



LETTERE dalla FACOLTÀ

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

Direttore Editoriale
Prof. Marcello M. D'Errico

Anno XIX n. 4
Luglio/Agosto 2016

Editoriale

3

**Congresso mondiale di
broncologia e pneumologia
interventistica: un sogno,
una bandiera e... Andrea
Bocelli!**

di Stefano Gasparini

Vita della Facoltà

5

Alternanza scuola-lavoro
di Antonio D. Procopio

**I regolamenti didattici
dei Corsi di studio**
di Loreta Gambini

Biblioteca Matteo Ricci
di Giovanna Rossolini

**Un altro tipo di
esperienza Erasmus**
di Maurizio Mercuri

Biomedicina

10

**La Biologia
computazionale nella
ricerca biomedica**
di Francesco Piva

Medicina clinica

15

**La "nostra" Anatomia
Patologica**

di Rodolfo Montironi
Marina Scarpelli

20

**Innovazione tecnologica e
costi della sanità**

di Daniele Minardi
Giorgio Giovanelli

Professioni sanitarie

26

**Il nuovo tempo
dell'assistenza
infermieristica: antiche
radici per foglie nuove**

di Edoardo Manzoni

31

**Dai manuali di una
pratica empirica alle
diagnosi infermieristiche**

di Giordano Cotichelli

34

**La misurazione della
quality of life nei pazienti
affetti da neoplasia del
colon retto sottoposti a
chemioterapia**

di Stefano Marcelli et Al.

Scienze umane

39

**L'amore e la pazzia
nell'Orlando furioso**

di Alberto Pellegrino

46

**Il ruolo della mitologia
familiare nella scelta
della professione
medico-assistenziale**

di Claudio Fratessi

49

**Oltre il coinvolgimento.
L'attivazione del
cittadino nelle nuove
configurazioni di
benessere**

a cura di Maria Giovanna
Vicarelli

Micol Bronzini

HANNO COLLABORATO A QUESTO FASCICOLO



MICOL BRONZINI



GIORDANO COTICHELLI



CLAUDIO FRATESI



LORETA GAMBINI



STEFANO GASPARINI



GIORGIO GIOVANELLI



EDOARDO MANZONI



STEFANO MARCELLI



MAURIZIO MERCURI



DANIELE MINARDI



RODOLFO MONTIRONI



ALBERTO PELLEGRINO



FRANCESCO PIVA



ANTONIO D. PROCOPIO



GIOVANNA ROSSOLINI



ADORIANO SANTARELLI



MARINA SCARPELLI

Hanno inoltre collaborato Luigi Acito, Renato Bissoni, Manuele Ferrucci, Mirco Gregorini, Renato Rocchi e Lucia Seccia



CONGRESSO MONDIALE DI BRONCOLOGIA E PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA: UN SOGNO, UNA BANDIERA E...ANDREA BOCELLI!

Stefano Gasparini

Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità
Pubblica - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche

“Every great dream begins with a dreamer. Always remember, you have within you the strength, the patience, and the passion to reach for the stars to change the world.”

Harriet Tubman

Nel 1989 partecipai per la prima volta al Congresso della Società Mondiale di Broncologia e Pneumologia Interventistica (WABIP – World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology). È un Congresso che si svolge ogni 2 anni, con la location che ruota alternando Stati Uniti, Asia e Europa. In quell'anno si svolgeva a Tokio, e ricordo ancora la grande emozione che mi pervase quando, nei giorni del Congresso, ebbi l'opportunità di incontrare personaggi che avevano fatto la storia della broncologia, grandi maestri i cui insegnamenti segnarono successivamente la mia vita professionale. Conservo ancora nella mia scrivania le foto che allora feci con Shigeto Hikedo, l'inventore del broncoscopio flessibile, con Ko Pen Wang, il padre della agoaspirazione transbronchiale, con Jean-Francois Dumon, precursore e maestro della broncoscopia terapeutica, con Udaya Prakash, della Mayo Clinic, autore di un famoso trattato di broncoscopia che avevo studiato con passione e che costituiva il punto di riferimento per tutti coloro che si dedicavano a questa specialità. Mi avvicinavo a questi personaggi con il timore reverenziale di un giovane pneumologo ed ero colpito dalla semplicità, affabilità e cortesia con cui questi leader del mondo della Pneumologia erano disponibili a discutere e a conoscermi. Ricordo ancora quando mi presentai a Udaya Prakash chiamandolo “Professor Prakash” e mi sentii rispondere “call me Udaya”.

Era il primo Congresso internazionale in cui presentavo un poster. Il titolo era “Transbronchial needle aspiration and transbronchial pulmonary biopsy in the diagnosis of peripheral pulmonary solitary nodules” e riportava la nostra iniziale esperienza sull'approccio bioptico transbronchiale alle lesioni periferiche del polmone. Il poster suscitò interesse e la metodologia da noi impiegata, allora innovativa, fu successivamente oggetto di un lavoro pubblicato su Chest con i risultati su oltre 1000 pazienti (“Integration of transbronchial and percutaneous approach in the diagnosis of peripheral pulmonary nodules or masses. Experience with 1,027 consecutive cases”. Chest 1995; 108: 131-137).

Tornai da quel Congresso pieno di entusiasmo ed un'idea iniziò a insinuarsi nella mia mente: “sarebbe bello in futuro poter ospitare questo Congresso in Italia ed avere la possibilità di organizzarlo”...era un sogno non facile da realizzare, ma quell'idea rimase tra le mie ambizioni e non smise mai di accompagnarmi negli anni successivi.

Da allora mi dedicai con passione al campo della Pneumologia Interventistica producendo lavori, partecipando a Congressi, organizzando Corsi e Convegni, cercando di applicare tutte le nuove tecnologie che si affacciavano nel settore, facendo conoscere la Pneumologia Interventistica di Ancona nel contesto internazionale.

Nel 2010 i tempi erano maturi per provare a concretizzare il mio sogno. Si svolgeva il Congresso Mondiale a Budapest e si doveva decidere la location per il 2016. Essendo già state assegnate le città per il 2012 (Cleveland, USA) e per il 2014 (Kyoto) sarebbe stato il turno di una sede europea. A decidere era il Board of Regents della WABIP, costituito in gran parte da colleghi statunitensi e giapponesi. Bisognava avanzare la candidatura con una presentazione di 10 minuti in cui si dovevano illustrare le caratteristiche della

location, il tema del Convegno ed altri dettagli inerenti l'organizzazione. La concorrenza era agguerrita: si presentavano altre candidature tra cui la più accreditata era Istanbul. Avrei voluto proporre Ancona, la città in cui sono nato e la città della mia Università, ma purtroppo Ancona non ha le risorse per poter ospitare, anche dal punto di vista delle strutture alberghiere, un Convegno Mondiale, per cui la scelta andò su Firenze, indubbiamente dotata di un fascino attrattivo di livello internazionale.

Come tema del Congresso scelsi "Interventional pulmonology in the multidisciplinary patient care setting", a sottolineare la necessità che le procedure di pneumologia interventistica, ormai necessarie per la diagnosi e la terapia di molteplici patologie pleuro-polmonari, debbano uscire da un ambito strettamente specialistico, per diventare parte essenziale della Pneumologia generale e per integrarsi e trovare collocazione nei percorsi multidisciplinari di diagnosi e cura.

Come presentazione della location trovai un bellissimo video di Firenze, che sottolineava le meraviglie artistiche e architettoniche di questa città d'arte. Ma non bastava, ci voleva qualcosa che facesse ancora più colpo. Pensai che un bel film perde molto del suo significato senza una colonna sonora, ci voleva un brano che entrasse nel cuore degli americani e dei giapponesi e che fosse espressione della della musicalità italiana. Mi venne in mente Andrea Bocelli, la voce italiana maggiormente conosciuta nel mondo. Il brano "Con te partirò", uscito nel 1995, mi sembrava adatto e provai ad inserirlo come sottofondo al filmato...incredibile, le immagini assumevano una luce diversa, le rappresentazioni del Duomo, del Battistero, di Piazza della Signoria, di Ponte Vecchio si animavano e riuscivano a suscitare un brivido di emozione profonda.

Presentai di fronte ai Colleghi del Board le motivazioni scientifiche del Congresso, i particolari organizzativi previsti e alla fine della mia presentazione partì il filmato con l'audio a tutto volume (avevo portato un altoparlante supplementare per il mio computer): "...con te partirò, paesi che non ho mai veduto e vissuto con te adesso sì li vivrò...".

Non so se fu anche merito di Bocelli...ma sicuramente la sua parte l'ha avuta. Firenze vinse su Istanbul per 12 voti contro 8, l'organizzazione del Congresso Mondiale del 2016 fu affidata all'Italia ed io avrei avuto l'onore e la soddisfazione di presiederlo.

Mancavano sei anni, sembrava un periodo lungo, ma le cose da fare per organizzare un Congresso Mondiale sono tante. Strutturare il programma, scegliere i relatori, contattarli, invitarli, trovare gli sponsors, diffondere la notizia dell'evento attraverso tutti i canali di comunicazione, pensare agli eventi collaterali, insomma una serie di compiti che, grazie alla splendida collaborazione della nostra Società Scientifica Nazionale (AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) e alla sua Segreteria Organizzativa (AIPO Ricerche), abbiamo subito iniziato ad affrontare.

Nel 2014, al termine del precedente Congresso Mondiale di Kyoto, abbiamo ricevuto la bandiera della WABIP che per 2 anni abbiamo tenuto con orgoglio nel Servizio di Pneumologia Interventistica del nostro Ospedale (foto).

Alla fine il sogno si è realizzato. Il 19° Congresso della Società Mondiale di Broncologia e Pneumologia Interventistica si è svolto a Firenze dall'8 all'11 maggio u.s. Sono convenuti a Firenze oltre 1500 partecipanti, provenienti da 50 Nazioni, con 408 abstracts accettati per comunicazioni orali e posters.

Come era accaduto a me al Congresso di Tokio del 1989, anche qui i giovani pneumologi hanno avuto l'opportunità di conoscere ed ascoltare i maggiori esperti internazionali del settore che erano tutti presenti ed inseriti tra i 250 membri della Faculty invitati.

Gli argomenti, svolti in un totale di 123 sessioni, hanno abbracciato tutte le metodiche di Pneumologia Interventistica e tutti i campi di patologia in cui tali procedure possono trovare un ruolo. Si è spaziato, solo per citare le tematiche più rilevanti, dall'ecoendoscopia (EBUS) (oggi metodica di riferimento per la stadiazione del cancro del polmone e per la diagnostica dei processi espansivi del mediastino) alle tecniche biottiche nella patologia polmonare periferica

(criobiopsie, metodiche di guida con navigazione elettromagnetica o con ultrasuoni), dalle tecniche di trattamento broncoscopico delle patologie croniche ostruttive delle vie aeree (riduzione volumetrica broncoscopica con valvole endobronchiali, con "coils", termoplastica per la terapia dell'asma) alla terapia disostruttiva broncoscopica (laserterapia, protesi endobronchiali), dalla toracoscopia e metodiche correlate (per la diagnosi e il trattamento delle pleuropatie e del pneumotorace recidivante) a nuove tecniche di trattamento broncoscopico del tumore polmonare (microonde, crioblazione), dalle problematiche inerenti la sicurezza e la standardizzazione delle procedure alle questioni relative alla formazione e al training.

Ma anche nello svolgimento del Congresso non potevamo dimenticare Andrea Bocelli con il ricordo del suo ruolo importante nella designazione di Firenze. Lo avremmo voluto di persona alla cerimonia di apertura. Lo abbiamo contattato ricevendo una gentilissima risposta che ci dava la sua disponibilità a partecipare, addirittura senza richiedere alcun compenso. Poi però sopraggiunti impegni hanno impedito che potesse essere presente. Ma ci ha voluto comunque fare un regalo, confermando la sua straordinaria sensibilità e la sua squisita cortesia. Ci ha inviato un video dedicato al Congresso con parole di saluto a tutti i partecipanti e con l'esecuzione dell'Ave Maria di Schubert. Con questo video, che ha suscitato una "standing ovation", abbiamo aperto la Cerimonia Inaugurale, trasmettendo la stessa magica emozione che avevamo suscitato 6 anni or sono con le note di "Con te partirò" ai componenti del Board of Regents della Società.

Il messaggio che vorrei lasciare al termine di questo editoriale agli studenti che si apprestano a conseguire la laurea in medicina è il seguente: coltivate i vostri sogni, puntate in alto sapendo che con la passione, lo studio e il sacrificio potrete realizzare le vostre aspirazioni. La scienza, la conoscenza, il metodo, l'esperienza sono tutti elementi essenziali, ma non dimenticate la fantasia che a volte può colorare il vostro percorso ed aiutarvi a raggiungere i vostri obiettivi.

ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

Una opportunità in più per avvicinare gli Studenti alla ricerca

La possibilità per gli studenti delle scuole secondarie, di fare stage direttamente nel mondo del lavoro è sicuramente tra le innovazioni un percorso formativo interessante. Questa “alternanza scuola-lavoro”, così è chiamato lo stage, è pensata per esaltare e qualificare l'autonomia scolastica, l'offerta e la flessibilità formativa, rispondere ai bisogni diversi degli studenti, orientarli nei settori innovativi, contrastarne alla dispersione scolastica. L' art.4 D.Lgs. 15 aprile 2005, n. 77 definisce il quadro di riferimento normativo: “L'alternanza scuola-lavoro consiste nella realizzazione di percorsi progettati, attuati, verificati e valutati, sotto la responsabilità dell'istituzione scolastica o formativa, sulla base di apposite convenzioni con le imprese, o con le rispettive associazioni di rappresentanza, o con le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, o con gli enti pubblici e privati, ivi inclusi quelli del terzo settore, disponibili ad accogliere gli studenti per periodi di apprendimento in situazione lavorativa, che non costituiscono rapporto individuale di lavoro”

Anche il nostro Ateneo, ogni anno, offre le proprie strutture per la realizzazione di percorsi formativi per gli studenti degli ultimi anni delle scuole secondarie. Quest'anno sono stati offerti in via sperimentale due nuovi percorsi di 80-120 ore: uno finalizzato ad introdurre lo studente nel mondo della ricerca in patologia molecolare e cellulare, il secondo al mondo della ricerca oncologica e della longevità. Sotto il tutoraggio aziendale dei Prof. Francesca Fazioli,



Gli Studenti del progetto Alternanza Scuola-lavoro nel Laboratorio di Patologia Sperimentale e Clinica del DISCLIMO

Fabiola Olivieri, ed Antonio D. Procopio e con la partecipazione di tutto lo staff del Laboratorio di Patologia Sperimentale e Clinica del DISCLIMO gli studenti hanno direttamente utilizzato le tecnologie di base di indagine cellulare (colture cellulari, allestimento e lettura di preparati citologici ecc) molecolare (purificazione di acidi nucleici, RT-PCR, gel-elettroforesi ecc.) e clinici (striscio di sangue, emocromo, urostick ecc.). Gli studenti hanno anche partecipato attivamente a momenti di discussione con i tutor e lo staff prendendo spunto da argomenti generali quali: lo sviluppo e l'impatto nei prossimi 50 anni, delle tecnologie digitali, robotiche, diagnostiche, energetiche; la qualità e la lunghezza della vita umana; il superamento della barriera di specie; la medicina molecolare e rigenerative, le nuove armi contro i tumori, l'evoluzione della

medicina e della scienza ecc. Gli studenti hanno anche discusso insieme i risultati di loro ricerche condotte online su argomenti di loro scelta. Gli studenti coinvolti in questa esperienza sono stati Anna Lucantoni, Klaid Kazani, Federico Longhi, Melissa Agollari, Chiara Valentini, Matteo Baldini, Alice Calderoni, Pinke Chowdhury, Edoardo Moretti, Gianmarco Ricciotti, Giacomo Rossi, Ludovica Battaglia, Gaia Vignoni, Sara Massoni, Serena Bucco, Elisa Pacini, degli Istituti Galilei, Rinaldini e Savoia Benincasa di Ancona, Da Vinci e Vittorio Emanuele di Jesi ed il Calzecchi Onesti di Fermo. Il bilancio per studenti e tutors è stato unanimemente positivo. Sono state due settimane intense ma arricchenti per tutti. Un'esperienza, almeno per noi, da ripetere. Arrivederci al prossimo anno.

Antonio D. Procopio

I REGOLAMENTI DIDATTICI DEI CORSI DI STUDIO

Nel proseguire l'iter procedurale previsto dallo Statuto di Autonomia e dal Regolamento Didattico del Nostro Ateneo sono in corso di approvazione, da parte degli Organi preposti, i Regolamenti Didattici dei Corsi di Studio coordinati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

In base all'articolo 11, comma 2, della legge 19 novembre 1990, n. 341, il Regolamento didattico di un corso di studio, deliberato dalla competente struttura didattica in conformità con l'ordinamento didattico nel rispetto della libertà d'insegnamento, nonché dei diritti e doveri dei docenti e degli studenti, specifica gli aspetti organizzativi del corso di studio.

I Regolamenti didattici dei corsi di studio vengono adottati in attuazione del Decreto del Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n° 270 (art. 12 comma primo), dello Sta-

tuto dell'Università Politecnica delle Marche (art. 48) nonché in esecuzione del Regolamento Didattico d'Ateneo (art. 8). Essi sono emanati dal Rettore ad avvenuta approvazione da parte del Senato Accademico e vengono pubblicati nei modi e nelle forme previsti dalla normativa vigente; entrano in vigore il giorno successivo alla loro emanazione. Una volta approvati, vengono annualmente adeguati all'offerta formativa e trovano applicazione per l'intera carriera degli studenti iscritti alla coorte di riferimento.

La disciplina regolamentare dei corsi di studio, deliberata nel rispetto della legislazione vigente, ivi incluse le direttive europee, si compone di una parte prima intitolata "Norme comuni a tutti i corsi di studio" e di una parte seconda intitolata "Norme comuni ai singoli corsi di studio". Mentre la prima parte rispecchia le norme didattiche comuni già disciplinate nel Regolamento didattico dei Corsi di

Studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia emanato con D.R. n. 626 del 31 luglio 2015 e visibile sul sito della Facoltà (area Facoltà – sezione Regolamenti), la seconda disciplina gli aspetti organizzativi e didattici di ogni singolo corso di studi definendo, in particolare le

Modalità di ammissione

- Organizzazione didattica del corso
- Percorso formativo e articolazione didattica
- Obblighi di frequenza
- Propedeuticità
- Modalità di svolgimento della prova finale

I Regolamenti didattici, una volta approvati, saranno consultabili sul sito di Ateneo al seguente indirizzo <http://www.univpm.it/Entra/Engine/RA-ServePG.php//1128410010104/M/200110010104>

Loreta Gambini

BIBLIOTECA MATTEO RICCI

Si segnalano testi, di recente acquisizione, già presenti presso la Biblioteca di Facoltà, elencati per classi di appartenenza

Apparato cardiovascolare	BONOW, Robert	Malattie del cuore di Braunwald Trattato di medicina cardiovascolare	Milano, Elsevier, 2012
Chirurgia	DIONIGI, Renzo	Chirurgia Basi teoriche e chirurgia generale	Milano, Elsevier, 2011
	DIONIGI, Renzo	Chirurgia Chirurgia specialistica	Milano, Elsevier, 2011
Medicina Riabilitativa	BASAGLIA, Nino	Medicina riabilitativa Principi generali, valutazione e diagnosi riabilitativa	Napoli, Idelson-Gnocchi, 2009
	BASAGLIA, Nino	Medicina riabilitativa Metodi e strumenti terapeutici della medicina riabilitativa	Napoli, Idelson-Gnocchi, 2009
	BASAGLIA, Nino	Medicina riabilitativa Neuroriabilitazione	Napoli, Idelson-Gnocchi, 2009

	BASAGLIA, Nino	Medicina riabilitativa Disabilità ortopedico-reumatologiche, cardiovascolari respiratorie, oncologiche e uroginecologiche	Napoli, Idelson-Gnocchi, 2009
	SCHINDLER, O- RUOPPOLO, G. SCHINDLER, A.	Deglutologia	Torino, Omega Edizioni, 2011
Igiene	MELONI, Cesare	Igiene per le lauree delle professioni sanitarie	Milano, CEA, 2009
	CONTE, Francesco	Il sistema HACCP Guida pratica per i professionisti del settore ristorativo	Milano, HOEPLI, 2011
Medicina sociale	BARBERA, Augusto FUSARO, Carlo	Corso di diritto pubblico	Bologna, Il Mulino, 2014
	CARINCI, Franco	Diritto del lavoro 2. Il rapporto di lavoro subordinato	San Mauro Torinese, UTET Giuridica, 2015
Nursing	POLIT, Denise- BECK, Cheryl Tatano	Fondamenti di ricerca infermieristica	Milano, McGraw-Hill, 2014
	WILKINSON, Judith M.	Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC	Milano, CEA, 2005
	ZANOTTI, Renzo	Filosofia e teoria della moderna concettualità del nursing professionale	Padova, Piccin Nuova Libreria, 2010
	MARCHIONI, Giovanna	Infermieristica in area materno-infantile	Milano, McGraw-Hill, 2014
Odontoiatria	STORTI, Ennio	Igiene e ortodonzia	Milano, Edi-Ermes, 2008
	ABATI, Silvio	Parodontologia clinica	Milano, Quintessenza Edizioni, 2011
Psicologia	NARDONE, Giorgio - SALVINI, Alessandro	Il dialogo strategico Comunicare persuadendo : tecniche evolute per il cambiamento	Milano, Ponte delle Grazie, 2008
	CAPASSO, Rita- MICELI, Gabriele	Esame Neuropsicologico per l'AFASIA (E.N.P.A)	Milano, Springer-Verlag, 2001
	WATZLAWICK, Paul- HELMICK BEAVIN, Janet -JACKSON, Don	Pragmatica della comunicazione umana Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi	Roma, Astrolabio, 1971
	NARDONE, Giorgio- WATZLAWICK, Paul	L'arte del cambiamento : la soluzione dei problemi psicologici personali ed interpersonali in tempi brevi	Milano, TEA, 2010
	LONGONI, Anna Maria	La memoria Noi siamo ciò che ricordiamo e ciò che dimentichiamo	Bologna, Il Mulino, 2012
	AXIA, Giovanna	La timidezza Una dote assolutamente preziosa nel patrimonio genetico umano	Bologna, Il Mulino, 1999
Radiologia	SIMONETTI, Giovanni-GANDINI, Roberto	Diagnostica per immagini e radiologia interventistica del cuore e del sistema arterioso	Napoli, Idelson-Gnocchi, 2003
	COLAGNADE, Stefano	Manuale di RM e TSM	Milano, Poletto Editore, 2013

Si ricorda agli utenti dell'Ateneo la possibilità di richiedere in prestito volumi posseduti da altre Biblioteche, le richieste dei testi devono contenere i dati bibliografici completi del documento ed i dati identificativi dell'utente. Le richieste del materiale vanno inoltrate tramite e-mail, fax o stampato presente nella voce servizi del CAD (Modulistica) ed inoltrate alla Biblioteca interessata.

La durata del prestito è stabilita dalle Biblioteche italiane e straniere prestanti.

Il servizio è gratuito salvo i costi corrispondenti al rimborso richiesto per le spese di spedizione e per la restituzione del libro.

Rossolini Giovanna

UN ALTRO TIPO DI ESPERIENZA ERASMUS

Erasmus da Rotterdam, tra i massimi protagonisti della grande battaglia teologico-culturale che ha forgiato l'Europa all'inizio della modernità, nel capitolo XXVII de "L'elogio della follia", denigrando gli applausi dei pazzi alla volta dei funzionari pubblici dell'epoca, mostri di scempiaggini e di oppressione, cita una frase emblematica: "Sono, queste, pazzie manifeste, e per riderne non basterebbe un solo Democrito". Parrebbe che questo filosofo dell'antichità, la cui conoscenza Erasmo riprese dal "De Ira" di Lucio Anneo Seneca, "Giudice del Popolo", nato ad Abdera nel 460 a.C., avesse da ridere di tutto e con tanta salute, che Platone ed Aristotele, neanche lo menzionarono nelle loro opere, pur descrivendone la dottrina. Eppure Democrito non rideva della conoscenza, né della saggezza. Nella raccolta dei frammenti di Democrito di Abdera curata da Diels-Kranz se ne citano due particolarmente rilevanti.

Il primo: "In realtà non conosciamo nulla, perché la verità sta nell'abisso" che impronta e il valore del linguaggio e la qualità del sapere di allora, perso nelle profondità, oltre il sensibile. Lo stesso Dante non ha buona opinione del filosofo materialista, se nel Canto IV dell'Inferno, al verso 136 afferma "Democrito, che 'l mondo a caso pone". Pur contrastandone le concezioni scientifiche afinalistiche, Dante non rinuncia a vedere come il sapere stesso di Dio, conoscenza e legge dell'intero creato, costituisca il grande fondamento

irraggiungibile dall'intelletto umano e nei versi 120-123 del Canto VI del Purgatorio, quello della serva Italia, parlando della Sapienza di Dio afferma: "O è preparazion che ne l'abisso / del tuo consiglio fai per alcun bene / in tutto de l'accorger nostro scisso". Dunque e comunque al di là del noto, resta il più grande mistero... Più grande a mio parere del cielo stellato di Kant.

Il secondo frammento, di notevole interesse, riguarda la saggezza, ben diversa dalla conoscenza: "Al saggio tutta la Terra è aperta, perché patria di un'anima bella è il mondo intero". Essere cittadini del Mondo e la dimensione infinita e profonda della conoscenza, ecco cosa ci si tramanda da un ridente filosofo dell'antichità.

Questa ridondante introduzione per caldeggiare una esperienza odierna di scambi culturali, di esperienze e di sapere. L'esperienza Erasmus, appunto, programma europeo per l'istruzione, la formazione, la gioventù e lo sport. Erasmus+ è stato pensato per dare risposte concrete a queste tematiche, attraverso opportunità di studio, formazione, di esperienze lavorati-

ve o di volontariato all'estero. La qualità e la pertinenza delle organizzazioni e dei sistemi europei d'istruzione, formazione e assistenza ai giovani sono costantemente incrementate attraverso il sostegno al miglioramento dei metodi di insegnamento e apprendimento, a nuovi programmi e allo sviluppo professionale del personale docente e degli animatori giovanili, e attraverso una maggiore cooperazione tra il mondo dell'istruzione e della formazione e il mondo del lavoro per affrontare le reali necessità in termini di sviluppo del capitale umano e sociale, in Europa e altrove.

Il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche non si tira indietro dinanzi alle sfide del tempo e partecipa ai programmi di scambio di tirocini pro-



fessionalizzanti all'estero. Attualmente accogliamo studenti dalla Spagna e dal Belgio ed inviamo i nostri in Inghilterra, in Spagna, in Estonia e tentiamo di costruire ponti con altri paesi (Portogallo tra i prossimi).

Da quest'anno, da marzo per la precisione, la Facoltà di Medicina e Chirurgia, per il Corso di Laurea in infermieristica, ha dato l'avvio alla mobilità dello Staff (in particolare Docenti), una esperienza diversa di Erasmus.

