improvvisa
Biagio	(IV sec)	3 febbraio	malattie della gola, protegge animali domestici
Caterina d'Alessandria	(IV sec) *	25 novembre	malattie della lingua e morte improvvisa
Ciriaco di Roma	(IV sec)	8 agosto	tentazioni diaboliche
Cristoforo	(III sec)	25 luglio viaggi	peste, uragani e pericoli durante i viaggi
Dionigi	(III sec)	9 ottobre	dolori alla testa
Egidio	(VII sec)	1 settembre	peste, paura, follia, protegge storpi e mendicanti
Erasmus	(IV sec)	2 giugno	dolori addominali, epidemie; protegge i marinai
Eustachio	(II sec) *	20 settembre	pericoli del fuoco e discordia in famiglia
Giorgio	(IV sec)	23 aprile	infezioni della pelle, protegge animali domestici
Margherita d'Antiochia	(III sec)*	20 luglio	problemi del parto, malaria e diavoli
Pantaleone	(IV sec)	27 luglio	consunzione (cancro e tubercolosi)
Vito	(IV sec) **	15 giugno	epilessia, idrofobia, fulmini, protegge gli animali

* Citata/o nella «Legenda Aurea», la collezione di vite di Santi di Jacopo da Verrone, Vescovo di Genova e Frate domenicano (1260). La sua festività, soppressa da Papa Paolo VI nel Calendario Romano (1969), è stata riannessa come facoltativa dal 2003 da Giovanni Paolo II.

** Citato nel *Martyrologium Hieronymianum* del V secolo, il più antico catalogo di martiri cristiani, riportato negli *Acta Sanctorum*, una raccolta, iniziata nel XVII secolo, di documenti relativi ai santi della Chiesa cristiana.

Tab. 1 - Elenco alfabetico dei quattordici Santi Ausiliatori con l'indicazione del periodo in cui sono vissuti, del giorno della loro festa e le principali ragioni per cui erano invocati. Tutti, eccetto Egidio, sono stati martiri.

sua costruzione e fino al 1803, quando i Decreti napoleonici hanno soppresso gli ordini religiosi, il Santuario è rimasto affidato alla cura dei Cistercensi; ad essi, nel 1839, sono subentrati i Francescani per volontà del re Ludwig I.

Il Santuario dei Vierzehnheiligen è un imponente capolavoro dell'architettura tardo barocca tedesca che domina dall'alto il paesaggio circostante (fig.1). All'interno (fig.2) una ricca cornice di stucchi preziosi, statue ed affreschi circonda il grandioso altare centrale nel quale spiccano le

statue (Figg. 3-16) dei Quattordici Santi che il pellegrino può facilmente identificare sulla base dell'atteggiamento e dei vari elementi simbolici, abiti, oggetti, animali.

La devozione ai Quattordici Santi Ausiliatori al giorno d'oggi

Nel Medioevo, il culto dei Quattordici Santi Ausiliatori dalla Germania si è diffuso soprattutto in Austria, Svizzera ed Italia. Poiché sembra accertato che nell'evento miracoloso non fossero emersi i nomi dei quattordici Santi, la tradizione che nel tempo si è venuta a creare ha portato alla loro identificazione (Tabella 1) tra i Santi ai quali la devozione popolare soleva ricorrere per trovare conforto alle paure e guarigione dalle malattie. Anche se l'elenco dei Santi non è stato uguale in tutti i posti, si trattava comunque di Santi molto antichi, le cui frammentarie biografie sono giunte fino a noi intrise di così tante leggende che è difficile talvolta essere sicuri della loro effettiva esistenza. Dodici dei Quattordici Santi Ausiliatori sono vissuti e morti martiri nell'intervallo dal III al IV secolo, uno è vissuto e morto martire nell'intervallo dal I al II secolo, uno è vissuto tra il VII ed il VIII secolo ed è l'unico ad essere morto per cause naturali. Le notizie sulla loro vita sono state tramandate nella tradizione e riportate in vari antichi testi di agiografia, scritti però quasi mille anni più tardi.

La devozione ai Quattordici Santi Ausiliatori è stata grande, ad essi sono state dedicate Città e Chiese, testimonianze del loro culto sono presenti in varie opere d'arte, sculture - pitture - affreschi, che li raffigurano insieme o singolarmente. Nonostante che la speciale liturgia voluta da Papa Niccolò V fosse stata successivamente abolita nel 1618 e che la stessa festa dei Quattordici Santi Ausiliatori fosse stata cancellata nel 1969 da Papa Paolo VI nel corso della riforma del calendario dei Santi, il loro culto si mantiene

Figg. 3-16 - Le statue dei Santi nell'altare principale della Basilica dei Quattordici Santi Ausiliatori a Bad Staffelstein in Baviera. Ogni Santo è identificabile sulla base dell'atteggiamento e della presenza dei vari elementi simbolici (abiti, oggetti o animali) che lo caratterizzavano.



Fig. 3 - Sant'Agazio



Fig. 4 - Santa Barbara



Fig. 5 - San Biagio



Fig. 6 - Santa Caterina d'Alessandria



Fig. 7 - San Ciriaco



Fig. 8 - San Cristoforo

vivo anche adesso, limitato alle popolazioni di lingua germanica, in Italia esclusivamente nella Provincia di Bolzano.

In Germania, oltre alla grande Basilica di Bad Staffelstein, ho trovato indicazioni della presenza di numerose Chiese e Cappelle dedicate ai Quattordici Santi

Ausiliatori. Tra queste la Chiesa Parrocchiale di Schaufling, Chiese minori a Dobl, Karpfham e Neuhofen che sono; la Chiesa di St. Athanasio a Emberg contiene la Vierzehn Nothelfer Kapellen, come pure la Chiesa dell'Abbazia di Raitenhaslach del 1735. La devozione si è rapidamente diffusa ed estesa ad altre comunità dei Cistercensi, a Raitenhaslach, Waldsassen, Kamenz,



Fig. 9 - San Dionigi



Fig. 10 - Sant'Egidio



Fig. 11 - Sant'Erasmo



Fig. 12 - Sant'Eustachio



Fig. 13 - San Giorgio



Fig. 14 - Santa Margherita di Antiochia

Neuzelle, Heinrichau e Grüssau.

