Anno XIV N. 4 • Luglio Agosto 2011

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

SOMMARIO

LETTERA DEL PRESIDE

Nella scorsa settimana la Facoltà ha assunto, nel campo della didattica, alcune importanti decisioni, la prima delle quali concerne l'istituzione della Commissione Tecnico Pedagogica, costituita da Docenti Referenti dei vari semestri. Questa struttura ha lo scopo di approfondire le logiche, le tecniche, le strategie che sono alla base del processo formativo, fornendo conseguentemente alla Commissione Didattica la necessaria assistenza nel momento della loro applicazione.

Nel contempo la Facoltà ha attivato un Gruppo di lavoro per l'Attività Formativa Professionalizzante, suddiviso nelle aree Medica, Chirurgica e dei Servizi, nell'obiettivo di superare gli ostacoli che ancor oggi si frappongono, da noi così come in tutta Italia, alla realizzazione di un concreto programma di apprendimento delle abilità cliniche.

Intanto la Commissione Didattica è stata ampliata con l'inserimento di una rappresentativa dei Direttori delle Scuole di Specializzazione e della Scuola di Dottorato di Ricerca, ed è stato riattivato l'Osservatorio della Formazione Post Laurea con sostituzione delle componenti universitarie scadute.

Coerentemente con le disposizioni della legge 240/30 dicembre 2010, la cosiddetta legge Gelmini, si è provveduto anche alla riorganizzazione dipartimentale, con il risultato di costituire quattro grandi Dipartimenti, così denominati: Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche (DISCO); Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica; Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica; Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari (DISCLIMO).

Sempre restando nell'ambito amministrativo, alla Facoltà di Medicina è stato riconosciuto un incremento del valore percentuale che gli Organi Accademici utilizzano nella Ripartizione delle risorse di Ateneo e che concernono i fondi di funzionamento, gli assegni di ricerca, i posti di personale, i fondi di ricerca di Ateneo e le borse del Dottorato.

Nel sommario di questo numero segnaliamo la prima lettura, tenuta dalla Prof.ssa Stefania Fortuna al Convegno Annuale della Facoltà dello scorso 18 maggio, concernente la figura di Francesco Angelini, cui molto devono la città di Ancona e l'Università per la sistemazione post-bellica di Ancona e per il suo sviluppo nell'ambito culturale ed assistenziale, oltre che industriale.

La relazione si inserisce nel novero di un'ampia ricerca condotta dalla Facoltà sulle industrie Farmaceutiche marchigiane e sulle Farmacie di tradizione della Regione, che pubblicheremo nei prossimi numeri.

Nell'ambito delle Scienze umane meritano molta attenzione i contributi di Sabrina Pecora, che affronta un tema di grande attualità, l'Etica della Medicina Palliativa, e quello di Maurizio Mercuri, che esamina i rapporti tra Medicina e Filosofia.

Infine, i nostri Studenti, troveranno un ottimo strumento di formazione sfogliando il Dossièr Pneumologia, tratto dal Corso di Formazione Permanente in Medicina promosso dall'Accademia Medico Chirurgica del Piceno, al quale la nostra Facoltà ha dato un sostanziale contributo di Docenti e di idee.

Antonio Benedetti
Preside della Facoltà

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ 2
Francesco Angelini, farmacista, uomo politico, imprenditore
di Stefania Fortuna

VITA DELLA FACOLTÀ 10
Site visit in Facoltà - Blocchi e nuovi ordinamenti - Forum 2011-2012 di Scienze umane - Attività didattica elettiva 2011-2012 - Internati - Tabelle di conversione dei voti CTS - Progress test

DALLE PROFESSIONI SANITARIE 15
Ruolo dell'Infermiere all'interno dell'Esercito italiano, 15
di *Augusta Cucchi, Davide Gaggia, Valentina Mariotti, Maurizio Mercuri*
L'*expertise tecnica* e le *non technical skills*, come elementi di specificità del *care* infermieristico, 17
di *Stefano Marcelli, Renato Rocchi, Sandro Ortolani e Adoriano Santarelli*

DIGNITÀ DI STAMPA 19
La terapia cardiovascolare in gravidanza, 19
di *Lucia Cecchi, Stefano R. Giannubilo*
Monitoraggio polisonnografico dei pazienti affetti da fibrillazione atriale e da tachicardiomiopatia, 21
di *Simone Maffei, Alessandro Capucci*
Sensibilità e specificità dell'ECG nella diagnosi di Sindrome di Takotsubo, 23
di *Edlira Rrapau, Alessandro Capucci*

FORUM MULTIPROFESSIONALE DI SCIENZE UMANE 25
Curare e prendersi cura. Profili etici della medicina palliativa
di *Sabrina Pecora, Milena Compagnucci*

SCIENZE UMANE 30
Medicina e Filosofia, quasi un prologo, 30
di *Maurizio Mercuri*
Conciliazione e Mediazione. Parte I - Riferimenti storici ed inquadramento normativo, 36
di *Monica De Angelis, Giovanni Mazzoni, Giuditta Ferrini*

DOSSIER: FORMAZIONE PERMANENTE IN MEDICINA 40
Pneumologia
a cura di *Stefano Gasparrini e Alberto Tubaldi*

LIBRI 56
Batteri e virus, di *Michele La Placa*

STEFANIA FORTUNA
Storia della Medicina
Università Politecnica delle Marche

Francesco Angelini (1887-1964), farmacista, uomo politico, imprenditore

Il 17 luglio 1821 Giacomo Leopardi, che aveva una profonda conoscenza dei medici antichi e moderni, come pure un'esperienza quasi quotidiana dei preparati galenici, annota nello Zibaldone: "La medicina ha fatto da Ippocrate in qua meno progressi e sofferto meno cangiamenti essenziali che, possiamo dire, qualunque altra scienza, in pari spazio di tempo; e quindi conservasi forse più vicina di ogni altra alla condizione e misura ecc. in cui venne dalla Grecia". In effetti la medicina dei primi decenni dell'Ottocento non è troppo diversa da quella di Ippocrate e di Galeno, soprattutto la farmacologia ancora molto empirica, basata su piante, minerali e sostanze organiche, le più varie. Alcuni principi attivi ricavati da piante erano stati già isolati, come la morfina dall'oppio nel 1807 o il chinino dalla china nel 1817. Ma i farmaci di sintesi, completamente prodotti in laboratorio, sono messi a punto soltanto nella seconda metà dell'Ottocento; nel 1899 la Bayer immette sul mercato l'aspirina, il primo farmaco di sintesi di grande successo ancora in uso.

Attraverso l'isolamento dei principi attivi e soprattutto attraverso i farmaci di sintesi, la medicina finalmente dispone di una terapia efficace e universale: gli stessi risultati sono assicurati nei più diversi individui, che abbiano però tutti le stesse patologie o manifestazioni patologiche. La rivoluzione tarapeutica segna un aumento della richiesta di farmaci e un cambiamento della produzione che diventa di carattere industriale. In Germania e nella Svizzera di lingua tedesca, dove la ricerca chimica è molto avanzata, si sviluppano prima che altrove le industrie farmaceutiche da quelle chimiche dei coloranti, come la Bayer, la Hoechst, la Sandoz, che già all'inizio del Novecento dominano il mercato europeo. Anche in Italia, soprattutto tra Milano e Torino, nel corso dell'Ottocento alcuni piccoli laboratori utilizzati per la preparazione di medicinali semplici e di galenici si evolvono in vere e proprie aziende, per iniziativa virtuosa di farmacisti come Giovanni Battista Schiapparelli (1817-1863), Carlo Erba (1811-1888), Lodovico Zambeletti (1841-1890).

Lettura tenuta al 12° Convegno annuale della Facoltà, Farmaci e Farmacie, Industrie farmaceutiche e Farmacie di tradizione nelle Marche*, il 18 maggio 2011.*

Ad Ancona, una città che vive tradizionalmente di commerci, compresi quelli di farmaci, Giacobbe Russi, un ebreo proveniente dalla Dalmazia, avvia nel 1845 una produzione di farmaci che raggiunge dimensioni notevoli sotto la gestione di Giacomo Russi (1888-1944), tra gli anni Venti e Trenta del Novecento, e compete con le industrie del Nord. Nella stessa Ancona, a partire dal primo Novecento, si svolge la straordinaria vicenda di Francesco Angelini, farmacista e politico, fondatore di uno dei più importanti gruppi industriali italiani, presente ora in diversi settori, e prima di tutto in quello farmaceutico.

Francesco Angelini nasce il 30 novembre 1887 a Rotella, un piccolo paese della comunità montana dei Sibillini, non lontano da Ascoli Piceno, che attualmente conta meno di mille abitanti, da una famiglia modesta: la madre è Lucia Marini e il padre Igino fa il venditore ambulante. Anche grazie all'aiuto di parenti, gli Scotucci, che possiedono un mulino ben avviato nel Fermano, a Monte Giberto, frequenta l'istituto tecnico ad Ascoli Piceno, e poi la scuola di farmacia a Camerino, diplomandosi nel luglio 1909 con il punteggio di 65/70.

Francesco si trasferisce quindi ad Ancona e lavora per pochi mesi nella farmacia notturna della città, situata accanto al teatro delle Muse, nell'attuale piazza della Repubblica. Presto si iscrive infatti al corso di allievi ufficiali farmacisti che frequenta a Torino. Continua il servizio militare a Novara, ed in seguito ottiene il trasferimento ad Ancona, dove riprende il lavoro nella farmacia notturna. Nell'ottobre 1912 si sposa con Luisa Macchiati, di quattro anni più giovane di lui, che aveva conosciuto a Camerino, quando frequentava la scuola di farmacia. Dopo undici mesi nasce il primo figlio Igino, il 6 settembre 1913, e negli stessi giorni Francesco trasferisce con la moglie la residenza da Rotella ad Ancona, in via Posatora 53. La seconda figlia Fernanda nasce sette anni dopo, il 13 luglio 1920.

Intanto, in concomitanza con il matrimonio, Francesco acquista nel 1912 una farmacia, "la Salute", nella zona popolare e periferica della Palombella, indebitandosi con alcuni parenti della moglie per £ 9.000. In soli tre anni riesce ad estinguere il debito, in quanto incrementa i guadagni della farmacia con la produzione e la vendita sia di medicinali semplici sia di saponi: per quest'ultimi riesce a garantire una consegna a domicilio che in città e dintorni ne accresce la richiesta.

Nel 1914 si iscrive al partito repubblicano, molto

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Fig. 1 - Foto di Francesco Angelini (Centro di documentazione storica del Comune di Ancona).

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

radicato ad Ancona. L'entrata in guerra dell'Italia, nel 1915, chiama alle armi anche Francesco Angelini, che presta servizio come ufficile farmacista in diversi ospedali militari: un'esperienza umana intensa e nello stesso tempo l'occasione per toccare con mano i tanti bisogni sanitari del Paese che non hanno risposte adeguate. Tra l'altro mancano molti medicinali, per i quali l'Italia era stata fino ad allora in gran parte mercato di industrie straniere, tedesche, svizzere e francesi.

A guerra finita Francesco Angelini riprende l'impegno politico: nel 1918 è eletto in consiglio comunale per la prima volta e tra il 1920 e il 1922 è assessore all'igiene nella giunta guidata da Domenico Pacetti, uomo di grande esperienza politica ed esponente di spicco del partito repubblicano della città. Intanto Angelini si impegna nella sua attività di farmacista, e intende incrementare commercio, produzione e vendita di medicinali. Il 20 dicembre 1919 costituisce una società che ha sede ad Ancona, alla Palombella, dove si trova la sua farmacia, con un certo Magrini e con Giuseppe Ferranti: il primo è un agente di commercio, mentre il secondo, di qualche anno più giovane di lui, aveva studiato alla stessa scuola di farmacia di Camerino. Il capitale sociale è di £ 150.000, diviso in quote uguali tra i tre soci, sebbene Magrini non approntì subito la sua, ma si impegni a versarla a rate negli anni successivi. I compiti sono così ripartiti: ad Angelini l'amministrazione e gli acquisti, a Ferranti gli impianti di lavorazione e il magazzino, e a Magrini il commercio.