Dall'Odisee University College, abbiamo avuto il piacere di ospitare due docenti di Infermieristica, dalle Sedi Didattiche di Aalst, in area fiamminga, e di Bruxelles.

Dal 15 al 17 marzo 2016 la Prof.ssa Hilde Boucqué ha partecipato alla vita della nostra Facoltà. Ha conosciuto il Preside, il Presidente, i Direttori e i Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica ed i colleghi delle altre Professioni Sanitarie. Ci si è confrontati sui programmi, sui contenuti e sulle metodologie didattiche per l'approfondimento e la trasmissione del sapere professionale in Infermieristica. Insieme abbia-

mo fatto visita alle studentesse provenienti dal loro Corso di Studi ed inserite in esperienze di tirocinio. Siamo stati accolti dalla Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, Dott.ssa Rosalia Mercanti e dai Coordinatori di Dipartimenti e Coordinatori delle Strutture Organizzative Dipartimentali dove le ragazze svolgevano lo stage. La Prof. Boucqué, su sua esplicita richiesta, ha voluto partecipare a momenti di conoscenza e di didattica. Ha infatti frequentato l'ambulatorio per le ferite difficili sotto la guida del Dott. Alessandro Scalise, referente Erasmus della Facoltà, e ore di lezioni tenute dal Prof. Giovanni di Benedetto, Direttore della Clinica di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva. Un intero giorno ha partecipato al laboratorio per l'acquisizione delle competenze relazionali con gli studenti del secondo anno del Corso in Infermieristica. Nel nutrito programma la docente Belga non ha omesso la frequenza ad attività organizzate dall'AOU, un concerto per pianoforte dedicato ai malati, tenuto nell'atrio dell'ospedale, e a quelle serali organizzate dalla

Facoltà: il film su Maria Montessori. La Prof. Boucqué ha visitato il Corso di Laurea in Infermieristica sostanzialmente per desiderio di apprendere e di confrontarsi, pur avendo una esperienza di didattica più che ventennale.

Dal 18 al 21 aprile la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche ha

avuto il privilegio di ospitare il Prof. Stijn Muylaert del Campus Terranova dell'Odisee University College di Bruxelles. Oltre agli incontri da protocollo, il Prof. Muylaert ha tenuto otto ore di seminario su tematiche relative all'igiene delle mani e alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, sul sistema sanitario belga e su nozioni di primo soccorso infermieristico e rianimazione cardiopolmonare su bambini e adulti. Il seminario è stato tenuto nelle mattinate del 20 e 21 aprile in Auditorium, in lingua inglese, con una nutritissima presenza di studenti dal Corso di Laurea in Infermieristica, dal Corso di Laurea in Ostetricia, dal Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia e dagli altri corsi, che hanno partecipato con curiosità ed interesse, intervenendo nel corso delle lezioni. Il seminario è stato un evento didattico di grande importanza, il primo programma Erasmus riferibile ad una mobilità per lo Staff.

In un momento di sofferenze e di paure nate dalla pressione dei profughi dai Paesi confinanti il Sud d'Europa, e di innalzamento di muri, resta aperta la speranza di scambi di cultura, segno di una Europa matura. Citando la chiusura del capitolo XXVII de "L'Elogio della follia" riprendo di nuovo Erasmo: "Ma da questa impura sorgiva nascono grandi imprese degli eroi, che gli scritti di tanti poeti, di tanti oratori, hanno innalzato al cielo: questa forma di follia genera gli stati, con questa si reggono i poteri militari e civili, le religioni, i consigli, i tribunali; insomma la vita umana, nel suo insieme, non è che un gioco, il gioco della pazzia". Che sia benedetta la follia umana quando sviluppa pace, cultura e sapere.

Maurizio Mercuri



A pag. 8, la Professoressa Boucqué (seconda da sinistra) e in alto, il Professor Muylaert (secondo da destra) in visita ad alcuni reparti degli Ospedali Riuniti di Ancona, sede di Torrette, selezionati per l'Accoglienza Erasmus

LA BIOLOGIA COMPUTAZIONALE NELLA RICERCA BIOMEDICA

Francesco Piva

*Biologia, Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche e Odontostomatologiche
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche*

La Biologia Computazionale, o Bioinformatica, è una disciplina che affronta problemi biomedici utilizzando nozioni e strumenti tipici dell'informatica, della matematica, della fisica, dell'ingegneria e della statistica. Il sequenziamento del Genoma Umano (1990-2003) e la conseguente necessità di gestire la grande quantità di sequenze che veniva generata è stato l'evento che ha dato inizio alla prima importante collaborazione tra biologi e informatici. In questo caso, il problema di memorizzare, annotare, aggiornare e accedere in modo estremamente efficiente alle sequenze del genoma umano venne affrontato e risolto utilizzando archivi informatici detti database.

Da allora, la maggior parte dei dati biomedici è raccolta e resa liberamente accessibile nelle banche dati disponibili in rete, che oggi contengono enormi quantità di informazione a disposizione dei ricercatori. Ci sono, ad esempio, informazioni su genomi, geni, proteine, mutazioni e polimorfismi, espressione genica, strutture molecolari, interazioni tra molecole, RNA non codificanti, dati clinici, trials e molto altro. Buona parte di questi dati sono stati sempli-

cemente riversati nei database senza che il loro significato biologico sia stato estrapolato o senza essere stati correlati con gli altri dati presenti fino a quel momento. Questo vuol dire che il ricercatore ha a disposizione una miniera di dati originali, a costo zero, ancora tutta da elaborare e dalla quale si potrebbero trarre informazioni nuove. Ad esempio, la banca dati Gene Expression Omnibus (GEO) del National Center for Biotechnology Information (NCBI) contiene, ad oggi, i dati di espressione genica riguardanti circa 27000 esperimenti eseguiti su tessuti, cellule ed esosomi umani in diverse condizioni. Vi si trovano esperimenti in cui sono stati valutati gli effetti di farmaci, inquinanti, agenti che modificano l'assetto epigenetico, diete, infezioni, silenziamento genico, variazioni di temperatura, perfusione sanguigna, ma anche il differenziamento cellulare e vari stati patologici. Addirittura, sono già disponibili i dati del sequenziamento di tutti i trascritti di cellule staminali neuronali umane prima e dopo l'infezione del virus Zika. Però, la maggior parte delle volte, i profili di espressione misurati in questi esperimenti sono stati utilizzati ad un livello molto

superficiale. Infatti, generalmente i ricercatori si sono limitati a evidenziare quali geni avevano livelli di espressione significativamente diversi tra i campioni trattati e quelli di controllo. Invece, l'analisi di questi dati tramite metodi della Biologia Computazionale permetterebbe al ricercatore di ricavarne importanti informazioni e quindi comprendere il significato biologico di un alterato stato trascrizionale. Ad esempio, l'analisi dei promotori dei geni, il cui livello di espressione è aumentato a seguito di uno stimolo, può svelare quali fattori di trascrizione (o master regulators) hanno alterato l'espressione genica. Queste proteine potrebbero essere potenziali biomarcatori e/o i bersagli molecolari verso i quali progettare una terapia. Altri strumenti bioinformatici analizzano i geni il cui livello di espressione è variato e predicono il possibile effetto molecolare, ad esempio, in termini di alterata formazione delle giunzioni cellulari o trasduzione di un segnale, e l'effetto biologico, ad esempio, un'aumentata migrazione o proliferazione cellulare o un'attivata autofagia. Altri ancora analizzano le serie temporali (profili di espressione genica determinati a diversi tempi dallo sti-

molo) per inferire le reti geniche (regulatory pathways) e scoprire nuove interazioni tra gli elementi cellulari. Molte altre analisi possono essere effettuate sui dati di espressione, tutte in grado di restituire informazioni assolutamente originali, di migliorare la comprensione del sistema biologico e di guidare la progettazione di esperimenti facendo risparmiare tempo e denaro. Purtroppo, a volte si eseguono esperimenti per generare dati senza rendersi conto di quanti già ne esistano e che molti di essi non sono stati analizzati approfonditamente. Alcuni gruppi scientifici, invece, pur avendo questa consapevolezza, non riescono a reperire le figure professionali in grado di saper utilizzare gli strumenti della Biologia Computazionale e saperne interpretare i risultati. In altri casi, i ricercatori

non conoscono affatto le reali potenzialità di queste nuove tecniche.

Ma chi è il bioinformatico e come possiamo formare la sua figura? Un primo livello di formazione può essere rivolto a studenti di discipline biologiche/biotecnologiche per formare utilizzatori di semplici software bioinformatici utili a trovare dati in rete e ad effettuare predizioni. Generalmente, a questo livello si utilizzano i software come fossero scatole nere, delle quali non si conosce il funzionamento per cui non si riesce a valutare l'affidabilità dei risultati. Un ulteriore livello di formazione fornisce la conoscenza dei principali algoritmi implementati nei software e dei loro vantaggi e svantaggi, in modo che l'utilizzatore sappia scegliere il programma più adatto a elaborare i propri dati, sap-

pia tener conto degli eventuali risultati falsi positivi e falsi negativi e possa fornire un'interpretazione biologica delle elaborazioni. Una formazione ancor più avanzata fornisce le basi biologiche, informatiche, matematiche e statistiche per creare una figura dalle competenze trasversali in grado di capire il problema biologico, elaborare modelli che ne spieghino e predicano il funzionamento e costruire software realmente utili a fornire una risposta di valore biomedico.

Grazie a queste figure dalle straordinarie competenze si stanno creando strumenti di elaborazione molto sofisticati che trattano i dati tenendo conto delle conoscenze cellulari già acquisite, al fine di restituire non solo un risultato ma un'interpretazione biologica che sia effettivamente utilizzabile, che descriva lo stato

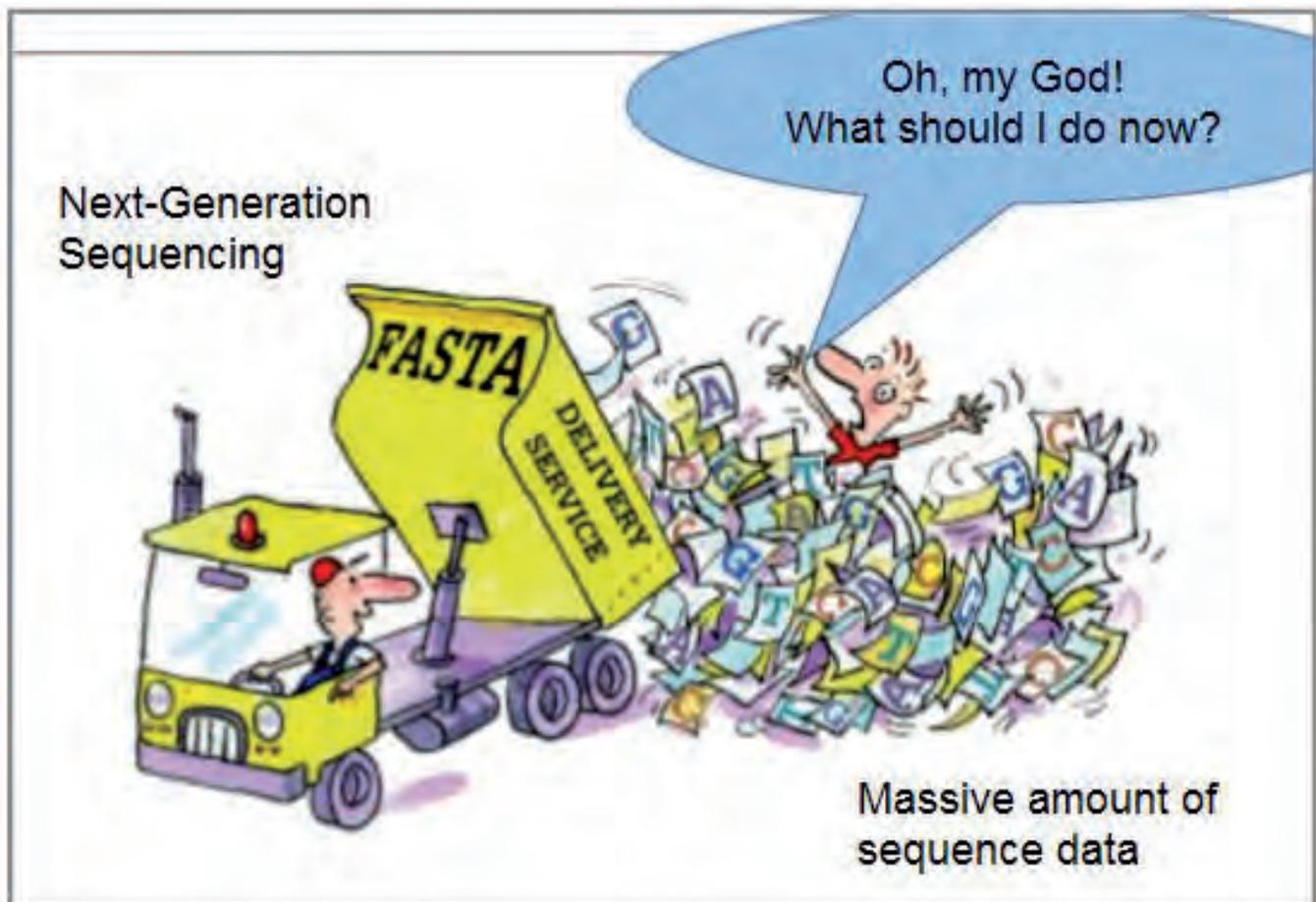


Figura 1. Un singolo esperimento con le tecniche NGS produce un file di così grandi dimensioni che non è nemmeno visualizzabile con i normali programmi. In Biologia Computazionale si stanno producendo software che elaborano e interpretano una tale miniera di informazioni

attuale e l'evoluzione di un sistema. Ad esempio, si stanno progettando software quasi "pensanti", istruiti con le conoscenze biomediche già note, che a partire dai dati inseriti dall'utente sappiano trovare autonomamente nel web le informazioni utili ad elaborarli e a fornirne un'interpretazione biomedica. Questi programmi potranno essere direttamente associati ai sequenziatori di trascritti per analizzare un

profilo di espressione genica e le relative mutazioni in brevissimo tempo. Così riveleranno, ad esempio, se una cellula sta affrontando uno stress e quale, se sta attivando meccanismi di difesa, se sta trans-differenziando (pensiamo alla transizione da epiteliale a mesenchimale tanto importante in oncologia) e come evolverà il suo stato futuro. Potremo sapere anche se la cellula sta comunicando, con quali altre

cellule e qual è il contenuto del messaggio. A questo proposito ricordiamo che le cellule comunicano tra loro anche attraverso vescicole dette esosomi, il cui contenuto e destinatario sono regolati dalla cellula a seconda delle necessità. Inoltre questi software potranno segnalarci se un determinato stato trascrizionale assomiglia a quello misurato in un altro esperimento ma in diverse condizioni. Potremo così sape-

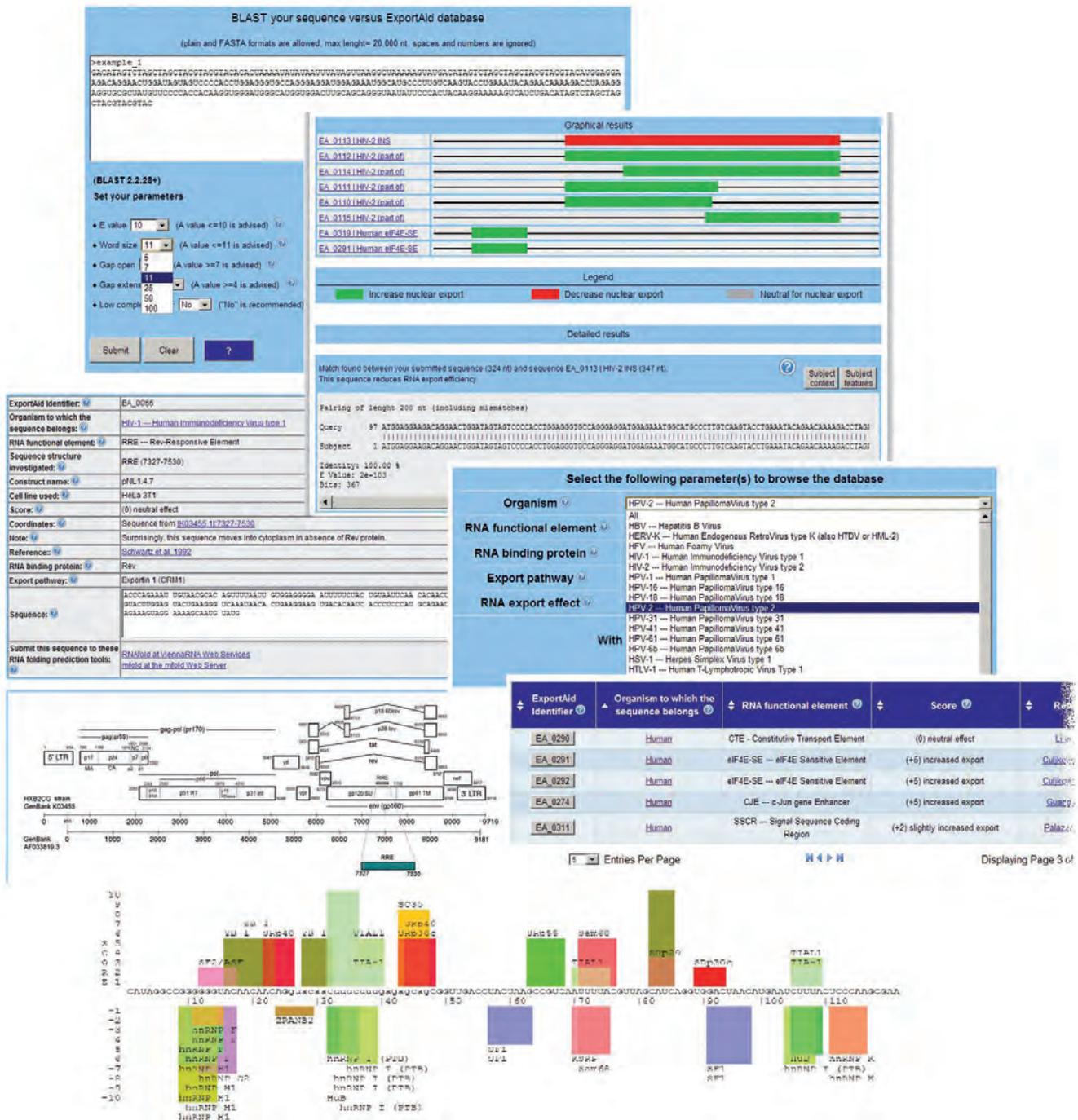


Figura 2. Alcuni programmi prodotti dal gruppo di Biologia Computazionale del nostro Ateneo



An Explosion Of Bioinformatics Careers

By [Alaina G. Levine](#) | Jun. 13, 2014

Big data is pouring out of life sciences research, creating ample opportunities for scientists with computer science expertise.

Figura 3. La richiesta di bioinformatici è in forte crescita

re se stimoli diversi producono simili effetti trascrizionali o se esiste uno stimolo che genera effetti opposti rispetto a quelli trovati in una patologia, per cui potrebbe essere usato come terapia.

Questi sviluppi sono una necessità attuale e urgente poiché grazie ai sequenziatori di nuova generazione (NGS) vengono prodotte decine di gigabyte di dati da un singolo esperimento. Poiché queste apparecchiature leggono ogni singola molecola di RNA, disponiamo del preciso numero di trascritti di ogni forma di splicing alternativo di ogni gene, di tutte le varianti geniche dovute a mutazioni, polimorfismi o RNA-editing. Questa mole di dati, che è ingestibile da un operatore umano, spesso non apporta un'altrettanto grande conoscenza del sistema biologico per la mancanza di strumenti di elaborazione (Fig.1).

Naturalmente le risposte ad alcuni interrogativi richiedono anche una maggiore conoscenza biologica. Ad esempio, se fino ad oggi è noto l'effetto biologico di meno dell'1% dei polimorfismi umani, il sequenziamento mediante NGS di tutti i polimorfismi di un paziente ha ancora pochissima utilità.

La Biologia Computazionale viene utilizzata anche per ricavare le regole di funzionamento dei vari processi cellulari al fine di ricostruire modelli matematici per effettuare predi-

zioni. Ad esempio, si pensi che la maggior parte delle proteine ha funzioni e interazioni sconosciute e purtroppo la caratterizzazione sperimentale di una singola proteina può richiedere così tanto tempo che si dice "una proteina una carriera". Si pensi che l'uomo ha circa 20 mila geni e questi possono produrre più di 100 mila trascritti per i fenomeni dello splicing alternativo e dell'editing dell'RNA, ma si possono avere più di 500 mila o forse un milione di proteine diverse considerando anche le modificazioni post-traduzionali (fonte Human Proteome Organization, www.hupo.org). Il lavoro ancora da fare per comprendere la funzione di tutte le proteine cellulari è enorme, ma gli approcci bioinformatici promettono di ridurre i tempi. Pensiamo che le funzioni e le interazioni di una proteina dipendono dalla sua struttura tridimensionale e quest'ultima dipende dalla sequenza amminoacidica. Per cui, sebbene oggi non siamo ancora in grado di farlo, sarebbe teoricamente possibile ricavare la struttura proteica a partire dalla sequenza di amminoacidi, e la funzione a partire dalla struttura. Un branca della Bioinformatica sta analizzando proprio le strutture proteiche già determinate sperimentalmente per cercare di dedurre le regole che permettono di passare dal mondo delle sequenze a quello delle strutture e poi a

quello delle funzioni. L'inferenza di tali regole a partire dall'osservazione del prodotto finale è un classico problema di "reverse engineering". Grazie al sempre maggior numero di strutture proteiche note, il raggiungimento di questo obiettivo non sembra lontano e allora avremo un grande aiuto per comprendere il funzionamento della cellula e l'effetto delle proteine alterate a causa di mutazioni. Inoltre, sarà più facile progettare proteine per assolvere a specifiche funzioni, ad esempio, bloccare quelle proteine responsabili di malattie o sopperire a quelle scarsamente funzionanti o crearne con determinati requisiti di stabilità.

Ci sono molti altri campi in cui la Bioinformatica sta lavorando al "reverse engineering", ad esempio, per trovare le regole che da una sequenza di pre-mRNA restituiscano la posizione degli esoni, le regole di appaiamento tra un microRNA e il suo gene bersaglio, quelle per costruire un siRNA che blocchi in modo specifico un trascritto o una sequenza virale.

Nel nostro Ateneo dal 2000 esiste un gruppo di ricerca che affronta problemi biologici utilizzando metodiche della Biologia Computazionale. Sotto la guida del Professor Giovanni Principato si sono sviluppate competenze per elaborare dati biomedici, costruire modelli e implementarli in programmi disponibili in rete, di facile utilizzo e interpretazione (Figura 2). Uno dei problemi affrontati riguarda la comprensione dello splicing dell'RNA nell'uomo. Si pensi che l'individuazione delle sequenze esoniche dai trascritti genici segue regole a noi sconosciute, ma che sono scritte e codificate nell'RNA e costituiscono una sorta di linguaggio che viene letto e interpretato dall'apparato cellulare dello splicing. La comprensione del-

le regole di questo linguaggio ha una grande rilevanza clinica poiché la maggior parte delle mutazioni che cadono in un gene è in grado di alterare lo schema di individuazione degli esoni e degli introni, causando un'alterata maturazione dell'RNA e un prodotto proteico non funzionante o addirittura dannoso. Il decriptaggio del linguaggio di splicing permetterà di stabilire quali tra i molti polimorfismi o mutazioni geniche che si riscontrano nei pazienti siano effettivamente la causa di una patologia. In questo ambito abbiamo migliorato la definizione delle sequenze di RNA riconosciute dalle proteine che operano il riconoscimento degli esoni e degli introni di un gene. Per rendere facilmente fruibili tali avanzamenti abbiamo progettato e sviluppato alcuni programmi di predizione dello schema di splicing, rendendoli liberamente disponibili in internet. Queste ricerche sono particolarmente intriganti se si pensa che anche le mutazioni che non cambiano l'amminoacido e quelle che risiedono negli introni possono alterare lo splicing perciò vanno attentamente considerate nella ricerca clinica. Il linguaggio

dello splicing ricade anche negli interessi ingegneristici poiché, ad oggi, non si è riusciti a decriptarlo con nessun metodo quindi potrebbe rappresentare la tanto cercata codifica inattaccabile. Ricordiamo che attualmente una delle tecniche più sicure per effettuare il criptaggio delle informazioni si basa sui numeri primi, in particolare sui tempi estremamente lunghi che occorrerebbero a calcolare i numeri primi di molte cifre. A questi sistemi è affidata, ad esempio, tutta la sicurezza delle transazioni su internet ma se si scoprisse la formula generatrice dei numeri primi tutti i codici di cifratura potrebbero essere forzati.

Anche le regole che controllano l'esporto dell'RNA dal nucleo al citoplasma costituiscono un linguaggio pressoché sconosciuto ma con importanti implicazioni, sia a seguito di mutazioni sia perché utilizzate dai retrovirus dei mammiferi per esportare il loro genoma. Noi abbiamo raccolto ed elaborato tutti i motivi di RNA che regolano tale processo e abbiamo progettato e realizzato un programma di predizione in grado di individuare se in un gene ci sono motivi di RNA che regolano il suo esporto nu-

cleo-citoplasmatico. Questo strumento è di grande utilità perché data una mutazione o un polimorfismo può predire se questi alterano l'esporto dell'RNA di quel particolare gene causando una diminuzione dei livelli della corrispondente proteina. I nostri programmi di predizione, oltre ad avere importanti ricadute cliniche e ad essere già stati usati in studi di associazione, sono molto utilizzati, come dimostrato dal gran numero di accessi alle pagine internet da cui si accede alle elaborazioni e dalle numerose citazioni ricevute dagli articoli che li descrivono.

Il nostro gruppo si occupa anche dell'elaborazione di dati di espressione, dell'analisi di polimorfismi per predirne gli effetti molecolari, della ricostruzione delle reti geniche e della validazione sperimentale dei risultati delle predizioni.

L'importanza mondiale della Biologia Computazionale è evidenziata dal grande incremento di richieste di bioinformatici tanto che si parla di un'esplosione di carriere (Figura 3) e si prevede che nel futuro ogni laboratorio si doterà di bioinformatici.

LA “NOSTRA” ANATOMIA PATOLOGICA

Rodolfo Montironi, Marina Scarpelli

Anatomia Patologica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche

1. LE ORIGINI DELLA “NOSTRA” ANATOMIA PATOLOGICA

La “nostra” Anatomia Patologica (AP) ha avuto inizio nei primi anni '70. Eravamo nell'atrio di fronte all'aula Angelini insieme agli altri studenti di Medicina che attendevano di entrare. Davanti a noi c'era il prof. Gian Mario Mariuzzi, non ancora cinquantenne. Eravamo fra i primi studenti immatricolati dalla Facoltà di Medicina di Ancona ed era tempo per noi di cominciare la frequenza in una Clinica Universitaria. Ci siamo fatti coraggio ed abbiamo chiesto al Prof. Mariuzzi di poter frequentare l'Istituto di Anatomia Patologica nell'ipotesi di voler intraprendere una carriera futura di anatomopatologi. La risposta del Prof. Mariuzzi fu *“Venite pure. Domani si comincia”*.