Anche in Italia, ma esclusivamente nella Provincia di Bolzano, ci sono tracce del culto dei Quattordici Santi Ausiliatori, collegate al miracolo in quanto costruite a partire dall'inizio del 1500. Ho trovato, ad esempio, una Chiesa dedicata ai Quattordici Santi Ausiliatori a Riomolino (1517, frazione di Gais, Valle Aurina, BZ) che contiene due rappresentazioni dei Quattordici Santi Patroni della Chiesa nella Pala d'Altare del 1685 ed

in un affresco sulla facciata del XVIII secolo. C'è poi la Parrocchiale di Mareta di Val di Giovo (Racines, BZ) in barocco bavarese, dedicata a San Pancrazio, che però contiene una raffigurazione dei Quattordici Santi Ausiliatori. Ancora un altro esempio è costituito dalla Cappella dei Quattordici Santi Ausiliatori a Gaido (località sopra Appiano, BZ). Ricostruita e ristrutturata nel 1634, all'interno è presente un Altare barocco risalente alla metà del XVII secolo, sull'Altare una raffigurazione dei Quattordici Santi Ausiliatori.



Fig. 15 - San Pantaleone



Fig. 16 - San Vito

Nelle Marche, come d'altronde nel resto dell'Italia, non sembrano esserci Chiese o Cappelle dedicate al culto dei Quattordici Santi ausiliatori. Esistono numerose Chiese dedicate singolarmente a qualcuno di essi; ma sono per lo più antecedenti alla data del miracolo per cui non sembra esserci nessuna reale correlazione. Ragionevolmente, sono espressione del fatto che tali Santi, essendo molto antichi, hanno avuto il tempo di essere conosciuti da un gran numero di popolazioni che vivevano in luoghi lontani tra loro.

Il Santo che ha il maggior numero di chiese a lui dedicate è certamente San Biagio con almeno quindici chiese nelle Marche. Cinque sono in Ancona, una in città, le altre a Massignano, Filottrano, Osimo, e Fabriano (località Campodónico) con l'Abbazia di San Biagio costruita intorno al 1030. Tre sono in Provincia di Macerata, esattamente a Muccia, Castelraimondo (datata 1330) e Sarnano (datata 1000). Una di tali chiese è in Provincia di Ascoli Piceno, a Montemonaco, sei sono in Provincia di Pesaro, a Fano, Monte Cerignone, Piandimeleto, Sassofeltrio, Pergola (Chiesa dei Santi Francesco e Biagio del XIII secolo), Serra d'Abbondio (Chiesa dei Santi Biagio e Abbondio del IV-V secolo). San Biagio è patrono di varie cittadine nelle Provincie di Macerata, Fermo e Pesaro-Urbino. La devozione a San Giorgio si manifesta con almeno otto Chiese a lui dedicate, due nella Provincia di Pesaro Urbino, a Montecalvo in Foglia e ad Urbania,

una a Macerata e l'altra a San Severino Marche (MC), tre in Provincia di Ascoli Piceno, ad Acquaviva Picena, Venarotta e Montemonaco (quest'ultima edificata nel 996), una a Porto San Giorgio in Provincia di Fermo. Ci sono una decina di Chiese dedicate a San Cristoforo, soprattutto nella Provincia di Pesaro Urbino. Tra queste cito in particolare sei Chiese, due a Fossombrone, le altre ad Isola del Piano, Pennabilli, Fano, ed Urbania (il Duomo costruito nel IX sec.). Ci sono tre chiese dedicate a San Vito (due in Provincia di Pesaro Urbino a San Lorenzo in Campo ed a Mombarriccio (quest'ultima del XIV secolo), l'altra a Pieve Torina in Provincia di Macerata) e tre Chiese dedicate a Santa Barbara, una in Provincia di Pesaro Urbino a Montefelcino, l'altra a Cupra Marittima in provincia di Ascoli Piceno, la terza a Castelrai-

mondo in Provincia di Macerata. Ci sono due Chiese dedicate a Sant'Egidio, una a Staffolo (AN) e l'altra a Castignano (AP), e due dedicate a Santa Caterina d'Alessandria, una a Comunanza (AP) e l'altra a Fermo. C'è soltanto una Chiesa dedicata a Sant'Eustachio, esattamente a Belforte del Chienti in Provincia di Macerata, e soltanto una Chiesa dedicata a Santa Margherita di Antiochia a Fabriano (AN); la Chiesa attuale è del XV secolo, ma sostituisce quella precedente del XIII secolo, ed un Monastero la cui fondazione viene fatta risalire al 781 da antichi documenti. Santa Barbara nelle Marche è patrona della Cittadina di Barbara, vicino Senigallia, che deve tuttavia il suo nome non alla Santa ma piuttosto al fatto di essere stata un avamposto dei Longobardi verso la fine del VI secolo, "barbara" cioè straniera.

Degli altri cinque dei Quattordici Santi Ausiliatori non sono riuscito a trovare Chiese in nessuna località nelle Marche e le Chiese dedicate agli altri nove Santi Ausiliatori sono di varie epoche, spesso ben antecedenti al periodo del miracolo. Si può quindi concludere che nelle Marche, come nel resto dell'Italia con l'eccezione della provincia di Bolzano, non ha attecchito la devozione ai Quattordici Santi Ausiliatori o, per lo meno, non ha lasciato tracce ai nostri giorni. La devozione ai Quattordici Santi è quindi un fenomeno locale, che è rimasto confinato nel mondo germanico.

Demenza tra presente e futuro

Acquisizioni, prospettive, certezze e zone d'ombra

Demenza o demenze? Quante demenze possibili?

Inquadramento nosografico

Nella visione tradizionale, il *deterioramento cognitivo*, meglio conosciuto con l'equivoco ed abusato termine di *demenza*, viene etichettato come una condizione necessariamente associata a "perdita" di diverse funzioni cognitive e a mancanza di autonomia e consapevolezza. In realtà il deterioramento cognitivo costituisce un vero e proprio universo di condizioni cliniche variegata, spesso diverse tra loro e a tratti antitetiche.

Esistono molte malattie neurologiche che possono condurre a demenza con vari e variabili fenotipi clinici. Alcune demenze sono inoltre la conseguenza di *malattie sistemiche* che determinano indirettamente una sofferenza delle strutture cerebrali. Si pensi a tal proposito al deterioramento cognitivo secondario a gravi malattie di origine renale od epatica che comportano una insufficienza d'organo e quindi una encefalopatia secondaria (uremica od epatica).

Classicamente le demenze vengono distinte in primarie e secondarie. Se, per le demenze secondarie, la causa è, per definizione, nota, e, potenzialmente reversibile (si pensi ai disturbi cognitivi in corso di insufficienza epatica che possono regredire dopo trapianto di fegato), le demenze primarie sono costituite da diverse forme di degenerazione cerebrale che si esprimono con degli aspetti clinici spesso peculiari e caratterizzanti. Le demenze primarie hanno tuttora causa ignota, ovvero il "primum movens" che conduce a degenerazione alcune popolazioni neuronali non è tuttora conosciuto.

Demenze: come dove e quando?