Fig. 2 - Foto di Francesco Angelini con Antonio Segni in occasione dell'inaugurazione del quartiere di Collemarino di Ancona, avvenuta il 16 dicembre 1962 (Centro di documentazione storica del Comune di Ancona).

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Magrini esce però presto dalla società, il 23 agosto 1922, liquidato con £ 25.650, forse perché i risultati da lui raggiunti non sono ritenuti soddisfacenti. In ogni caso il commercio passa ad Angelini, che in effetti sviluppa una rete efficiente di consegna diretta di medicinali alle farmacie per un'ampia zona dell'Italia centro-meridionale. La società è ora costituita da due soci, si chiama "Angelini & Ferranti chimici famacisti" (ANFERA), e continua fino al 1939, diventando la prima distributrice in Italia di "oli medicinali", ricino e fegato di merluzzo, e accrescendo nel complesso il volume d'affari per tutto il periodo fascista.

Intanto, su un'idea di un cugino, Ruggero Mazzolini, Angelini intraprende una nuova attività che riguarda la coltivazione del ricino e la produzione dell'olio, utilizzato solo in minima parte nei medicinali, altrimenti venduto per la produzione del carburante di aerei. Se ne occupa l'ICIC (Industrie Chimiche dell'Italia Centrale), una società che dispone di 300 ettari e di un capitale iniziale di £ 1.000.000, i cui soci principali, oltre ad Angelini e a Ferranti, sono Tullio Petracci, proprietario terriero, e Felice Casucci, altro farmacista. Si tratta del primo esempio di attività verticale e integrata - ampiamente perseguita da Francesco Angelini nel secondo dopoguerra - che va dall'agricoltura all'industria, e che unisce produzioni diverse, dall'olio ai medicinali.

Nel 1937 inoltre, per iniziativa di Angelini, è acquisito uno stabilimento per la produzione di cremor tartaro e la distillazione di alcool a Trani, in Puglia. L'alcool è trasformato in liquori ad Ancona, che sono commercializzati attraverso la stessa rete di distribuzione dei farmaci. Questa è l'ultima iniziativa dell'Angelini che coinvolge anche Ferranti. Di lì a poco, il 27 settembre 1939, la società si scioglie perché i caratteri dei due sono troppo diversi, come pure le loro idee sul futuro delle aziende: Ferranti, prudente e poco incline al debito e ad ulteriori investimenti, opta per le sicure farmacie, il cui valore è stimato £ 374.000, mentre Angelini, sempre desideroso di incrementare le attività, si assicura tutti gli impianti industriali di Ancona e di Trani, facendosi carico anche dei debiti fino ad allora contratti, per un valore pari a £ 869.000. Secondo gli accordi Ferranti deve essere liquidato in cinque anni, con rate bimestrali, ma la guerra contribuisce ad allungare i tempi, e le rate sono versate quando ormai la grande svalutazione le ha rese molto leggere.

Nel corso del 1940 è definita la nuova società, registrata il 13 gennaio 1941 con la denominazione di ACRAF (Aziende Chimiche riunite Angelini Francesco). Oltre a Francesco Angelini, i soci sono la moglie Luisa Macchiati, il figlio Igino e la figlia Fernanda, che si è da poco sposata con Spartaco Sparaco, un ingegnere originario di Belluno impegnato nell'edilizia, che ottiene molti appalti pubblici nella ricostruzione del secondo dopoguerra ad Ancona e nel Lazio. I primi anni di guerra segnano un ulteriore sviluppo delle aziende Angelini,

Fig. 3 - Etichette degli anni venti o trenta del Novecento dell'olio di fegato di merluzzo, lavorato e commercializzato dall'Angelini & Ferranti.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

che godono di un mercato nazionale ancora più ampio per i loro prodotti, sia i medicinali di cui si accresce la richiesta, sia l'olio di ricino che è acquistato in grande quantità dall'aviazione militare. Ma il 2 novembre 1943 i bombardamenti alleati colpiscono pesantemente la città di Ancona e gli stabilimenti dell'ACRAF e dell'ICIC. I locali rimasti illesi dell'ACRAF sono poi requisiti dalle forze alleate fino alla fine del conflitto, mentre Angelini ha già riorganizzato la produzione dei medicinali a Castelferretti, in un laboratorio di fortuna, con circa 250 operai.

Francesco Angelini ritorna in possesso di quel che resta dei suoi stabilimenti nel 1946, e avvia immediatamente i lavori di ricostruzione, anche grazie ad un ingente prestito che ottiene dalle banche locali di circa mezzo miliardo. Il suo motto è il seguente: "Prima costruisco, prima produco e prima pago i debiti". Nello stesso anno sposta la sede legale dell'ACRAF a Roma affidandola al figlio Igino, che è laureato in farmacia, nella convinzione che la capitale assicuri maggiore visibilità e sviluppo alle sue aziende. A Roma e poi ad Aprilia, Igino indirizza con grande acume la produzione, preoccupandosi negli anni successivi di investire in ricerca e di mettere a punto sostanze proprie di sintesi. Dai laboratori Angelini escono nel tempo importanti principi attivi - l'oxolamina nel 1960, la benzidamina nel 1964, il trazodone nel 1971 - utilizzati in farmaci di successo, anche grazie ad importanti collaborazioni, come quella di Bruno Silvestrini e di Giuseppe Palazzo.

In ogni caso produzione ed amministrazione rimangono ad Ancona, saldamente nelle mani di Francesco che ha un controllo diretto su tutte le attività e sul personale. Lo stabilimento dell'ACRAF, sempre alla Palombella, in via Flaminia - che rimane in funzione fino al 1967, quando è aperta l'attuale sede di Pontelungo - è così organizzato: a piano terra i magazzini, quindi la produzione, e all'ultimo piano l'amministrazione. Tutta la produzione è affidata a personale femminile, che rappresenta circa il 70% dei dipendenti, una manodopera giovane e molto vantaggiosa. Gli stipendi delle donne sono infatti più bassi di quelli degli uomini, e sono ancora più bassi durante l'apprendistato che dura a lungo, dall'inizio del lavoro, in genere a quattordici anni, fino alla maggiore età, che per le donne coincide spesso con il matrimonio e con la fine del lavoro stesso. Gli uomini, il 30%, sono invece impiegati nei magazzini e nel trasporto delle merci, come pure, in parte, nell'amministrazione.

Il personale amministrativo sia dell'ACRAF sia dell'ICIC, il cui stabilimento si trova fino alla fine degli anni Cinquanta sulla stessa strada, circa cento metri più a

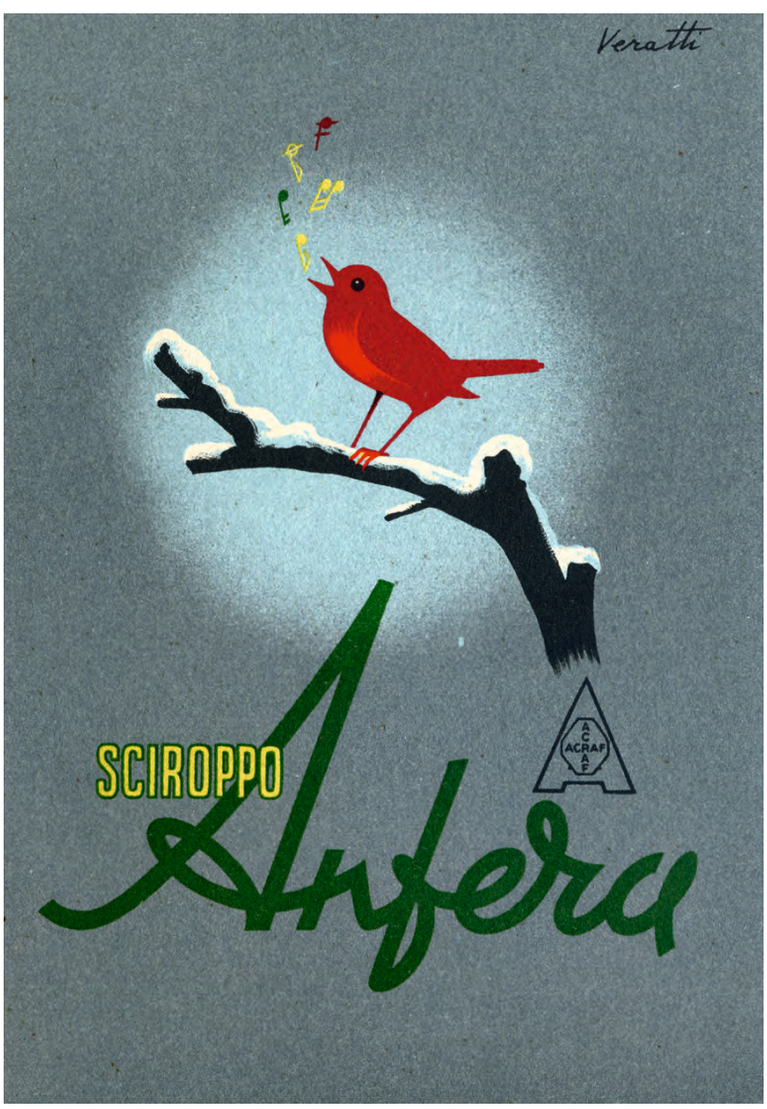


Fig. 4 - Pubblicità dello sciroppo Anfera, *prodotto prima da Angelini & Ferranti e poi dall'ACRAF.*

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

nord, lavora nella stessa grande stanza, il cosiddetto stanzone. In fondo, la scrivania con il telefono - a lungo l'unico disponibile - di Francesco Angelini, che ha un grande carisma e si impone come modello. Arriva in azienda tutti i giorni, sabato compreso, un po' più tardi degli altri, verso le nove, ma la sera è l'ultimo ad andarsene, verso le nove o nove e mezzo, e soltanto alla fine della giornata scambia qualche battuta del più e del meno con il personale che è solito trattenersi. Lavora anche di domenica mattina, almeno fino all'ora della messa, le 12.00, con i collaboratori più stretti, gli "uomini dello stanzone", che si incontrano prima per un caffè alla "Tazza d'oro", in fondo al corso Garibaldi. Infine di domenica pomeriggio, quando si può, si concede una partita a bocce con gli amici, lungo le strade di campagna che attraversano i suoi terreni, in prossimità della villa di Colle ameno che gli appartiene, disseminati da case dipinte di gallo e rosso, i colori della città di Ancona.

All'interno dello stabilimento c'è una mensa, punto d'incontro e di aggregazione, che è messa a disposizione dei dipendenti per i banchetti in speciali occasioni, dai battesimi ai matrimoni, celebrati spesso nella chiesa che si trova sempre nello stabilimento. Non manca, in questi eventi, il generoso dono di Francesco Angelini che si mostra attento al personale e vuol fare della sua azienda una grande famiglia. In effetti si stabiliscono nel tempo legami forti fra tutti, e gli stessi dipendenti, una volta in pensione, fondano una società, oggi chiamata "Gruppo d'esperienza", che si riunisce almeno una volta all'anno nel periodo natalizio.

Fig. 5 - Pubblicità del Dobetin, *il farmaco a base di vitamina B 12, prodotto e commercializzato dall'ACRAF a partire dall'inizio degli anni Cinquanta.*

La crescita delle aziende Angelini è imponente e rapida nel secondo dopoguerra. L'ICIC diventa nel 1947 di proprietà esclusiva di Francesco Angelini, che ama ripetere la massima "le migliori società sono quelle formate da un numero dispari di soci inferiore a due", e anche realizzarla. L'olio di ricino che in passato aveva fatto la fortuna dell'azienda non ha più un mercato stabile e favorevole; l'ICIC è quindi ristrutturata e la produzione è convertita in oli alimentari in grande sviluppo. Quanto all'ACRAF, l'ascesa è assicurata da farmaci molto richiesti e ben distribuiti. Primo tra tutti il Dobetin, voluto da Igino: è a base di vitamina B12 e cura l'anemia perniciosa, molto diffusa nella popolazione italiana che aveva conosciuto la fame negli anni di guerra. Il farmaco è prodotto e confezionato ad Ancona a partire dall'inizio degli anni Cinquanta, su licenza della casa farmaceutica americana Merck: la vitamina B12, che all'inizio ha un costo elevatissimo, arriva dall'America all'aereoporto di Milano, e per precauzione è ritirata perso-

nalmente dall'autista di fiducia di Francesco Angelini. Il Dobetin è presto detto santo dal personale per le nutrite entrate che assicura all'azienda.