Il giorno seguente andammo nell'Istituto di Anatomia Patologica che, a quel tempo, era costituito da poche stanze all'interno dell'Ospedale Oncologico.

Fu un amore a prima vista per la disciplina e per chi in quel momento la rappresentava nella Facoltà di Ancona, che dura tutt'oggi, a distanza di più di 40 anni.

2. LO SVILUPPO E L'EVOLUZIONE DELLA “NOSTRA” ANATOMIA PATOLOGICA

L'Anatomia Patologica, presente in Ancona come sezione del Laboratorio Analisi fin dagli anni '30, aveva già acquisito la sua autonomia all'inizio degli anni '70, poco prima del nostro arrivo. Ad essa affluiva materiale dalla maggior parte degli Ospedali della Regione Marche. Il numero dei casi da analizzare non era grande comparato con quello attuale, ma le risorse erano limitate ed il numero di anatomopatologi veramente esiguo. Per questo motivo nuovi posti di lavoro divennero disponibili per noi subito dopo la laurea. Un posto di tecnico laureato era allora accettabilissimo per un neolaureato in Medicina e Chirurgia, in attesa della riforma dell'Università e l'Ospedale aveva creato un numero limitato di posti di Assistente. La scelta della carriera universitaria piuttosto che di quella ospedaliera fu dettata dalla disponibilità di posti piuttosto che da una scelta consapevole. La certezza era che volevamo fare una carriera di anatomopatologi.

La nostra Anatomia Patologica, fin dall'inizio chiamata a realizzare una simbiosi delle sue tre anime, cioè diagnostica, ricerca e didattica, ha avuto una fase ini-



*In memoria del Professor
GianMario Mariuzzi,
fondatore della “nostra”
Anatomia Patologica che si
è spento il 6 Giugno 2016,
all'età di 88 anni.*



ziale prevalentemente dedicata alla costruzione e allo sviluppo di una solida attività diagnostica attraverso la implementazione di nuovi strumenti e la formazione degli anatomopatologi. Negli anni, l'attività diagnostica è passata dal concetto iniziale di numero di casi refertati al concetto attuale di qualità del referto anatomopatologico in termini di descrizione degli aspetti rilevanti macroscopici e microscopici e in particolare, di interpretazione del loro significato clinico. Questo percorso è stato possibile grazie alla nostra passione per la disciplina e le sue sub-specialità, la dedizione allo studio e, numerosi soggiorni all'estero presso Istituzioni di riferimento internazionale e la possibilità di incontrare esperti internazionali invitati ad Ancona per corsi e conferenze [Figg. 1 e 2].

Il nostro approccio alla diagnostica in Anatomia Patologica ha raggiunto uno standard riconosciuto a livello internazionale. Questo è testimoniato dal fatto che, negli ultimi 20 anni, abbiamo partecipato alla stesura di libri pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e alla formulazione di protocolli condivisi con prestigiose associazioni internazionali come il College of American Pathologists. [Fig 3. Ref. 1,2,3,4,5]

3. LE TECNICHE ANCILLARI NELLA "NOSTRA" ANATOMIA PATOLOGICA

Il processo di trasformazione della nostra Anatomia Patologica è stato strettamente associato allo sviluppo ed evoluzione delle tecniche ancillari.

All'inizio c'era l'istochimica, basata sul concetto che informazioni pertinenti per raggiungere una diagnosi patologica si trovano non solo negli aspetti morfologici delle cellule e dello stroma ma anche nella natura chimica dei loro costituenti. La necessità di applicare ed interpretare queste tecniche ha richiesto lo sviluppo di una nostra conoscenza aggiuntiva a quella della morfologia in Anatomia Patologica, come la chimica dei tessuti. Negli anni '80 abbiamo assistito ad un progressivo ridimensionamento del ruolo dell'istochimica, al punto tale che nella pratica quotidiana attuale solo poche metodiche vengono ancora applicate. [Fig. 4]

Le nuove generazioni di patologi non hanno avuto la necessità di conoscere l'ampio spettro di utilizzo della istochimica dal momento che si sono rese progressivamente disponibili altre tecniche ancillari, più accurate rispetto all'istochimica tradizionale e quindi tali da permettere una diagnostica più accurata. Fra le varie tecniche a disposizione l'analisi di immagini o morfometria e la immunistochemica sono strettamente correlate alla nostra storia.

L'analisi di immagini, popolare intorno agli anni '90 grazie anche alla disponibilità commerciale di macchine dedicate, sviluppava il concetto che misurando in maniera manuale o automatica, ma comunque in maniera obiettiva e riproducibile, le modificazioni cellulari ed architetturali dei tessuti patologici si potesse ottenere una diagnosi anatomopatologica più accurata e riproducibile rispetto a quella tradizionale che alla fine avrebbe sostituito l'anatomopatologo



Figura 1. Hammersmith Hospital, London 1979. Gli studenti del modulo di istopatologia del Diploma in Patologia Clinica. Rodolfo Montironi è il quarto da destra nella seconda fila

stesso. Questa nuova tecnologia richiedeva, per essere implementata, che i patologi acquisissero una conoscenza aggiuntiva dei principi dell'analisi di immagini basati sulla ingegneria la statistica e la matematica. La nostra Anatomia Patologica ha sviluppato queste conoscenze e le ha applicate a diversi campi della patologia ottenendo riconoscimenti internazionali e pubblicando numerosi articoli scientifici [ref 6]

Negli anni si è capito che le macchine non erano ancora pronte a sostituire l'attività dell'anatomopatologo e la morfometria ha acquisito il suo ruolo ancillare attuale cioè di supporto all'attività di routine in situazioni limitate compresa quella della "virtual microscopy".

L'immunistochemica, comparsa nella nostra Anatomia Patologica fra la fine degli anni '70 ed inizi degli anni '80, è basata sulla applicazione di principi e tecniche immunologiche per la dimostrazione di molecole nelle cellule e nei tessuti. Il metodo originale consisteva nel marcare con una sonda fluorescente un anticorpo prodotto in un coni-

glio contro un determinato antigene. Negli anni le tecniche sono state affinate e l'immunistochemica è stata progressivamente introdotta in maniera stabile nel laboratorio di Anatomia Patologica. Ancora una volta i patologi hanno dovuto sviluppare conoscenze tecniche (come si fa e come funziona) e conoscitive (come si interpreta) per arrivare a raggiungere una competenza professionale che, utilizzando i risultati ottenuti dalle tecniche, portasse ad un miglioramento nella refertazione da un punto di vista diagnostico, prognostico e terapeutico.

Attualmente l'immunistochemica è una tecnica irrinunciabile con un ruolo fondamentale nell'attività del patologo il quale integra i dati forniti da questa tecnica nella diagnosi anatomopatologica. Quest'ultima continua ad avere come cardine l'osservazione dei preparati colorati con Ematossilina Eosina e la correlazione con le informazioni cliniche. [Fig. 5].

In anni recenti sono state introdotte, a scopo diagnostico, prognostico e predittivo, tecniche basate sullo studio del DNA e RNA applicabili non solo



Figura 2. Visita del prof. Burkhardt, esperto di patologia del midollo osseo 1982. La foto ritrae il gruppo degli Anatomopatologi e degli Oncologi. Si distinguono, in prima fila Marina Scarpelli e GianMario Mariuzzi; Rodolfo Montironi è il secondo da sinistra in seconda fila.



Figura 3. Meeting organizzato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità a Stoccolma (WHO Collaborating Center for Urologic Tumors, Karolinska University Hospital, Stockholm)

a tessuti o cellule freschi o congelati ma anche a tessuti fissati in formalina ed inclusi in paraffina. Tecniche di ibridazione in situ con sonde fluorescenti o cromogeni, PCR, RT-PCR, sequenziamento, pirosequenziamento e spettrometria di massa sono entrate progressivamente a far parte della attività del nostro laboratorio di Anatomia Patologica. [Fig. 6] Siamo in una fase di grande crescita della patologia molecolare e ancora una volta siamo di fronte ad una evoluzione della nostra Anatomia Patologica.

logica. Alla luce di questi cambiamenti e delle informazioni fornite dal referto anatomopatologico corredato e arricchito dai risultati delle tecniche oggi a disposizione, il ruolo del patologo sempre di più diviene quello di protagonista insieme ai clinici nella gestione dei singoli pazienti nell'ambito dei percorsi diagnostico-assistenziali (PDTA).

E' difficile prevedere tutti gli sviluppi futuri della patologia molecolare. L'incertezza dipende da diversi fattori, tra i quali vanno considerati lo sviluppo e la acquisizione di nuovi sistemi di analisi utilizzabili nella routine e gli interessi nella produzione di nuove strumentalizzazioni e di nuovi farmaci.

Certamente la biologia molecolare sta diventando una parte integrante nella attività dell'anatomopatologo e la familiarità con le metodiche e la loro interpretazione deve far parte del training delle scuole di patologia.

4. LA RICERCA NELLA “NOSTRA” ANATOMIA PATOLOGICA

La nostra Anatomia Patologica ha sempre considerato

la ricerca e la pubblicazione dei suoi risultati come inscindibile dall'attività diagnostica. Di conseguenza, l'attività di ricerca riflette la crescita nella nostra conoscenza nel campo della patologia compreso l'apporto delle tecniche ancillari. La nostra Anatomia Patologica ha da sempre privilegiato rapporti scientifici e di collaborazione con altre istituzioni nazionali ed internazionali, soprattutto statunitensi. Questo ha permesso di acquisire più agevolmente nuovi indirizzi di ricerca clinica e di orientare la ricerca verso i settori più importanti nella nostra Anatomia Patologica. [ref. 7,8]

Gli insegnamenti del Prof. Mariuzzi sono stati fondamentali per raggiungere questi risultati. Nella seconda metà degli anni '70, prima che il nostro Istituto fosse trasferito presso la nuova sede di Torrette, quando eravamo ancora giovani medici alle loro prime esperienze, il prof. Mariuzzi ci coinvolgeva in lunghe discussioni anatomo-cliniche con il Prof. Giuseppe Cardinali, primo direttore dell'Oncologia nella nostra Università e con il prof. Isacco Papo, neurochirurgo dell'Ospedale Umberto I con servizio presso l'Ospedale Oncologico. Da loro abbiamo imparato l'importanza della collaborazione, della discussione e del coinvolgimento anche dei più giovani.

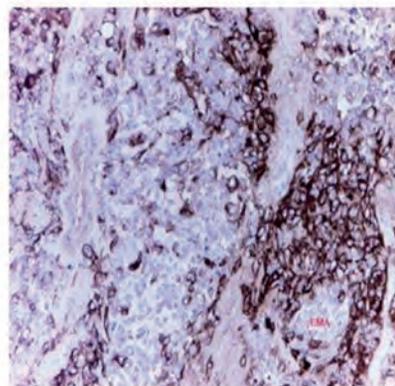
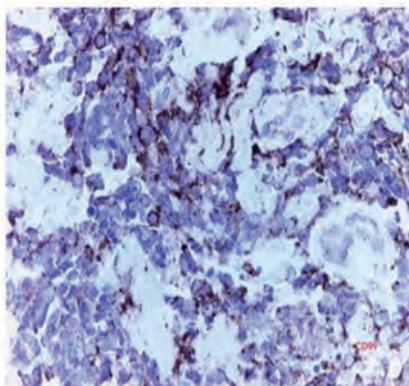
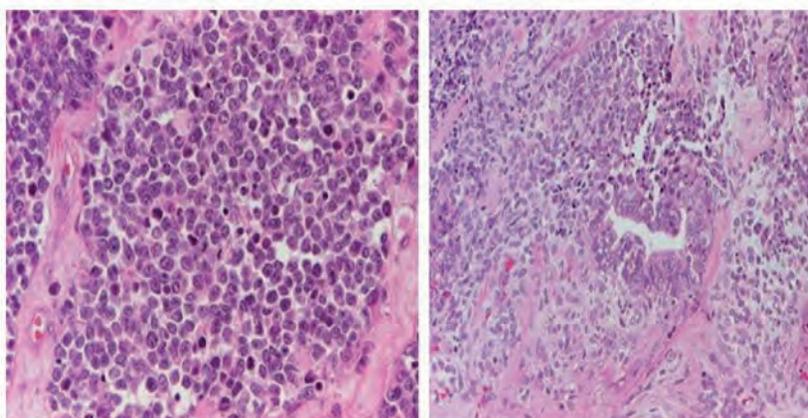
5. L'INSEGNAMENTO NELLA “NOSTRA” ANATOMIA PATOLOGICA

L'insegnamento al Corso di Laurea di Medicina e agli altri corsi nei quali il nostro Settore Scientifico Disciplinare è stato negli anni coinvolto, è stato sempre mirato a fornire le correlazioni fra le modificazioni morfologiche e le malattie fornendo un quadro completo del ruolo svolto dal patologo nella fase diagnostica. L'aver negli anni praticato in maniera costante l'attività



Figura 4. Colorazione istochimica per il reticolo. Questa colorazione è correntemente usata in diversi campi di patologia inclusa la diagnosi delle neoplasie endocrine

Figura 5. Colorazioni immunohistochemiche per la diagnosi di un sarcoma sinoviale. L'immagine illustra il percorso diagnostico dal campione chirurgico, alla colorazione con Ematossilina Eosina, alla applicazione di tecniche immunohistochemiche per la diagnosi differenziale



diagnostica e di ricerca ha fatto sì che la didattica divenisse parte integrante del percorso. Consideriamo di aver raggiunto un obiettivo importante se siamo riusciti a insegnare ai nostri studenti l'approccio metodologico, il significato della Anatomia Patologica integrata nella pratica clinica multidisciplinare e l'entusiasmo per la professione del medico.

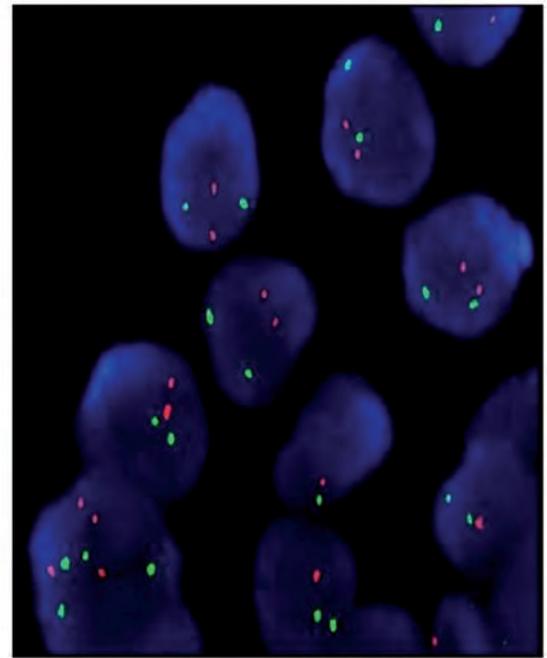
6. IL FUTURO DELLA "NOSTRA" ANATOMIA PATOLOGICA

E' difficile prevedere le trasformazioni cui la nostra Anatomia Patologica andrà incontro. Siamo convinti che lasciare spazio ai più giovani, che sono già

con noi o che potranno arrivare, o ritornare, sia indispensabile per favorire la transizione verso la Anatomia Patologica del futuro, con nuovi ruoli e possibili contributi da fonti diverse da quelle tradizionali.

Per noi, l'amore per Anatomia Patologica e l'entusiasmo rimangono immutati. Siamo convinti che il patologo non sia destinato a rimanere "quello che fa le autopsie" o "quello che formula una diagnosi anatomopatologica" che sarà trasmessa al paziente dal chirurgo o da altro specialista. Crediamo che il patologo sia una figura irrinunciabile nel percorso diagnostico clinico e che, come membro

di un "team", abbia capacità di comunicare con i pazienti fornendo spiegazioni e chiarimenti sulla diagnosi e sul significato delle tecniche che sono state applicate per raggiungere il risultato. A questo proposito vorrei ricordare un'esperienza recente. Ci trovavamo a camminare, in California, in mezzo a bancarelle che prodotti locali. C'era anche il gazebo di una associazione di pazienti "...tectomizzati". Uno di noi (R.M.) si avvicinò incuriosito e si sentì chiedere da un paziente se anch'egli era un "...tectomizzato" e se voleva entrare a far parte della loro associazione. Alla risposta che era un anatomopatologo con particolare interesse in quel campo, gli venne



**Tecnica
FISH**

Figura 6. Esempi di tecniche molecolari attualmente in uso nella Anatomia Patologica di Ancona

subito richiesto di rimanere con loro e spiegare la natura della neoplasia che li aveva portati alla loro condizione clinica di “...tectomy”. Così R.M. fornì le spiegazioni richieste comunicando, dal punto di vista del patologo, la natura essenziale della malattia, l’approccio alla diagnosi clinico-patologica e i risultati raggiunti dalla ricerca scientifica.

RINGRAZIAMENTI

La nostra formazione e crescita come anatomopatologi ed i risultati raggiunti non sarebbero stati possibili senza il supporto di tutti i medici e i tecnici e del personale amministrativo che negli anni hanno fatto parte della ‘nostra’ Anatomia Patologica. Il nostro ringraziamento va a tutti quelli che sono ancora presenti e a quelli che, per motivi diversi, non ci sono più

Referenze

1. Bostwick DG, Grignon DJ, Hammond ME, Amin MB, Crawford D, Gospodarowicz M, Kaplan RS, Miller DS, Montironi R, Pajak TF, Pollack A, Srigley JR, Yarbrow JW. Prognostic factors in prostate cancer. College of American Pathologists Consensus Statement 1999. Arch Pathol Lab Med. 2000 Jul;124(7):995-1000.
2. Srigley JR, Humphrey PA, Amin MB, Chang SS, Egevad L, Epstein JI, Grignon DJ, McKiernan JM, Montironi R, Renshaw AA, Reuter VE, Wheeler TM; Members of the Cancer Committee, College of American Pathologists. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinoma of the prostate gland. Arch Pathol Lab Med. 2009 Oct;133(10):1568-76.
3. Srigley JR, Amin MB, Delahunt B, Campbell SC, Chang A, Grignon DJ, Humphrey PA, Leibovich BC, Montironi R, Renshaw AA, Reuter VE; Members of the Cancer Committee, College of American Pathologists. Protocol for the examination of specimens from patients with invasive carcinoma of renal tubular origin. Arch Pathol Lab Med. 2010 Apr;134(4):e25-30.
4. Montironi R, Cheng L, Scarpelli M, Lopez-Beltran A. Pathology and Genetics: Tumours of the Urinary System and Male Genital System: Clinical Implications of the 4th Edition of the WHO Classification and Beyond. Eur Urol. 2016 8(In stampa)
5. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter V. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2016
6. and Scarpelli M. Quantitative image analysis on histological virtual slides for prostate pathology diagnosis, response to chemopreventive agents and prognosis. European Urology Focus 2016 (In stampa)
7. Xu K, Wu ZJ, Groner AC, He HH, Cai C, Lis RT, Wu X, Stack EC, Loda M, Liu T, Xu H, Cato L, Thornton JE, Gregory RI, Morrissey C, Vessella RL, Montironi R, Magi-Galluzzi C, Kantoff PW, Balk SP, Liu XS, Brown M. EZH2 oncogenic activity in castration-resistant prostate cancer cells is Polycomb-independent. Science. 2012 Dec 14;338(6113):1465-9.
8. Lunardi A, Ala U, Epping MT, Salmena L, Clohessy JG, Webster KA, Wang G, Mazzucchelli R, Bianconi M, Stack EC, Lis R, Patnaik A, Cantley LC, Bubley G, Cordon-Cardo C, Gerald WL, Montironi R, Signoretti S, Loda M, Nardella C, Pandolfi PP. A co-clinical approach identifies mechanisms and potential therapies for androgen deprivation resistance in prostate cancer. Nat Genet. 2013 Jul;45(7):747-55.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA E COSTI DELLA SANITÀ

Il caso della chirurgia robotica

Daniele Minardi · Giorgio Giovanelli*

Clinica Urologica, Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche e Odontostomatologiche
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università Politecnica delle Marche

L'economia sanitaria studia i problemi di produzione, distribuzione e consumo connessi alla scarsità di risorse disponibili in campo sanitario in rapporto alla produzione del bene "salute"; è una disciplina di recente istituzione, che sta tuttavia assumendo un ruolo sempre più importante negli ultimi anni, per la crescente rilevanza del settore sanitario in tutti i Paesi. Infatti negli ultimi 20-30 anni sia la domanda che l'offerta di assistenza sanitaria sono cresciute rapidamente a causa di variazioni di tipo economico, demografico, epidemiologico, sociale, ma anche e soprattutto a causa di variazioni nella ricerca e nel progresso tecnologico; data però la limitatezza delle risorse a disposizione, diviene necessaria una attenta ricerca di metodologie per organizzare le funzioni all'interno del sistema perseguendo la ottimizzazione delle risorse impiegate.

L'*Health Technology Assessment* (HTA) è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una

tecnologia attraverso la valutazione di alcuni parametri quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'HTA viene impiegato per consentire di prendere decisioni nell'ambito del sistema sanitario attraverso una valutazione multidisciplinare delle implicazioni relative all'impiego e all'adozione di nuove tecnologie in sanità. I vantaggi e gli svantaggi di ogni nuova tecnologia vengono valutati nell'ambito del rapporto costo-beneficio, tenendo in considerazione anche tutte le alternative tecnologiche disponibili, la valutazione economica di tali alternative e i risultati ottenuti con esse.

L'avvento della tecnologia in medicina ha condotto a profondi cambiamenti nella nostra capacità di diagnosticare e trattare la maggior parte delle malattie; questo è particolarmente vero quando consideriamo la chirurgia urologica. Per definizione, la chirurgia è invasiva, e può essere associata a complicanze peri/post-operatorie e nel lungo termine. L'introduzione della chirurgia urologica endoscopica, laparoscopica e robotica ha rivoluzionato la gestione delle malattie urologiche rispetto agli anni precedenti. Queste tecniche sono generalmente associate a minor traumatismo per il paziente rispetto agli approcci

tradizionali; inoltre sono caratterizzate da migliore visione con ingrandimento ottico, permettendo pertanto movimenti più accurati e precisi^{1, 2}.

Lo scopo finale delle innovazioni tecnologiche è quello di migliorare i risultati perioperatori, migliorare la ripresa degli aspetti funzionali e la qualità di vita post-operatoria nel più breve tempo possibile, e infine migliorare la nostra capacità di trattare casi sempre più complessi.

Sebbene l'innovazione tecnologica sia un fattore molto importante per lo sviluppo in sanità, essa è responsabile dell'aumento dei costi. Spesso i medici, e anche i pazienti, sono spinti ad abbracciare nuovi metodi di trattamento, prima ancora che i loro vantaggi e svantaggi vengano appieno analizzati. Le nuove tecnologie possono portare ad un aumento della spesa sanitaria sia perché semplicemente sono più costose dei trattamenti precedenti, oppure perché la loro introduzione può portare ad un incremento del tipo e del numero dei pazienti trattati in un determinato centro^{3, 4}. Spesso l'HTA viene impiegato qualora nuove e costose apparecchiature stanno per essere introdotte nella pratica clinica⁵. Questo certamente è il caso del sistema robotico Da Vinci.

Prendendo in considerazione

*Don Giorgio Giovanelli è Professore di Teologia Morale Speciale e di Diritto Penale Processuale Canonico presso la Pontificia Università Lateranense - l'Università di Urbino - l'Istituto Teologico Marchigiano. È Direttore del Centro di Bioetica di Fano

ne dapprima la chirurgia laparoscopica, essa è stata per la prima volta descritta da Clayman nel 1991⁶, ma l'adozione di tale metodica, sia nel caso di patologia urologica benigna che maligna, è stata inizialmente lenta e concentrata in pochi centri di eccellenza. La prostatectomia radicale laparoscopica è stata inizialmente descritta nel 1992 e successivamente resa popolare nel 2000, tuttavia essa non è stata in grado di sostituire la tecnica a cielo aperto; questo è dovuto principalmente alla lunga curva di apprendimento e alle limitazioni intrinseche della laparoscopia, come la visione bi-dimensionale, la ridotta mobilità e il ridotto feedback tattile⁷. Ma i vantaggi della laparoscopia per quanto riguarda l'andamento peri-operatorio e il decorso post-operatorio hanno facilitato la sua diffusione, tanto che al momento attuale è ampiamente usato e continuerà ad avere un ruolo importante nelle nefrectomie⁸.

Consideriamo ora la chirurgia robotica. Il sistema robotico fu dapprima introdotto negli Stati Uniti nel 1995, ma iniziò ad essere usato in chirurgia nel 1997; la prima versione del sistema Da Vinci divenne disponibile per la vendita nel 1998. Al momento attuale, negli Stati Uniti sono operativi più di 1.400 robot, nelle altre nazioni più di 400⁹.

Il robot da Vinci consente al chirurgo che sta alla consolle di controllare e manovrare a distanza le braccia robotiche, avendo in tal modo la possibilità di eseguire procedure laparoscopiche in maniera più agevole (figure 1, 2 e 3); consente minore degenza post-operatoria rispetto alla chirurgia tradizionale a cielo aperto, con minore dolore post-operatorio, ridotta estensione della cicatrice chirurgica con minor rischio di infezione della ferita chirurgica, e ridotte necessità di trasfusione.

La tecnologia robotica è stata adottata rapidamente nel

corso degli ultimi anni, ed attualmente viene impiegata di routine in chirurgia; le principali specialità chirurgiche che impiegano il sistema Da Vinci sono chirurgia generale, cardiocirurgia e chirurgia toracica, ginecologia, chirurgia vascolare, otorinolaringoiatria e urologia. La raffinatezza tecnologica messa a punto dalla casa produttrice (Intuitive Surgical) ha contribuito alla costante diffusione del sistema e all'incremento della complessità delle procedure chirurgiche effettuate.

Il sistema Da Vinci ha alcuni vantaggi tecnici rispetto alla laparoscopia tradizionale: in particolare, la visione tridimensionale, l'elevato grado di libertà degli strumenti chirurgici e i movimenti intuitivi (resi possibili dalla strumentazione *endowrist*, figura 4), permettono una migliore visione delle strutture anatomiche e una più precisa dissezione (figure 5 e 6).

L'introduzione della tecnologia robotica influisce sui



Figura 1. Il robot da Vinci



Figura 2. Carrello chirurgico

consumi principalmente aumentando i costi delle procedure. Infatti il sistema robotico Da Vinci ha elevati costi fissi, all'incirca 2,5 milioni di euro per ogni singola apparecchiatura; il sistema ha anche elevati costi di manutenzione, ed è inoltre necessario materiale mono-uso. L'utilizzo del sistema robotico può anche richiedere tempi chirurgici più lunghi, almeno inizialmente; questo è dovuto alle procedure di preparazione e di docking del robot. Tuttavia, nel caso di interventi chirurgici che in precedenza venivano eseguiti a cielo aperto, i costi aggiunti verranno bilanciati da una riduzione delle giornate di degenza post-operatorie e da un guadagno di produttività del paziente, che può tornare alle attività lavorative più celermente.