ITER DIAGNOSTICO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Primo passo: la storia clinica

La storia dei disturbi lamentati dal paziente o evidenziati dalle persone che sono più a stretto contatto con esso (il cosiddetto *caregiver*) è un momento importan-

Interviste trasmesse il 20 e 27 febbraio 2013 nel TG3 Marche per il ciclo Prevenzione in Medicina, coordinato da Maurizio Bertucci e Antonio Benedetti.

SIMONA LUZZI, LENADRO PROVINCIALI

Malattie del Sistema nervoso
Università Politecnica delle Marche

te che consente di acquisire informazioni sulle caratteristiche dei disturbi cognitivi e comportamentali e sul profilo temporale di malattia. La semplice domanda: "da quanto tempo?" permette di orientare l'attenzione del neurologo verso forme di demenza croniche o subacute e quindi aprire due scenari di malattia (e di potenziale causa di malattia) completamente diversi. Il cosiddetto fenotipo clinico, ovvero la tipologia dei disturbi riferiti (disturbo di memoria? di linguaggio? del comportamento? etc) consente, inoltre, di orientarsi all'interno dell'ampio ventaglio di possibili forme di deterioramento cognitivo, poiché le diverse malattie degenerative cerebrali tendono a danneggiare ciascuna specifiche aree cerebrali (vedi tabella).

Momento fondamentale: la valutazione neuropsicologica

I disturbi riferiti dal paziente e dal caregiver devono essere oggettivabili. Il modo più semplice ed attendibile di valutare il funzionamento del cervello consiste nel mettere "quel cervello alla prova". La valutazione funzionale avviene infatti mediante una serie di prove cognitive (o neuropsicologiche) che hanno la funzione di esplorare il funzionamento dei diversi domini cognitivi, quali la memoria, il linguaggio, la capacità di orientarsi nello spazio etc. La valutazione cognitiva è un esame dirimente per una corretta diagnosi ed è di fondamentale importanza che sia eseguita da personale esperto, che abbia cognizione di neurologia cognitiva e comportamentale, poiché l'interpretazione dei risultati (quale disturbo cognitivo nasconde un certa prestazione?), al di là del semplice punteggio (prestazione corretta o alterata) consente di risalire al profilo cognitivo. La valutazione cognitiva è estremamente dinamica e le prove somministrate variano a seconda della tipologia del soggetto. Non è possibile pensare di applicare le stesse prove ad un soggetto giovane e laureato e a un soggetto anziano e con poca scolarità, poiché il grado di difficoltà deve essere "ponderato" in base alle diverse caratteristiche demografiche. In seconda battuta la prova è di per sé dinamica poiché in ogni paziente verranno indagati con maggior dettaglio i domini cognitivi che il soggetto riferisce come deficitari.

Conoscere la "struttura" cerebrale: ruolo del neuroimaging morfologico

La valutazione della morfologia del parenchima cerebrale, mediante uno studio di neuroimmagine, quale può essere la tomografia computerizzata (TC) cerebrale o la risonanza magnetica cerebrale (RMN) è uno step

importante nella diagnosi di demenza. Questi accertamenti consentono di escludere molte forme secondarie di deterioramento cognitivo (ad esempio tumori cerebrali, malattia vascolare dell'encefalo, idrocefalo normoteso etc).

Conoscere il "funzionamento" cerebrale: ruolo del neuroimaging funzionale

Sebbene la TC o RM cerebrale siano importanti nell'escludere forme secondarie di demenza essi non sono sempre utili nel profilo differenziale delle diverse forme di demenza primaria (o degenerativa). Un valido aiuto in tal senso è fornito dal cosiddetto neuroimaging funzionale, ovvero da alcuni esami (PET e SPECT cerebrale) che permettono di valutare "quanto" funzionano le diverse aree cerebrali. Il riscontro di una ipocaptazione di tracciante in determinate aree cerebrali piuttosto che in altre contribuisce ad aumentare notevolmente l'accuratezza diagnostica.

Nuove proteine, nuove frontiere: l'esame del liquido cerebrospinale

Un esame entrato nel bagaglio degli esami di ausilio nella diagnosi differenziale delle demenze è costituito dall'esame del liquido cefalorachidiano che per-

mette di valutare e quantificare l'eventuale presenza di sostanze anomale che sono in genere presenti nel liquido cefalorachidiano in alcune demenze e non in altre. A titolo di esempio, il riscontro di un aumento della proteina "tau e fosfotau" associata a diminuzione della "beta amiloide" sono suggestivi di Malattia di Alzheimer, mentre un aumento consistente della proteina 14.3.3 orienta verso una demenza da prioni.

"Sei a rischio di demenza"? Ruolo dei fattori di rischio

La determinazione di alcuni fattori di rischio può essere di ausilio nel conoscere la probabilità che un soggetto ha di sviluppare una determinata malattia. Nel capitolo delle demenze un esempio è costituito dalla determinazione dell'aplotipo dell'apolipoproteina E (APOE) nella Malattia di Alzheimer.

Dentro il DNA: ruolo dell'analisi genetica

Molte delle demenze degenerative o secondarie che vediamo nella comune pratica clinica sono sporadiche. Alcune forme di demenza però hanno una chiara ed accertata base genetica, poiché sono conseguenti a determinate mutazioni genetiche. Per tale motivo è possibile eseguire una analisi genetica volta ad approfondire que-

Disturbo iniziale riferito ed obiettivo	Area cerebrale colpita	Malattia degenerativa
Disturbo di memoria per eventi quotidiani	Corteccia temporo-mesiale	Malattia di Alzheimer
Disturbo di linguaggio	Aree frontotemporali di sinistra	Afasia non fluente progressiva
Disturbo di comportamento	Corteccia frontale	Demenza frontotemporale
Disturbo di memoria semantica	Corteccia temporale laterale	Demenza semantica
Disturbi visuoperceptivi ed allucinazioni	Corteccia temporo-occipitale	Demenza con corpi di Lewy
Disturbo di esecuzione di gesti	Corteccia parieto-frontale	Degenerazione corticobasale
Disturbi visivi e spaziali	Corteccia occipito-parieto-temporale	Atrofia corticale posteriore

Tab. 1 - Alcuni esempi di quadri clinici di esordio, tipici delle demenze degenerative primarie più frequenti.

sto aspetto nei soggetti affetti da demenza che presentano una familiarità per demenza, ovvero riconoscono nel proprio albero genealogico altri membri affetti da demenza con stesse caratteristiche cliniche del paziente esaminato. La Malattia di Alzheimer è raramente familiare, sebbene esistano casi trasmessi geneticamente. Ci sono altre forme di demenza, quali le demenze fronto-temporali, in cui l'aspetto genetico ha un valore molto più consistente (40% dei casi ereditari).