Durante la gestione di Francesco Angelini e con la preziosa e discreta collaborazione del figlio Igino, sono prodotti e commercializzati dall'ACRAF altri medicinali di grande successo. Tra questi la Tachipirina nel 1957, a base di paracetamolo, che è oggi tra i farmaci più venduti in Italia e il più prescritto dai pediatri; Uniplus nel 1962, un antinfluenzale molto in uso negli anni Sessanta e Settanta. Successivo è il Trittico del 1972, un antidepressivo, come pure i farmaci - oggi tutti da banco - Tantum verde del 1972, Tantum rosa del 1977, Moment del 1985.

Intanto, nell'immediato dopoguerra, Francesco Angelini riprende l'impegno politico che aveva abbandonato nel periodo fascista. Nel 1948 è eletto in consiglio comunale per il partito repubblicano, e nel 1949 diventa sindaco di Ancona, dopo la morte di Giuseppe Mario Marsigliani, imprenditore ed esponente del suo stesso partito. Con una breve interruzione di un anno tra il 1950 e il 1951, resta quindi alla guida della città per un lungo periodo che rimane ancora insuperato, fino alla sua morte, avvenuta improvvisamente il 12 luglio 1964, per un attacco cardiaco.

Ancona esce dalla guerra con il 67% di case distrutte ovunque, ma soprattutto nel quartiere del Guasco e nella zona del porto. Francesco Angelini è il sindaco della ricostruzione che si fa carico di imprimere un volto nuovo alla città. Si individuano nuove zone abitative nelle diverse direzioni, Vallemiano, le Grazie, Posatora, Collemarino. In quest'ultimo, a nord della città, è costruito un quartiere di case popolari inaugurato da Antonio Segni il 16 dicembre 1962, quando era da poco presidente della Repubblica. Si riorganizza ovunque la viabilità, e tra l'altro si apre la galleria del Risorgimento, che garantisce un collegamento diretto della città con l'interno.

Angelini crede non soltanto nella tradizionale vocazione commerciale di Ancona, ma si impegna anche per un suo sviluppo industriale. Si costruisce una prima zona industriale nel porto, attraverso lavori di interramento di un braccio di mare, in seguito un'altra nell'interno, alla Baraccola. Perché l'industria possa decollare, è necessario che ci siano forze giovani capaci di prendere iniziative e di sostenerle. Angelini favorisce l'istituzione ad Ancona, nel 1959, della facoltà di economia e commercio con il compito di formarle e preparle. Neppure la sanità è trascurata, e fortemente voluto da Angelini è l'ospedale oncologico regionale come centro di diagnosi e di terapia d'eccellenza.

Di quel che resta della città vecchia tra il porto e San Ciriaco, si procede ad una progressiva demolizione, e si costruisce la via panoramica del Guasco, immersa o quasi nel verde. Ancona perde quell'intreccio di vicoli stretti e scoscesi che per secoli avevano rappresentato il cuore della città. In piazza della Repubblica, una sorta di ingresso alla città vecchia, viene meno non solo l'elegante Banca d'Italia, progettata da Guido Cirilli negli anni Trenta, ma anche l'antico e prestigioso palazzo Trionfi, che aveva avuto nel tempo diversi ospiti illustri, compreso Napoleone nel suo breve soggiorno ad Ancona del febbraio 1797; il teatro delle Muse sopravvive, ma riapre sessant'anni dopo i bombardamenti, nel 2003.

Quanto ad Angelini imprenditore, soprattutto negli anni Cinquanta amplia notevolmente le attività, fondando nuove società o acquisendone altre, anche molto diverse tra loro, che però rientrano tutte in un piano integrato, che va dall'agricoltura all'industria fino alla distribuzione. Nel 1946 fonda a Roma la Ro.Ver., un'azienda di vernici. Nel 1953 rileva la Fazi-Battaglia di Cupramontana, in provincia di Ancona, che produce verdicchio in 250 ettari, e che è in crisi. Francesco Angelini risana i bilanci attraverso una ricapitalizzazione dell'azienda, riorganizza la produzione con tecnologia d'avanguardia, e immette sul mercato il vino con una bottiglia che lo distingua: nasce nel 1954 la famosa bottiglia ad anfora che contribuisce in modo significativo al successo del prodotto in tutto il mondo. L'autore è Bruno da Osimo, xilografo anconetano discepolo di De Carolis e artista versatile, vicino di casa di Angelini che da tempo, dal 1929, si è trasferito sul viale della Vittoria, nel quartiere più elegante e ambito della città.

Inoltre nel 1956 Francesco Angelini acquisisce dalla famiglia Russi di Ancona, ormai in declinio, l'Istituto Chimico Fratelli Bucco di Pescara, che è denominato Fater nel 1958, ed è indirizzato alla produzione di farmaci da banco. Nel 1963 è lanciato sul mercato il collirio Stilla da un'imponente campagna pubblicitaria che lo presenta quasi come un corredo cosmetico, ed è grande successo. Nello stesso anno, nel 1963, prende avvio la produzione dei pannolini Lines "usa e getta", che a lungo hanno avuto un ampio mercato e hanno cambiano le abitudini delle donne italiane contribuendo anche alla loro emancipazione. Due anni dopo, nel

1965, inizia la produzione degli assorbenti femminili. La Fater di Pescara continua tuttora a produrre pannolini per bambini, ma con il marchio Pampers, dopo la fortunata *joint venture* conclusa nel 1992 tra l'ACRAF e la Procter & Gamble. Altre società avviate o rilevate da Francesco Angelini sono la ITALIM di Jesi (Società Italiana Alimentare Dietetica e Conserviera) nel 1956, la SIMEM di Castelpiano (Società Industria Molitoria e Mangimistica) e la ISEA (Società Italiana Sementi Elette) nel 1957, la Baudino di Torino nel 1960.

Alla morte Francesco Angelini lascia oltre dieci aziende nell'ambito chimico-farmaceutico e agro-alimentare, con diverse migliaia di dipendenti ed esportazioni in tutto il mondo. Aveva certamente realizzato quanto amava affermare: "la ricchezza ha una sola giustificazione morale nel suo impegno per la creazione di altre fonti di lavoro". Di lui, che non nascondeva di trarre "energie dai conti in rosso", la moglie devota, discreta, riservata, che raramente si mostrava in pubblico e che di consueto si incontrava con poche amiche per una partita a carte, guardandosi tuttavia dall'impegnare se non poco denaro per non comprometterne il piacere, diceva: "Se avesse fatto il cappellaio, le persone sarebbero nate con tre teste".

Ringraziamenti

Non avrei potuto scrivere questo articolo senza le testimonianze e gli aneddoti che mi hanno raccontato quanti hanno conosciuto direttamente Francesco Angelini e hanno avuto con lui rapporti durevoli: Guido Gobbi, che ha lavorato con diversi incarichi nell'Angelini dal 1946 al 2004, e Luigi Miti, che è stato per molti anni primario dell'Umberto I e medico di Francesco Angelini e della sua famiglia. A loro i miei sinceri ringraziamenti, come pure a Stefano Bolognini, Corrado Fuà, Massimo Papini, Rosanna Recchioni, Ugo Salvolini, Luisa Zucchetti, che in vario modo mi hanno aiutato nelle mie ricerche. Devo le pubblicità e le etichette dei farmaci Angelini, che qui sono riprodotte, a Giancarlo Aiudi, che ha messo insieme una raccolta di documenti, oggetti e libri di arte sanitaria, attualmente di proprietà del Comune di Ancona, mentre a Sandro Censi, responsabile del centro di documentazione storica del Comune di Ancona, le foto che ritraggono Francesco Angelini nelle sue funzioni di sindaco. Un grazie particolare a Luigi Sparaco, nipote di Francesco Angelini, che ha letto il mio lavoro quando era concluso; alcuni suggerimenti che mi ha dato, sono stati già messi a frutto, su altri spero di poter tornare.

Bibliografia e linkografia

1) Aliverti M., "Qualche nota storica sulla nascita e sul successivo sviluppo del laboratorio Farmaceutico Giuliani". Rivista di Storia della Medicina, 20, 2010, pp. 39-44.
2) Amatori F., "Per un dizionario biografico degli imprenditori marchigiani". In *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità a oggi.* Le Marche, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 620-623.
3) Azienda e Gruppo Angelini: http://www.angelini.it/
4) Ciani M. e Sori E., *Ancona contemporanea, 1860-1940.* Ancona, Clua edizioni, 1992.
5) Giustini A., Francesco Angelini. Biografia di un imprenditore marchigiano. Tesi di laurea, Facoltà di Economia e Commercio di Ancona, a.a. 1985-86.
6) Guazzati L., *L'Oriente di Ancona. Storia della massoneria dorica (1815-1914).* Ancona, Affinità elettive, 2002.
7) Lomagno P., *Storia della pubblicità farmaceutica.* Roma, Performance srl, 1996.
8) Segreto L., "Francesco Angelini". In *Dizionario Biografico degli Italiani.* Vol. 34, Supplemento I (A-C). Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 1988, pp. 131-133.
9) Sironi V.A., *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia dall'Unità al Mercato Unico Europeo (1861-1992).* Roma-Bari, Laterza, 1992.
10) Taggart J., *The World Pharmaceutical Industry.* London, New York, Routledge, 1993.
11) Wikipedia, Francesco Angelini: http://it.wikipedia.org/wiki/Francesco_Angelini_(1887)

Site visit in Facoltà

Si è svolta il 19 maggio u.s. la visita di una Commissione della Conferenza Permanente dei Presidenti di CLM in Medicina e Chirurgia (Prof. Pierfrancesco Marconi, Prof. ssa Tiziana Bellini, Prof. Amos Casti) nell'ambito del progetto di valutazione tra pari, ideato dal Prof. Andrea Lenzi ed ora coordinato dal Prof. Carlo Della Rocca, giunto alla sua terza edizione.
Al termine della visita la Commissione redige due verbali, l'uno per il Preside di Facoltà e il secondo per il Presidente del CLM. Pubblichiamo quest'ultimo.

Relazione per il Presidente del CCLM in Medicina

Carissimo Ugo,
innanzitutto desideriamo ringraziarti per la squisita e calda ospitalità con la quale tu e Giovanni Danieli ci avete accolto, e per la grande disponibilità del Preside e dei Colleghi con i quali ci siamo incontrati, e per il clima assolutamente cordiale ed amichevole che hanno reso assolutamente piacevoli le ore caratterizzate da un intenso e proficuo lavoro. Ti ringraziamo anche per la sensibilità che hai dimostrato consentendoci un incontro riservato con gli studenti, che è stato per noi davvero utile ed illuminante.
Dal secondo esercizio della *site visit* emergeva un quadro di eccellenze, ma anche di criticità ed abbiamo apprezzato moltissimo che tu abbia fatto e condiviso con docenti e studenti un'analisi approfondita delle stesse ed un elenco di azioni di miglioramento, che hanno rimosso già alcuni degli aspetti che erano apparsi non positivi. L'impressione complessiva è quella di un Presidente di CCL che è riuscito a creare un'armonica collaborazione con il Preside, con i colleghi e con gli studenti, che si sentono coinvolti e protagonisti nel rinnovamento dell'offerta formativa, e che è riuscito a progettare una revisione del curriculum ex DM 270/04 che lo rende ad elevata integrazione didattica, innovativo ed attuale.
Ti riferiamo in modo un po' più analitico ciò che ci ha colpito nella visita al tuo CCLM, facendoti un caldissimo augurio di riuscire ad andare avanti sul cammino intrapreso. La visita ad Ancona ha mostrato in modo esemplare come lo strumento della site visit, se accolto con onestà intellettuale dal Presidente visitato, possa essere straordinariamente efficace nel rimuovere criticità e sviluppare punti di eccellenza, non limitandosi a valutare meri parametri quantitativi di tipo strutturale, ma entrando nel merito di quei parametri di processo e di risultato che indagano a fondo e in verità l'attività di promozione didattica e pedagogica e l'adesione degli studenti al progetto formativo loro offerto.