Tuttavia, la valutazione dei costi non deve trascurare quelli che in realtà rappresentano i benefici che la chirurgia robotica è in grado di fornire sia ai pazienti che al sistema sanitario.

Negli Stati Uniti la tecnica robotica della prostatectomia radicale rappresenta più del 70% degli interventi eseguiti per carcinoma prostatico. Nu-

merosi studi hanno dimostrato la sicurezza ed efficacia di tale metodica, in termini di minori perdite ematiche, ridotto periodo di degenza, migliore continenza e funzione sessuale, ridotta incidenza di margini chirurgici positivi¹⁰.

Alcuni studi hanno paragonato la tecnica robotica e laparoscopica con la tecnica open per la prostatectomia radicale¹¹. Sono stati presi in considerazione i seguenti parametri di outcome:

- oncologici: percentuale di margini positivi, recidiva biochimica, trattamenti adiuvanti, sopravvivenza libera da malattia
- complicanze peri e post-operatorie: trasfusioni ematiche, lesioni di organi, fistola urinaria, infezione della ferita, ileo paralitico, trombosi venosa profonda, stenosi del collo vescicale, morte
- funzionali: dolore post-operatorio, ritorno alla attività, qualità di vita, continenza urinaria, potenza sessuale

Analizziamo ora due tipi di interventi urologici che vengono più di frequente eseguiti e sui quali si sono concentrate le analisi di economia sanitaria: la prostatectomia radicale



Figura 3. Carrello visione

per neoplasia della prostata e la nefrectomia parziale per tumore del rene.

E' stato osservato che la *prostatectomia radicale robotica* ha un minor rischio di complicanze intraoperatorie maggiori rispetto alla laparoscopica (0.4% vs 2.9%), e un minor tasso di margini positivi chirurgici (17.6% vs 23.6%); questo dato è molto importante, in quanto è legato ad un minor rischio di recidiva di malattia con la conseguenza di riduzione di trattamenti ulteriori; questi dati devono essere tenuti in considerazione in economia sanitaria. Con la chirurgia robotica rispetto alla chirurgia a cielo aperto e laparoscopica possiamo osservare una minore incidenza di trasfusioni ematiche, di stenosi del collo vescicale, di fistola urinosa a livello dell'anastomosi vescico-uretrale, di infezione, di lesioni agli organi vicini, di ileo paralitico e di trombosi venosa profonda¹²; la minore incidenza di tali complicanze influisce pertanto anche sull'analisi economica. Non è stato inoltre possibile rilevare una differenza nel tasso di incontinenza urinaria a 12 mesi, e non è stato possibile trarre dati conclusivi riguardo la funzione sessuale; pertanto l'analisi



Figura 4. Strumentazione endovascular

economica di tali aspetti non risulta dirimente.

Sono state pertanto eseguite analisi dei costi della chirurgia per tumore della prostata^{13,14}, ed è stato osservato che la chirurgia robotica, rispetto alla chirurgia a cielo aperto e laparoscopica, risulta complessivamente più economica, con una riduzione dei costi pari al 5.1%; e questa diminuzione globale dei costi è stata osservata nonostante l'aumento del costo dell'intervento chirurgico in sé, anche se questo risulta essere pari al 52.4%; l'aumento dei costi non è solo dovuto al costo di ammortamento e al materiale, ma anche ai più lunghi tempi di occupazione della sala operatoria che si verificano con la chirurgia robotica; uno dei fattori che contribuisce alla diminuzione globale dei costi è senz'altro la riduzione della degenza post-operatoria con la chirurgia robotica, diminuzione che risulta essere pari al 9,1%.

In uno studio inglese, sono stati quantificati i costi della prostatectomia robotica, che risultano essere superiori rispetto alla prostatectomia laparoscopica da 1595 a 1713 euro¹⁵; ma lo stesso studio ha evidenziato come la prostatec-

tomia robotica comporti un aumento significativo della qualità di vita. Sempre in base a tale studio, è stato osservato che, al fine di ottimizzare i tempi anestesilogici e chirurgici, come pure la preparazione del personale, è necessario che il centro sia in grado di eseguire almeno 150 interventi all'anno di chirurgia urologica per anno.

Numerosi studi hanno anche supportato la sicurezza e fattibilità della *nefrectomia parziale robot-assistita*¹¹.

Alcuni studi hanno valutato il costo-efficacia della nefrectomia parziale robotica rispetto alla laparoscopica e a cielo aperto¹⁶; è risultato che il costo medio della tecnica a cielo aperto è di 12.539 dollari, di quella laparoscopica 10.782, e di quella robotica 13.186; è stato tuttavia valutato un aumento dei costi pari al 55% in quei pazienti che vanno incontro a complicanze post-operatorie, e siccome il tasso di complicanze nei pazienti sottoposti a chirurgia robotica è inferiore, pertanto risulta che la chirurgia robotica ha un miglior rapporto costo-beneficio; gli stessi autori concludono comunque che questi dati non si applicano ad ospedali che hanno un basso volume di interventi chirurgici.

Un altro studio¹⁷ ha valutato la possibilità di ridurre il costo della chirurgia robotica minimizzando l'impiego di alcuni strumenti o presidi che possono essere associati a tale tecnica, come ad esempio l'impiego di Ligasure, collanti emostatici o fili di sutura particolarmente costosi; tali presidi possono non essere impiegati come complemento della chirurgia robotica, in quanto la tecnica robotica, essendo più precisa, permette di assicurare una migliore emostasi e pertanto di evitare il loro impiego; in tale modo è stata valutata la possibilità di ridurre i costi di ogni singolo intervento chirurgico di circa il 40%, pur non incidendo sulla incidenza delle perdite ematiche, del tempo operatorio o delle complicanze post-operatorie.

I progressi in campo biomedico, le impressionanti possibilità che scaturiscono in ambito sanitario, spesso, con ritmi incalzanti hanno, certamente, offerto ai malati dei sostanziali benefici che, però, fanno scaturire altrettanti interrogativi etici circa la modalità di ripartizione delle risorse sanitarie. A titolo di esempio, vogliamo citare quelli sorti in occasione dell'introduzione dello *shunt* arterovenoso, nel 1961, che rendeva possibile, grazie al Dr. Scribner, la pratica della *dialisi cronica*¹⁸. Divenne subito evidente che tutti coloro che ne necessitavano non potevano essere accontentati: bisognava fare delle scelte. Fu, così, costituito un Comitato - composto per la maggior parte da personale *non medico* - chiamato da Shana Alexander¹⁹, il *God-Committee* (il Comitato-Dio) con la grave responsabilità di decidere chi poteva essere sottoposto al trattamento e chi no. Quali dovevano essere, però, i criteri per fare questa determinazione? Chi e con quale autorevolezza doveva decidere? L'antica

obbligazione ippocratica per la quale si doveva entrare *in ogni casa* ora non era più possibile.

La questione delle allocazione delle risorse richiama necessariamente a dei valori; ad una *metaetica* che possa fondare la ragionevolezza delle scelte allontanandola dall'arbitrio degli operatori e dagli interessi economici, spesso poco interessati alla dignità delle persona umana.

La razionalizzazione delle risorse, intesa come loro migliore utilizzo, è economicamente necessaria, eticamente legittima, oltre che giuridicamente doverosa. Così si dovrà considerare sia la cosiddetta *macroallocazione* come anche la *microallocazione*. La *macroallocazione I* riguarda l'attribuzione delle risorse a livello di macrosistema; si ragiona a livello politico, in questo ambito, sul *quantum* del prodotto interno lordo deve essere destinato a certi settori: sanitario, difesa, trasporti, tutela ambientale, solo per citarne alcuni. La *macroallocazione II* fa riferimento all'attribuzione delle risorse all'interno del settore sanitario: prevenzione, terapie mediche, riabilitazione, ricerca²⁰.

La *microallocazione I* vede l'attribuzione delle risorse in relazione a determinate patologie e a specifici gruppi di pazienti; la *microallocazione II* riguarda, invece, la scelta che il medico deve operare in merito ai singoli interventi diagnostici o terapeutici da erogare a beneficio dei pazienti.

Il passaggio dalla *macro* alla *microallocazione* conduce anche al passaggio dalla *politica* alla *medicina*.

È fuori discussione che il primo obiettivo del potere politico deve esser quello di assicurare l'accesso alle cure da parte di tutti i cittadini in ottemperanza ai principi di *equità* da applicare anche in sanità. Nonostante la generale



Figura 5. Docking del robot al letto del paziente



Figura 6. Inizio dell'atto chirurgico

condivisione di tale principio, in Europa si verificano delle differenze circa i modi per raggiungere tale obiettivo: la stima dell'assistenza da assicurare al cittadino è molto variabile ed è quella di garantire l'accesso alla diagnosi e al trattamento per quelle patologie che colpiscono quelle capacità individuali alle quali è connessa una vita funzionale ordinaria. Tale impostazione, però, non assicura la possibilità di ricevere

uguale trattamento per uguali bisogni.

Per facilitare la soluzione di tali dilemmi sono state elaborate da parte dei pianificatori sanitario varie iniziative atte a fornire sia al medico che al paziente degli strumenti per meglio operare nel rispetto dei parametri economici: linee-guida; autocontrolli sulle prescrizioni, analisi di budget, assegnazione risorse per gruppi di pazienti, etc.

In sintesi crediamo che si è chiamati a fare delle scelte che, in ogni caso, devono essere scelte personaliste²¹. La riflessione etica circa l'allocazione delle risorse, e quindi anche riguardo la chirurgia robotica urologica, deve basarsi sulla condizione di salute del singolo; il minimo adeguato non può essere ricondotto ad un importo monetario unico o ad uno *standard* immutabile di cure a prescindere dalla situazione personale. È necessaria la coordinazione dei mezzi e delle risorse nell'ottica del principio della socialità e della sussidiarietà. Si dovrà poi tenere in considerazione il criterio della *proporzionalità terapeutica* che faccia evitare, da un lato, gli eccessi di cura facilmente slittabili verso l'accanimento terapeutico; dall'altro le carenze assistenziali e l'abbandono terapeutico.

Rebus sic stantibus, considerando quanto sopra affermato e alla luce dei criteri proposti è autoevidente come la chirurgia robotica, anche se presente alti costi, sia fissi che di formazione degli operatori, presenta notevoli *benefici* non solo per i pazienti ma anche per il sistema sanitario.

Si tratta sicuramente di una metodica da incentivare auspicando scelte in suo favore ai vari livelli della distribuzione della ricchezza garantendo il più possibile quanto proprio l'OMS sostiene circa la salute considerata come *lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non una mera assenza di malattie o infermità*, il che significa che nelle scelte concrete non potremo utilizza-

re i parametri dell'obbligazione di risultato – non sempre raggiungibile in medicina – bensì quella di mezzo volta a garantire il rispetto della totalità della persona²² sia in considerazione della sua singola esistenza, sia in considerazione della società e del contesto in cui è inserita, portatore anch'egli delle sue esigenze e dei suoi bisogni.

Bibliografia

1. Cathelineau X, Sanchez-Salas R, Sivaraman A. What is next in robotic urology? *Curr Urol Rep* 15: 460-464, 2014
2. Lendway TS, Hannaford B, Satava RM. Future of robotic surgery. *Cancer J* 19: 109-119, 2013
3. Barbash GI, Glied SA. New technology and health care costs. The case of robot-assisted surgery. *New Engl J Med* 363 (8): 701-704, 2010
4. Gandaglia G, Schattelman P, De Nayer G, D'Hondt F, Mottrie A. Novel technologies in urologic surgery: a rapidly changing scenario. *Curr Urol Rep* 17: 19, 2016.
5. Sivaraman A, Sanchez-Salas R, Prapotnich D. Robotics in urological surgery: evolution, current status and future perspectives. *Actas Urol Esp* 39: 435-441, 2015
6. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. *J Urol* 146: 278-282, 1991
7. Ickers AJ, Savage CJ, Hruza M. The surgical learning curve for laparoscopic radical prostatectomy: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 10: 475-480, 2009
8. Ljungberg B, Bensalah K, Canfield S. EAU guidelines on renal cell carcinoma: 2014 update. *Eur Urol* 67: 913-924, 2015
9. Turchetti G, Palla I, Pierotti F, Cuschieri A. Economic evaluation of da Vinci-assisted robotic surgery: a systematic review. *Surg Endosc* 26: 598-606, 2012
10. Gandaglia G, Trinh QD. Models of assessment of comparative outcomes of robot-assisted surgery: best evidence regarding the superiority and inferiority of robot-assisted radical prostatectomy. *Urol Clin N Am* 41: 597-606, 2014
11. Aboumarzouk OM, Stein RJ, Eyraud R. Robotic versus laparoscopic partial nephrectomy: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 62: 1023-1033, 2012
12. Robertson C, Close A, Fraser C, Gurung T, Jia X, Sharma P, Vale L, Ramsay C, Pickard R. Relative effectiveness of robot-assisted and standard laparoscopic prostatectomy as alternatives to open radical prostatectomy for treatment of localized prostate cancer: a systematic review and mixed treatment comparison meta-analysis. *BJU Int* 112: 798-812, 2013
13. Sugihara T, Yasunaga H, Horiguchi H, Matsui H, Fujimara T, Nishimatsu H, Fukuhara H, Kume H, Changhong Y, Kattan MW, Fushimi K, Homma Y. Robot-assisted versus other types of radical prostatectomy: population-based safety and cost comparison in Japan, 2012-2013. *Cancer Sci* 105 (11): 1421-1428, 2014
14. De Carlo F, Celestino F, Verri C, Masedu F, Liberati E, Di Stasi SM. Retropubic, laparoscopic and robot-assisted radical prostatectomy: surgical, oncological and functional outcome: a systematic review. *Urol Int* 93: 373-383, 2014
15. Close A, Robertson C, Rushton S, Shirley M, Vale L, Ramsay C, Pickard R. Comparative cost-effectiveness of robot-assisted and standard laparoscopic prostatectomy as alternatives to open radical prostatectomy for treatment of men with localized prostate cancer: a health technology assessment from the perspective of UK National Health Service.
16. Buse S, Hach CE, Klumpen P, Alexandrov A, Mager R, Mottrie A, Hafenkamp A. Cost-effectiveness of robot-assisted partial nephrectomy for the prevention of perioperative complications. *World J Urol* 2015 Dec 12 (Epub ahead of print)
17. Dello JC, Wayne G, Yanes R, Nieder AM, Bhandari A. Reducing robotic prostatectomy costs by minimizing instrumentation. *J Endourol* 29 (5): 556-560, 2015
18. Daniels, Just Health Care, Cambridge University Press, 1985.
19. Hengelhardt D. v., Allocazione delle risorse nel settore sanitario. Principi e valori in bioetica. reperibile al: <http://www.provincia.bz.it/sanita/download/Allokation-von-Engelhardt.-ital.pdf>
20. Bompiani A., Brevi riflessioni sugli aspetti etici dell'economia sanitaria. Reperibile al: http://www.credereoggi.it/upload/1997/articolo100_80.asp
21. JONSEN A.R., The birth of Bioethics, in Hastings Center Report, 23 (1993)
22. Sgreccia E., Manuale di bioetica. Vol. I, Fondamenti ed etica biomedica. Ed. Vita e Pensiero, Milano, 2012.

IL NUOVO TEMPO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: ANTICHE RADICI PER FOGLIE NUOVE

L'attimo come luogo di salvezza dell'umano*

Edoardo Manzoni

Università degli Studi di Milano Bicocca

Non c'è un tempo, ma diversi tempi; o meglio, diverse concezioni di tempo. Esse penetrano e si compenetrano nella realtà di ogni uomo, con dimensioni diverse.

Di tutte le dimensioni del tempo, la cronologia - che più avanti riferiremo a Kronos - è il luogo più semplice di analisi del concetto. La cronologia trascorre, determinando i confini entro cui l'*homo viator* vive: il prima e il dopo; il passato, il presente e il futuro; la lentezza e la fretta; l'attesa e il compimento.

La cronologia si serve spesso del pensiero dualista sospeso in una opposizione tra il non-avere-tempo e la interminabilità-del tempo.

In camera operatoria questo dualismo raggiunge il suo apice. Gli infermieri e gli operatori

vedono il proprio tempo cronologico accelerarsi: molte procedure da rispettare in minor tempo; ritmi sempre più elevati per efficientare le aperture dei servizi; scarsità di personale; ecc. Insomma la frase più diffusa che sentiremmo ripetere in una unità operativa dagli infermieri è *che non abbiamo tempo*.

Eppure questa percezione del tempo nelle persone che entrano in ambiente sanitario è diametralmente opposto: il tempo si sospende e si allunga aumentando l'ansia dell'ignoto. La sala di attesa in cui si viene preparati, il percorso presso la sala chirurgica, l'attesa perioperatoria, il tempo vissuto dietro un telo durante l'atto chirurgico, e il tempo prima di uscire sono eterni. Il paziente sente la frenesia intorno a sé ma il suo tempo si è fermato come respiro mai sciolto in un mondo che non è il suo. *La persona non vede l'ora che il tempo, che sembra non trascorrere, si consumi*.

Come è possibile che questi due tempi, stessa cronologia, trascorrono in modo così diverso? come si possono incontrare queste due alterità? Esiste la possibilità di ricercare tra questi due tempi un fra-tempo?

Per dispiegare al meglio queste domande è utile provare a leggere alcune caratteristiche

“

“Si fermi ancora un po’
disse lui.
Perché?, rispose lei.
Per questa luce della sera,
riprese lui”

K.kieslowski, film Rosso, 1994

”

del vivere dell'uomo oggi. Di ogni uomo; sia esso infermiere o persona presa in carico.

CHIAMATI A VIVERE IL NOSTRO TEMPO

L'unica cosa certa, oggi, è l'incertezza. Denominiamo l'incertezza, crisi. L'etimologia di crisi deriva dal verbo greco *krino*, ovvero, separare, cernere, in senso più lato, discernere, giudicare, valutare. Nell'uso comune ha assunto un'accezione negativa in quanto vuole significare un peggioramento di una situazione. Se invece riflettiamo sull'etimologia della parola crisi, possiamo coglierne anche una sfumatura positiva, in quanto un momento di crisi cioè di riflessione, di valutazione, di discernimento, può trasformarsi nel presupposto necessario per un miglioramento, per una rinascita, per un rifiorire prossimo.

E' difficile trarre giudizi compiuti sull'oggi, per la chiarezza del senno di poi, andranno lasciati ai posteri. Possiamo trarre suggestioni utili ad orientarci.

Le identità sono messe in discussione, alla ricerca di una nuova nascita.

Le due parole chiave del vivere oggi nei mondi occidentali, come quello europeo, sono complessità e cambiamento.

Secondo Bauman nella società contemporanea si sono

*Dalla relazione tenuta presso l'Auditorium di Facoltà il 12 maggio 2016, nel corso del 5° Convegno regionale, svolto in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere dedicato ad una visione europeista ed internazionale dell'Infermieristica. L'evento è nato dalla fattiva collaborazione tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, l'Area Vasta 2, l'I.N.R.C.A., il Collegio I.P.A.S.V.I. di Ancona ed il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, Polo di Ancona.

“liquefatti” i legami tra gli individui, legami sociali che tendono a dissiparsi, a disgregarsi e a diventare sempre più effimeri. Bauman pensa che il “processo di liquefazione” si attui in diversi ambiti della vita nella società contemporanea come ad esempio il lavoro, la comunità, l'individuo, come già detto i rapporti sociali, la libertà, le strutture sociali, etc.¹.

I fenomeni continuano a cambiare il loro modo di essere e manifestarsi, proprio come un liquido il quale assume la forma del contenitore che lo significa.

Oggi più che mai nella storia, *l'intero è più della somma delle parti*. Tale espressione, cara agli infermieri europei, sostanzia l'antica concezione platonica, ripresa ed approfondita dalla filosofia scolastica del concetto, di *holon*, l'intero.

Accogliere la complessità significa infatti rispettare l'intero ed ottenere un risultato che è maggiore e diverso della somma dei risultati dei singoli elementi che compongono l'intero medesimo.

Convivere con la complessità definisce anche lo sforzo scientifico di non ridurre i fenomeni, di non scomporli necessariamente verso un impoverimento interpretativo, nonché la consapevolezza della limitatezza delle scienze nei confronti dell'umano e dell'universo da lui creato.

Integrare, quindi, non ha il significato – oggi prevalente – di mettere insieme, di costruire collaborazioni, di creare alleanze sinergiche; tutto ciò è riduttivo e non sufficiente a definire un intero.

L'intero, per sua natura, afferma che ogni approccio di una parte assume la coscienza di ridurre l'intero stesso rendendosi insufficiente ad una compiuta comprensione del fenomeno.

Edgard Morin sottolinea

come la complessità sia il paradigma dentro il quale si deve leggere la situazione dei nostri tempi: “*c'è complessità quando sono inseparabili le diverse componenti che costituiscono un tutto*”².

Complessità è assumere l'incertezza come sfida. Incertezza necessaria per : creare, comprendere, conoscere, narrare e, soprattutto, integrare.

Se la nostra identità presente e futura ha la cifra del cambiamento, dell'incertezza e di complessità, dove possiamo ancorare il nostro vivere, il nostro essere infermiere, il nostro essere professionisti in sanità? Dove trovare un tempo di senso?

I DETERMINANTI DEL VIVERE IN CONTINUA EVOLUZIONE: SPAZIO E TEMPO

L'uomo – inteso come genere – è sempre uguale a sé stesso e, nel contempo, l'uomo è sempre diverso da sé stesso.

In altre parole l'essere umano ha fondamenti di immanenza che attraversano secoli e latitudini nonché, contemporaneamente, fenomeni di evoluzione continua che definiscono il suo adattamento al cambiamento.

La dimensione ontologica dell'uomo definisce l'immanenza dell'uomo; la dimensione antropologica ne descrive il suo continuo divenire (anzi *becoming* usando la opportuna forma del *presentcontinuous* inglese che meglio definisce la dinamicità dell'essere)³.

Le due cifre del cambiamento della dimensione antropologica sono la continua evoluzione dei due determinanti culturali per eccellenza: *lo spazio ed il tempo*.

Prima di essere luoghi fisici sono entrambi occasioni di pensiero e di identità.

Lo spazio non è solo il luogo o i luoghi della vita e salute; Esso dapprima è una concezio-

ne di libertà nel situarsi, nel concepire sé stessi all'interno o al di fuori di una realtà.

Un infermiere di camera operatoria non si definisce tale perché vi abita fisicamente ma perché dapprima trova in questo luogo senso di identità.

Sottolineiamo questo aspetto perché l'identità di luogo per l'infermiere è l'identità storicamente più consolidata.

Per *tempo* intendiamo il rapporto stretto intercorrente tra cronologia e vivere dell'uomo. Quasi in una parafrasi biblica⁴ siamo cresciuti nell'idea che c'è un tempo per vivere ed uno per morire; un tempo per crescere, maturare, invecchiare e morire; un tempo per la salute ed un tempo per la malattia; un tempo in cui ci si ammala, si è acuti, si è convalescenti, si guarisce.

Oggi il tempo, in sanità è compenetrato in sé.

Si è contemporaneamente malati e sani; cronici ed acuti; viventi e morenti.

Anzi celebriamo, per la prima volta storicamente, un allontanamento del concetto di sanità dal concetto di salute.

Oggi il tempo sanitario ed assistenziale è l'esserci.

“L'essenza dell'Esserci consiste nella sua esistenza”, afferma Heidegger.⁵

L'esserci è sempre in vista di qualcosa da essere e pertanto è sempre “avanti a sé”. L'esserci è in rapporto con il possibile nel modo dell'anticipazione e del precorrere le sue possibilità. L'esserci è sempre in attesa della realizzazione delle sue possibilità.

Assistere è Esserci. Assistenza infermieristica è scienza che permette all'Esserci di aprirsi al futuro ed evolvere. Creare con l'altro e per l'altro “uno spazio propriamente umano, o meglio umanizzato, una creazione che è parte della creazione propriamente umana”⁶.



Figura 1. Pablo Picasso, *L'evoluzione del Toro: Toro in stadio 2*, 12 dicembre 1945, litografia su carta filigrana Arches 32,5-44,5 cm, Museo di Malaga

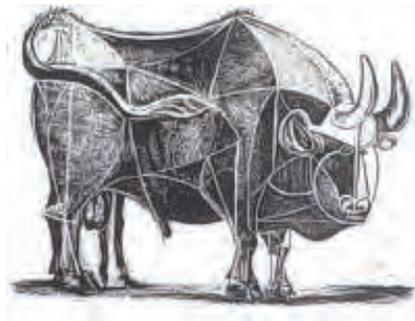


Figura 2. Fig. 2 Pablo Picasso, *L'evoluzione del Toro: Toro in stadio 4*, 22 dicembre 1945, litografia su carta filigrana Arches 32,5-44,5 cm, Museo di Malaga



Figura 3. Pablo Picasso, *L'evoluzione del Toro: Toro in stadio 5*, 24 dicembre 1945, litografia su carta filigrana Arches 32,5-44,5 cm, Museo di Malaga

L'assistenza oggi non ha un tempo ma è essa stessa un tempo.⁷

Essa parte dalla cronologia ma diventa un tempo di eternità che non conosce le ore, ma gli attimi.

IL TEMPO IN ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Si impone una suddivisione netta, ai fini della trattazione, tra almeno due categorie di tempo: l'attimo (*istant*) e l'ora (*now*).

L'attimo è il tempo di Kairos; l'ora è il tempo di Kronos.

Secondo una certa tradizione filosofica, l'attimo ha un significato diverso dall'ora, che è il limite o la condizione del tempo, perché rappresenta una specie di incontro o di compromesso tra il tempo e l'eternità. Questa nozione rimonta a Platone: "l'attimo – egli diceva – sembra che indichi ciò che fa da transizione tra due mutamenti inversi. Il trapasso infatti dal movimento alla quiete, e viceversa, non ha luogo a partire da un'immobilità che è ancora immota o dal movimento che è tuttora mosso. La natura un po' strana dell'attimo si asside nel mezzo tra la quiete ed il moto pur non essendo esso nel tempo e lo fa essere il punto di arrivo e di partenza di ciò che si muove verso lo star fermo e di ciò che sta fermo verso il muoversi".⁸ In altri termini, per Platone l'attimo non è né il tempo né l'eternità, né il

movimento né la quiete, ma sta in mezzo ad essi e costituisce il loro punto di incontro.