Oltre la vita alla scoperta della causa: ruolo dell'esame istopatologico

La diagnosi di certezza di demenza, in particolare di demenza degenerativa, è possibile soltanto mediante esame autoptico. Questa pratica (ovvero sottoporre il paziente affetto da demenza ad autopsia al momento del decesso) è rarissima nel nostro paese, mentre viene eseguita molto frequentemente in altre aree del mondo (ad esempio nel Regno Unito). Sebbene essa non abbia alcun valore ai fini del singolo paziente, ha un notevole valore speculativo, poiché consente di aumentare l'accuratezza diagnostica e aumentare la conoscenza della causa di demenza.

Il futuro già presente: diagnosi precoce

Negli ultimi anni, grazie all'affinamento di tecniche sofisticate, quali la PET cerebrale, l'esame del liquido cefalorachidiano e la possibilità di poter eseguire prove neurocognitive estremamente sensibili, è stato fatto un notevole salto in avanti nella diagnosi precoce di malattia. E' ormai di fruizione comune il termine *Mild Cognitive Impairment* (disturbo cognitivo lieve) che identifica una entità clinica che solitamente precede l'esordio di una vera e propria demenza ed è costituito dalla presenza di un disturbo cognitivo isolato che non determina una perdita di autonomia del soggetto. Tale condizione rappresenta spesso la "spia" dell'inizio di un processo degenerativo e potrà costituire in futuro il "bersaglio" di terapie che possano agire in fase precoce prima dello sviluppo di demenza.

COME CURARE? CHI CURARE? QUANDO CURARE?

La terapia del deterioramento cognitivo

Sono poche le forme di demenza reversibili o guaribili. Rientrano in questo gruppo alcune forme di deteriora-

mento cognitivo secondario. La maggior parte delle forme di demenze, ed in particolare tutte le demenze degenerative, non sono al momento reversibili. Ciò non significa, però, che non siano curabili. Esistono farmaci che hanno la funzione di fornire al cervello quelle sostanze (neurotrasmettitori) che sono carenti. In alcuni di essi è stata dimostrata anche una blanda attività trofica e quindi sembrerebbero in grado di rallentare la progressione della malattia.

Tale è il caso dei cosiddetti inibitori delle colinesterasi ad azione centrale e della memantina nella cura della Malattia di Alzheimer. Accanto a questi, ci sono moltissimi farmaci, definiti sintomatici, che hanno la funzione di eliminare alcune manifestazioni (ad esempio aggressività, apatia, allucinazione, deliri etc) e che, seppur incapaci di agire sulla storia di malattia, determinano un miglioramento della qualità di vita del paziente e dei familiari.

QUALE FUTURO? QUANDO IL PRESENTE SARÀ PASSATO?

Ruolo della ricerca nella demenza.

La ricerca nella demenza è orientata verso due fronti: il primo, scoprire le cause dei processi degenerativi cerebrali che conducono a demenza, il secondo, individuare farmaci capaci di bloccare o rendere la demenza un processo reversibile.

La Clinica neurologica è parte di un network che coinvolge diversi paesi nel mondo, che ha lo scopo di individuare, grazie alla collaborazione con altri centri italiani ed europei, le caratteristiche fenotipiche e strutturali delle diverse degenerazioni cerebrali che conducono a demenza.

Infine, la Clinica neurologica è attiva ormai da anni nello sperimentare i "farmaci del futuro", ovvero farmaci che non sono ancora in commercio, ma sembrano essere promettenti nella cura di malattie di degenerative, quali la Malattia di Alzheimer. Tale è l'esempio dei cosiddetti anticorpi monoclonali (meglio conosciuti con il termine di "vaccini") che dovrebbero rimuovere le sostanze anomale che si depositano nel cervello delle persone affette da Malattia di Alzheimer determinando la guarigione o la stabilizzazione della malattia.

ALBERTO PELLEGRINO
Sociologo

Il medico a fumetti

La figura del medico occupa una rilevante posizione nel vasto mondo dell'immaginario collettivo, per cui è presente nel teatro, nella letteratura, nel cinema, nei serial televisivi e nel fumetto, quando questo mezzo di comunicazione di massa ha avuto nel Novecento un ruolo di particolare rilievo.

I fumetti didattici

Il fumetto conserva ancora oggi una sua forza comunicativa a livello popolare, per cui si è pensato di usare le sue potenzialità di divulgazione per introdurre nella società una più realistica rappresentazione della figura del medico e della sua funzione sociale, in particolare per diffondere l'educazione alla salute. A questo scopo da alcuni anni negli Stati Uniti sono impiegate storie disegnate a fumetti per l'informazione e la cura dei pazienti, soprattutto i più giovani e quelli non di madrelingua. Queste *graphic novel* si sono rivelate valide sia per i pazienti che vogliono saperne di più sulla loro malattia attraverso un linguaggio visivo semplice e diretto, sia per i medici che possono avvicinarsi meglio all'esperienza personale del malato e confrontarsi con l'opinione errata che egli ha sulla sua malattia. I fumetti possono quindi essere utili al medico per descrivere la diagnosi delle malattie, per sollecitare il paziente a fare domande o per esprimere preferenze circa le cure, aiutando ad abbassare il livello di ansia. Il fumetto è stato usato anche nella cura delle malattie mentali, favorendo la comprensione dei pazienti che possono acquisire e scambiare meglio le informazioni con il proprio medico. Si è inoltre appreso per via sperimentale che, adeguando il fumetto alle caratteristiche etniche, culturali e linguistiche

del soggetto, la comprensione della malattia migliora e si alleggerisce lo stigma di paura, emarginazione e fatalismo che la perseguita, mettendone in discussione aspetti importanti della terapia psichiatrica, in cui possono inserirsi, nel caso di minorenni, anche i genitori soprattutto nei casi di disturbo della personalità antisociale, della depressione, della fobia sociale. I ricercatori statunitensi ritengono che sia utile allargare l'impiego di fumetti metodologicamente e scientificamente rigorosi ai servizi sanitari di base e nella scuola, per attivare un'utile triangolazione tra insegnanti-alunni-genitori.

I fumetti sono stati usati anche nelle campagne di prevenzione contro le sostanze stupefacenti, l'alcolismo, la prevenzione dell'Aids, il diabete, le malattie mentali; lo studio del fumetto comincia a entrare nelle Facoltà di medicina statunitensi, come nel caso della Pen State University Medical School dove si tiene un corso di medicina grafica. La dottoressa Mary Kay Czerviec, dopo un'esperienza come infermiera e dopo una laurea in bioetica presso la Northwestern University, è diventata un'autrice di fumetti medici di successo e tiene seminari di disegno medico agli studenti di medicina per insegnare come tradurre graficamente casi clinici e storie mediche.