Punti di eccellenza

Dotazione in strutture: le strutture messe a disposizione degli studenti sono a tutti gli effetti eccellenti, dalle aule alla sala di lettura, dal laboratorio informatico a quello linguistico e alla ricca biblioteca, anche se si rileva un certa carenza negli armadietti e spazi personali per gli studenti. Eccellenti sono apparse anche le strutture assistenziali, moderne e funzionali.
Relazioni istituzionali: c'è un eccellente rapporto tra Presidente di CCL, da una parte, e Preside di Facoltà, che si dimostra impegnato nel risolvere le criticità del CCL, e con gli studenti che si sentono corresponsabili nella creazione e nella gestione del percorso formativo, con elevata capacità propositiva.
La Commissione ha valutato in modo estremamente positivo l'incontro con il Direttore Sanitario, che ha messo in luce la buona integrazione fra le componenti universitarie ed ospedaliere, e che si augura di poter incrementare ulteriormente; si consiglia di approfittare di questa disponibilità per migliorare lo svolgimento dell'attività formativa professionalizzante.
Eccellenze disciplinari: nella Sede di Ancona sono presenti alcune eccellenze disciplinari tanto di carattere scientifico che assistenziale, che – e per quanto ci riguarda – soprattutto di tipo didattico-pedagogico. Si potrebbero estendere queste peculiarità agli altri corsi previsti nel piano degli studi ex DM 270/04.
Progress test: la partecipazione del CCL di Ancona allo svolgimento del progress test viene considerato in modo estremamente positivo, per l'evoluzione che potrà avere questa modalità didattica

Criticità

Perdurante assenza di un CCL e di una Commissione Medical Education: limita le potenzialità del Presidente del CCL e gli impedisce di sfruttare a pieno la disponibilità dei docenti e di creare una reale collegialità nella gestione del CCL, a pegno di una continuità nella vision

del Presidente e nella mission del CCL. L'assenza di strutture formalizzate e di attività coordinate di teaching-to-teach limita lo sviluppo del progetto formativo della Sede, che appare comunque assai interessante nella prospettiva dell'applicazione del nuovo ordinamento. *Ridotto numero di appelli per le verifiche di profitto:* gli studenti hanno manifestato un grande disappunto per il numero degli appelli di esame a cui si aggiunge il "salto di appello", che in alcuni casi significa il salto di sessione. La commissione ritiene che questa lamentela possa essere, con un poco di buona volontà, accolta dal CCL.

Organizzazione del percorso formativo: dall'incontro con i Docenti e con gli Studenti sono emerse alcune difficoltà che possono essere così sintetizzate. i) Insegnamento per disciplina e scarsa integrazione didattica per ostacoli burocratici (orario, CFU), che attraverso il regolamento didattico del CCL potrebbero essere facilmente superate. ii) La organizzazione e funzionalità dei carichi didattici dell'attività didattica frontale di alcuni corsi integrati rappresenta un elemento critico secondo il giudizio degli studenti. iii) La progressione del percorso formativo viene controllata con un blocco fra il primo ed il secondo triennio, accompagnato dalla propedeuticità degli insegnamenti; gli studenti lamentano la presenza del blocco e preferirebbero solo la propedeuticità non per motivazioni pedagogiche ma semplicemente utilitaristiche (borse di studio, esonero tasse, ecc.). La Commissione consiglia una seria riflessione su questo punto.

Qualche squilibrio tra didattica frontale e a piccoli gruppi: gli studenti lamentano un eccesso di attività didattica frontale in qualche insegnamento e la difficoltà di fruire di internati elettivi al di fuori del tirocinio obbligatorio.

Consigli per la Sede

Considerando il buon rapporto fra Preside e Presidente di CCL il progetto formativo richiede probabilmente un ulteriore confronto con i Docenti, utilizzando anche la disponibilità ed apertura degli studenti, che permetterà di raggiungere un nuovo equilibrio interno necessario per confrontarsi con le nuove realtà. In questo contesto appare necessario che si dia attivazione all'organo di fondamentale importanza, anche alla luce della 240/2010 (vedi Mozione della Conferenza), quale è il Consiglio di Corso di Laurea, costituito da tutti i Docenti incardinati nel Corso di Laurea. Inoltre si raccomanda di dare molta enfasi al Regolamento del Corso di Laurea, che potrebbe ovviare alle rigidità degli uffici amministrativi In aggiunta si ritiene indispensabile l'azione promossa dal Presidente di Corso di Laurea e la sua disponibilità ad un ulteriore mandato, o comunque l'identificazione di una figura che ne prenda l'eredità.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE - FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Presidente Prof. Luigi Frati

Meeting d'autunno

Portonovo di Ancona, 16-17 settembre 2011

Direzione scientifica: Prof.ssa Luisa Saiani *luisa.saiani@univr.it*

Direzione operativa: Prof. Giovanni Danieli *g.danieli@univpm.it*

Ospitalità ed amministrazione: Hotel Excelsior La Fonte

info@excelsiorlafonte.it

Appunti dal Regolamento Didattico di Facoltà

Blocchi e nuovi ordinamenti

Considerato che a seguito della attivazione dei nuovi ordinamenti gli studenti iscritti ai corsi disciplinati dal D.M 509/99, non riuscendo a superare gli esami che bloccano l'iscrizione agli anni successivi, si troverebbero, appena superati gli esami del blocco, a non avere più il proprio ordinamento attivato bensì quello nuovo e sarebbero pertanto nella condizione di non poter più frequentare i corsi di insegnamento del proprio ordinamento, il Consiglio di Facoltà nella seduta del 26 maggio ha deliberato:

Di approvare la "cancellazione" del blocco per i soli studenti iscritti al vecchio ordinamento.

Di approvare che, relativamente al CdLS in Medicina e Chirurgia la cancellazione del blocco sia approvata a favore di un rafforzamento delle propedeuticità attualmente vigenti per il vecchio ordinamento, rafforzamento che dovrà essere specificato e dettagliato dal Comitato Didattico.

Di raccomandare alla Segreteria Studenti di fornire agli studenti interessati tutte le informazioni necessarie al fine di renderli edotti della cancellazione dell'esame in presenza del non rispetto delle propedeuticità attualmente vigenti per il vecchio ordinamento così come rafforzate dal Comitato Didattico.

Forum 2011/2012 di Scienze Umane

Per quanto riguarda i Forum – , considerato l'interesse dimostrato dagli studenti nel corrente anno accademico, per l'a.a. 2011/2012, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia – verranno attivati i seguenti Forum
Storia della Medicina – Prof.ssa Stefania Fortuna,;
Etica Generale – Prof. Giovanni Principato,;
Organizzazione Sanitaria – Prof. Francesco Di Stanislao;
Scienze Umane – Prof. Armando Gabrielli

Attività Didattica Elettiva 2011/2012

Il Consiglio di Facoltà, nella seduta del 26 maggio ha approvato, tra l'altro, le indicazioni da rispettare dagli studenti nella scelta della attività didattica elettiva così come di seguito riportate.

Corsi monografici/Forum

Lo studente è tenuto a presentare ogni anno il proprio piano di studi scegliendo il numero minimo di Corsi monografici/Forum previsto dal manifesto del proprio anno di immatricolazione; tale numero può aumentare soltanto per il recupero di eventuali debiti di anni precedenti dovuti a modifiche alle proprie scelte, frequenza non effettuata ovvero assenza di scelte, fino ad un massimo di Corsi monografici/Forum pari al debito derivante dagli anni precedenti.

Lo studente è tenuto a scegliere le attività didattiche del proprio anno di corso, ovvero degli anni di corso precedenti (non è consentita la scelta di attività di anni successivi al proprio anno di corso).

Ai fini assistenziali non è consentito allo studente ottenere, per Corsi monografici/Forum, un numero di crediti superiore a quello previsto dall'ordinamento per ciascun anno di corso.

Qualora lo studente non frequenti l'attività scelta ovvero la frequenti ma non sostenga la verifica, l'anno successivo potrà frequentare o sostenere la verifica se il Corso risulterà attivato ovvero provvedere alla sua sostituzione con la presentazione del nuovo piano di studio.

Internati

Lo studente è tenuto a scegliere l'attività di internato del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti (non è consentita la scelta di attività di anni successivi al proprio anno di corso)

Non è consentito allo studente svolgere internati in più rispetto a quelli previsti dall'Ordinamento ottenendo crediti in sovrannumero per tali attività;

L'accesso all'attività di internato per la struttura prescelta è vincolata al numero di posti previsti dalla struttura (per il corso di Medicina e Ch.) Lo studente accede alla struttura secondo un criterio temporale di iscrizione.

d) Gli studenti del corso di Medicina e Chirurgia immatricolati a decorrere dall'AA. 2009/10 (CdLM) sono tenuti a svolgere 2 internati e conseguono n. 7 CFU per ciascun internato pari a 70 ore di attività svolta presso la struttura. Gli studenti immatricolati a decorrere dall'AA. 2003/04 (CdLS) sono tenuti a svolgere 2 internati e conseguono n. 9 CFU per ciascun internato pari a 90 ore di attività svolta presso la struttura. Altresì gli studenti immatricolati prima di tale AA. (CdLS) sono tenuti a svolgere 6 internati e conseguono n. 6 CFU per ciascun internato (n. 3 CFU relativi all'internato e n. 3 CFU relativi alla tesi) pari a 30 ore di attività svolta presso la struttura. Per gli studenti del CdLM in Odontoiatria e P.D. non sono previsti internati. Per gli studenti iscritti al CdLS

in Odontoiatria e P.D. sono previste attività di internato diverse a seconda dell'anno di immatricolazione.

Tabelle di conversione dei voti ECTS

Il Consiglio di Facoltà, nella seduta del 24.03.2011, ha approvato le Tabelle di conversione ECTS in voti italiani, valide per l'anno 2011 ai fini della certificazione per il Supplemento al Diploma e per la mobilità internazionale.

Tali tabelle, nel rispetto di quanto deliberato dal Senato Accademico nella seduta del 26 maggio 2009 e discusso in seno alla Commissione Didattica nella seduta odierna, sono state:

adottate per tipologia di corso;

distinte tra corsi di laurea triennali e corsi di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico e corsi di laurea specialistica/magistrale di secondo livello

preparate sulla base delle analisi statistiche elaborate dagli Uffici dell'Amministrazione sui voti di profitto e di laurea per tipo di corso e per facoltà secondo la scala prevista.

anno solare laurea	voto min.	voto max	valore ECTS	percentuale
2011	30	30L	A	50,01%
2011	29	29	B	50,01%
2011	28	28	C	66,93%
2011	24	27	D	93,20%
2011	18	23	E	100,00%

Tab. 1 - Esami di profitto relativi al Corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico.

anno solare laurea	voto min.	voto max	valore ECTS	percentuale
2011	30	30L	A	67,25%
2011	29	29	B	67,25%
2011	28	28	C	67,25%
2011	26	27	D	94,15%
2011	20	25	E	100,00%

Tab. 2 - Esami di profitto relativi al Corso di laurea specialistica/magistrale di secondo livello.

Le Tabelle valgono per gli studenti che vengono nel nostro Ateneo in base ad un programma di mobilità internazionale e valgono anche per gli studenti del nostro Ateneo che effettuano periodi di mobilità esterna. In questo caso, come previsto dal Senato Accademico, al loro ritorno i voti ottenuti all'estero dovranno essere convertiti in voti italiani e ove la scala di conversione presenti più ricorrenze di voti italiani per uno stesso voto ECTS verrà attribuito il voto più alto della scala stessa.