Il concetto di attimo ritorna poi nell'esistenzialismo tedesco, senza la risonanza religiosa posta in luce da Kierkegaard.⁹ Dice Jaspers: "L'attimo vissuto è il fatto supremo, calore di sangue, immediatezza, vita, presente corporeo, totalità del reale, unica cosa vera e concreta. Invece di partire dal presente per perdersi nel passato o nel futuro, l'uomo trova l'esistenza e l'assoluto nell'attimo. Passato e futuro sono abissi oscuri e informi, tempo indefinito, mentre l'attimo può essere l'abolizione del tempo, la presenza dell'eterno".¹⁰

Heidegger, infine, ha ripreso nel suo testo fondante il concetto di attimo definendolo il "presente autentico"¹¹ e contrapponendolo all'ora che è il presente inautentico della vita quotidiana. L'ora è la presentazione delle cose cui si rivolge la cura quotidiana dell'uomo; l'attimo è la decisione anticipatrice della morte cioè del nulla dell'esistenza: quella situazione stessa che dal punto di vista emotivo è l'angoscia.

Il concetto di ora (*nunc in latino*) è quindi diverso dal concetto di attimo e rappresenta il tempo cronologico in cui viviamo

Con questo termine si intende, nella tradizione filosofica, l'istante come limite o condizione del tempo, quindi diverso dall'attimo.

Secondo Aristotele, l'ora è il presente istantaneo, senza durata, che funge da limite mobile tra passato e futuro.¹² La nozione torna frequentemente nelle speculazioni medievali sul tempo. Talvolta l'ora fu concepita come *res fluens* che subito si corrompe e manca ed è soppiantata da un'altra.¹³

Nella filosofia contemporanea, il termine è stato adoperato da Husserl per indicare l'orizzonte temporale dell'esperienza vissuta. Poiché nessuna esperienza può cessare senza la coscienza di cessare o di essere cessata, questa coscienza è il nuovo istante presente d'ora. "Ciò significa che ogni ora di un'esperienza ha un orizzonte di esperienze che hanno anch'esse la forma originaria dell'ora e come tali costituiscono l'orizzonte originario dell'io puro, il suo complessivo originario ora di coscienza".¹⁴

Ma che centra tutto questo con l'assistenza infermieristica?

Essa è luogo privilegiato di congiungimento dei tempi, per fare del tempo un luogo di immanenza di umanità.

Per gli antichi greci il tempo aveva due definizioni: Kronos e Kairos.

Tra i miti preolimpici greci troviamo Kronos, che è il padre di Zeus. Kronos ha 12 figli (o in alcuni racconti mitologici 10) che ripetutamente divorano appena vengono alla luce. La moglie, astuta, trova il modo

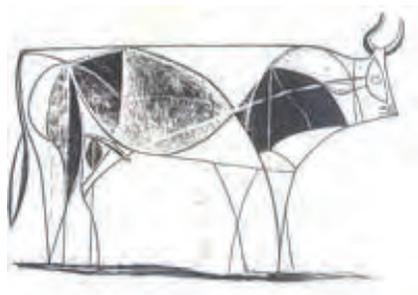


Figura 4. Pablo Picasso, L'evoluzione del Toro: Toro in stadio 8, 2 gennaio 1946, litografia su carta filigrana Arches 32,5-44,5 cm, Museo di Malaga

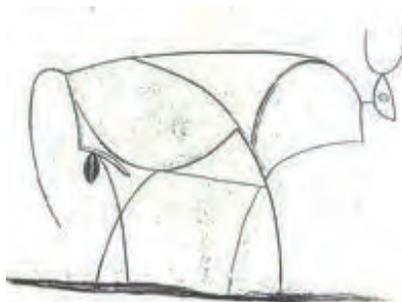


Figura 5. Pablo Picasso, L'evoluzione del Toro: Toro in stadio 10, 10 gennaio 1946, litografia su carta filigrana Arches 32,5-44,5 cm, Museo di Malaga

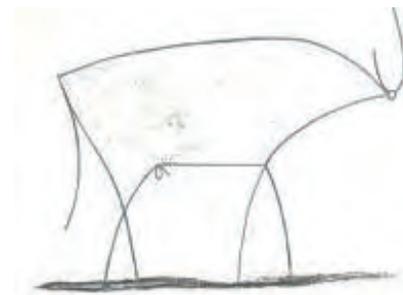


Figura 6. Pablo Picasso, L'evoluzione del Toro: Toro in stadio 11, 17 gennaio 1946, litografia su carta filigrana Arches 32,5-44,5 cm, Museo di Malaga

di fargli risparmiare l'ultimo figlio, Zeus, facendo divorare a Kronos una pietra.

Kronos è il tempo cronologico – è l'ora poco sopra tracciata, che mangia i suoi figli, che mangia le sue ore, e che corre oggi sempre più velocemente a tal punto che il *live motive* nelle professioni, in tutte le professioni e nel vivere umano, è che non abbiamo più tempo. Kronos vive di due dimensioni sole: il qui e l'adesso, *l'hic et nunc*.

Si, la cronologia vive divorando noi stessi e le nostre scelte di vita. Così le Camere Operatorie sembrano il paradigma perfetto del tempo che viene a mancare.

Ma la cronologia non basta. Kronos non basta.

Tra le ore che si susseguono esiste un non-tempo – l'attimo – che è segno di eternità.

Infatti, l'altra dimensione del tempo portata dagli antichi greci era definita come *Kairòs*. Termine difficilissimo da tradurre in modo esaustivo, *kairòs* è il tempo favorevole, il tempo perfetto, il tempo in cui la cronologia si ferma e si costituisce in un'immanenza assoluta. E' il tempo dell'istante, di una parola detta all'operando, di una mano sfiorata oltre ogni sicurezza clinica, di un buongiorno detto nella sala di preparazione o mentre ci si mette su un lettino operatorio. E' il tempo di pronuncia del nome di battesimo. E' un tempo salvifico in cui gli infermieri stabilmente

vivono.

Ecco perché l'assistenza infermieristica non ha un tempo ma è essa stessa un tempo.

È il tempo del toccare, è il tempo dell'assistere, è il tempo della nostra attività quotidiana. In questo senso è il tempo dell'eterno nel quale il gesto assistenziale si pone, al di fuori della frenesia dell'ora ed è momento in cui l'uomo percepisce, di non essere il centro ma trova il proprio centro in quell'esperienza d'infinito che chiamiamo relazione di cura e che, così come vive nell'attimo, non si ripeterà più.

Si è troppo spesso pensato alla attività dell'infermiere in corsia come una attività tecnica.

Ma la tecnica e la tecnologia sono mezzo e mai fine. Esse non aprono scenari di salvezza, ma semplicemente funzionano. In un'epoca di nuovo trionfo metodologico dobbiamo utilizzare le tecniche più efficaci ed efficienti sotto il profilo della evidenza scientifica nella assoluta consapevolezza che esse sono mezzo della dimensione antropologica per giungere alla dimensione ontologica che si profila come luogo di senso.

Nessuna distanza è ammesa: solo attraverso la dimensione antropologica, la dimensione delle abilità e di Kronos, si perviene alla dimensione ontologica, all'apertura di trascendenza.

Nell'oggi non si può divide-

re scienza e coscienza: siamo uomini e donne di scienza per uno scopo (*telos*) disciplinare che è la felicità dell'uomo.

Vivere il tempo dell'ora per frapporsi in esso col tempo dell'istante e divenire insieme – io infermiere e io paziente – luogo di eternità.

RINNOVARE IL TEMPO NEL QUOTIDIANO

L'eternità non ha altro mondo che il quotidiano per noi infermieri.

Nella quotidianità noi solleviamo esperienze di senso.

Vinta la consolidata cultura della separatezza tra l'essere e il fare, rileggiamo la nostra quotidianità.

Il vero demone da sconfiggere nei servizi (e tanto più in quelle specialistiche), è l'abitudine.

Vero che Aristotele afferma come le buone abitudini formano a coscienza etica ma Kant, molti secoli dopo, descrive le abitudini come inferno del mondo:

Tutti i giorni le stesse cose, gli stessi colleghi, gli stessi respiratori e le stesse procedure, la stessa vita minacciata, le stesse tecniche operatorie, portano a non cogliere più che ogni persona che incontriamo è diversa.

Kronos non riesce a condurre verso *Kairos*.

Nella scarsità del tempo cronologico, a me vostro paziente

che aspetta di essere operato, sentire sfiorare la mano, il mio nome detto con pazienza lacera il velo della paura e mi s-vela. E mi sento appieno uomo. Esento in me realizzarsi la pienezza dell'umanità che solleva la mia dignità.

E quanto accade a me paziente accade anche a te infermiere poichè la reciprocità di comprensione solleva la dignità reciproca.

Così, in un attimo e fuori dall'ora, il tempo si ferma e saremo per sempre legati nell'eternità.

Non si tratta di avere più tempo ma di con-templare diversamente il tempo.

Rileggendo la nostra quotidianità possiamo scoprire un senso per noi stessi ed un senso per gli altri.

E' oggi più che mai tempo di piccole cose.

Scriva Arundhati Roy "Magari, chi lo sa, è questo che il XXI secolo ha in serbo per noi. Lo smantellamento delle grandi cose: grandi bombe, grandi guerre, grandi dighe, grandi ideologie, grandi contraddizioni, grandi Paesi, grandi eroi, grandi sbagli. Magari sarà il secolo delle piccole cose".

Proprio in questi tempi incerti, in cui il futuro delle nostre società europee appare incerto e minacciato e tutto sembra difficile, buio e destinato, le piccole e ordinarie cose, sono l'alba del sorgere di una nuova umanità. E di questo, noi infermieri siamo testimoni e protagonisti.

Bibliografia

1. Z. Bauman, *Modernità liquida*, Laterza, 2006
2. E. Morin, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*

Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000

3. *La Scuola del Risultato*, corrente della teoretica infermieristica definita da Meleis, sostanza attorno al divenire le più moderne teorie di assistenza infermieristica come quelle di Rizzo Parse e Watson.
4. Cfr. *Ecclesiaste*, Bibbia
5. M Heidegger, *Essere e tempo*, (1927) 2011, Mondadori, Milano, pag. 125
6. M. Zambrano, *La vita nelle Aule* in *Per l'amore e per la Libertà*, Marietti, Genova, 2008
7. Cfr. E. Manzoni, *Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica*, CEA, 2016
8. Platone, *Parmenide*, 156d
9. Vedi, Kierkegaard S., *Philosophische-Brocken*, cap.IV,,
10. Jaspers K., *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma 1950
11. Heidegger M., *Essere e Tempo*, Mondadori, 2011
12. Aristotele, *Fis*, IV, 11, 219a
13. Pietro Aureolo, *Libros Sententiarum*, II, d. 2, q. 1, a. 3
14. Husserl E., cur. Piana G., *Storia critica delle idee*, Guerini e associati, 2013

Il Prof. Edoardo Manzoni - laurea cum laude nel 2005 in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e nel 2008 Master presso l'Università Bocconi di Milano per Direttori Generali di Aziende Sanitarie - dopo una lunga esperienza ospedaliera è dal 1997 Direttore Generale dell'Istituto Palazzolo di Bergamo, un'Istituzione che conta 2200 operatori distribuiti in 9 Regioni italiane e 7 Paesi del Sud del Mondo. Profondo conoscitore di Scienze infermieristiche, docente di Storia e Filosofia della Assistenza Infermieristica presso l'Università di Milano Bicocca, è Autore di numerose pubblicazioni, tra cui tre libri di spessore, Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Elzevier 1996, Innovazione e governance delle professioni sanitarie con Bruno Cavalier e Franco Piu, CEA 2015 e Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica, CEA 2016.

DAI MANUALI DI UNA PRATICA EMPIRICA ALLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

La trasmissione e codificazione del sapere assistenziale

Giordano Cotichelli

Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche

Il 25 maggio scorso si è tenuta a Padova la 3^a Conferenza nazionale sulla tassonomia Nic, Noc e Nanda con una partecipazione di circa 300 infermieri provenienti da varie parti d'Italia (43 dalle Marche) e afferenti a differenti aree di impiego: formazione, direzione, clinica, assistenza territoriale, ricerca. Diversi gli ospiti di rilievo in rappresentanza della professione, fra i quali: Marisa Cantarelli, che ha aperto i lavori con una sua *lectio magistralis* sulla disciplina infermieristica; Edoardo Manzoni sul legame intrinseco fra l'epistemologia della disciplina e il simbolismo del suo linguaggio scientifico; Beatrice Mazzoleni, segretaria della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, la quale ha illustrato il lavoro portato avanti dalla federazione al fine di dare una dimensione dinamica ai linguaggi standardizzati, non solo riguardo quelli della tassonomia NNN, ma anche rispetto a quelli realizzati dall'ICN (International Council of Nurse), il quale, in un lavoro ampio di equipe transnazionale ha sviluppato in questi anni l'ICNP (International classification for nurses practice).

Al di là del suo portato intrinseco, la giornata assume il peso di una testimonianza importante per la stessa dimensione identitaria della profes-

sione. Nei fatti una tassonomia degli interventi assistenziali segna la strutturazione di un sapere che si proietta verso il futuro, raccogliendo l'eredità del passato e della pratica del presente in una valutazione continua di applicabilità delle teorie infermieristiche. Qualcosa che però appartiene alla professione da più tempo di quanto non si creda, ancor prima della stessa pubblicazione di *Notes of nursing* nel XIX secolo ad opera di Florence Nightingale, quando già in età moderna inizia a farsi strada una nuova concezione della Scienza Medica e di conseguenza anche della pratica assistenziale.

In merito la storia della manualistica infermieristica è tutta da scrivere e da indagare. Uno tra i riferimenti più remoti è rappresentato dalla raccolta di testi ad opera di Trotula de Ruggiero, che la tradizione vuole legata alla Scuola delle *mulieres salernitanae*, donne esperte che derivavano le loro conoscenze in misura maggiore dalla tradizione da guaritrici, erbuarie, levatrici e infermiere. I testi di maggior rilievo erano il *De passionibus Mulierum Curandarum* – (noto come Trotula major) con indicazioni in tema di ostetricia, controllo delle nascite, sessualità, infertilità, e il *De Ornatu Mulierum* (noto come Trotula minor) riguardante

trattamenti cosmetici e curativi della pelle. Sull'identità di chi fosse Trotula, più autori hanno sollevato interrogativi, evidenziando che il nome di Trotula era un appellativo molto comune al tempo (XI secolo) e quindi potrebbe essere più uno pseudonimo comprensivo dell'identità di più autrici^{1,2}.

I lavori maggiormente di rilievo si ritrovano qualche secolo più tardi, prodotti tra la fine dell'Evo Moderno e l'inizio dell'Età Contemporanea. Per la precisione nel XVII secolo comincia a farsi strada una visione nuova dell'Ospedale, non più inteso come semplice luogo di rifugio ed accoglienza, ma come vera e propria fabbrica della salute³, in cui, come ricorda il medico ed economista inglese del tempo, William Petty (1623 – 1685): “*Si potranno soccorrere qui (cioè in ospedale) 1000 persone con una spesa minore di quella necessaria per 100*”⁴.

In questo la figura dell'infermiere diventa sempre più oggetto di precetti, corsi, indicazioni e istruzioni di vario tipo con mansioni sempre più definite. Interessante ciò che si ritrova nel regolamento del 1687 dell'Ospedale Maggiore di Milano: “*ai serventi viene fatto obbligo che siano iscritti alla scuola di anatomia e non possano ottenere promozioni se non l'abbiano frequentata con assiduità*

e profitto e che non sia nominato servente chi non sappia leggere e scrivere,” ricordando, ad esempio, l’importanza del: *rifare i letti non solo al mattino ma anche alla sera e profumare le infermerie ogni mattina con essenza di ginepro*.⁵ In questo si capisce l’inizio della comparsa di manuali riportanti nozioni e istruzioni di pratica infermieristica. In merito è interessante la testimonianza dell’analisi fatta di testi del tempo a cura di Filippo Festini e Angela del Nigro⁶. I due autori iniziano con il testo *La pratica dell’infermiere* di Frà Francesco Dal Bosco, pubblicato postumo per la prima volta nel 1664 (con ristampe continue fino al 1702 e fonte di ispirazione ulteriore ancora nel XIX secolo), e suddiviso in sei capitoli riguardanti vari argomenti fra cui la valutazione del polso, le urine, sangue, le tecniche per il salasso, le affezioni dell’anima, il sonno, la veglia, l’alimentazione e l’eliminazione.

Il secondo testo preso in considerazione è *L’Infermiere* istruito, scritto dal medico napoletano Filippo Baldini nel 1790 e composto di 152 pagine in cui si prendono in considerazione vari argomenti suddivisi in capitoli fra cui si ricordano: la qualità degli infermieri, il regolamento degli ammalati, il governo dei malati (aria, pulizia, letti, gli alimenti, l’esercizio, il sonno, le passioni d’animo, i medicamenti, i bagni), la cura dei malati (le febbri, le infiammazioni, le convulsioni, gli svenimenti, le morti apparenti, il dolore, le emorragie), il regime delle partorienti, la farmacia. Il Baldini oltre le indicazioni di tipo pratico, sottolinea come il lavoro degli infermieri debba essere esercitato quale una vera e propria arte dato che: *“è dovere che gli infermieri sieno altresì istruiti di principi medici, affinché possano conoscere le malattie. L’ar-*



Figura 1. *La Maga*, olio su tela (61 x 51), 1911, di John William Waterhouse. Ritratto associato in molti testi alla figura di Trotula de Ruggiero



Figura 2. *Il cortile dell’Ospedale Maggiore di Milano*, nel quadro “Festa del Perdono e vita ospedaliera” di Anonimo milanese del XVII secolo. Olio su tela, cm 194x344

te di assistere gli ammalati non puossi apprendere d’una maniera empirica, avvegnachè i fatti son più delle volte difettosi”⁷. Oltre le due opere citate se ne ritrovano molte altre minori, redatte all’interno del micro-mondo degli ospedali di provincia (Napoli, Milano, Venezia, Pesaro, Palermo, Firenze, Roma) o relative ai regolamenti militari che forniscono indicazioni, informazioni, raccomandazioni, e conoscenze di vario tipo, lungo una visione professionale ancora abbastanza semplicistica e sintetizzabile dal pensiero che Giovanni Dansi⁸ esternava nella sua dissertazione fatta in

Pavia per il Dottorato in Medicina, in cui raccomanda per la centralità dei diversi aspetti della carità e dell’istruzione e la necessità di una formazione e conservazione dei buoni infermieri. Con l’inizio dell’era moderna si ricordano altri due manuali importanti presi in considerazione dal lavoro di Festini e Nigro, redatti rispettivamente nel 1833 da Ernesto Rusca e nel 1846 da Giuseppe Cattaneo dove l’obiettivo pedagogico di formare un professionista moderno al passo con i tempi è ulteriormente sviluppato,¹ in linea con quel percorso di crescita che ver-

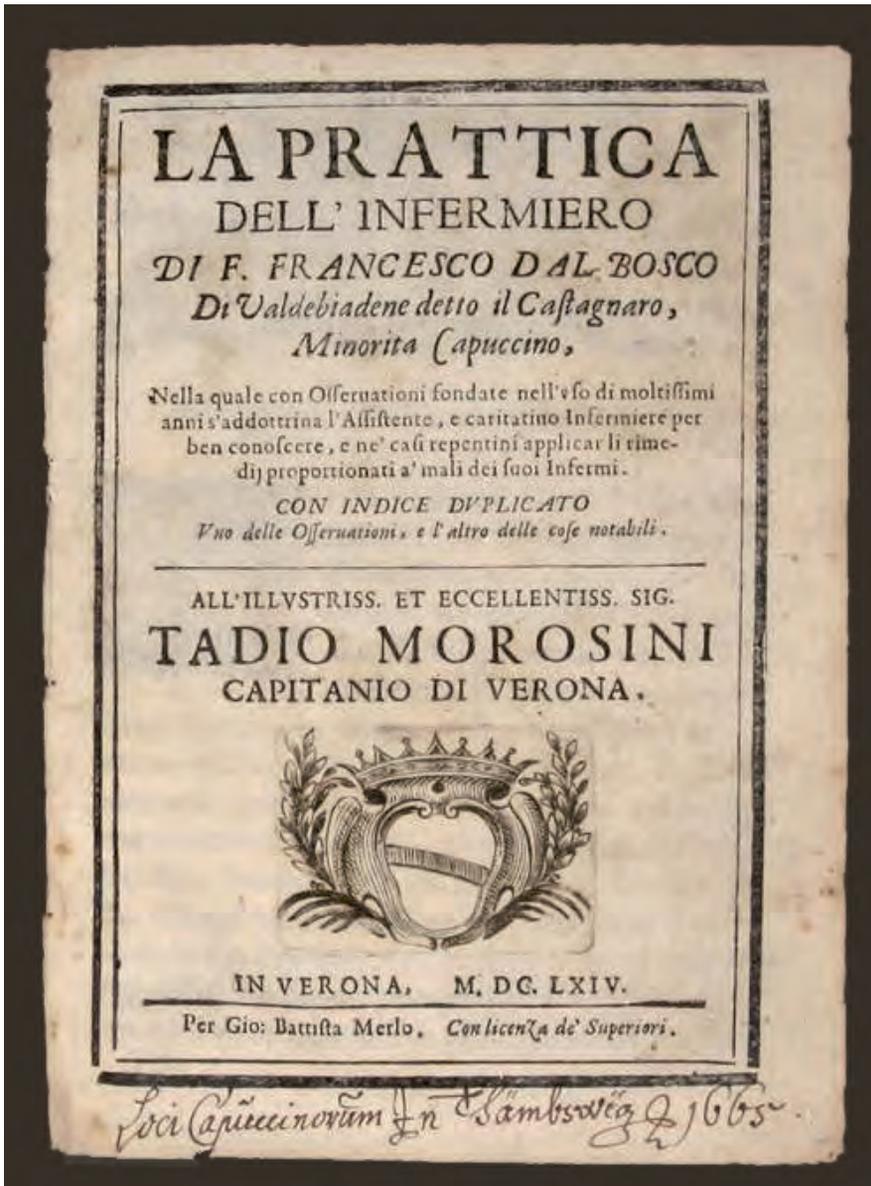


Figura 3. Frontespizio del manuale di Frà Francesco Dal Bosco, nell'edizione del 1664.

rà ulteriormente codificato da Florence Nightingale. La manualistica infermieristica continuerà a conservare ancora

per quasi tutto il XX secolo un taglio maggiormente pratico per coniugarsi alle soglie del III millennio con una prospet-

tiva teorica assistenziale, declinata nelle sue varie espressioni, lungo un'assunzione di responsabilità e di autonomia che ormai supera la desueta divisione di compiti e funzioni e organizza l'intervento in maniera progettuale, partecipata e multidisciplinare. E questo è il presente, storia di tutti i giorni, in cui la Conferenza di Padova, citata all'inizio, la tassonomia degli interventi infermieristici, sono ulteriori tasselli di un filo identitario in continua crescita e definizione.

Bibliografia

1. Cavallo, P. B., Nubié, M., & Tocco, A. (1979). Trotula de Ruggiero, *Sulle malattie delle donne*, Ed. La rosa, Torino;
2. Petrocelli, C. (2010). La donna nella storia della medicina. *Quad. Soc. Ital. Farmacol*, 23, 55-59.
3. Paolo F. (1984) *Ospedali, malati e medici dal risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, cit., pp. 299-324.
4. Carlo Calamandrei, (1983) *L'assistenza infermieristica, storia teoria, metodi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993, p. 26.
5. Cosmacini, G. (1987). *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918*. Laterza, p. 199;
6. Festini, F., & Nigro, A. (2012). *Prima di Florence Nightingale: la letteratura infermieristica italiana 1676-1846*. libreriauniversitaria. it ed;
7. Dimonte, V. (1995). *Da servente ad infermiere: una storia dell'assistenza infermieristica ospedaliera in Italia*. Centro studi delle professioni infermieristiche, p.41;
8. Dansi G. (1828) *Dell'infermiere caritatevole ed illuminato*, Stamperia Fusi, Pavia, pp. 20;

Precisazione

L'articolo inserito nella Sezione "Professioni sanitarie" pubblicato nel numero 2/2016 di "Lettere dalla Facoltà" e recante il titolo "Reti Cliniche e Percorsi Diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Basi organizzative per appropriatezza, sicurezza ed efficacia," vede come coautore, oltre a quelli elencati, anche la dott.ssa Marta Cacchiarelli, Corso di Laurea in Infermieristica, Polo Didattico di Fermo.

LA MISURAZIONE DELLA *QUALITY OF LIFE* NEI PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA DEL COLON RETTO SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA

Indagine conoscitiva attraverso il Medical Outcomes Short Form 36 (SF-36)

Stefano Marcelli¹, Manuela Ferrucci², Renato Rocchi³, Renato Bisonni⁴,
Luigi Acito⁵, Lucia Seccia⁶, Mirco Gregorini⁷, Adoriano Santarelli⁸

Corso di Laurea in Infermieristica, Poli di Ascoli Piceno, Fermo, Macerata
Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE

Nel contesto sanitario odierno fornire una qualità assistenziale ottimale di fronte ad una grave malattia cronica come il cancro, significa gestire globalmente le criticità relative alle risposte emozionali alla malattia, al morire, al dolore e alla perdita di integrità. Per gestire al meglio questa tipologia di soggetti e la sintomatologia che deriva dalla malattia dagli interventi chirurgici e dai trattamenti chemioterapici e radioterapici, vi è la necessità di interventi assistenziali trasversali e sinergici di tutti coloro che, a vario titolo, sono vicini al paziente. Più semplicemente, la valutazione attuale del risultato di un trattamento che avviene in occasione di ogni visita di controllo e che si basa sulla “registrazione di una serie di parametri clinici e radiografici”, la si deve spostare sul paziente, l'unico in grado di fornire una stima attendibile della propria qualità di vita.

Il problema del tumore al colon retto

Il cancro del colon retto è uno dei più comuni processi patologici nei paesi occidentali, in cui l'incidenza sembra coincidere con l'aumento del livello di urbanizzazione, dove il trattamento chirurgico, combinato

al trattamento chemioterapico e radioterapico, rappresenta il trattamento cardine. Il cancro colon rettale rappresenta la quarta forma più comune di neoplasia che si verifica in tutto il mondo e rispetto a tutti i processi neoplastici, tale fenomeno si attesta intorno al 9% con un milione di nuovi casi ogni anno. Negli Stati Uniti è la terza neoplasia più comune ed è la forma più frequente tra le persone di età maggiore ai 75 anni. La sopravvivenza degli individui a questa patologia, se diagnosticata in tempo, si attesta a 5 anni per un buon 90%, anche se evidenze scientifiche hanno rilevato notevoli differenze tra i vari gruppi etnici, in relazione alle informazioni ricevute, all'assistenza psico-sociale e al grado di fiducia nei confronti degli operatori sanitari. Negli Stati Uniti, infatti, gli afro-americani, presentano il più alto tasso di tumori del colon retto ed elevata mortalità rispetto ad altre razze in una percentuale maggiore del 70%, che aumenta nel momento in cui vi è la presenza di status socio economici scadenti. In Italia rappresenta la seconda causa di morbilità e di mortalità, dove i fattori genetici, ambientali e le abitudini alimentari giocano un ruolo fondamentale. Nelle regioni del nord il tasso di sopravvivenza a 5 anni si attesta intorno al 60%; nelle zone del mezzogiorno e tra il 40%-50%¹.