Il fumetto e la storia della medicina

In Italia il fumetto è stato usato per divulgare figure importanti di medici attraverso racconti disegnati a metà strada tra l'avventura e la realtà storica, in modo da far conoscere soprattutto ai lettori più giovani alcuni progressi fatti in campo medico per mezzo di straordinarie scoperte.

Mino Milani è un soggettoista e uno sceneggiatore che si è dedicato in particolare al fumetto storico, fornendo ottime



Fig. 1 - Andrea Vesalio, *Il Corriere dei Piccoli*.

prove anche nel campo dei fumetti di storia della medicina grazie alla collaborazione con grandi disegnatori. Per raccontare uno spaccato di vita del grande medico e anatomista fiammingo Andrea Vesalio (1514-1564), egli scrive una storia intitolata *Il Barnard del 1500* (1975) e fa ricorso a Sergio Toppi (1932-2012), una delle punte di diamante della letteratura disegnata italiana. La vicenda è ambientata a Parigi nel 1524, quando il fondatore della moderna anatomia pratica in segreto la sezione dei cadaveri, riuscendo a dimostrare i numerosi errori commessi in mille e trecento anni di medicina galenica. Trasferitosi in Spagna, Vesalio è chiamato per costatare la morte del signore d'Ayala duramente colpito durante una giostra d'armi, ma vuole appurare le cause di quel decesso e si fa portare segretamente il cadavere nel suo laboratorio, dove scopre che gli organi principali sono intatti e che soprattutto il cuore presenta un piccolo battito. Vesalio rimane sconvolto dal rimorso per aver ucciso un uomo, per cui va a chiedere perdono nei luoghi santi della Palestina, quindi viene sbarcato da una nave spagnola sull'isola di Zante, essendo gravemente malato. Ai due medici che accorrono al suo capezzale e che vorrebbero prescrivere salassi e pozioni, egli dice di lasciar perdere perché tra poco sarà morto: "Me ne intendo io...sono Andrea Vesalio".

Milani collabora con un altro grande disegnatore come

Dino Battaglia per la storia intitolata *Il coraggio di Edward Jenner* (1972), nella quale racconta i lunghi esperimenti fatti da Edward Jenner (1749-1823), un medico di campagna inglese che conduce una lunga lotta per scoprire un vaccino capace di debellare il vaiolo. Tale lotta culmina il giorno in cui il medico decide di iniettare in un ragazzo di nome James Phipps il pus umano prelevato da un malato di vaiolo, dimostrando che la malattia non aveva attecchito e dando l'avvio a una vaccinazione a livello planetario.

La terza avventura è disegnata ancora da Sergio Toppi e riguarda Louis Pasteur (1822-1895), lo scopritore del siero antirabbico, impegnato in una vicenda poliziesca per sventare un attentato progettato con un cane affetto dalla rabbia; la storia del grande medico francese è ripresa da Arturo del Castillo nel racconto intitolato *La vita di Louis Pasteur* (1972), realizzato secondo criteri biografici e meno avventurosi. Ritorna Mino Milani con il disegnatore argentino Alberto Breccia con una storia intitolata *Lo strano caso della muffa* (1972), nel quale si narrano le vicende che portano l'inglese Alexander Fleming (1881-1955) alla straordinaria scoperta della penicillina destinata a salvare milioni di vite umane.

Da ultimo un gruppo di autori della Repubblica Popolare Cinese ha pubblicato una storia intitolata *La vita di Norman*



Fig. 2 - Luigi Pasteur, *Il Corriere dei Piccoli*.



Fig. 3 - Alexander Fleming, *il Medico a fumetti*, Editiemme.

Bethune (1975), un medico canadese che nel 1938 abbandona il suo paese per trasferirsi in Cina e mettere le sue conoscenze e abilità al servizio dell'esercito cinese impegnato nella lotta di liberazione contro i giapponesi. Nel 1939 Mao Tsetung scrive in un articolo: "Il compagno Norman Bethune era membro del Partito Comunista del Canada e non esitò a superare migliaia di chilometri per venire ad aiutarci nella guerra di resistenza contro il Giappone. Il compagno Bethune era medico e l'arte di guarire era la sua professione".

La figura del medico e l'avventura a fumetti

La figura del medico a fumetti è difficilmente rintracciabile nella realtà quotidiana, perché assomiglia più a un eroe dei fumetti d'avventura che a uno studioso professionista. Per questo egli esercita una specializzazione che richiede una grande abilità manuale e che lo porta a operare in "prima linea" come chirurgo, cardiocirurgo, neurochirurgo o chirurgo vascolare, in situazioni dove contano, oltre a una base scientifica e a determinati contenuti tecnici, un certo modo di presentare l'attività e il peso sociale del medico. Si avverte l'opportunità di mettere in risalto e di far riflettere sul posto che il medico occupa nella società e sul ruolo che l'opinione pubblica gli attribuisce e per questo uno strumento popolare come il fumetto diventa una testimonianza significativa dell'attività medica. La medicina generale offre spunti meno avventurosi, è meno "spettacolare", richiede tempi di guarigione più lunghi, quindi nel fumetto ha avuto meno spazio a differenza di quanto accade in certa letteratura popolare, si pensi al successo dei romanzi di Cronin e in particolare *La*

Cittadella o *Le stelle stanno a guardare*.

Si comprende allora come il medico dei fumetti non ha bisogno di lunghi anni di preparazione per acquisire e affinare le proprie capacità professionali: è giovane, bello, buono, affascinante e ricorda un cavaliere medioevale vincolato a una precisa regola di vita, che gli impone di trascurare ogni esigenza personale per accorrere al fianco del paziente che lo chiama, disposto a sacrificare anche la sua carriera per il bene dei malati. È un uomo inflessibile per prima cosa verso se stesso, senza contraddizioni o debolezze umane, e questo crea un rapporto di fiducia che non ammette dubbi o incrinature, poiché i successi dei medici a fumetti sono sempre totali e risolutivi, sempre giocati su un'alternativa che è la morte o la restitutio ad integrum del paziente, rispecchiando un'aspettativa molto sentita a livello popolare. Bisogna infine riconoscere che gli autori che scrivono soggetti e sceneggiature non sono digiuni di precise nozioni mediche e che queste storie presentano una figura di medico non priva di significati.

Nella società opulenta la professione medica acquista presso il grosso pubblico un suo fascino, soprattutto quando il medico è al centro di una storia avventurosa, perché in questo tipo di società, caratterizzata da una quotidianità spesso banale, si avverte un bisogno di sicurezza che può venire dalla figura di un medico continuamente a contatto con i grandi temi della vita e della morte, coinvolto in eventi drammatici, costretto a esercitare la sua professione durante una guerra.



Fig. 4 - Johnny Hazzard, *Il Medico a fumetti*, Editiemme.