Nelle tabelle che seguono sono indicate, rispetto ai singoli voti ECTS (A - E) le relative conversioni (Tab. 1, 2, 3) in voti espressi in trentesimi per gli esami del profitto, e (Tab. 4, 5, 6) in cento decimi per gli esami di profitto finali di laurea. In percentuale è riportato il numero degli studenti che nell'anno solare di riferimento, 2011, e relativamente a ciascuna tipologia di corso ha ottenuto le singole votazioni negli esami di profitto (Tab. 1,2,3) e negli esami finali di laurea (Tab. 4,5,6).

anno solare laurea	voto min.	voto max	valore ECTS	percentuale
2011	30	30L	A	36,72%
2011	29	29	B	36,72%
2011	26	28	C	72,68%
2011	22	25	D	91,46%
2011	18	21	E	100,00%

Tab. 3 - Esami di profitto relativi ai Corsi di laurea triennali.

anno solare laurea	voto min.	voto max	valore ECTS	percentuale
2011	110L	110L	A	64,96%
2011	110	110	B	73,61%
2011	109	109	C	73,61%
2011	104	108	D	91,04%
2011	088	103	E	100,00%

Tab. 4 - Voti di laurea nei Corsi di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico.

anno solare laurea	voto min.	voto max	valore ECTS	percentuale
2011	110L	110L	A	72,00%
2011	110	110	B	72,00%
2011	109	109	C	72,00%
2011	104	99	D	96,00%
2011	098	098	E	100,00%

Tab. 5 - Voti di laurea nei Corsi di laurea specialistica/ magistrale di secondo livello.

anno solare laurea	voto min.	voto max	valore ECTS	percentuale
2011	110L	110L	A	34,13%
2011	110	110	B	43,05%
2011	104	109	C	67,85%
2011	096	103	D	91,23%
2011	080	095	E	100,00%

Tab. 6 - Esami finali del Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia e dei Corsi di laurea triennale.

Risultati del Progress Test

Nelle tabelle che seguono viene presentato, per ciascuna materia e per ciascun anno di corso, il rapporto in percentuale tra il numero totale di risposte corrette ed il numero di domande somministrate per il numero di studenti che hanno sostenuto l'esame.

Scienze di Base

	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali		Univ. Pol. Marche	
	Morfol		Fisiolo		Biochim		Microb		Pat Gen		Farmac		Sc Comp		Media	DS	Media	DS
1° anno	27,3	29,2	16,6	20,0	21,2	21,3	16,8	22,0	17,0	18,9	12,3	13,2	17,9	22,7	18,4	4,7	21,0	4,8
2° anno	35,4	32,6	21,4	26,5	31,6	31,7	18,0	21,8	19,6	24,5	13,5	14,0	18,0	20,6	22,5	8,0	24,5	6,5
3° anno	44,1	55,0	35,5	37,5	40,1	33,2	35,7	39,7	27,7	37,5	16,7	7,2	21,2	25,6	31,6	10,0	33,7	14,6
4° anno	43,6	45,8	40,3	41,5	39,3	35,4	42,8	62,5	36,2	48,6	23,1	21,0	24,1	29,2	35,6	8,6	40,6	13,6
5° anno	48,3	29,8	46,5	52,0	42,9	36,6	48,6	63,0	45,3	51,6	34,0	33,3	33,0	31,1	42,7	6,6	42,5	12,9
6° anno	53,2	53,0	47,6	44,8	43,5	35,2	52,4	64,0	47,4	44,0	39,7	44,0	41,2	40,0	46,4	5,2	46,4	9,4

Scienze Cliniche

	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali	Univ. Pol. Marche	Medie Nazionali		Univ. Pol. Marche	
	OB-GYN		Ped		Med Int		Chir Gen		Med Prev		Patol		Media	DS	Media	DS
1° anno	16,5	19,7	13,6	13,6	13,2	15,7	12,0	14,0	15,4	16,3	11,2	13,1	13,6	2,0	15,4	2,4
2° anno	20,3	23,4	14,6	17,4	14,1	19,4	12,8	14,9	16,1	20,3	12,7	13,9	15,1	2,8	18,2	3,5
3° anno	23,7	37,7	16,6	20,2	16,2	21,7	14,9	16,5	22,0	34,6	15,3	16,2	18,1	3,8	24,5	9,3
4° anno	28,6	37,3	22,3	27,6	24,3	32,3	22,8	30,2	36,7	48,5	25,9	25,4	28,8	5,4	33,6	8,4
5° anno	34,8	36,7	28,7	27,9	33,3	32,7	33,4	38,3	50,8	58,1	39,2	37,1	36,7	7,7	38,5	10,3
6° anno	42,6	49,0	37,3	44,8	39,6	41,5	38,6	47,5	58,9	66,0	45,8	48,0	43,8	8,0	49,5	8,5

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Ruolo dell'Infermiere all'interno dell'Esercito Italiano

Introduzione: La storia ci insegna che gli eventi bellici hanno sottolineato la necessità di avere una figura professionale che coadiuvi il medico in un momento di "caos umano" per salvare vite, soddisfare bisogni, alleviare le sofferenze e portare un po' di serenità e di amore, in un contesto diverso da ciò che è "normale".

L'intervento armato, anche se utilizzato per il ripristino della pace, provoca inevitabilmente morti e feriti sia tra le truppe che tra la popolazione interessata.

È proprio su questi aspetti che entra in gioco la Sanità Militare che con il suo personale deve assicurare l'apporto sanitario.

Florence Nightingale, nata a Firenze il 12 maggio 1820, fu la prima infermiera ad assistere i feriti di guerra sul campo. Dopo lo scoppio della guerra tra Inghilterra, Francia e Turchia contro la Russia, nel 1854, decise di partire con 38 infermiere per visionare gli ospedali militari, e rimase sconcertata dalle pessime condizioni igieniche nelle quali il personale sanitario accoglieva i feriti. Ella dimostrò che l'alto tasso di mortalità per malattie tra i soldati (42%) era correlato non al tipo di ferita riportata dal soldato, ma dalle scarse condizioni igieniche. Solo nel marzo 1855 una commissione sanitaria inviata dall'Inghilterra risolse il problema, portando ad una drastica riduzione della mortalità. La teoria di nursing della Nightingale è incentrata sul concetto di ambiente, fattore principale nello sviluppo di malattie. Individuò, infatti, 5 requisiti essenziali che un ambiente deve possedere per essere salubre: aria pulita, acqua pura, sistema fognario efficiente, pulizia, luce; aggiunge anche requisiti come silenzio, calore e dieta, non essenziali, ma positivi. In seguito molti ospedali, soprattutto militari, vennero costruiti seguendo le sue indicazioni. Nel 1910 morì a Londra. La Nightingale è considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica.

Dipinto di autore ignoto raffigurante Florence Nightingale che assiste i feriti durante la guerra in Crimea.

L'infermiere militare, con grado di sottufficiale, è quel professionista che, grazie alle competenze acquisite nel corso di laurea in infermieristica, è dotato di propria autonomia operativa dal punto di vista funzionale. Svolge l'attività infermieristica in Patria o nei teatri internazionali, da solo o con personale medico, assumendo anche funzioni di educatore sanitario.

Per definizione, l'infermiere è un professionista della salute e dell'assistenza; in tutti gli ordinamenti, civili e non, riveste un ruolo essenziale le cui funzioni sono riconoscibili e non definibili, attraverso capacità organizzative, gestionali e autonome.

La professione è acquisita non solo dal titolo di studio, ma anche dall'adesione al Profilo Professionale e al Codice Deontologico.

La Sanità Militare ha una propria formazione tecnico militare e professionale: l'iter formativo è specifico a seconda della categoria cui il personale militare appartiene. I Sottufficiali, nella fattispecie, provengono dall'Accademia Sottufficiali dell'Esercito di Viterbo in cui accedono previo concorso. Relativamente all'iter formativo dei Marescialli della specializzazione "Sanità", la durata del periodo di formazione è di circa 4 anni e 3 mesi. In particolare, gli Allievi Marescialli della predetta specializzazione frequentano il primo anno in comune con i colleghi di altra specializza-

zione denominata "Comando"; al secondo anno di corso vengono iscritti alla Facoltà di Medicina nel Corso di Laurea in Infermieristica.

Tutti gli Allievi Marescialli effettuano, presso la Scuola Sottufficiali dell'Esercito, il Corso diPrimo Soccorso all'anno del percorso formativo e, in particolare, gli Allievi Marescialli della specializzazione "Sanità" frequentano il BLSD ed il PHTLS al 3° anno dell'iter formativo. L'infermiere civile accede al Corso di Laurea in Infermieristica, corso a numero programmato, previo superano di un test d'ingresso. Dopodichè inizia il percorso formativo che ha una durata di 3 anni, dove gli aspiranti infermieri alternano periodi teorici a periodi pratici, dove mettono in pratica quanto appreso in teoria e nei laboratori preclinici che si svolgono in ambiente protetto. La figura del sottufficiale infermiere è del tutto assimilabile a quella dell'infermiere che opera nell'ambito dell'organizzazione sanitaria nazionale. Egli è responsabile dell'assistenza generale del malato e svolge attività infermieristica preventiva, curativa e riabilitativa di natura tecnica, relazionale ed educativa. In emergenza, l'infermiere è autorizzato a svolgere le "manovre salvavita", previste dai protocolli in uso.

L'infermiere militare, è orientato a saper affrontare le problematiche dell'emergenza in condizioni ambientali e/o inusuali, con particolare riferimento alla traumatologia d'urgenza e alle patologie derivanti da contaminazioni di natura nucleare-biologica-chimica.

Utilizzando una frase della Nightingale possiamo dire che: "il primo requisito di un ospedale dovrebbe essere quello di non fare del male ai propri pazienti".

Ai soccorritori militari viene assegnato un ambito d'azione sanitaria più ampia della controparte civile poiché le restrizioni imposte dal campo di battaglia (oscurità, fuoco nemico, ambiente ostile), influenzano in modo significativo le decisioni da prendere per l'assistenza al paziente.

Le esperienze fatte in combattimento possono essere estese alla pratica civile; ragion per cui, le organizzazioni sanitarie civili e militari, sono sempre più coinvolte in sforzi cooperativi per operazioni di assistenza in caso di disastri come: uragani, inondazioni, terremoti, dispersione di sostanze nocive o incidenti nucleari. Da ciò possiamo dedurre che le finalità sono sempre le stesse; il suo compito è al di sopra delle parti, lui è lì per l'uomo, come lo è nelle corsie di un ospedale.

Augusta Cucchi, Davide Gaggia,
Valentina Mariotti, Maurizio Mercuri
Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche

Doveri dell'Infermiere

Non è conosciuto l'autore di questo documento, ma è conosciuto l'anno di pubblicazione che è il 1887.
Lo riportiamo per il suo valore storico e per un confronto con la condizione attuale.

1. Oltre ad assistere 50 pazienti, l'infermiera deve osservare le seguenti regole:

2. Spazzare quotidianamente i pavimenti dell'infermeria, spolverare il comodino del paziente e il davanzale della finestra

3. Mantenere una temperatura adeguata nell'infermeria, portando ogni giorno un secchio di carbone

4. La luce è importante per osservare il paziente. Perciò ogni giorno bisogna riempire le lampade di kerosene e lavare le finestre una volta alla settimana

5. Le note infermieristiche sono importanti per aiutare i medici. Scrivere le note con cura

6. Ogni infermiera inizierà il turno alle 7 di mattina e tornerà a casa alle 8 di sera, tranne il sabato, giorno in cui sarà consentita un pausa da mezzogiorno alle 2 del pomeriggio

7. Le infermiere diplomate che godono della considerazione del direttore del personale avranno una sera libera alla settimana per uscire con il fidanzato o due sere la settimana per partecipare ad attività religiose

8.Ogni infermiera deve risparmiare una parte del salario quotidiano per affrontare la vecchiaia. Se l'infermiera guadagna 30 dollari al mese, dovrà risparmiarne almeno 15.

9.L'infermiera che fuma, beve liquori, va a farsi acconciare i capelli in un salone di bellezza o frequenta le sale da ballo darà al direttore del personale buoni motivi di sospettare delle sue intenzioni e della sua integrità morale.