Nell'ultimo decennio l'incidenza di questa forma di tumore è aumentata costantemente in relazione all'allungamento dell'età media. In contrasto con la tendenza generale, negli Stati Uniti i tassi sono in aumento in entrambi i sessi di età inferiore ai 50 anni, con un aumento del 1,5% all'anno negli uomini e del 1,6% nelle donne. Revisioni della letteratura riportano tassi più elevati di neoplasia avanzata del colon retto negli uomini rispetto alle donne e la sopravvivenza varia in maniera statisticamente significativa in relazione alle varie modalità di trattamento. Il rischio di insorgenza di questa patologia, aumenta significativamente nei soggetti che assumono elevate quantità di alcol, che fanno uso di tabacco e in presenza di particolari condizioni cliniche, come l'esofago di Barret, l'HIV, l'acromegalia e la malattia infiammatoria intestinale. Il 25% dei pazienti affetti da questa malattia, presenta alla diagnosi metastasi epatiche; altre sedi sono a livello linfonodale, mandibolare, più comunemente nei polmoni, nelle ossa, nel sistema nervoso centrale e in alcuni casi al seno². Pazienti con tumore avanzato presentano bisogni insoddisfatti dal punto di vista fisico, psichico e sociale, dove le donne possono essere più colpite rispetto agli uomini, specialmente dal punto di vista emotivo. La qualità di vita

^{1,2} Polo didattico di Ascoli Piceno

³ Polo Didattico di Macerata

^{4,5,6,7,8} Polo didattico di Fermo

del paziente affetto da cancro del colon retto è profondamente modificata, come quella dei propri familiari, specialmente nel caso esso sia portatore di una stomia a livello addominale. La presenza di tale situazione patologica può indurre il soggetto ad un'alterazione della funzionalità intestinale, della sfera sessuale e dell'immagine corporea³.

La risposta dei soggetti trattati

Il malato oncologico, nel suo lungo percorso terapeutico, oltre ad affrontare le insidie derivanti dalle terapie e dalle conseguenti modificazioni della propria qualità di vita, deve far fronte ai pregiudizi e ai significati psicologici e socioculturali negativi, che tuttora la nostra società moderna, addossa al cancro e alla sua supposta inguaribilità. La gravità della malattia e la specifica terapia utilizzata per curarla entrano in risonanza con la personalità del soggetto determinando stati d'animo, riflessioni e modificazioni degli stili di vita. La terapia chemioterapica della patologia oncologica, soprattutto nei casi in cui la si riceva per la prima volta, si accompagna ad intensi stati di ansia, se non di vera e propria angoscia, che va ad influenzare anche il contesto familiare del singolo paziente⁴. Le complicanze che compaiono, si manifestano in quanto le sostanze tossiche presenti nei farmaci utilizzati contribuiscono alla sua insorgenza attraverso meccanismi cellulari (pancitopenia e immunosoppressione), fisiopatologici (deficit del volume di liquidi, deficit nutrizionale) e fattori psicologici come situazioni di stress generalizzati. La letteratura mette in evidenza possibili reazioni dovute ai trattamenti come la diarrea, nausea, stipsi, dolore e eritrodisestesia palmo-plantare, situazione quest'ultima con un rischio significativamente più elevato nelle donne e ne-

gli anziani. Oltre a quelli citati, altri eventi avversi della terapia chemioterapica specifica per il trattamento del cancro al colon retto sono: vomito, neuropatia sensoriale periferica, neutropenia, trombocitopenia, dispnea, dolori addominali, disidratazione e anemia. Inoltre, le evidenze scientifiche associano la chemioterapia alla presenza patologica di lieve letargia, anoressia, ascite e trombosi venosa profonda. Come in altre neoplasie la fatigue associata ad una scarsa qualità di vita, è il sintomo più frequente nella fase avanzata del cancro del colon retto, con elevata incidenza nel sesso femminile, accompagnata da anoressia. Nonostante questo, evidenze scientifiche affermano che ci sono farmaci chemioterapici capaci di liberare da dolore, migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei singoli pazienti⁵.

Obiettivi

Negli ultimi anni la comunità scientifica, sull'onda dell'entusiasmo generato dalla promulgazione dei concetti di Evidence-based Medicine e dai "vincoli" di risorse imposti dalle amministrazioni sanitarie, ha fondato la valutazione dei risultati terapeutici mediante indici immediati come mortalità post-operatoria, morbilità e sopravvivenza. In ambito oncologico, l'allungamento della speranza di vita e dell'intervallo libero da malattia non rappresentano più i soli obiettivi da perseguire. Tale approccio specificatamente biologico, deve essere per forza di cose integrato con la misurazione delle percezioni soggettive del singolo paziente sul proprio stato di salute, concorrendo, insieme alle valutazioni di efficacia clinica, alla misura della qualità di cura⁶.

Dal punto di vista scientifico, si è registrato un notevole incremento delle pubblicazioni a livello internazionale sull'ar-

gomento Qualità di Vita in Relazione alla Salute (HRQoL), con la conseguente costruzione di strumenti dedicati, soprattutto questionari, per "misurare" il quotidiano dei singoli pazienti, specialmente in quelli affetti da processi neoplastici in fase avanzata⁷. Nella determinazione della qualità di vita è necessario associare ad una componente oggettiva che comprenda la valutazione dello stato fisico, funzionale, sociale e del supporto informale, una seconda componente soggettiva che riguarda la sfera emozionale e quindi la percezione del singolo sul proprio stato di salute e la soddisfazione per le cure ricevute⁸. La stima della qualità dell'assistenza medica, infermieristica e dell'intero sistema sanitario è abitualmente eseguita mediante l'analisi di specifici indicatori di risultato, come mortalità e sopravvivenza. La crescente considerazione della centralità del malato, ha orientato i vari "decision makers" a considerare il paziente come l'unico in grado di raccontare il proprio stato di salute, dal punto di vista fisico, mentale e sociale. La patologia cronico-evolutiva come il cancro, la stessa diagnosi e il trattamento chemioterapico, influenzano in maniera importante il presente e il futuro di ogni paziente. Fattori normalmente non considerati indici dello stato di salute, come il supporto sociale, la sicurezza economica, le condizioni ambientali, influenzano la percezione della condizione fisica e della qualità di vita rendendone complessa la misurazione. La valutazione della qualità di vita si deve basare, sulle sensazioni soggettive del malato, sulle proprie opinioni e preferenze, in quanto aspetti che determinano il valore dell'esistenza attuale. Le misure della QoL, nei contesti oncologici, hanno la potenzialità di aiutare le interazioni tra medico e paziente, facilitare le scelte terapeutiche

e consente di valutare appieno l'impatto delle famiglie di fronte ad un evento così stressante come il cancro del colon retto. Il "tempo guadagnato" dalla malattia, grazie agli interventi chirurgici, alla chemioterapia e alla radioterapia, deve essere monitorato da strumenti rigorosamente testati secondo i criteri di accuratezza, validità e sensibilità; strumenti capaci di monitorare eventuali atteggiamenti psicologici come il rifiuto alle cure, l'isolamento e la depressione, derivanti dalla stessa malattia e da terapie specifiche che possono influenzare negativamente la QoL⁹.

BASE DEI DATI

Lo studio è stato condotto nell'anno 2013 nel periodo gennaio-luglio, presso l'U.O di Oncologia dell'ASUR Marche – Area Vasta 4 di Fermo. In tale periodo sono stati consegnati 100 questionari (Short Form 36 - Health Survey Questionnaire), nella traduzione italiana, a pazienti con malattia avanzata, sottoposti a chemioterapia di prima o seconda linea in regime di Day Hospital. I pazienti valutati sono stati suddivisi in quattro gruppi: maschi e femmine con età superiore o inferiore a 70 anni. I soggetti inseriti nello studio sono stati adeguatamente informati degli scopi dell'indagine conoscitiva e delle modalità con cui si sarebbe svolta ed hanno firmato un modulo di consenso informato. Le variabili analizzate sono state le seguenti: età, sesso e Performance Status WHO. Le suddette variabili sono state rilevate attraverso la consultazione delle cartelle cliniche, ad eccezione del Performance Status WHO che è stato attribuito al momento dell'ammissione del paziente in regime di Day Hospital. Lo scopo è stato quello di rilevare differenze statisticamente significative nella percezione della qualità della

vita tra i quattro gruppi presi in esame.

METODI

Il questionario SF-36 è stato realizzato negli anni ottanta negli Stati Uniti d'America, come questionario generico multidimensionale formato da 36 domande, in grado di raggiungere lo standard minimo di precisione necessario per valutare la qualità di vita (funzione sociale, sintomi fisici, stato cognitivo, depressione, autonomia), fornendo un profilo utile alla comprensione dell'impatto sulla salute causato dalle malattie croniche e dalle terapie relative¹⁰. Lo Short Form Survey si riferisce a 8 domini di salute: AF-attività fisica (10 domande), RP-limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica (4 domande) e RE-limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo (3 domande), BP-dolore fisico (2 domande), GH-percezione dello stato di salute generale (5 domande), VT-vitalità (4 domande), SF-attività sociali (2 domande), MH- salute mentale (5 domande) e una singola domanda sul cambiamento nello stato di salute CS. Dalla valutazione delle risposte fornite, si può arrivare ad un punteggio complessivo, che viene normalizzato su una scala da 0 a 100, con il valore più alto, quanto migliore è la qualità di vita; è possibile anche calcolare 2 indici riassuntivi di funzionalità fisica (PCS) e mentale (MCS). L'SF-36 risulta essere accettato dai pazienti per la sua facilità di comprensione e semplicità di compilazione, pari a 10 minuti. La validità convergente e discriminante degli items è stata saggiata con il metodo multitrait scaling: correlazione tra le misure di salute, paragone tra paziente e popolazione generale, correlazione tra le misure di salute e dati sociodemografici. Le scale hanno un'alta attendibilità interna, attraverso il multi-items (inter-

nal consistency reliability) con il coefficiente angolare alpha di Cronbach. Nel caso specifico dei pazienti oncologici, l'SF-36 può essere utilizzato per valutare la tollerabilità e l'impatto che le terapie chemioterapiche hanno sulla qualità di vita a breve e a lungo termine(11-12).

RISULTATI

Le analisi sono state effettuate con il software statistico SPSS (Chicago, IL, 2002). Di ciascun paziente preso in esame sono stati valutati i valori ottenuti in ogni dominio dell'SF-36, effettuando la media degli stessi.

Dei cento questionari consegnati ai pazienti afferenti al Day Hospital, quarantanove sono stati riconsegnati. I pazienti con età inferiore a 70 anni sono 19 di sesso maschile e 11 di sesso femminile, mentre con età superiore a 70 anni sono 8 maschi e 11 femmine. I dati riportati nella tabella n. 1, in particolare evidenziano che per quanto riguarda la funzionalità fisica i valori sono poco differenti negli uomini con età inferiore e superiore a 70 anni. Nelle donne al contrario, è emersa una differenza del 25%; infatti le pazienti con età inferiore a 70 anni hanno manifestato maggiori limitazioni in relazione alle attività fisiche, rispetto a quelle con età maggiore di 70 anni. Per ciò che riguarda il ruolo fisico i valori ottenuti sono molto bassi negli uomini, con età inferiore e superiore a 70 anni e nelle donne con età inferiore a 70 anni, mentre si ha un punteggio più alto nelle donne con età superiore a 70 anni. Anche per quanto riguarda il dolore fisico il punteggio più alto è stato ottenuto dalle donne con età superiore a 70 anni. Considerando la salute generale i valori ottenuti nelle donne con età inferiore e superiore a 70 anni sono sostanzialmente sovrapponibili, mentre c'è differenza negli uomini. Per quanto riguarda la vitalità, il valore più basso

	Attività fisica	Limitazioni ruolo fisico	Dolore fisico	Salute generale	Vitalità	Attività sociali	Limitazioni ruolo emotivo	Salute mentale
Maschi <70 anni	53,42	27,63	47,21	41	51,57	54,94	38,47	61,68
Maschi >70 anni	48,75	18,75	45	35,87	45	40,5	33,25	56,25
Femmine <70 anni	52,72	20,45	49,81	52,27	41,87	58,9	45,27	50,9
Femmine >70 anni	75	54,54	72,54	52,9	59,54	63,36	57,36	64,36

Tabella 1. Caratteristiche dei soggetti inseriti nello studio

	Maschi<70 anni	Maschi>70 anni	Femmine<70 anni	Femmine>70 anni
Score>50	5%	50%	9%	36,5%
Score<50>30	63%	50%	45,5%	54,5%
Score<30	32%	0	45,5	9%

Tabella 2. Quality of life nei pazienti con neoplasia del colon retto

è stato ottenuto dalle donne con età inferiore a 70 anni e dagli uomini con età maggiore di 70 anni. Per la funzione sociale c'è poca differenza negli uomini e nelle donne con età inferiore a 70 anni mentre c'è molta differenza tra i due sessi con età superiore a 70 anni. I valori ottenuti per il ruolo emotivo sono molto più bassi negli uomini rispetto alle donne, soprattutto in quelli con età superiore a 70 anni. Per quanto riguarda la salute mentale il valore più basso è risultato quello delle donne con età inferiore a 70 anni. In generale, dalla valutazione dei risultati riportati nella tabella n.1, si nota che nel complesso il sottogruppo con miglior qualità di vita percepita è il gruppo di donne con età superiore a 70 anni.

Queste otto dimensioni vengono a loro volta raggruppate in due aree, che sono:

- Indice di Salute Fisica (ISF)
- Indice di Salute Mentale (ISM)

Per quanto riguarda le dimensioni relative all'area ISF tabella n. 2, lo studio ha evidenziato che dei diciannove pazienti maschi con età inferiore a 70 anni solo il 5% di essi ha ottenuto uno score superiore a 50, cioè

con una salute fisica percepita superiore alla media nazionale, il 63% dei pazienti ha uno score compreso tra 50 e 30, mentre il 32% ha ottenuto uno score inferiore a 30 e quindi ha una salute fisica percepita inferiore alla media nazionale. Anche per quanto riguarda il gruppo di pazienti donne con età inferiore a 70 anni solo il 9% ha ottenuto uno score superiore a 50 e quindi ha una salute fisica percepita superiore alla media nazionale, il 45,5% delle pazienti ha ottenuto uno score compreso tra 50 e 30, il 45,5% ha ottenuto uno score inferiore a 30 e quindi ha una salute fisica percepita inferiore alla media nazionale. Nel gruppo di pazienti maschi con età superiore a 70 anni, il 50% dei pazienti maschi ha ottenuto uno score superiore a 50, l'altro 50% dei pazienti ha ottenuto uno score inferiore compreso tra 50 e 30, mentre nessun paziente ha ottenuto uno score inferiore a 30 e quindi nessuno di loro ha una salute fisica percepita bassa rispetto alla media nazionale. Nel gruppo di pazienti donne con età superiore a 70 anni il 36,5% ha ottenuto uno score superiore a 50, il 54,5% delle pazienti ha ottenuto uno score

compreso tra 50 e 30, il 9% delle pazienti ha ottenuto uno score inferiore a 30 quindi quattro pazienti donne su undici hanno una salute fisica migliore nonostante trattamento e patologia.

In relazione alle dimensioni relative all'area ISM, tabella n. 3, lo studio ha evidenziato che dei diciannove pazienti maschi con età inferiore a 70 anni il 42% dei pazienti ha ottenuto uno score superiore a 50, il 37% dei pazienti ha ottenuto uno score compreso tra 50 e 30, il 21% dei pazienti ha ottenuto uno score inferiore a 30 quindi il 42% dei pazienti ha una salute mentale percepita migliore della media nazionale. Invece per quanto riguarda le pazienti donne con età inferiore a 70 anni solo il 9% delle pazienti ha ottenuto uno score superiore a 50 e uno score inferiore a 30, l'82% delle pazienti ha ottenuto uno score compreso tra 50 e 30. Nel gruppo di pazienti con età superiore a 70 anni, solo il 12,5% dei pazienti maschi hanno ottenuto uno score superiore alla media nazionale, il 62,5% dei pazienti ha ottenuto uno score compreso tra 50 e 30, il 25% ha ottenuto uno score inferiore a 30. Per quanto riguarda le pazienti don-

	Maschi<70 anni	Maschi>70 anni	Femmine<70 anni	Femmine>70 anni
Score>50	42%	12,5%	9%	9%
Score<50>30	37%	62,5%	82%	73%
Score<30	21%	25%	9%	18%

Tabella 3. ISM (Indice Salute Mentale)

ne con età superiore a 70 anni, il 9% delle pazienti ha ottenuto uno score superiore a 50, il 73% ha ottenuto uno score compreso tra 50 e 30, il 18% ha ottenuto uno score inferiore a 30.

DISCUSSIONE

Per quanto l'indagine sia stata condotta su un campione contenuto, i risultati riflettono i dati presenti in letteratura in relazione alle risposte che i pazienti hanno rispetto alla malattia neoplastica e ai trattamenti, che si traducono in gravi limitazioni sia fisiche che psicologiche. Lo studio mette in evidenza la differenza tra i pazienti di sesso maschile e femminile, soprattutto a livello del dominio della salute generale in cui le differenze sono più evidenti. Confrontando i risultati ottenuti nei quattro gruppi presi in esame è emerso che il gruppo di donne con età superiore a 70 anni presenta un punteggio superiore a 50 in ognuno degli 8 domini, il che sta a significare l'assenza di limitazioni e disabilità, a differenza degli altri gruppi che presentano condizionamenti nel ruolo fisico e del ruolo mentale. E' bene ricordare che nell'anziano la presenza di comorbidità e la compromissione dello stato funzionale spesso non risultano strettamente correlate tra loro ed è per questo che vi è la necessità di sviluppare linee guida per i trattamenti chemioterapici per questa tipologia di malati^{13, 14}.

CONCLUSIONI

I dati emersi dallo studio mettono in evidenza la necessità di misurare il quotidiano del paziente, attraverso strumenti validati, riconoscendo la qualità di vita come un end-point importante per la buona riuscita dei processi curativi nei pazienti affetti da cancro del colon retto¹⁵. La letteratura evidenzia la possibilità di migliorare la qualità di vita correlata alla salute, attraverso un approccio integrato di tutta l'equipe di cura, implementando trattamenti individuali su misura per ogni singolo paziente, con particolare riguardo alla riabilitazione psicosociale. Dare un peso alla QoL di vita dei pazienti sottoposti a chemioterapia, significa determinare l'intensità dei sintomi, nella speranza di contribuire all'ampliamento delle conoscenze e costituire un valido punto di partenza per la gestione globale di questa tipologia di utenza, in cui oltre agli specialisti oncologici, giocano un ruolo fondamentale la famiglia, gli amici e i medici di medicina generale¹⁶.

Bibliografia

1. Fusco M, Pezzi A, Benatti P et al. *Clinical features and colorectal cancer survival: An attempt to explain differences between two different Italian regions*. Eur J Cancer 2009 Aug 18.
2. Théraux J, Bretagnol F, Guedj N et al. *Colorectal breast carcinoma metastasis diagnosed as an obstructive colonic primary tumor. A case report and review of the literature*. Gastroenterol Clin Biol 2009 Nov 4.
3. Welzel G, Hagele V, Wenz F et al. *Quality of life Outcomes in Patients with Anal Cancer after Combined Radiochemotherapy*. Strahlenther Onkol. 2011 Feb 21.

4. Vardy J. *Neurocognitive effects of chemotherapy in adults*. Aust Prescr 2008; 31:22-24.
5. Xiao H, Yang J. *Immune enhancing effect of modified sijnunzi decoction on patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy*. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 2011 Feb;31(2):164-7.
6. Lipscomb J, Gotay CC, Snyder FC et al. *Patient-reported Outcomes in Cancer: A Review of Recent Research and Policy Initiatives*. CA Cancer J Clin 2007; 57(5):278 - 300.
7. Joly F, Vardy J, Pintilie M et al. *Quality of life and/or symptom control in randomized clinical trials for patients with advanced cancer*. Annals of Oncology 2007; 18(12):1935 - 1942.
8. Lazovich D, Robien K, Cutler G et al. *Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer*. Cancer. 2009 Sep 15;115(18 Suppl):4283-97.
9. Wei YC, Zhou FL, He DL et al. *The level of oxidative stress and the expression of genes involved in DNA-damage signaling pathways in depressive patients with colorectal carcinoma*. J Psychosom Res. 2009 Mar; 66(3):259-66.
10. Torrance N, Smith BH, Lee AJ et al. *Analysing the SF-36 in population-based research. A comparison of methods of statistical approaches using chronic pain as an example*. J Eval Clin Pract 2009 Apr; 15(2):328-34.
11. Thong MS, Mols F, Lemmens VE et al. *Impact of Preoperative Radiotherapy on General and Disease-Specific Health Status of Rectal Cancer Survivors: A Population-Based Study*. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Feb 28.
12. Stephens RJ, Thompson LC, Quirke P et al. *Impact of short-course preoperative radiotherapy for rectal cancer on patients' quality of life: data from the Medical Research Council CR07/National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Co16 randomized clinical trial*. J Clin Oncol. 2010 Sep 20;28(27):4233-9.
13. Langenhoff BS, Krabbe PFM, Wobbes T et al. *Quality of life as an outcome measure in surgical oncology*. Br J Surg. 2001; 88:643-652.
14. Domati F, Rossi G, Benatti P et al. *Long-term survey of patients with curable colorectal cancer with specific reference to the quality of life*. Intern Emerg Med. 2011 Apr 22.

L'AMORE E LA PAZZIA NELL'ORLANDO FURIOSO

Alberto Pellegrino

Sociologo

La Follia, insieme all'amore e alla guerra, è uno dei grandi temi affrontati dalla letteratura di tutti i tempi e in particolare nel Cinquecento e nel Seicento, come spiega Michel Foucault nella *Storia della follia nell'età classica* (1972), dove sostiene che la razionalità moderna nasce proprio nei due secoli suddetti, quando si verifica il passaggio dall'antica percezione della pazzia intesa quale "divina mania" a una patologia meritevole di segregazione sociale. Nella letteratura greca e latina il tema della follia era associato a quello della passione amorosa, per cui l'innamorato era un folle pronto a soffrire e a esporsi al giudizio negativo della società. Nel Medioevo la stessa percezione dell'amore, inteso come pazzia che nasce da un amore infelice, è presente nel *Decamerone* di Boccaccio e nella *Commedia* di Dante, per il quale la passione amorosa è un turbine che travolge e trascina gli amanti, oppure è il "folle" volo di Ulisse che osa oltrepassare i limiti posti da Dio alla conoscenza umana, commettendo un peccato di orgoglio e di sfida alla divinità.

ALLE ORIGINI C'È ERASMO DA ROTTERDAM

In epoca rinascimentale l'argomento della follia è ampiamente trattato dal filosofo e

teologo Erasmo da Rotterdam (1466/69-1536) nell'*Elogio della follia*, l'opera scritta nel 1511 e divenuta subito celebre in tutta l'Europa per il suo rivoluzionario contenuto. In essa l'autore contrappone la follia del mondo, dominato da falsi valori, alla follia del cristiano che riesce a impostare la propria vita secondo idee controcorrente rispetto alla visione dominante nella società. Erasmo usa gli strumenti della satira e del paradosso per rovesciare tradizionali certezze, per proporre una nuova forma di sapienza che affonda le proprie radici nel pensiero umanista e nella religione cristiana depurata da ogni forma di superstizione, sostenendo che esistono due tipi di follia: "L'una vaporante dal fondo dell'averno, e sono le furie che la mandano sulla terra; a essa appartengono la guerra, la cupidigia, la passione, l'incesto, il sacrilegio, lo strazio della coscienza; l'altra è innocua, anzi benefica, in quanto libera l'animo da ogni molestia e v'infonde i più soavi dilette". Consapevole che l'arma della satira non risparmia nessuno, egli ricorda quali sono le finalità della sua opera: "Non volli offendere, ma ammonire, non nuocere, ma giovare, non recar danno, ma sostegno ai costumi degli uomini" e Stefan Zweig, a confer-



Figura 1. Tiziano, Ritratto di Ludovico Ariosto, 1510, National Gallery, Londra

ma della genialità di quest'opera, dice che essa nasce da un impasto di "serietà e scherzo, dottrina e ironia, verità ed esagerazione".

Nel presentarsi ai lettori la Follia si presenta come figlia di Pluto, dio del denaro, il quale è in grado di creare e distruggere, di regolare guerre e paci, alleanze e matrimoni. È seguita da un corteo formato da egoismo, adulazione, infingardaggine, voluttà e irreflessione; tuttavia la Follia possiede anche il fascino della giovinezza e della smemoratezza che attenua la tristezza della vecchiaia e, con le sue illusioni, è in grado di reggere e conservare i vincoli sociali.

Nel tessere le proprie lodi, la Follia ricorda di essere più modesta di quei grandi personaggi che si circondano di oratori e poeti adulatori per comprare a prezzo d'oro delle lodi menzognere; quindi si propone di smascherare presunti filosofi e sbeffeggiare teologi da strapazzo e riformatori religiosi fanatici e intemperanti, letterati conformisti, ecclesiastici ipocriti e militari guerrafondai. La Follia ricorda che la verità proposta dai filosofi autentici è odiata da tutti e, in particolare, da monarchi e potenti, che riescono a riunire in una società gli esseri umani e a tenerli a bada per mezzo dell'adulazione e dell'inganno, che traggono

no profitto dall'ignoranza delle popolazioni, cui strappano un applauso di consenso con l'ipocrisia e con compromessi più umilianti.

Per Erasmo l'esistenza umana è una rappresentazione che si svolge sul grande palcoscenico del mondo: "Tutta quanta la vita umana non è se non una commedia, in cui ognuno recita con una maschera diversa, e continua nella parte, finché il gran direttore di scena gli fa lasciare il palcoscenico. E piace a costui di condurre talvolta sulla scena il medesimo attore con diverse maschere, e trasformare in un cencioso accattone chi appena un attimo prima indossava la porpora regale. In effetti, dunque, tutto su questa terra è una mascherata, ma ormai è stabilito che la commedia si debba recitare a questo modo". Dovrebbe essere compito dei sapienti "alzare il velo dell'inganno" per guastare questa rappresentazione e per gridare che l'uomo non deve lasciarsi dominare dalle passioni, che non deve essere disposto a servire tanti "turpi padroni", che deve considerare ignobile chi si vanta del proprio blasone nobiliare, perché la vera nobiltà ha origine soltanto dalla virtù.

LA MODERNITÀ DELL'ORLANDO FURIOSO

Si celebrano i cinquecento anni della nascita dell'*Orlando furioso* di Ludovico Ariosto (1574-1533), l'opera che costituisce un "elogio della pazzia" molto vicino alla satira di Erasmo, che diventa una delle chiavi interpretative più sicure per capire il significato del poema. La follia esaltata da Erasmo libera l'animo dalle preoccupazioni e lo riempie di piacere; è la stessa pazzia che, secondo l'Ariosto, fa vedere a occhi chiusi il bene e a occhi aperti il male, perché essa infonde nell'uomo la passione per la guerra, la sede per il denaro e furiosi sentimenti d'amore dai quali bisogna guardarsi. Tuttavia, persino per il saggio è difficile sottrarsi alla follia

d'amore, tanto è vero che anche Orlando, il più "intellettuale" dei cavalieri cristiani, cadrà vittima di un irrefrenabile processo di alienazione, passando dal cupo dolore all'esplosione brutale della demenza selvaggia e indecorosa che proietta una tragica luce su questo personaggio il quale, per quella "pazzia per amore" che è la gelosia, perde il senno e finisce per "perder se stesso", tradendo la sua missione di paladino della Cristianità.