L'uomo della strada, il lettore di fumetti ama essere coinvolto in prima persona in situazioni che suscitano sofferenza e paura, per questo preferisce pensare che qualsiasi malattia possa essere guarita, a differenza di quanto avviene nella realtà quotidiana dove si verificano casi sui quali la medicina non può intervenire sempre con successo perché, nonostante le conquiste conseguite sul piano scientifico, si continua a soffrire e a morire. È pertanto rassicurante credere che possano esistere medici con capacità sovrumane, per cui sono capaci di risolvere problemi che nella realtà appaiono irrisolvibili. Nella società reale esistono specialisti di grande valore, centri medici particolarmente attrezzati ed efficienti, ma questo non deve indurre a credere che "tutto" possa essere guarito grazie al mito del medico onnipotente.

I medici protagonisti del fumetto d'avventura

Johnny Hazard è il protagonista di un fumetto creato nel 1944 da un grande disegnatore e sceneggiatore come Franck Robbins. Il personaggio, che è probabilmente un agente della Cia, porta a termine con buon esito durante la guerra fredda numerose missioni particolarmente delicate in Cina, Corea, Vietnam e Cambogia. Questo fumetto, che è considerato un vero classico dell'avventura, ha fatto scuola e ha riscosso un grande successo per circa trent'anni per la magistrale incisività del disegno e l'abile costruzione delle trame, nonostante le finalità più o meno nascoste di propaganda a favore della politica imperialistica americana in Oriente. Nel racconto intitolato *Missione Mercy*, l'avventura ha inizio in una base Nato in Pakistan dove Jonny arriva su un aereo carico di medicinali e attrezzature sanitarie in compagnia della dottoressa Francis Taggert, presentata come una "fra i dieci migliori neurochirurghi del mondo", per operare un pilota americano rimasto ferito. Successivamente la storia si sposta sulla nave ospedale S.S. Mercury "carica di medici, tecnici e medicinali... finalizzata alla guarigione delle malattie di tutto il mondo", perché "il popolo americano non è in guerra...contro un popolo, ma...per un popolo!... una guerra contro la malattia e l'ignoranza, combattuta con medicine...non con missili!".

Rex Morgan MD (sigla che sta per "medical doctor") è un personaggio che nasce nel 1948 con i testi dello psichiatra Nicholas P. Dallas e i disegni di Marion Bradley e Franck Edgington. Il dottor Morgan è un medico quarantenne bello, atletico elegante e per giunta scapolo che è amato con discrezione dalla sua bella infermiera June Gale. Le sue avventure, che hanno sempre una forte componente sentimentale, rientrano nel genere *soap opera*, ma la striscia non risulta mediocre per la precisa ambientazione medica e per la lotta contro i pregiudizi nei confronti delle malattie mentali.



Fig. 5 - Doc Justice, il Medico a fumetti, Editiemme.

Jim Hawk è stato un asso della seconda guerra mondiale e ora svolge la professione di pilota come titolare dell'*Air Hawk charter service* nella piccola cittadina di Alice Spring nel centro dell'Australia. Il personaggio è stato inventato e disegnato a partire dal 1959 dall'ex pilota John Dixon, diventato il più popolare autore di fumetti del continente australiano. Jim Hawk, oltre a svolgere il normale lavoro di trasporto aereo, collabora con il *Royal Flying doctor service* per prestare il soccorso aereo nelle località più disagiate, difficilmente raggiungibili con altri mezzi in una regione molto vasta e scarsamente popolata. Al fianco del pilota opera il suo amico dottor Hal Matheus, un medico della RFDS che ha rinunciato a una comoda professione in una grande città per svolgere un servizio faticoso e spesso pericoloso, assistito da Janet Grant, una graziosa infermiera assegnata alla clinica della base aerea di Alice Spring. La RFDS esiste veramente ed è stata fondata nel 1928 dal pastore presbiteriano John Flynn, per cui questi racconti hanno un taglio decisamente realistico.

Doctor Strange è un personaggio creato nel 1963 da Stan Lee: si tratta di un luminare della chirurgia avido e privo di scrupoli che ha tradito il giuramento di Ippocrate per perseguire il successo e la ricchezza. A causa di un incidente automobilistico perde il parziale uso della mani e deve rinunciare alla chirurgia. Per cercare una cura si mette in viaggio e arriva alla fine sull'Himalaya, dove incontra l'Antico che possiede le forze della magia bianca; divenuto suo allievo, ne eredita i poteri e fa ritorno a New York per ingaggiare una lotta senza quartiere con i malvagi nemici che praticano la magia nera.

Doctor Justice è un fumetto francese nato nel 1971 ad opera dello sceneggiatore Raphael Marcello e del disegna-



Fig. 6 - Il Dottor Kildare, il Medico a fumetti, Editiemme.

tore Jean Ollivier che conquista ben presto un vasto pubblico internazionale, tanto da essere poi tradotto in una serie televisiva e in una pellicola cinematografica, cui è stato assegnato un premio per la divulgazione delle arti marziali. Il protagonista assoluto di molte avventure è il giovane medico Benjamin Justice che lavora per l'organizzazione *Office international de santé*. Doc Justice è il classico difensore delle buone cause che viene mandato dall'OIS come inviato speciale per risolvere situazioni pericolose e svolgere delicate missioni, durante le quali il giovane medico usa le sue cognizioni scientifiche per curare delle malattie e il karaté, appreso da un maestro giapponese, per combattere e sconfiggere assassini e malvagi di ogni specie.

Un caso a parte è costituito dal Dottor Kildare, un personaggio che nasce come protagonista di una serie di romanzi dello scrittore Max Brand, cui fanno seguito una decina di film tra il 1939 e il 1945. Il successo si rinnova con una serie di telefilm prodotti dalla NBC-TV e mandati in onda anche dalla televisione italiana. Finalmente nel 1962 lo sceneggiatore e disegnatore Kenneth Bald pensa di fare di questo personaggio il protagonista di una serie di storie a fumetti che conquistano un'immediata popolarità, tanto da essere pubblicate da 230 quotidiani statunitensi e da altri giornali in tutto il mondo. Nelle storie a fumetti, come nei film e telefilm, il protagonista è sempre Kildare (che ha il volto dell'attore Richard Chamberlain), un giovane primario medico che lavora nel Blair General Hospital, dove si misura con i casi clinici più diversi sotto la supervisione dell'esuberante e irascibile dottor Leonard Gillespie. Il dottor Kildare è sempre circondato da belle infermiere e pazienti con le quali intreccia relazioni sentimentali non durature, perché egli ha sposato per prima cosa la medicina. A queste trame

alquanto sentimentali si aggiungono elementi avventurosi che servono in ogni caso a mettere in risalto la straordinaria competenza e l'abilità del protagonista. Kildare è un medico che crede in molti ideali ed è entusiasta della sua professione che considera una missione; egli è fermamente convinto dell'importanza delle conquiste terapeutiche della scienza moderna, ma anche della necessità di un rapporto umano con i pazienti e i loro familiari. Impegnato e progressista, Kildare riesce a coniugare la competenza scientifica e diagnostica con il rispetto per il malato secondo i principi propri dell'etica medica.