10.L'infermiera che svolge i propri compiti e assiste senza errori i pazienti per 5 anni riceverà un aumento di 5 centesimi di dollaro al giorno, purchè non abbia debiti con l'amministrazione dell'ospedale.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

L'*Expertise tecnica* e le *non technical skill* come elementi di specificità del care infermieristico

Le organizzazioni sanitarie odierne si collocano all'interno di uno scenario dinamico, orientato alla snellezza organizzativa per fornire risposte ad un ambiente esterno caratterizzato da elevata dinamicità in cui le diverse richieste mutano con grande rapidità. La gestione dei sistemi sanitari deve prevedere il miglioramento della qualità e della sicurezza dell'erogazione delle prestazioni, quale elemento centrale nella prospettiva del governo clinico integrato; ciò significa porre al centro delle azioni di sistema i bisogni delle persone, nell'ambito di politiche di programmazione e gestione dei servizi basate su scelte tecniche organizzative che valorizzino il ruolo e la responsabilità dei singoli professionisti della salute. Al fine di "governare" le richieste delle moderne organizzazioni sanitarie, caratterizzate da importanti volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, sono richiesti azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire l'occorrenza di incidenti e la buona riuscita degli interventi[1].

Rispetto ad altri settori, il mondo sanità si contraddistingue per il numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, elevato livello tecnologico, molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti[2].

La medicina e l'assistenza infermieristica sono coinvolte e investite dal cambiamento tecnologico con la conseguenza di ritenere che i professionisti eccellenti siano quelli che operano quotidianamente nei contesti operativi super specialistici, come le terapie intensive, le camere operatorie e le medicine d'urgenza. Appare più gratificante ed emozionante prestare la propria opera professionale in questi contesti dinamici, dove la posta in gioco è alta e la "sfida" per sconfiggere le singole patologie rimane esaltante ed eroica, con il conseguente rischio, di considerare i professionisti della salute come operatori in possesso di capacità tecniche al di sopra della norma ma operatori non in grado di gestire lo specifico relazionale ed umano della professione.

I reali scenari della sanità pubblica, sottolineano anche l'urgenza di abbracciare un determinato percorso fondato sul rinnovamento, sulla riflessione e sulla progettazione di strategie *patient – centered intervention,* con lo scopo primario di rimarcare la centralità del paziente, l'unico in grado di fornire una stima attendibile del proprio stato di salute fisico, mentale e sociale.

Il contesto assistenziale odierno non può più essere solamente indirizzato su logiche dirette verso fattori di produttività e quantità delle prestazioni, ma vi è la necessità di tracciare e affrontare specifici cambiamenti operativi, alla luce dell'etica, della responsabilità e della deontologia. I cambiamenti della professione infermieristica dagli anni novanta ad oggi, sono stati dinamici, affascinanti e nel contempo complessi; il contesto assistenziale odierno è culturalmente determinante per un decisivo riconoscimento dell'ambito di condotta e di abilità che portano l'infermiere ad essere individuato come un professionista con spiccata capacità critica e riflessiva, come un interprete primario della presa in carico e come ottimizzatore delle risorse disponibili[3].

La cultura occidentale si appresta a valorizzare specifiche peculiarità, come il prendersi cura del paziente nella sua totalità, la continuità assistenziale, il lavoro routinario, ma prezioso, che caratterizzano l'assistenza di un'altra tipologia di paziente: l'anziano, il disabile, il malato terminale e il paziente cronico[4-5].

L'aumento delle patologie degenerative e l'invecchiamento della popolazione costituiscono l'incognita più impellente per i sistemi sanitari occidentali, dove i singoli operatori, sono capaci di rispondere secondo metodologie operative appropriate, basate sull'efficienza, la prontezza e qualità alle nuove esigenze della popolazione. Le indagini riguardanti gli scenari organizzativi ospedalieri, hanno sempre "ricalcato" la figura infermieristica, come quel professionista partecipe ed interprete privilegiato della cultura assistenziale moderna, dove l'umanizzazione e la personalizzazione degli interventi si caratterizzano da un bilanciamento tra *caring* e componenti tecniche scientifiche, che determinano un insieme di concetti fondamentali: le attività quotidiane, la prevenzione, il trattamento, il comfort e il sostegno emotivo.

La professione infermieristica si fonda su basi scientifiche e sulle relative conoscenze che ne consolidano gli aspetti non solo teorici, ma anche applicativi e decisionali che ogni singolo operatore deve esprimere nella

pratica quotidiana. L'assistenza infermieristica moderna risponde alla necessità di accoglienza, affettività e comunicazione, dove lo specifico professionale non è un termine né un'elencazione di capacità tecniche, ma un'insieme di concetti che esprimo il *nursing care*:

I. *New: processo di emancipazione e ricerca di autonomia;*

II. *Functional: ottica di un'articolazione organica e coordinata;*

III. *Team: lavoro di gruppo;*

IV. *Primary: presa in carico di tutte le esigenze di base e assistenziali*

Il Nursing care migliora l'attività lavorativa dei professionisti rendendola più in armonia con gli ideali professionali, ottimizza la compliance del paziente ai singoli trattamenti, limita il disagio emotivo e accresce l'efficacia della cura. La presa in carico dell'infermieristica non è un intervento, non è una pratica assistenziale, non è una procedura, ma semplicemente è l'essenza dell'incontro nell'ambiente di cura con i vari soggetti che esprimono vari bisogni di salute, attraverso l'autenticità, la specificità, l'immediatezza e il confronto. È necessario che il nursing care fondi le sue basi su una metodologia di barriere e misure volte a limitare la possibilità di errori e di guasti e si sviluppa a vari livelli: requisiti organizzativi, caratteristiche del gruppo e specificità individuali[6]. Nel contesto delle cure, condizioni latenti, quali risorse umane[7], la scarsa interazione tra operatori[8] e il non rispetto dei protocolli, possono contribuire all'insorgenza di guasti dell'intero sistema di cura, dove i processi decisionali dei singoli professionisti[9], rappresentano il presente e il futuro per garantire risultati assistenziali positivi e di conseguenza privi di errore[10]. Per gestire ambienti complessi e articolati come quello sanitario, abbiamo bisogno di professionisti competenti, ma fondamentalmente incombe la necessità urgente di valorizzare e monitorare scrupolosamente tutte quelle attitudini che si discostano dall'expertise tecnica[11]. Tali abilità sono quelle a livello cognitivo, interpersonale e comportamentale, fondamentali sia per il singolo professionista, che per l'equipe di cura[12]. Quello che stiamo vivendo è un momento culturalmente fondamentale per la professione, una definitiva accettazione della sfera di condotta e di competenze, che accompagnano l'infermiere ad essere identificato come un soggetto dotato di un'elevata "intelligenza" critica e giudiziosa, in definitiva un attore primario nei contesti di cura e perno dominante nella razionalizzazione dell'organizzazione.

Bibliografia

1) Chen CK, Lin C, Wang SH et al. *A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms.* J Nurs Res. 2009 Sep;17(3):199-211.

2) Van Beuzekom M, Boer F, Akerboom S et al. *Patient safety: latent risk factors.* Br J Anaesth. 2010 Jul;105(1):52-9.

3) Lauver DR, Ward SE, Heidrich SM, et al. Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health.* 2002;25:246-255.

4) Jeon YH, Chenoweth L, McIntosh H. *Factors influencing the use and provision of respite care services for older families of people with a severe mental illness.* Int J Ment Health Nurs. 2007; 16:96-107.

5) Spence A, Hasson F, Waldron M et al. *Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease in the family.* International Journal of Palliative Nursing. 2008; 14: 368 – 372.

6) Lee TW, Ko YK. *Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses.* J Adv Nurs. 2010 Apr;66(4):839-48.

7) Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. *Nursing care quality and adverse events in US hospitals.* J Clin Nurs. 2010 Aug;19(15-16):2185-95.

8) Manser T. *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature.* Acta Anaesthesiol Scand. 2009 Feb;53(2):143-51.

9) Swinny B. *Assessing and developing critical-thinking skills in the intensive care unit.* Crit Care Nurs Q. 2010 Jan-Mar;33(1):2-9.

10) Sammer CE, Lykens K, Singh KP et al. *What is patient safety culture? A review of the literature.* J Nurs Scholarsh. 2010 Jun;42(2):156-65.

11) Happel O, Papenfuss T, Kranke P. *Training for real: simulation, team-training and communication to improve trauma management.* Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2010 Jun;45(6):408-15.

12) Boyle DK, Kochinda C. *Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units.* J Nurs Adm. 2004;34(2):60–70.

Stefano Marcelli, Renato Rocchi,
Sandro Ortolani, Adoriano Santarelli
Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche

LUCIA CECCHI, STEFANO R. GIANNUBILO
Ginecologia e Ostetricia
Università Politecnica delle Marche

La terapia cardiovascolare in gravidanza

Studio clinico comparativo e *outcomes* materni, fetali e neonatali

I disordini ipertensivi in gravidanza sono un gruppo eterogeneo di patologie di grande rilevanza epidemiologica: complicano infatti il 6-10% delle gravidanze e costituiscono la più frequente causa di ricovero preparto. Sono inoltre responsabili del 5% delle morti in utero e dell'8-10% dei parti pretermine. Influenzano inoltre la vita futura sia per il rischio di ricorrenza delle stesse nelle gravidanze successive sia per il rischio aumentato di futura malattia cardiovascolare. Le classi di farmaci più frequentemente utilizzate nel trattamento di queste patologie sono: Metildopa, Nifedipina, Betabloccanti, Clonidina e Nicardipina (questi ultimi due richiedono ulteriori studi clinici circa il loro impiego in gravidanza), mentre Sartani e Ace-inibitori per il loro effetto teratogeno e i Diuretici con esclusiva indicazione nefrologica sono sconsigliati o controindicati[1]. L'impiego della terapia non si associa a una riduzione del rischio di sviluppare un'ipertensione severa e non si osserva un effetto protettivo circa la mortalità fetale e neonatale, il parto pretermine e la nascita di bambini piccoli per l'età gestazionale[2-3].

Obiettivi

Obiettivo del presente studio è stato quello di confrontare retrospettivamente l'uso della terapia con Beta-bloccanti versus Calcioantagonisti con riguardo a efficacia, incidenza sul decorso naturale della patologia ipertensiva ed effetti materni, fetali e neonatali nelle partorienti ipertese.

Pazienti e metodi

Il campione in esame è composto di 136 gestanti oltre la trentesima settimana di gravidanza ricoverate per disordini ipertensivi presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università Politecnica delle Marche, Ospedale ad alta specializzazione "G. Salesi", nel periodo compreso tra gennaio 2006 e marzo 2010. Di queste 54 sono state trattate con Beta-bloccanti (Labetalolo), mentre le restanti 82 con Calcioantagonisti (Nifedipina).

Le gestanti con stati trombofilici congeniti o acquisiti, con disordini tiroidei o immunologici, con diabete mellito o gestazionale, con feti con anomalie cromosomiche o malformative sono state escluse dallo studio.

I parametri presi in esame sono stati la necessità di una seconda linea farmacologica, la necessità di ricorso al taglio cesareo, l'insorgenza di un peggioramento delle condizioni cliniche materne, l'insorgenza di un peggioramento delle condizioni cliniche fetali, l'insorgenza di IUGR, l'età gestazionale al parto e peso neonatale.

Ipertensione gestazionale è stata definita come pressione arteriosa rilevata dopo la ventesima settimana maggiore di 140/90 mmHg; *Preeclampsia lieve* come pressione arteriosa sistolica compresa tra 140 e 159 mmHg e pressione arteriosa diastolica compresa tra 100 e 109 in presenza di proteinuria significativa (> 300 mg/24ore); *Preeclampsia severa* in presenza di proteinuria e danno d'organo e/o IUGR e pressione arteriosa sistolica maggiore di 160 mmHg e pressione arteriosa diastolica di 110 mmHg; *Sindrome HELLP* in presenza di emolisi, aumento delle transaminasi e trombocitopenia).

Risultati

Considerando complessivamente l'intero campione non emergono differenze statisticamente significative tra i due farmaci a confronto per i parametri presi in esame (Tab. 1).

136 PAZIENTI IPERTESE
Ipt. cronica (%)
Ipt cronica con PE sovrapposta (%)
Ipt. Gestazionale (%)
Preeclampsia lieve (%)
Preeclampsia severa (%)
Sindrome HELLP (%)
Necessità 2ª linea (%)
Taglio cesareo (%)
Peggioramento materno (%)

Tab. 1- Risultati del confronto dei farmaci in esame relativi all'intero campione.