All'origine della letteratura moderna ci sono due pazzi, pur

sto che decide di dare un seguito alle avventure del paladino là dove le aveva lasciate il Boiardo, che aveva interrotto il suo poema al IX Canto a causa della discesa in Italia nel 1494 del re di Francia Carlo VIII ("Mentre io canto, o Iddio redentore/vedo la Italia tutta a fiamma e a foco/per questi Galli, che con gran valore/vengon per disertar non so che loro").

Quando l'Ariosto decide di continuare il precedente poema, ribadisce però la sua appartenenza a un preciso contesto



Figura 2. Jean Auguste Dominique Ingres, Ruggiero, cavalcando l'ippogrifo, salva Angelica dal mostro, 1839, Museo del Louvre, Parigi

essendo nati a distanza di cento anni l'uno dall'altro: Orlando creato da Ludovico Ariosto, un letterato coinvolto negli affari politici della corte ferrarese; Don Chisciotte nato dalla fantasia di Miguel Cervantes, un soldato di professione costretto a vivere in povertà e tra infinite sofferenze. A differenza di Don Chisciotte, che è un frutto originale della mente del suo creatore, Orlando è un personaggio che viene dal Medioevo e precisamente dai poemi carolingi francesi dove porta il nome di Roland, divenuto poi Rolando. Il personaggio è ripreso da Matteo Maria Boiardo nel suo *Orlando innamorato*, per poi colpire la fantasia di Ario-

culturale, quello ferrarese, dove la corte degli Estensi è una delle più evolute d'Italia per quanto riguarda lo viluppo delle arti, della letteratura e del teatro. Alla base di questa innovativa concezione del poema cavalleresco, vi sono per l'Ariosto anche delle ragioni sociologiche, proprio perché in Italia e in Europa si stanno verificando delle profonde trasformazioni che segnano il definitivo tramonto del Medioevo: scrittori, pittori, scultori e architetti creano innumerevoli capolavori; esperti navigatori tracciato nuove rotte e scoprono nuove terre; la recente invenzione della stampa (1454) sta rivoluzionando le abitudini culturali

del continente europeo.

Di riflesso l'*Orlando furioso* si presenta come la prima opera della nostra letteratura che non è riservata all'aristocrazia delle corti, ma che è destinata a un pubblico ben più vasto e con caratteristiche che tengono conto dei suoi rinnovati gusti letterari: il racconto delle anacronistiche avventure dei cavalieri è affrontato con spirito ironico; si ricerca l'eleganza del verso; si dà ampio risalto a una solida caratterizzazione dei personaggi; si fa uso di una lingua naziona-

religione divisa tra esplosioni di misticismo e l'inaudita violenza punitiva dell'Inquisizione.

In controtendenza con la tradizione scolastica e crociana che ha costruito l'immagine di un Rinascimento come esempio di un'età serena ed equilibrata, Ariosto ci presenta Orlando come un eroe saggio ed equilibrato, destinato a rimanere invischiato in una drammatica parabola verso la pazzia. Il poeta ci vuole ricordare che l'uomo, nonostante le sue conquiste e i suoi successi, rimane qualcosa

s'intravede un ironico sorriso di complicità.

Ariosto lavora al suo poema dal 1507 al 1532, uscendo nel 1516 con una prima edizione composta di 40 canti; con la successiva edizione del 1521 egli procede a una consistente revisione linguistica; con la terza e definitiva edizione del 1532 l'autore porta a 46 i canti del poema che assume anche una definitiva forma linguistica. Nell'*Orlando furioso*, nato inizialmente come un omaggio alla corte ferrarese, sono presenti delle idee inno-



Figura 3. Gustave Doré, Ruggiero salva Angelica dall'orca, Fratelli Treves, Milano, 1899



Figura 4. Simone Peterzano, Angelica s'innamora di Medoro, collezione privata

le che, secondo le indicazioni di Pietro Bembo, progressivamente abbandona i vari influssi dialettali. Naturalmente, accanto agli splendori del Rinascimento, vi sono anche gli aspetti negativi di una società segnata da forti differenze di classe: accanto agli splendidi palazzi dei principi e della nobiltà vi sono i tuguri in cui vive la plebe; accanto al mecenatismo delle corti vi sono le invidie e gli intrighi dei cortigiani; accanto alle conquiste del genio umano vi sono le guerre, le crisi economiche, le carestie e le pestilenze; accanto allo spirito laico, che vuole spezzare le catene di un secolare asservimento al potere religioso, vi è una

di psicologicamente e spiritualmente complicato, sempre alle prese con una realtà difficile da decifrare, portatore di pulsioni interiori spesso ingovernabili, costretto a volte a vagare in un mondo improvvisamente divenuto sconosciuto e incomprensibile come un alienato che non ha più uno scopo da perseguire. Naturalmente Ariosto, che preferisce usare l'arma dell'ironia, presenta questo errare senza meta dei suoi eroi come un lieve e piacevole gioco che serve a intrecciare storie diverse, a mescolare le trame, a inventare innumerevoli personaggi per il gusto del racconto dietro il quale

vative a cominciare dalla forte presenza del narratore, il quale assume le dimensioni del personaggio che fa sfoggio di una sottile ma sferzante ironia, con quel continuo passaggio dal comico al drammatico che conferisce a tutto l'insieme la dimensione di un grandioso capolavoro. Il poema diventa in questo modo il simbolo di "un Rinascimento che veicola con uno stile perfetto temi già moderni, con una leggerezza che non nasconde la drammaticità. Si pensi solo alla follia, agli oggetti del desiderio sempre in fuga, alla mobilità continua dei legami" (Alberto Casadei, *Ariosto: metodi e mondi*

possibili, Marsilio, 2016).

La trama dell'*Orlando furioso* si svolge lungo tre filoni principali: il primo segue la linea epica della guerra tra mussulmani e cristiani che termina con la vittoria cristiana dopo lo scontro finale tra Ruggiero e Rodomonte; il secondo è costituito dalla vicenda amorosa incentrata principalmente sul personaggio della bellissima Angelica, oggetto del desiderio di tutti

bertà rispetto all'*Orlando innamorato*, perché il suo atteggiamento verso il mondo della cavalleria è profondamente diverso da quello del Boiardo, il quale vuole rappresentare un insieme di valori umanistici che pongono l'uomo al centro dell'universo e questo inserimento del sistema etico umanistico all'interno del mondo cavalleresco è un'attualizzazione che contiene anche un rimpianto per i tempi

una civiltà al tramonto, messa in crisi dalle invasioni straniere, dall'avidità del potere, dalla sete di denaro. Il tema principale è costituito però dalla cognizione di una realtà politica e sociale segnata dall'irrazionalità e dalla violenza, dove non si rispettano più i valori e le regole della cavalleria, dove l'introduzione dell'artiglieria e delle altre armi da fuoco ha annullato ogni concetto di sfida cavalleresca, tanto



Figura 5. Giovanni Boulanger, Orlando impazzito per amore, 1650-53, Sassuolo, Palazzo Ducale

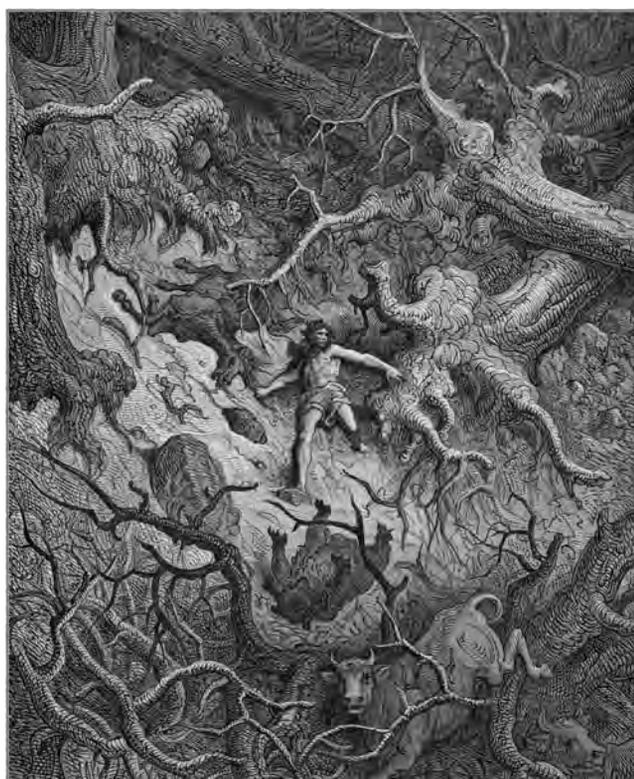


Figura 6. Gustavo Dorè, La follia di Orlando, Fratelli Treves, Milano, 1899

i personaggi maschili, ma anche sulle altre storie parallele che coinvolgono i sentimenti di diversi personaggi; il terzo filone è quello encomiastico-celebrativo che si sviluppa attraverso le avventure cavalleresche e le peripezie amorose del cavaliere pagano Ruggiero, erede del troiano Ettore, e la guerriera cristiana Bradamante, i quali riusciranno a unirsi in matrimonio dopo aver superato innumerevoli ostacoli e dopo la conversione di Ruggiero alla religione cristiana, per cui dalle loro nozze avrà origine la gloriosa Casa d'Este.

L'Ariosto si prende molte li-

passati.

L'Ariosto fin dall'inizio vuole sottolineare che il tradizionale mondo della cavalleria sta subendo una profonda elaborazione, per cui tutti i personaggi assumono una potente dimensione psicologica e il racconto diventa un insieme organico di vicende intrecciate fra loro per formare un'architettura dalla grandiosa complessità, mentre la guerra tra cristiani e pagani costituisce soltanto lo sfondo della vicenda, perdendo gran parte della sua dimensione religioso/ideologica. Sullo sfondo del poema ci sono il rimpianto e la nostalgia per



Figura 7. Gustavo Dorè, Astolfo in viaggio verso la luna per recuperare il senno di Orlando, Fratelli Treves, Milano, 1899

che Orlando s'impossa di un micidiale archibugio e lo scaglia in fondo al mare, maledicendo l'inventore di una simile diavoleria che non permette più agli avversari di misurarsi sulla base del loro valore ("O maledetto. o abominoso ordigno, / che fabbricato nel tartareo fondo / fosti per man di Belzebù maligno / che ruinar per te disegnò il mondo, / all'inferno, onde uscisti, ti resingno").

LE DONNE DELL'ARIOSTO: BELLEZZA E SENSUALITÀ

La figura della donna svolge nel poema un ruolo determinante, perché nel Cinquecento si è avuta una prima rivoluzione femminile con la conquista di una certa indipendenza ed emancipazione avvenuta negli ambienti delle corti per merito di nobildonne o di cortigiane colte. Nel poema ariostesco le donne sono personaggi sfaccettati e non più riconducibili alle tipologie della donna-angelo e della donna-demone entrambe sottomesse all'uomo: vi sono donne che mostrano grande valore cavalleresco, si fanno ammirare per la nobiltà d'animo, per la loro aspirazione a difendere la propria libertà, il proprio amore, il proprio onore. L'Ariosto va oltre la morale corrente, quando Rinaldo si ribella alla condanna a morte della principessa scozzese Ginevra, perché una legge "empia e severa, / vuol ch'ogni donna, e di ciascuna sorte; / ch'ad un uom si giunga, e non gli sia mogliera, / s'accusata ne viene, abbia la morte". Il cavaliere maledice chi ha fatto questa legge: "Una donzella dunque d' morire / perché lasciò sfogare ne l'amorose sua braccia al suo amator tanto desire? ... / Debitamente muore una crudele, / non chi dà vita al suo amator fedele". L'autore quindi interviene per rivendicare il diritto per la parità amorosa per l'uomo e per la donna: "S'un medesimo ardor, s'un disir pare / inchina e sforza l'un e l'altro sesso / a quel suave fin d'amore, che pare / all'ignorante vulgo un grave eccesso; /

perché di de' punir donna o biasimare, / che con uno o più d'uno abbia commesso / quel che l'uom fa con quante n'ha appetito, / e lodato ne va, non che impunito?" (Canto quarto).

Angelica è stata inventata dal Boiardo ma Ariosto aggiunge al personaggio una forte componente erotica che del resto percorre tutto il poema, dove l'amore puro e "celestiale" della tradizione lirica medioevale riguarda solo due coppie (Bradamante e Ruggero, Zerbino e Isabella), mentre è più presente quell'amore sensuale che caratterizza molta della letteratura rinascimentale. Questa novità, introdotta da Ariosto, finisce per cancellare la distinzione tra amore fisico e platonico con la rappresentazione del sesso come un aspetto naturale dell'esistenza. L'autore, per la prima volta in un poema cavalleresco, esalta lo splendore e l'armonia di alcune protagoniste femminili, i cui corpi sono raffigurati secondo i canoni della bellezza rinascimentale: la maga Alcina è descritta come una bellissima donna bionda, con gli occhi neri, con il "petto colmo e largo", in cui "due pome acerbe, e pur d'avorio fatte, / vengono e van, come onda al primo margo"; il corpo della casta Olimpia, che sarà offerta nuda all'orca sull'isola di Ebuda e sarà salvata da Orlando, è descritto nei suoi dettagli, tra cui "i rilevati fianchi e le belle anche, / e netto più che specchio il ventre piano, / pareano fatti, e quelle cosce bianche, / da Fidia a torno, o da più dotta mano".

Bellissima, astuta e abile nell'usare il proprio fascino, dotata di arti magiche (possiede un anello che spezza ogni incantesimo e rende invisibili), Angelica è l'oggetto del desiderio sessuale di tutti i personaggi maschili, che lei incanta e manipola per sfuggire alle loro voglie e sfruttare il loro aiuto fino a quando cade prigioniera dell'amore, sposando un umile fante in spregio alla sua condizione di principessa reale. Angelica è l'immagine emblematica di una condizione di straniamento cui è sottoposta

la donna ridotta a puro oggetto di piacere da parte degli uomini che la inseguono a causa del suo splendido corpo. Da parte sua, Angelica sfrutta il suo fascino fin dall'inizio del poema, quando prega Sacripante di aiutarla dichiarando di aver mantenuta intatta la propria verginità ma subito interviene Ariosto con la sua ironia a commentare "Forse era ver, ma non però credibile / a chi del senso suo fosse signore", insinuando nel lettore il dubbio sulla credibilità della protagonista del poema. Successivamente la giovane chiede aiuto a un negromante che, dopo averla stordita, tenta di approfittare di lei: "Egli l'abbraccia e a piacer la tocca, / et ella dome e non può fare ischermo; / or le bacia il bel petto, ora la bocca", ma a causa dei troppi anni non riesce a completare i suoi desideri come sottolinea l'ironia dell'autore ricorrendo alla metafora del destriero ("Ma ne l'incontro il suo destrier trabocca; / ch'al desio non risponde il corpo infermo / ... Tutte le vie, tutti li modi tenta, / ma quel pigro rozzon non però salta. / Indarno il freno gli scuote, e lo tormenta; / e non può far che tenga la testa alta").

Durante la sua eterna fuga, Angelica finisce incatenata sullo scoglio dell'isola di Ebuda per essere offerta come vittima all'orca marina: è esposta "la bellissima donna, così ignuda / come Natura prima la compose. / Un velo non ha pure, i che rinchioda i bianchi gigli e le vermiglie rose", tanto che Ruggiero, che arriva in volo sull'Ippogrifo, crede di vedere una "statua finta o d'alabastro o d'altri marmi illustri", per cui decide di salvarla dal mostro. Una volta compiuta l'impresa cavalleresca, Ruggiero si dimentica l'amore per Bradamante ed è preso dal desiderio di possedere la fanciulla: "Frettoloso, or da questo or da quel canto / confusamente l'arme si levava. / Non gli parve altra voglia star tanto; / che s'un laccio scioglie, dui n'annodava", ma il cavaliere paga questa sua frenesia, perché la fanciulla si mette in bocca l'anello magico e spari-

sce alla sua vista.

Finalmente Angelica trova il vero amore inteso come un gioioso abbandono al piacere dei sensi, quando raccoglie moribondo e cura un guerriero pagano di nome Medoro. In un episodio preso dall'Eneide, l'Ariosto fa scontrare due amici, Cloridano e Medoro, con alcuni cavalieri cristiani: mentre il primo muore per difendere l'amico, l'altro è lasciato per morto sul terreno dello scontro, dove lo trova Angelica, che rimane abbagliata dalla straordinaria bellezza di questo giovane ("Ella languisce/ di nuova febbre, or agghiacciata, or calda./Di giorno in giorno in lui beltà fiorisce:/la misera si strugge"). Questa principessa reale, che aveva rifiutato cavalieri come Orlando, Rinaldo e Ferrau, sovrani come Agricane e Sacripante, non resiste più alla passione che la divora e offre se stessa a un povero soldato infrangendo i limiti imposti dal pudore ("Rotto ogni freno di vergogna,/la lingua ebbe non men che gli occhi arditi:/e di quel colpo domandò mercede,/che, forse senza saperlo, esso le diede").

La passione di Angelica è un'irresistibile follia amorosa che la spinge a offrire al giovane Medoro quel suo statuario corpo perfetto: "Angelica a Medoro la prima rosa/coglier lasciò, non ancor tocca inante:/né persona fu mai si avventurosa,/ch'in quel giardin potesse por le piante.../Più lunge non vedea del giovinetto/la donna, né di lui potea saziarsi;/né per mai sempre pendergli dal collo,/il suo disir sentia di lui satollo" e, dopo aver consacrato la loro unione con le nozze celebrate sotto la protezione del dio Amore, Angelica e Medoro partono verso il regno del Catai. L'uscita dal poema di quella che ne è stata la protagonista è alquanto grottesca: raggiunta la spiaggia di Terranova, Angelica incontra il folle Orlando che non la riconosce ma vuole solo derubarla del cavallo; allora la giovane si rende invisibile grazie al suo anello magico ma, nell'agitazio-

ne del momento, "levò le gambe et uscì dall'arcione;/e si trovò riversa sul sabbione". E' l'ironica vendetta dell'autore verso colei che ha segnato il destino di mille spasimanti e che ha inconsapevolmente causato la follia di Orlando: questo universale oggetto del desiderio sessuale esce dalla scena "aprendo le gambe all'aria in un gesto simbolicamente prosaico, tale da toglierle definitivamente ogni incanto" (Carlo Muscetta).

LA FOLLIA D'AMORE CHE COLPISCE ORLANDO

Il tema della follia amorosa vede Orlando e Angelica strettamente legati non solo dalla legge ariostesca della fuga e dell'inseguimento, ma da un'intensa incontrollata passione che è molto vicina all'idea che ha Erasmo della pazzia amorosa. Il filosofo, con il suo spirito satirico, fa dire alla Follia che la natura ha concesso agli uomini una porzione più grande d'intelletto ma, per bilanciare questa differenza, ha posto accanto a loro le donne che "per molti aspetti sono più felici degli uomini", perché possiedono la potente arma della bellezza, che custodiscono con la continua cura del corpo al solo scopo di piacere agli uomini: "Potreste pensare che le donne piacciono agli uomini per qualche ragione, se non per la Follia? Ditemi allora, se vi è cosa alcuna che un uomo non sia pronto a concedere a una donna. E per quale stimolo se non quello della concupiscenza?...Nessuno certamente si alzerà a confutare la mia affermazione, purché pensi quante follie dice e commette l'uomo quando vuole godere del piacere di un'ora d'amore".

Lo stesso Ariosto, nei versi iniziali del Primo Canto, prima ricorda l'originalità del suo poema ("Dirò d'Orlando in un medesimo tratto/cosa non detta in prosa mai né in rima: che per amore venne in furore e matto,/d'uom che sì saggio era stimato prima"), per cui annuncia che il tema della follia scorrerà lungo tutto il poema e troverà la

sua più affascinante metafora in quel castello del mago Atlante, dove entrano molti personaggi dell'*Orlando furioso* per cercare la persona amata o altre cose che hanno smarrito. Essi si aggirano in un luogo incantato, dove tutto è apparenza, dove un'immagine svanisce nel momento stesso in cui si crede di averla raggiunta. Questa stramba assemblea di personaggi, che inseguono la propria follia, è la concezione che l'Ariosto ha del mondo, dove tutti siamo alla ricerca ossessiva di qualcosa che non si realizza mai, perché l'uomo non è in grado di godere pienamente di quello che possiede, per cui insegue una felicità che è continuamente procrastinata.

Questa visione del mondo contraddice la teoria crociana che considera l'*Orlando furioso* un poema dell'armonia e della distaccata serenità, perché il capolavoro ariostesco ha al proprio interno una forza corrosiva che si basa sulla incapacità dell'uomo di essere artefice del suo destino: la trama "labirintica" del poema, come avviene in modo diverso nei meccanismi presenti nelle opere di Machiavelli e Guicciardini, diventa la raffigurazione di un mondo costantemente dominato dall'imponderabile *Fortuna* (il "caso"), mettendo in crisi quella visione di una realtà armoniosa guidata dall'intelligenza e dall'azione dell'uomo sulla quale si è retto tutto l'Umanesimo.

L'Ariosto si permette di guardare alle debolezze dell'animo umano con un sorriso pieno di saggezza, per cui egli cancella l'eroe epico destinato alla vittoria in quanto difensore di un'ideologia superiore rispetto al nemico, ma supera la figura del cavaliere innamorato che fa del sentimento amoroso una ragione di vita propria del Boiardo. L'Ariosto spinge il meccanismo dell'innamoramento fino al paradossale di un amore che finisce per sfociare nella pazzia: per amore Orlando si spoglia delle sue prerogative di cavaliere; si riduce a vivere in una condizione animalesca; sospinto da una fu-

ria cieca, compie azioni bestiali e grottesche; smarrisce a tal punto il bene della ragione da non riconoscere Angelica dopo averla tanto idolatrata e desiderata; può ritrovare la propria identità non per meriti cavallereschi ma grazie all'intervento di Astolfo. L'Ariosto assegna a Orlando un ruolo passionale che lo rende diverso dalla schiera di amanti che smaniano per possedere la bella Angelica; egli dimentica la sua missione di difensore della fede cristiana contro i pagani e si autonomina difensore e tutore della verginità della fanciulla con una tale ossessiva tenacia da pagare un altissimo prezzo per questo suo amore, poiché "il pensiero di Angelica assediata nella sua verginale castità, di cui egli solo si sente garante, lo fa preda di un'ansietà tormentosa" (Nino Borsellino)

Questo amore ossessivo rende il paladino vittima di allucinazioni, fino al punto di sentire la voce di Angelica che invoca la sua protezione: "Aita! Aita!/la mia verginità ti raccomando/più che l'anima mia, più che la vita". Orlando è ossessionato dal mito della verginità femminile, che un solo uomo ha il diritto di godere: "La verginella è simile alla rosa,/ch'in bel giardin su la nativa spina/mentre sola e sicura si riposa.../Ma non sì tosto dal materno stelo/rimossa viene e dal suo ceppo verde,/che quanto avea dagli uomini e dal cielo/favor, grazia e bellezza, tutto perde." Orlando insegue Angelica per mezza Europa, convinto che la giovane provi per lui un profondo sentimento amoroso; giunge infine nel luogo dove Angelica e Medoro si sono amorosamente congiunti: prima legge le parole d'amore incise sulla corteccia degli alberi e s'illude che quelle frasi siano state scritte per lui, ma ogni dubbio scompare quando legge le parole che Medoro ha inciso sulla parete della grotta, dove i due amanti hanno trovato rifugio: "Liete piante, verdi erbe, limpide acque,/spelunca opaca e

di fredde ombre grata,/dove la bella Angelica...da molti invano amata,/spesso ne le mie braccia nuda giacque".

In un primo momento cova il dolore dentro di sé, quindi si reca nella casa dei pastori che hanno ospitato i due amanti, dove vede il letto su cui "giaceva l'ingrata donna/venutasi a porre col suo drudo". La sua mente non resiste a tale oltraggio ed egli fugge disperato nel bosco, giace sulla nuda terra, poi con la spada distrugge tutte le scritte incise da Angelica e Medoro e inquina con rami, sassi e zolle la fonte dove essi andavano a dissetarsi. Per tre giorni rimane sdraiato a terra senza prendere sonno, quindi getta lontano le armi e la corazza, si libera degli abiti e con le nude mani abbatte gli alberi della foresta come se fossero dei fucelli. Dopo aver compiuto centinaia di folli imprese, giunge a Gibilterra e attraversa a nuoto lo stretto per toccare la costa africana. In questo luogo lo ritroverà Astolfo di ritorno dalla luna, dove ha recuperato il suo senno; il suo amico, dopo averlo fatto prigioniero, lo costringerà a ispirare il senno attraverso il naso, in modo che un uomo, divenuto un essere feroce e brutale, possa recuperare la coscienza di sé e possa tornare a battersi per Carlo Magno facendogli vincere a Parigi la guerra contro i Saraceni.

Un episodio di grande importanza nell'architettura del poema è la straordinaria avventura che vive Astolfo quando compie l'ascesa fino al Paradiso terrestre, da dove prosegue sul carro di Elia il viaggio verso la luna, avendo come guida San Giovanni l'Evangelista. Egli deve ritrovare il senno di Orlando che, a causa di un'insana follia, ha dimenticato di essere stato scelto da Dio come invincibile paladino della fede. La luna diviene così un'altra straordinaria metafora del teatro del mondo, perché lassù finisce tutto quello che gli

uomini smarriscono nel corso della vita meno naturalmente la pazzia, perché quella rimane costantemente sulla terra: le lacrime e i sospiri degli amanti, l'ozio degli uomini ignoranti, il ricordo degli antichi regni, i doni fatti per ottenere favori dai potenti, gli amori infelici, i regali fatti dai regnanti ai loro favoriti, l'elemosina fatta dopo la morte, i soprusi compiuti dalla Chiesa, le trappole della bellezza femminile. Astolfo vede un cumulo di anfore che contengono il senno smarrito sulla terra per cercare l'amore, gli onori, le ricchezze, il potere, per seguire gli inganni della magia, della filosofia, dell'astrologia, dell'arte e della poesia senza valore. Oltre a trovare il senno di Orlando, Astolfo scopre e aspira dal naso anche il suo senno e, prima di ritornare sulla terra, ascolta da San Giovanni un'orazione in difesa della poesia che non è la verità, ma è l'unica capace di rappresentare lo spettacolo del mondo. La poesia, non più mitizzata, è ricondotta alle sue dimensioni terrene come civile espressione della società e del vivere comune, segnando così la crisi dei vecchi valori e la nascita dei valori moderni.