Un personaggio particolare nel panorama mondiale del fumetto è Black Jack, creato nel 1973 da Osamu Tezuka (1928-1989) considerato il maggiore esponente del genere manga, il fumetto giapponese che, rifacendosi alla grande tradizione grafica di quella nazione, è diventato popolare in tutto il mondo. Tezuka, chiamato dai suoi compatrioti il padre dei manga o addirittura il dio dei manga, è stato un autore molto prolifico per avere frequentato tutti i generi del fumetto con una produzione di circa 40 volumi e oltre 80 mila pagine. Egli viene colpito durante l'infanzia da una gravissima forma di micosi alle braccia che rischiano di dover essere amputate; si deve sottoporre a una lunghissima cura senza poter utilizzare gli arti superiori, costretto a restare giorno e notte in posizione seduta con la paura di non poter più disegnare. Una volta guarito, è spinto da una grande ammirazione per la medicina a diventare anche lui un medico, per cui terminati gli studi s'iscrive alla facoltà di medicina dell'Università di Osaka e si laurea nel 1952, ottenendo poi la specializzazione nel 1961. Tezuka, che è diventato un'autorità nel campo dei manga e che non ha esercitato mai la professione, crea questo fumetto, approfittando delle proprie conoscenze in campo medico, per cui cura ogni dettaglio scientifico, fa uso di una terminologia specialistica e disegna delle tavole che mostrano operazioni chirurgiche realizzate con estrema precisione. In queste storie sono anche presenti degli aspetti fantascientifici della medicina che oggi stanno diventando conquiste scientifiche applicate in tutto il mondo. Questa serie, che doveva avere una breve durata, continua per lungo tempo sotto la spinta del successo conseguito, tanto che le avventure di Black Jack sono state raccolte tra il 2002 e il 2005 in venticinque volumi della Hazard Edizioni.

Black Jack (che in realtà si chiama Kuro'ò, in giapponese "Uomo nero") è un geniale medico chirurgo che opera senza licenza per denaro, perché appare avido, cinico e a volte spietato. Esiste però un lato oscuro della sua vita perché impiega il denaro guadagnato per aiutare i più deboli, lotta contro i potenti e i corrotti, cura malattie che nessun altro medico sarebbe capace di guarire, esaltando quei valori che sono alla base della medicina.

Nonostante sia un genio, egli ritiene i titoli accademici degli inutili *status symbol*; è un anarcoide che veste sempre di nero, rifiuta le regole, indossa abiti alquanto strani e ama vivere e operare nell'ombra. Alle origini egli si chiamava Kuro'o Hazama, quando all'età di otto anni rimane coinvolto in una terribile esplosione nella quale perde la vita sua madre, mentre il suo corpo è ridotto in più pezzi. Sarà salvato dal dottor Jotaro Honma con un miracoloso intervento ricostruttivo di cui porta i segni su tutto il corpo, mentre la parte sinistra del suo volto è segnata da una vistosa cicatrice. Oltre al dottor Jotaro Honma, al fianco del protagonista troviamo la sua assistente Pinoko (nome che ricorda il nostro Pinocchio) che ha l'aspetto di una bambina di cinque anni, perché il suo corpo è costituito da un esoscheletro costruito da Black Jack per salvarla dalla morte. Questo esoscheletro, che contiene i suoi organi interni, le permette di sopravvivere, ma le impedisce di crescere. Il suo oppositore è il Dottor Kiriko (l'angelo nero dell'eutanasia) che indossa un abito scuro, ha lunghi capelli bianchi e una benda sull'occhio destro; egli ha una posizione completamente opposta a quella di Black Jack, il quale persegue a tutti i costi la sopravvivenza del paziente.

Alcuni medici compaiono saltuariamente all'interno di serie a fumetti con altri protagonisti. Quattro medici-donne sono presenti in strisce fra loro diverse: la francese docteur Claudette, un biondo e grazioso medico ospedaliero al centro di storie in stile *feuilleton*; nella serie di Dick Tracy, il celebre poliziotto di Chester Gould, vi è Olga direttrice di una clinica chirurgica clandestina; in un'altra celebre serie *The Spirit* di Will Eisner troviamo la dottoressa Silken Floss, bella, passionale ed eccellente medico, innamorata dell'eroe mascherato, che dopo vari tentativi per conquistarlo andati a vuoto, cercherà di imporgli il suo amore, avvelenandolo per poi ricattarlo con l'antidoto; infine al fianco del pilota Steve Canyon, il celebre eroe di Milton Caniff, troviamo la dottoressa Deen Wilderness che incontra qualche difficoltà ad essere accettata come donna e come medico dal protagonista ("Mi dispiace di non essere stato molto cordiale quando lei arrivò per combattere l'epidemia...ma le donne-medico mi spaventano"). Medici appaiono a volte anche nelle avventure di Glash Gordon, Mandrake, L'Uomo Mascherato, l'Agente Segreto X9, Radiopattuglia, Jeff Hwke. Si tratta di chirurghi dotati di eccezionali qualità o di chirurghi plastici che si mettono al servizio del crimine per cambiare il volto dei malfattori ricercati dalla polizia. Lo stesso Superman, dopo aver letto in pochi secondi un'intera biblioteca medica, è in grado di operare una bambina resa cieca da una scheggia di vetro conficcata dietro il nervo ottico. Persino nel fumetto pornografico abbondano le figure di finti medici che approfittano d'ingenui pazienti o di veri medici in preda a pulsioni sado-maso.



Fig. 7 - Osamu Tezuka, *Black Jack*, Hazard Edizioni.