Si giunge a una conclusione ben diversa quando si suddividono le pazienti in due gruppi considerando la severità della patologia di cui sono affette (Tab. 2).

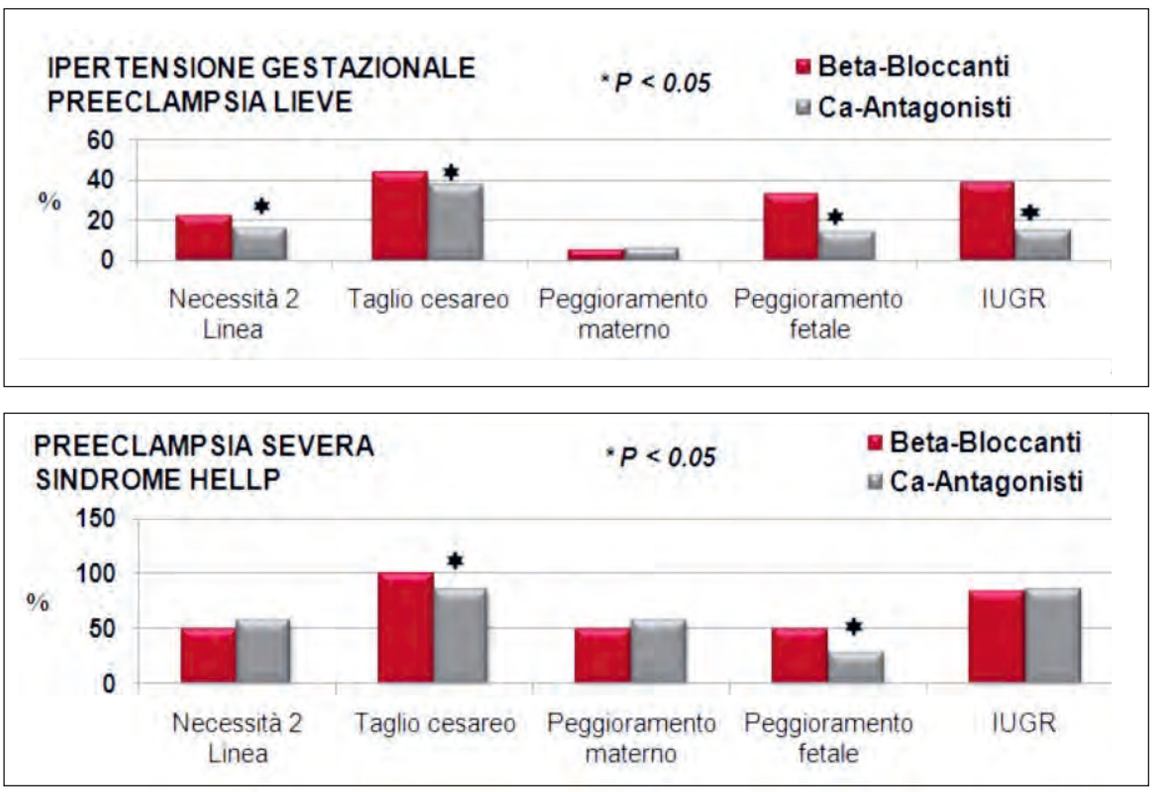
Dall'analisi del primo grafico che si riferisce al primo gruppo, è evidente come la scelta dei Calcioantagonisti sui Beta-bloccanti sia vincente, risultando statisticamente significativa la differenza per tutti gli esiti considerati con l'eccezione del peggioramento materno. Dall'analisi del secondo grafico, che si riferisce al secondo gruppo, la supremazia dei Calcioantagonisti sui Beta-bloccanti è meno rilevante risultando statisticamente significativa la differenza solo per quanto concerne la percentuale di ricorso al taglio cesareo e l'insorgenza di peggioramento fetale.

Commento

I risultati esposti concordano con il filone teorico-letterario secondo cui non esisterebbe un unico livello di patologia per i disordini ipertensivi bensì due: una forma lieve o tardiva e una forma severa o precoce. Queste due forme non si distinguono soltanto per la diversa severità delle manifestazioni cliniche

Tesi di Laurea presentata e discussa in Facoltà il 27/11/2010 dalla Dott.ssa Lucia Cecchi, Relatore il Dott. Stefano R. Giannubilo.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE



Tab. 2 - Espressione grafica dei risultati

ma anche per le basi biologiche che ne sono responsabili e che includono la macroscopica reattività arteriosa materna fino ai più intimi e microscopici meccanismi d'interazione utero-fetale dell'albero vascolare placentare e che sono la causa della differente risposta a una stessa molecola farmacologica. Il fatto che in caso di patologia lieve l'impiego dei Calcioantagonisti rispetto ai Betabloccanti riduca l'insorgenza di IUGR e di sofferenza fetale potrebbe indicare un miglioramento della perfusione utero-placentare normalmente coinvolta nella patogenesi dell'ipertensione gestazionale. Il risultato meno favorevole dell'impiego dei Calcioantagonisti nel trattamento della Preeclampsia severa e della Sindrome HELLP potrebbe essere interpretato assumendo che le basi dell'ipertensione severa s'istaurano nelle primissime fasi della gestazione, rendendo così meno efficace il meccanismo d'azione di questa classe di farmaci.

Conclusioni

La terapia antipertensiva in gravidanza costituisce un problema con rilevanti basi storiche e ancora oggi all'attenzione della comunità scientifica. A oggi la ricerca ha fornito sufficienti dimostrazioni circa la non teratogenicità sull'uomo dei farmaci antipertensivi Calcioantagonisti e Beta-bloccanti in gravidanza. Tale problema può considerarsi perciò superato. Sebbene in un piccolo campione, lo studio ha dimostrato un vantaggio nell'uso dei Calcio-antagonisti sui Betabloccanti sul controllo pressorio materno, sul benessere fetale e neonatale. In conclusione la supremazia dei Calcioantagonisti sui Beta-bloccanti è ben evidente considerando l'Ipertensione gestazionale e la Preeclampsia lieve, mentre nelle forme severe probabilmente il danno vascolare precede l'istaurarsi della terapia rendendola ininfluente.

Bibliografia

1) Quan A, Early Hum Dev, 2006
2) Sibai B,Dekker G, Kupferminc M, Lancet, 2005
3) Abalos E, Cochrane Rev 1, 2006

SIMONE MAFFEI, ALESSANDRO CAPUCCI
Cardiologia
Università Politecnica delle Marche

Monitoraggio polisonnografico dei pazienti affetti da fibrillazione atriale e da tachicardiomiopatia

La tachicardiomiopatia (TCM) è una forma di cardiomiopatia dilatativa, conseguente a una tachiaritmia sostenuta nel tempo e ad elevata e/o irregolare risposta ventricolare, caratterizzantesi per la severa disfunzione ventricolare sinistra che può sfociare clinicamente nel quadro clinico dello scompenso cardiaco.

La disfunzione ventricolare può regredire (completamente o talora parzialmente) con il ripristino del ritmo sinusale o con il controllo della frequenza ventricolare[1-4].

Lo sviluppo della tachicardiomiopatia può essere secondario ad aritmie atriali o ventricolari; le più comuni responsabili sono: la fibrillazione atriale (la più frequente), il flutter atriale, la tachicardia atriale, le tachicardie sopraventricolari parossistiche, la tachicardia ventricolare, le extrasistoli ventricolari (bigeminismo)[2-5].

Considerando quale causa di tachicardiomiopatia la fibrillazione atriale, la sua insorgenza determina inizialmente alterazioni emodinamiche per l'elevata frequenza e per la perdita del contributo atriale al riempimento diastolico.

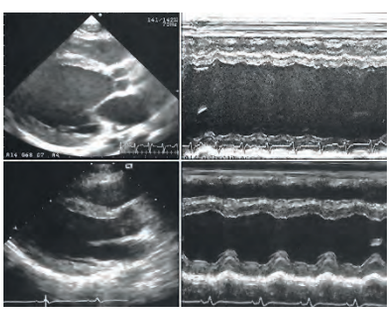


Fig. 1 - Nella parte alta dell'immagine, esame ecocardiografico condotto al momento del ricovero; nella parte bassa ecocardiogramma ripetuto dopo 6 mesi. Il primo mostra una marcata dilatazione del ventricolo sinistro con riduzione della funzione contrattile (dimensioni del ventricolo sinistro telediastoliche e telesistoliche rispettivamente di 71 mm e 67 mm e frazione di eiezione del 18%). Il successivo esame ecocardiografico dimostra la normalizzazione delle dimensioni e della funzione ventricolare (LVEDd:51mm; LVESd:34mm; EF%:62%) (Park HW, Hong YJ, KIM JH, et al. "Radiofrequency catheter ablation in a patient with Tachycardiomyopathy due to incessant fascicular Tachycardia" Korean Circulation Journal 2004; 34 (11):1107-1112).

Successivamente la persistenza di frequenze ventricolari continuativamente superiori a 120 bpm causa modificazioni anche micro e macro-strutturali come evidenziato da modelli sperimentali[6] .

La cardiopatia indotta da tachicardia si caratterizza per la dilatazione ventricolare sinistra (aumento dei volumi tele-diastolici e tele-sistolici), in assenza di ipertrofia, con ipocinesia, per l'incremento della pressione in arteria polmonare e della pressione di riempimento ventricolare e, infine, per la riduzione della frazione di eiezione cardiaca[7].

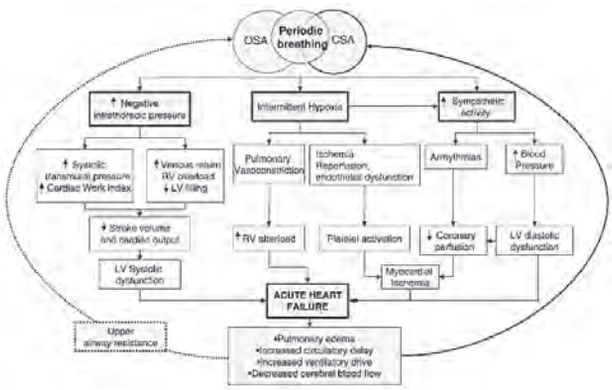


Fig. 2 - Correlazione fisiopatologiche tra disturbi respiratori ed apparato cardiovascolare.

Inoltre, la tachicardiomiopatia è definita come una forma di scompenso cardiaco reversibile, soprattutto per quando riguarda la tipologia "pure type", ovvero non associata ad una cardiopatia sottostante. Nonostante la tachicardiomiopatia sia una causa frequente e reversibile di scompenso cardiaco, spesso la diagnosi non viene correttamente posta a causa della difficoltà di riconoscimento ed interpretazione di tale condizione, secondaria ad alcune lacune ancora esistenti nell'ambito dei meccanismi etiofisiopatogenetici della TCM. Come abbiamo già menzionato, l'insorgenza di questa forma di cardiomiopatia dilatativa è secondaria all'instaurarsi di frequenze cardiache elevate o inappropriate alle varie circostanze, ma nel nostro studio abbiamo voluto valutare se altre condizioni cliniche o patologiche potessero influire nel determinismo della TCM attraverso una modulazione della frequenza cadiaca. Quindi il nostro interesse si è spostato verso i disturbi respiratori nel sonno e la loro frequente associazione con le malattie cardiovascolari.

Come possiamo vedere dallo schema infatti, sia la sindrome delle apnee notturne di tipo centrale (CSA-CSR) sia la sindrome delle apnee notturne di tipo ostruttivo (OSAS), sono legate all'insorgenza della fibrillazione atriale e dello scompenso cardiaco.

L'*American Accademy of Sleep Medicine* (AASM)[8] classifica proprio l'OSAS e la CSA come le forme principali e più frequenti di disturbi respiratori del sonno.

Da queste considerazioni sono emersi gli obiettivi del nostro studio: ricercare i fattori che favoriscono lo sviluppo della tachicardiomipatia, con particolare attenzione all'associazione tra FA, TCM e disturbi respiratori;

Tesi discussa il 26-10-2010 dal Dott. Simone Maffei, Relatore il Prof. Alessandro Capucci.

valutare dopo un follow up di tre mesi le condizioni cliniche ed emodinamiche dei pazienti reclutati dopo aver instaurato un'adeguata terapia cardiologica di rate o rhythm control della FA.