Riferimenti

Per leggere il poema

Ludovico Ariosto, *Orlando furioso*, prefazione e note di Lanfranco Caretti, Einaudi, Torino, 1966

Bibliografia essenziale

1. Nino Borsellino, *Ludovico Ariosto*, Bari, Laterza, 1979
2. Giuseppe Sangirardi, *Ludovico Ariosto*, Firenze, Le Monnier, 2006.
3. Giulio Ferroni, *Ludovico Ariosto*, Roma, Salerno editrice, 2008.
4. Stefano Jossa, *Ariosto*, Bologna, il Mulino, 2009.

Film consigliato

Luca Ronconi, *Orlando furioso*, miniserie TV, 1975, RAI Radiotelevisione Italiana, Internet Movie Database (IMDb). Versione televisiva 293 minuti, versione cinematografica 113 minuti

IL RUOLO DELLA MITOLOGIA FAMILIARE NELLA SCELTA DELLA PROFESSIONE MEDICO-ASSISTENZIALE

Claudio Fratesi

*Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
Università Politecnica delle Marche*

INTRODUZIONE

Il comportamento quotidiano, le scelte che facciamo nella vita, i percorsi che costruiscono l'identità durante il corso della nostra esistenza sono il frutto di un ragionamento, di un pensiero razionale, sostenuto e sostanziato da emozioni ed euristiche che in gran parte sfuggono all'analisi razionale.

La mitologia familiare costituisce lo scheletro dell'appartenenza a quella specifica famiglia, possiamo riconoscere un pensiero della famiglia, una personalità della famiglia, come i filamenti di un DNA psicologico che non può replicare pensieri e comportamenti, ma trasmette gli elementi base di un pensare e sentire, che poi ogni individuo assembla in base alle esperienze che fa nella vita. Le mitologie si attivano nei passaggi della vita e nei momenti in cui dobbiamo fare scelte importanti.

Questo articolo è diretto a chi ha scelto di fare una professione di cura, assistenza e aiuto. Perché avete fatto questa scelta? Siete sicuri che le motivazioni che vi hanno indotto a scegliere di fare i medici, gli infermieri, le ostetriche, i dietisti e tutte le altre professioni di cura, di assistenza, insomma di aiuto, siano chiare e razionali? Ci sono motivazioni più profonde che han-

no a che fare con l'appartenenza alla vostra famiglia?

Un secolo di studi psicologi affermano, con voci diverse, l'importanza della parte sommersa del nostro vivere e interpretare la realtà: inconscio freudiano, mitologie familiari, schemi operativi interni sono aspetti diversi di un mondo che ci appartiene, ci guida, senza il quale non esisterebbe la razionalità. Come la corteccia non avrebbe senso di essere se non fosse sostenuta e sostanziata dalle strutture subcorticali.

Da circa vent'anni mi occupo di formazione in psicoterapia, gran parte del lavoro con gli allievi è incentrato sugli aspetti mitologici trasmessi loro dalle rispettive famiglie di origine. Quando incontriamo un paziente si innescano risonanze emotive che dobbiamo saper riconoscere. I problemi di risonanza non nascono nell'incontro con chi è diverso da noi; in questi casi possono innescarsi pregiudizi, ma non altro. Le risonanze che possono inficiare la relazione si attivano quando incontriamo persone simili a noi, simili nell'appartenenza mitica. Questa similitudine razionalmente può sfuggirci, perché aderiamo a dei valori profondi senza saperlo, è un comune sentire e un interpretare la realtà che può condizionare enormemente una

relazione di cura.

Pertanto chi intraprende una professione di aiuto è indispensabile che sappia riconoscere in se stesso almeno le credenze mitiche più rilevanti, che costituiscono la propria omeostasi familiare. Per omeostasi familiare s'intende un equilibrio dinamico tra le regole e gli affetti che tengono unita e legata una famiglia, e le forze centrifughe date dalla spinta naturale di crescita della vita e dalle esperienze che ciascun membro appartenente vive nel mondo. Un equilibrio dinamico che permette alla famiglia di evolversi e di impattare con il mondo senza però disgregarsi.

I MITI NELLA FAMIGLIA

Il mito familiare può essere definito come una griglia di lettura della realtà, in parte ereditata dalle generazioni passate, in parte creata dalla generazione attuale, che assegna a ciascun membro della famiglia un ruolo e un destino specifici. È un concetto usato per descrivere le credenze che la famiglia ha di sé, che si compone di immagini e leggende che contribuiscono a creare il senso di identità della famiglia stessa. I miti, benché a volte falsi e illusori, sono accettati da tutti, anzi hanno una valenza di sacralità che nessuno oserebbe sfidare. Ogni famiglia

ha i propri miti che le rappresentano la verità. “In qualsiasi relazione – scrivono Andolfi e Angelo – si viene prima o poi a creare un mito, per il fatto che in ogni relazione rimane un margine di ambiguità, di non espresso, dove i vuoti di informazione nel processo di costruzione del legame e della reciproca conoscenza vengono colmati attraverso la formazione di stereotipi che cercano di indurre i partecipanti a comportamenti specifici, funzionali al mantenimento del legame”. Il mito è l’antitesi della cronaca, si sviluppa sui ‘vuoti’, sulla mancanza o incompletezza dei dati e delle spiegazioni.

Byng-Hall, in *Le trame della famiglia*, individua quattro elementi che costituiscono le storie familiari e che entrano a far parte della mitologia della famiglia; sono:

1) racconti o aneddoti familiari, cioè storie raccontate per divertimento, con un eroismo spesso esagerato rispetto alla realtà;

2) fiabe o storie di copertura, ossia episodi inventati e presentati per coprire fatti ritenuti disonorevoli (suicidi, detenzioni, crolli economici, malattie mentali, ecc.);

3) segreti familiari, cioè fatti che vengono comunicati in privato, con preghiera di non farne parola con nessuno; ovviamente ognuno li trasmetterà a un altro componente della famiglia, così diventeranno fatti conosciuti da tutta la famiglia, ma non detti pubblicamente;

4) leggende familiari, ossia storie esagerate e molto pittoresche che vengono tramandate di generazione in generazione, racconti morali che comunicano le regole e gli obblighi della vita familiare, utili all’omeostasi familiare.

Che un segreto o mito sia basato su un evento reale o su fantasie non sembra avere importanza nei confronti della sua influenza. È qualcosa di sotterraneo che scivola di generazione in generazione, rimanendo

silenzioso per poi riemergere in momenti fondamentali della famiglia, o esplodere improvvisamente nel comportamento sintomatico di uno dei membri della famiglia. Le risposte degli altri membri della famiglia stessa mettono in moto processi di interazione che rafforzano o indeboliscono i suoi effetti in maniera circolare.

Come scrive Ferreira, il mito familiare è la pietra angolare sulla quale si mantiene l’omeostasi del gruppo che l’ha prodotto. I miti riguardano fondamentalmente la forza, la dipendenza, l’amore, l’odio, il desiderio di prendersi cura di qualcuno, di ferire, tutti sentimenti collegati al sesso, alla nascita, alla morte che ogni membro di una famiglia può provare. Da quanto detto, consegue che per comprendere la creazione di un mito è opportuno prendere in considerazione le aspettative riguardanti il matrimonio, i figli, la professione e la vita, in genere, di almeno tre generazioni, come suggerisce Sigmund Freud: “Se i processi psichici di una generazione non si prolungassero nella generazione successiva, ogni generazione dovrebbe acquisire ex-novo il proprio atteggiamento verso l’esistenza, e non vi sarebbe in questo campo nessun progresso e in sostanza nessuna evoluzione”.

Pertanto ogni sistema umano, composto di elementi interagenti e interdipendenti con storia e organizzazione, possiede come un servomeccanismo che si attiva con comportamenti ‘automatici’ nelle fasi di scelta importanti nella vita. Si tratta di una “mente sistemica”, una memoria implicita che condiziona gli stili di relazione e di comunicazione per favorire la sopravvivenza, fisica e psicologica, e l’adattamento.

Gli studi sul mito sono spesso caratterizzati da una lettura ambivalente: dopo una fase iniziale in cui i miti sono stati assimilati al pensiero magico e primitivo, studiato soprattutto dagli an-

tropologi, a questi viene attribuito un valore differente, ritenuti come elementi funzionali di regole su cui si basa l’organizzazione sociale. Claude Lévi Strauss, nei suoi studi, dimostra come i miti celino in sé una logica molto precisa che diviene il fondamento di ogni pensiero razionale. Per questo autore i miti costituiscono lo spazio mentale, ad un tempo immaginario, logico e comportamentale, che segna il passaggio dell’individuo e della società dal mondo animale della natura al mondo umano della cultura. Questa posizione rappresenta anche un superamento dell’originario dualismo greco, dove *mythos* indicava un fenomeno fiabesco, qualcosa di assolutamente lontano dalla realtà che si contrapponeva al *logos*, che invece rappresentava il pensiero razionale, anche se queste due componenti, fiaba e razionalità, convivono in realtà all’interno del mito e ne influenzano le dinamiche.

In ambito sistemico-relazionale troviamo il concetto di “mito familiare” nell’opera di Ferreira. Questo autore, in uno dei suoi primi scritti (1963), sostiene che il mito familiare può essere considerato un insieme di credenze condivise da tutti i membri di una famiglia concernenti l’immagine che essi hanno di sé e dei loro ruoli reciproci. Secondo questa lettura il mito, che funzionerebbe come un elemento di resistenza al cambiamento, sarebbe il garante della stabilità e dell’identità familiare (il Sé della famiglia).

Il mito possiede, inoltre, caratteristiche peculiari, strutturali e funzionali, che ne influenzano gli effetti dinamici. Tra le qualità intrinseche del mito vi sono l’acriticità, l’atemporalità e la stabilità. Il mito, infatti, è per definizione atemporale, perché si è costituito in un tempo altro rispetto al presente, ma agisce nel presente, lo influenza e lo caratterizza, e la sua separazione logico-temporale può provocare effetti disfunzionali sulla

vita del sistema e sulla sua organizzazione. Il mito è poi acritico, perché si impone passando oltre i filtri della analisi logica cosciente. Il mito è infine conservativo, nella misura in cui garantisce la continuità, la stabilità e l'equilibrio del sistema nel tempo. Riportato al singolo membro del sistema, il mito risulta scarsamente comprensibile, ma se lo consideriamo come "declinazione relazionale sistemica", lo possiamo assumere come un nucleo ideo-affettivo organizzato di interpretazioni che il singolo membro dà del mondo e degli eventi.

Il mito vive nella memoria. E la nostra è una memoria plurigenerazionale che copre un arco temporale di circa un secolo, o l'equivalente di 3 o 4 generazioni, in parte per conoscenze acquisite direttamente, in parte per acquisizioni esperite indirettamente. Questa trama narrativa costituisce un tessuto psico-mnestico su cui si inserisce la nostra storia, dal momento della nascita, con tutte le collocazioni di ruolo, di tempo e di spazio relazionale vissute nel sistema familiare di appartenenza.

Ogni coppia porta con sé il bagaglio proveniente dalle famiglie d'origine, fatto di "appartenenze, idee e sentimenti, condivisi aprioristicamente dai membri della famiglia, modelli di pensiero, modalità di risposta emozionale, particolari tendenze che fanno parte del corredo di ogni individuo. Ne consegue l'appartenenza al sistema famiglia, la quale ha di per sé la tendenza alla stabilità, ma è costruita anche da un sistema mentale che deve mutare assieme all'evolvere della famiglia nel tempo, è trasmesso

come credenza interna e come tale il suo tempo non è il passato, ma il presente nel quale vive e si esprime.

Boscolo e Bertrando concepiscono il mito familiare non solo come una forma metaforica dei costrutti cognitivi della famiglia, particolarmente importanti dal punto di vista emotivo, ma per loro il mito è anche una narrazione, una "storia", e come tale si dispiega nel tempo. La peculiarità del mito, infatti, è avere la struttura di una storia, con inizio, svolgimento e fine, ma di una storia avvenuta in un altro tempo, che non è quello quotidiano. I miti quindi sono il bagaglio di esperienze emotive trasmesse dai genitori ai figli, ci guidano nei passaggi fondamentali e modellano i nostri ruoli e le nostre aspettative rispetto agli altri.

I miti però, per essere funzionali, devono essere adattati al corso dei tempi, ed è questo il contributo che ognuno di noi porta con le proprie esperienze. Si tratta di un dialogo continuo tra le credenze che ci sono state trasmesse e le nuove credenze che costruiamo ogni giorno. Se si blocca questo dialogo, la credenza mitica si irrigidisce e da funzionale per l'adattamento diventa disfunzionale e creatrice di patologia.

CONCLUSIONI

Ho inteso fornire qui soltanto qualche riferimento alla complessità rappresentata dal mondo semi-sommerso dei miti che tutti noi ci portiamo dentro. Sono 'occhiali' che ci fanno vedere e leggere la realtà come se tutti gli altri la vedessero e la leggessero alla stessa maniera, automatismi di lettura

ra e interpretazione che si attivano nella scelta del partner, nella scelta professionale, nella modalità di fare il genitore, il coniuge, ecc. In definitiva tutti noi dovremmo analizzare i presupposti che ci guidano in queste scelte, presupposti che 'saltano' quando ci accorgiamo, come nelle situazioni di crisi, che l'altra persona con la quale abbiamo un rapporto di vicinanza e intimità non condivide e non capisce quelle premesse implicite che, dal nostro punto di vista, ci sembrano assolute e piene di buon senso.

Per tutti coloro che hanno scelto di fare una professione di aiuto, di assistenza e cura, spero che questo articolo possa essere uno stimolo ad approfondire gli argomenti esposti, leggendo alcuni testi che ho elencato nella bibliografia, con lo scopo di capire da quali parti giungano gli echi che li hanno spinto a intraprendere una scelta così bella e impegnativa.

Bibliografia

1. Andolfi M., Angelo C., Tempo e mito nella terapia familiare, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
2. Bogliolo C. (a cura di), Interventi relazionali. Contributi alle psicoterapie e ai processi di aiuto, Borla, Roma 2003.
3. Boscolo L., Bertrando P., I tempi del tempo, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
4. Byng-Hall J., Le trame della famiglia: attaccamento sicuro e cambiamento sistemico, ed. it. a cura di P. Bertrando, Cortina, Milano 1998.
5. Ferreira A. J., Mito familiare e omeostasi, in Famiglia e comunicazione, a cura di F. Pizzini, Feltrinelli, Milano 1980.
6. Ferreira A. J., Miti familiari, in La prospettiva relazionale, a cura di P. Watzlawick e J. H. Weakland, Astrolabio, Roma 1978.
7. Puleggio A., Semantica del mito e psicoterapia familiare, in Il mito nella società postmoderna, Atti della Giornata di studio SIPR (29 Maggio 2009), a cura di I. Genovesi, Quaderni SIPR, 0, 2009, pp. 29-61.

OLTRE IL COINVOLGIMENTO

L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere

Micol Bronzini

Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali
Facoltà di Economia "G. Fuà"
Università Politecnica delle Marche

Da quando il termine attivazione viene utilizzato per comprendere il comportamento del singolo cittadino o delle associazioni dei cittadini in ambito sanitario? Quali implicazioni teoriche e pratiche si connettono a un ruolo di maggiore partecipazione, responsabilità e scelta da parte dei pazienti? In quali aree si può individuare un maggiore coinvolgimento dei malati o dei loro rappresentanti? Il volume *"Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere"* (Mulino, 2016), a cura di Giovanna Vicarelli, prova a rispondere a queste domande, raccogliendo i contributi di alcuni sociologi che, in ambito nazionale e internazionale, si occupano da tempo di questi temi.

Il volume prende le mosse dalla ricostruzione del dibattito che si è sviluppato in seno alle scienze sociali attorno al ruolo del malato e al rapporto medico-paziente. A questo primo contributo fa seguito la riflessione sulle diverse dimensioni del ruolo sociale dell'utente dei servizi sanitari, come pure l'analisi di alcune dimensioni dell'attivazione, in primis la voce formalmente riconosciuta ai cittadini negli assetti istituzionali del Servizio Sanitario italiano. Vengono, quindi, affrontate le ricadute sociali del maggior coinvolgimento e della maggiore responsabilizzazione richieste alle reti familiari, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale, per poi passare a casi specifici di attivismo ad opera di associazioni di pazienti.

I contributi raccolti nel volume

evidenziano le diverse curvature che il tema dell'attivazione assume, a seconda dei protagonisti e dei contesti della cura. Come molti altri concetti che hanno larga eco nella retorica politica anche il riferimento all'attivazione dei cittadini nei processi di cura rischia di risuonare come un "involucro vuoto" e di essere utilizzato come un "concetto ombrello" onnicomprensivo di fenomenologie tra loro molto diverse. Alcuni autori critici (Newman 2007; van Berkel e Borghi 2007) contestano alla letteratura prevalente sull'attivazione di trascurare le traiettorie multiple del cambiamento in atto, riconducendole in maniera semplificata a un'evoluzione lineare dal paziente passivo al cittadino attivo (Cruikshank 1999; Newman e Tonkens 2011). Si evidenziano, inoltre, gli elementi di ambiguità insiti nelle politiche di attivazione nei diversi ambiti in cui queste sono state introdotte. L'attivazione dei cittadini può iscriversi, infatti, entro logiche antitetiche: da una palinogenesi dei processi democratici allo smantellamento dei sistemi di welfare. Il riferimento all'attivazione rischia, cioè, di «delineare principi descrittivi di processi sociali i cui presupposti ed effetti sono tutt'altro che scontati e difficilmente esplorabili attraverso dati di struttura» (Villa 2011, p. 45). Un'analisi critica si rende, quindi, necessaria per discriminare il modo in cui l'attivazione viene declinata entro specifiche logiche di governo e di intervento (ibidem) dando luogo a differenti configurazioni di benessere (Vicarelli 2013).

Nel dibattito sociologico si è tentato di modellizzare i diversi tipi di attivazione del cittadino nei processi di cura (Dent e Pahor 2015). In particolare, ci sembra utile la distinzione, suggerita da Newman e Tonkens (2011), tra tre componenti dei processi di attivazione: «la scelta nel mercato dei servizi di welfare, la responsabilità estesa per gli individui, i carers, le famiglie e le comunità, e la partecipazione nell'erogazione dei servizi, nell'elaborazione delle politiche, nella governance e nel sistema di governo» (ibid, p. 9). Scelta, responsabilità e partecipazione, sebbene siano fortemente intrecciate negli esempi concreti, possono essere tenute analiticamente distinte, in quanto danno luogo a diversi modelli di attivazione sulla base della dominanza dell'una o dell'altra dimensione. Ne risultano diverse soggettività del paziente – il consumatore discriminante, il paziente responsabile e l'utente empowered (Newman e Vidler 2006) – e differenti configurazioni delle relazioni di cura. Come evidenziato nel volume da Vedelago, l'attivazione assume, infatti, contorni specifici a seconda che si consideri l'utente-cliente che sceglie a quali servizi o professionisti rivolgersi, per il quale l'essere attivo equivale a saper discriminare correttamente le alternative presenti, o l'utente-beneficiario che accede a un determinato servizio.

Se si considera, poi, il core della traiettoria di cura, ossia la relazione tra l'utente-paziente e gli operatori sanitari, spesso l'attivazione si sostanzia con una sollecita aderenza alle indicazioni cliniche. Nella fase post-acuzie, nella cronicità e nella gestione domiciliare della malattia assume, invece, un rilievo maggiore la figura dell'utente di comunità, che ci si aspetta attivi nel processo di cura le proprie relazioni di prossimità. La cronicità, contraddistinta com'è dall'abitudine a convivere con la malattia e da una ripetuta frequentazione con i servizi, favorisce anche l'emergere dell'utente-professionalizzato. Considerare la traiettoria di

cura consente, dunque, di cogliere in termini diacronici le molteplici sfumature dell'attivazione. Anche a livello sincronico l'attivazione del paziente assume forme diverse a seconda (delle aspettative) del suo interlocutore: l'amministrazione sanitaria, il medico di famiglia, lo specialista ospedaliero o territoriale, l'operatore sanitario non medico, il caregiver, i referenti dell'associazionismo, l'avvocato, etc.

Ciò che risulta mancare in molte letture dei processi di attivazione è l'adozione di una esplicita prospettiva relazionale. La visione individualizzata della cura non solo trascura il ruolo delle relazioni familiari, ma riduce lo stesso incontro terapeutico, oggetto di una crescente "contrattualizzazione", a una «one-way dependance in a dual relationship between user and service» (De Leonardis 2011, p. 134). Non vengono messe a fuoco, dunque, le «interdipendenze che si realizzano, in concreto, nelle relazioni tra individui mutualmente coinvolti» nei processi indagati (Vicarelli 2010, p. 408). Ciò può alimentare una contrapposizione tra i diritti e le aspettative espresse da ciascun polo del "triangolo terapeutico": pazienti, carers e professionisti, non a caso rappresentati a volte come controparte (Kuhlmann, 2011). Piuttosto che ragionare in termini dicotomici, contrapponendo alla precedente condizione di dipendenza del paziente dal sistema dei servizi e dal sapere professionale una presunta indipendenza, una prospettiva pienamente relazionale muove dal riconoscimento delle ineludibili interdipendenze tra tutti gli attori coinvolti. Adottare una prospettiva relazionale significa, allora, non solo ripensare l'attivazione a partire dall'inclusione del paziente e dei diversi soggetti coinvolti nell'esperienza della malattia (o della fragilità), ma considerare le configurazioni specifiche – le "coreografie" per usare le parole di Manghi (2004) – cui la "danza di parti interagenti" (Bateson 1984) dà forma. Una simile concezione relazionale si ritrova in al-

cuni esempi di attivazione in cui la dimensione della scelta riveste un peso marginale, e si declina nella prospettiva dell'autonomia più che della libera espressione di preferenze, la partecipazione si esprime secondo modalità dialogiche e la responsabilità della cura risulta condivisa tra tutti i soggetti coinvolti. Sul piano delle attività, in questo caso i compiti assistenziali più che essere delegati sono condivisi con una conseguente diffusione delle competenze.

Una responsabilizzazione diffusa e condivisa è alla base della costruzione di partnership nell'erogazione dei servizi (anche tra pubblico e privato, sia no profit che for profit) di reti collaborative e comunità di scopo ispirate a una forma di interdipendenza contingente. Vi rientrano tutte quelle esperienze di cooperazione riflessiva in cui professionisti e utenti condividono un progetto assistenziale personalizzato e complesso (Newman e Tonkens 2011). In tal senso, nella relazione tra utenti e operatori, prende corpo la costruzione condivisa, e sempre ridiscutibile, dei contenuti stessi del servizio offerto. È in quest'ottica che si sostanzia appieno la nuova identità dell'utente professionalizzato, che si "costruisce a partire da un ibridazione dei saperi, fra conoscenze scientifiche e riflessività del paziente sulla propria esperienza" (cfr. il contributo di Vedelago nel volume). In questo senso si delinea una prospettiva dell'attivazione che potremmo definire basata sulla "co-responsabilità", in cui anche il medico è chiamato a vedere nella malattia qualcosa di più del disease, a riconoscere in essa una forma di quel processo interattivo che lo lega assieme al paziente, ai suoi familiari, alla sua comunità, agli altri professionisti e al sistema complessivo delle cure. Si è lontani, dunque, dal riduzionismo che oggettiva la malattia per poterla "separare" dal paziente e farne l'oggetto del proprio sapere ma anche dal riduzionismo economico che fa della salute una merce. Con ciò si vuol sottolineare l'e-

mergere di una modalità di attivazione che va al di là dell'attuale enfasi sulle forme individuali di scelta, co-produzione/responsabilità e partecipazione, recuperando il prius logico della relazione. In questo senso, il paziente (ma anche il professionista) attivo è quello in "risonanza partecipe" (Manghi 2006) con il contesto relazionale della cura, una condizione che, come ricorda lo stesso Manghi, è "inseparabilmente passiva e attiva".

Riferimenti bibliografici

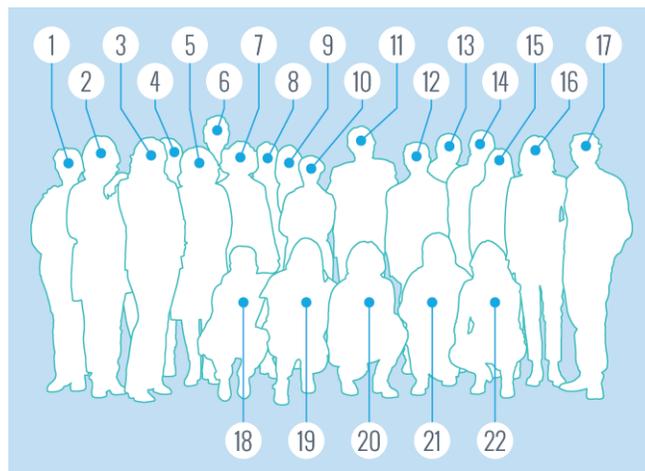
1. Bateson G. (1984) *Mente e natura*, Milano, Adelphi.
2. Van Berkel, R. e Borghi, V. (2007), *New modes of governance in activation policies*, in «International Journal of Sociology and Social Policy», 27, n.7/8, pp. 277-286.
3. Cruikshank, B. (1999), *The will to empower: democratic citizens and other subjects*, Ithaca, Cornell University Press.
4. De Leonardis O. (2011), *Dividing or combing citizens*, in Newman J. Barnes J. (eds.) (2011), pp. 127-145.
5. Dent, M. e Pahor, M. (2015), *Patient involvement in Europe – a comparative framework*, in «Journal of Health Organization and Management», 29, n. 5, pp.546 – 555.
6. Kuhlmann, E. (2008), *Governing beyond markets and managerialism: Professions as mediators*, in E. Kuhlmann and M. Saks (Eds.), *Retinking professional governance: International direction in healthcare*, Bristol, Policy Press, pp. 45-59.
7. Manghi, S. (2004), *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Milano, Cortina.
8. Vicarelli, G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma.
9. Vicarelli, G. (2013), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci.
10. Villa, M. (2011), *Vecchie e nuove logiche dei sistemi di welfare regionali*, in M. Bronzini (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Napoli, ESI, pp. 43-67.
11. Manghi, S. (2006), *Risonanza partecipe. La responsabilità come responsiveness e la modernità liquida*, Relazione al IV Congresso della Società Italiana di GruppoAnalisi, Milano, 11-12 marzo 2006. In «Rivista Italiana di GruppoAnalisi», 2007, 1, pp. 61-84.
12. Newman, J. (2007), *The "double dynamics" of activation*, in «International Journal of Sociology and Social Policy», 27, n. 9/10 pp. 364 – 375.
13. Newman, J. e Tonkens, E. (Eds.) (2011), *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare State*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
14. Newman, J. e Vidler, E. (2006). *More than a matter of choice? Consumerism and modernisation of health care*, in «Social Policy Review», 18, pp. 101-120.

IL COMITATO EDITORIALE E LA SEGRETERIA DI REDAZIONE



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

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



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



LETTERE dalla FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XIX / n. 4
Luglio/Agosto 2016

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

Progetto grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Marcello M. D'Errico

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

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

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

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