I nuovi medici a fumetti

Uno degli ultimi prodotti del fumetto statunitense è *Witch Doctor* (Dottore Stregone), un "comic medical-terror" creato nel 2012 dallo sceneggiatore Brandon Seifert e dal disegnatore Lukas Ketner e giunto in Italia nel febbraio 2013 (Edizioni SaldaPress). Il protagonista è Vincent Morrow, uno scienziato pazzo ispirato al mondo del maestro americano dell'horror Howard Phillips Lovecraft e dell'italiano Dylan Dog creato da Tiziano Scavi. Il dottor Morrow è impegnato a combattere contro le "nuove malattie" che infestano il mondo; si tratta di "infezioni virali" provocate da mostri della tradizione horror come vampiri, demoni, fate cattive, fiere mutanti che infestano un mondo malato in un'epoca tetra e senza speranza, dove il medico rappresenta l'unica difesa contro aspetti agghiaccianti della vita. Al suo fianco lavorano Eric Gasta, un paramedico dal carattere collerico, e Penny Dreadful, un anestesista che è stato un tempo uno dei pazienti del dottore. Nell'introdurre questa serie a fumetti, per descrivere l'ambiente in cui opera il protagonista, gli autori hanno scritto: "È un mondo malato, letteralmente! L'universo è un essere vivente e i mostri delle leggende sono i suoi parassiti. Il sistema immunitario della terra, l'umanità, è in guerra con la supernatura dall'alba dei tempi. Ma per combattere le malattie non servono soldati. Servono i dottori! Dottori come Vincent Morrow, scomunicato dalla comunità medica e arruolato in

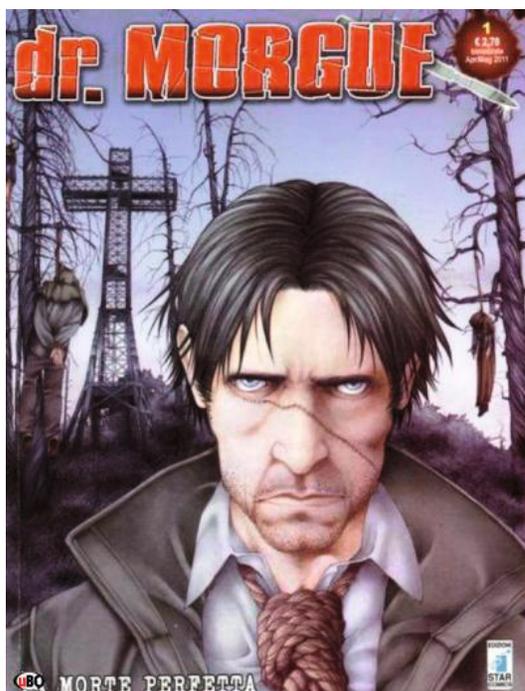


Fig. 8 - Dr. Morgue, Edizioni Star Comics.

una nuova ed eccitante carriera nelle arti oscure. Morrow aiuta il mondo con entrambe le mani, una nella magia e l'altra nella medicina, in qualità di protettore della Terra...E' un mondo malato. E lui è qui per curarlo".

Esiste anche un fumetto italiano che ha un protagonista molto particolare chiamato Yoric Malatesta alias Dr. Morgue: si tratta di un medico legale (*coroner*) italo-canadese residente a Montreal che è affetto dalla Sindrome di Asperger, un disturbo pervasivo dello sviluppo imparentato con l'autismo molto presente nel cinema, nelle televisione, della letteratura e nei fumetti. I portatori della *Sindrome di Asperger*, così chiamata nel 1981 dalla psichiatra inglese Lorna Wing, sono caratterizzati da una persistente compromissione delle interazioni sociali; hanno degli schemi di comportamento ripetitivi e stereotipati, interessi molto ristretti. È la seconda volta che un fumetto noir (la prima è stata quella delle Sorelle Giussani inventrici di Diabolik) è stato creato da due autrici che formano una coppia già affermata nell'ambito del nuovo fumetto italiano: si tratta della giornalista e scrittrice Silvia Mericone (Roma, 1976) e della sceneggiatrice Rita Porretto (Palermo, 1978), le quali hanno voluto creare un eroe "normale" che sia nello stesso tempo forte e fragile, tenero e antipatico, cinico ma impegnato nella ricerca della verità e nella lotta contro il male. Per dare vita a questo per-

sonaggio, oltre alla Sindrome di Asperger, esse hanno studiato manuali di medicina legale e hanno consultato diversi medici legali; si sono documentate sulla città di Montreal e sui casi degli assassini che hanno preso come "modelli" per scrivere le loro storie.

Questa miniserie, pubblicata dalla Edizioni Star Comics, è uscita tra l'aprile 2011 e il febbraio 2012 ed è formata da sei album che recano tutti nel titolo la parola "morte" (*La morte perfetta, La morte dentro, La morte elettiva, L'invenzione della morte, Il tempo passa, la morte arriva, La morte inattesa*), più un album speciale dell'ottobre 2012 intitolato *L'ospite d'inverno*.

Le storie del Dr. Morgue, il quale sostiene che "fare autopsie è solo un modo come un altro di guardare dentro alle persone", appartengono a quel filone del fumetto che si propone di esorcizzare la morte attraverso la morte. Il protagonista, che manifesta nella sua professione una spiccata professionalità, è stato fortemente traumatizzato dalla tragica morte della sua fidanzata Hanna, assassinata alcuni anni prima in circostanze misteriose nella regione del Québec. Dopo questo avvenimento, che ha profondamente segnato la sua gioventù, Yoric Malatesta ha deciso di dedicarsi agli studi di medicina legale e di collaborare con la polizia di Montreal per risolvere i più complessi casi di omicidio, forse nella speranza di scoprire l'assassino della sua compagna. Il Dr. Morgue si scontra nella sue investigazioni criminali con una misteriosa Società Segreta capeggiata dal sindaco di Montreal Orson L. Mason (che ricorda nelle sembianze l'attore-regista Orson Welles). Quest'associazione forma una specie di "club del delitto perfetto", cui appartengono assassini occasionali e serial killer. Nonostante i casi di omicidio siano molto complessi e presentino una grande varietà di *modus necandi*, tutti sembrano condurre a una stessa finalità: arginare e governare il crimine attraverso un sistema controllato di omicidi che sono programmati e permessi, rispettando l'istinto di uccidere presente in ogni individuo, ma obbligando ogni assassino a rispettare determinate regole che, se saranno violate, prevedono la cattura o l'eliminazione fisica del responsabile. Il Dr. Morgue resta coinvolto in questa torbida vicenda, uscendone solo parzialmente vincitore, perché riesce a dimostrare la colpevolezza del sindaco Mason che però sarà stroncato da un infarto al momento dell'arresto, senza poter sapere chi sono i componenti della Società Segreta. Prima di morire Manson espone la sua aberrante teoria: "Eliminando me, non eliminerà anche tutti gli altri. Non sono pazzo, Malatesta, non è così semplice. Lei è un uomo di scienza e può capire perfettamente il valore di un esperimento. Il nostro è un esperimento per dimostrare che il crimine si può controllare con il crimine stesso. E che l'uomo è capace di uccidere continuando a vivere con i suoi delitti".



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 2013
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Antonio Benedetti

Comitato Editoriale
Francesco Alò, Francesca Campolucci,
Fiorenzo Conti, Stefania Fortuna, Loreta
Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

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