Materiali e Metodi

Sono stati arruolati 30 pazienti affetti da fibrillazione atriale di tipo persistente-permanente, di cui 24 maschi e 6 femmine con età media di 64,5 ± 11,9 anni, afferenti alla clinica di Cardiologia dell'Università Politecnica delle Marche. Al momento del ricovero i pazienti sono stati suddivisi sulla base della presenza o assenza di segni e sintomi di scompenso cardiaco in due gruppi di studio:

1. pazienti con fibrillazione atriale persistente-permanente e tachicardiomiopatia (gruppo TCM);
2. pazienti con fibrillazione atriale persistente-permanente senza scompenso cardiaco (gruppo controllo);

Durante il ricovero, i pazienti sono stati sottoposti ad una serie di esami tra cui ECG a 12 derivazioni, ECG-Holter delle 24 ore, monitoraggio cardio-respiratorio notturno, ecocardiografia transtoracica, prove di funzionalità respiaratoria. Dopo tre mesi abbiamo nuovamente contattato i pazienti per sottoporli ad una visita di controllo caratterizzata da anamnesi, esame obiettivo, ECG ed ecocardiogramma. La popolazione si è mostrata omogenea per quanto riguarda i principali parametri antropometrici mentre sono emerse differenze statisticamente significative nel confronto dei diversi parametri di interesse cardiovascolare tra i due gruppi: i pazienti del gruppo TCM presentavano un profilo clinico ed emodinamico nettamente peggiore rispetto ai pazienti del gruppo controllo. Infatti la frequenza cardiaca ottenuta al primo monitoraggio ECG nel gruppo TCM risultava maggiore rispetto al gruppo controllo (108 bpm vs 88 bpm; p=0.024), la frazione d'eiezione era ridotta (40% vs 59%; p=0,001), il BNP più elevato (489 vs 130; p=0,001) e la pressione arteriosa sistolica era ugualmente ridotta (123 mmHg vs 144 mmHg; p=0,006).. Dall'analisi dei risultati dell'ECG Holter eseguito dopo impostazione della terapia, è emerso inoltre che i pazienti scompensati presentavano frequenze cardiache medie delle 24 ore, diurne e notturne superiori rispetto ai pazienti con sola fibrillazione atriale. Nello specifico infatti la frequenza cardiaca registrata nel periodo notturno dei pazienti fibrillanti era di 65,9±13,6 bpm contro un valore di 81,7±16,4 bpm dei pazienti con TCM (p=0,011); la fc nel periodo diurno era rispettivamente di 75,1±16,5 bpm e di 87,7±20,2 bpm (p=0,92) mentre la fc media delle 24 ore era di 70,5±15,5 bpm contro gli 84,5± 17,5 bpm. Prendendo poi in considerazione i dati ottenuti dal monitoraggio polisonnografico, si è notata un'elevata prevalenza dei disturbi respiratori del sonno nella popolazione generale (60%) e si è anche delineata una diversa prevalenza di disturbi respiratori tra i due gruppi di pazienti; infatti i soggetti son sola fibrillazione erano affetti sopratutto da OSAS (46%) mentre nei pazienti del gruppo TCM era dominante l'alterazione respiratoria di tipo CSA-CSR (53%). Analizzando i risultati ottenuti dal follow up a tre mesi è emerso inoltre che i pazienti con Tachicardiomiopatia hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo della frazione d'eiezione (p=0,004), accompagnato da una riduzione significativa della frequenza cardiaca (p=0,028).

Conclusioni

Nonostante la scarsa numerosità della popolazione, le conclusioni che possiamo porre possono diventare interessanti spunti di riflessione per ulteriori studi ed approfondimenti. I pazienti con scompenso cardiaco ed FA presentano frequenze cardiache medie, diurne e notturne superiori rispetto ai soggetti con sola fibrillazione atriale. In particolare le fc notturne presentano valori sovrapponibili a quelli diurni, per cui inappropriati alla fisiologica inattività del sonno. E' emersa anche un'elevata prevalenza dei disturbi respiratori nel sonno (in particolare i pazienti del gruppo TCM sono affetti prevalentemente dalla CSA-CSR), per tale ragione il monitoraggio polisonnografico potrebbe e dovrebbe diventare un esame di routine nella valutazione globale del paziente cardiopatico . Inoltre al follow up a 3 mesi i pz. con TCM hanno mostrato un netto guadagno in termini di frazione d'eiezione e di riduzione della frequenza cardiaca, Quindi l'ottimizzazione della terapia cardiologica nei pazienti affetti da scompenso cardiaco-fa correlato ed apnee centrali, rimane il primo obiettivo da conseguire per ottenere un significativo miglioramento clinico ed emodinamico nei soggetti trattati.

Bilbiografia

1) Fujino T, Yamashita T, Suzuky S, et al. " Characteristics of congestive heart failure accompanied by atrial fibrillation with special reference to tachycardia-induced cardiomyopathy". Circulation J 2007; 71: 936-940.
2) Cala L,De Ruvo E, Sette A, Sciarra L, et al. " Tachicardia induced Cardiomyopathy. Mechanisms of heart failure and clinical implications". J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2007 Mar.
3) Umana E, Solares CA, Alpert MA. " Tachicardia-induced cardiomyopathy". Am J Med 2003 Jan; 114(1):51-5.
4) Nakazato et al., "Tachicardiomyopathy". Indian pacing Electro Phisiol. J. 2002 Jan, 2 (4):104-13.
5) Geong YH et al. "Diagnostic approach and treatment strategy in tachycardia induced cardiomyopathy" Clin Cardiol. 2008 Apr;
6) Schumacher B, Luderitz B. " rate issues in atrial fibrillation: consequences of tachycardia and therapy for rate control." Am J Cardiol 1998, 82 (8°): 29N-36N.
7) Nerheim P, Birger-Botkin S, et al. "Heart failure and sudden death in patients with tachycardia-induced cardiomyopathy and recurrent tachycardia". Circulation 2004; 110:247-252.
8) Johnson CB, Beanlands RS, Yoshinaga K, et al. " Acute and chronic effects of continuos positive airway pressure therapy on left ventricular systolic and diastolic function in patients with obstructive sleep apnea and congestive heart failure". Can J Cardiol 2008 sep; 24 (9):697-704.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

EDLIRA RRAPAIJ, ALESSANDRO CAPUCCI
Cardiologia
Università Politecnica delle Marche

Sensibilità e specificità dell'ECG nella diagnosi di Sindrome di Takotsubo

Introduzione

La Sindrome di Takotsubo (STT) è un'entità recentemente descritta, caratterizzata da disfunzione ventricolare sinistra reversibile, in risposta ad uno stress acuto emotivo o fisico. Il termine di Sindrome di Takotsubo è stato adottato per la prima volta nel 1990 e la sindrome così denominata per la somiglianza della forma contrattile del ventricolo sinistro (fig.1 A) con un vaso artigianale (in giapponese *takotsubo*), usato dai pescatori per la cattura del polpo (fig.1 B).

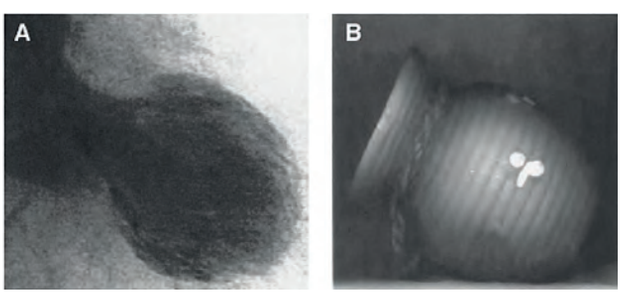


Fig. 1 - Ventricolografia sinistra (telesistole) di un paziente con la sindrome da dilatazione apicale transitoria del ventricolo sinistro (A) ed esempio di un takotsubo (B)[1].

La STT colpisce prevalentemente donne in postmenopausa che si presentano con insorgenza improvvisa di dolore toracico, rialzo degli enzimi miocardici, anomalie elettrocardiografiche, e un pattern tipico di disfunzione ventricolare sinistra transitoria che coinvolge i segmenti apicali e medio-ventricolari risparmiando la base, in assenza di una significativa ostruzione delle arterie coronarie. La prevalenza della STT è del 2-3% dei pazienti sottoposti a cateterizzazione cardiaca per sospetta SCA (sindrome coronarica acuta). Anche se le complicanze acute sono comunque possibili, in generale la prognosi è quasi sempre favorevole. Il trattamento è per lo più di supporto poiché la disfunzione ventricolare regredisce spontaneamente, di solito in poche settimane. La sopravvivenza media dei pazienti con STT è simile a quella della popolazione generale, e il rischio di recidive è basso. Sebbene molteplici meccanismi siano stati proposti per spiegare la fisiopatologia della STT, ciò che sembra certo è che un aumento dell'attività simpatica svolga un ruolo essenziale[2].

Tesi discussa il 26-10-2010 dalla Dott.ssa Edlira Rrapaij, Relatore il Prof. Alessandro Capucci.

Obiettivo

Il nostro studio aveva come obbiettivo quello di chiarire il ruolo dell'ECG nella diagnosi di STT e nella diagnosi differenziale con la SCA.

Materiali e metodi

Nello studio sono stati arruolati 39 pazienti con STT e 39 pazienti con SCA, tra Febbraio 2007 e Marzo 2010. Nel corso del ricovero abbiamo valutato i seguenti aspetti: anamnesi, esami ematochimici, complicanze acute e durata del ricovero, parametri dell'ECG e dell'ecocardiogramma. Il follow-up è stato stabilito a due mesi dalla dimissione ospedaliera ed in tale occasione abbiamo valutato l'ecocardiogramma.

Risultati

Nel gruppo con STT vi è una netta prevalenza di individui di sesso femminile, mentre al contrario nel gruppo con SCA vi è una predominanza di individui di sesso maschile, con un differenza statisticamente significativa tra i due gruppi *(p=0,011)*.

Tutti i fattori di rischio (FR) cardiovascolare, tranne la menopausa, sono presenti più frequentemente nei pazienti con SCA rispetto al gruppo con STT e in particolare questa differenza è significativa per il diabete mellito *(p=0,007)* e per il fumo *(p=0,038)*.

PARAMETRI ECGgrafici ALL'INGRESSO	TOTALE DEI SOGGETI (n=78)	GRUPPO STT (n=39)	GRUPPO SCA (n=39)	p
Sopralivellamento massimo ST in aVR	0,08±0,32	0,00±0,00	0,13±0,34	**0,032**
Durata massima onda P	0,11±0,026	0,10±0,03	0,11±0,02	**0,001**
Deflessione intrinsecoide nelle precordiali	0,06±0,03	0,05±0,02	0,06±0,03	**0,029**
QT corretto	0,49±0,53	0,50±0,05	0,48±0,05	**0,043**
Angolo tra parte finale del QRS e inizio ST in aVF	98,3±22,2	103,9±22,1	93,4±21,3	**0,041**

Tab.1 - Parametri elettrocardiografici con differenza statisticamente significativa tra i pazienti con STT e i pazienti con SCA in acuto.

La presentazione della sintomatologia è stata scatenata da un evento trigger fisico nel 51,3 % ed emotivo nel 23,1% dei pazienti con STT; al contrario nel gruppo con SCA nella maggior parte dei casi (79,5%; *p<0,001*) non c'è un evento trigger scatenante la sintomatologia.

I pazienti con STT si presentano prevalentemente con dolore toracico anginoso (69,2%) come i pazienti con SCA, anche se meno frequentemente rispetto a quest'ultimi (69,2% vs 89,7%; *p=0,025*).

I livelli degli enzimi miocardici in fase acuta risultato più bassi nei soggetti con STT rispetto ai soggetti con SCA. La differenza è statisticamente significativa per la troponina con *p=0,002*, per la CK-MB con *p=0,003* e per le CK totali con *p=0,011*. I pazienti con STT (Tab.1) presentano un sopralivellamento massimo del tratto ST nella derivazione aVR, una durata massima dell'onda P e la deflessione intrinsecoide nelle derivazioni precordiali di entità minore rispetto ai pazienti con SCA, mentre hanno un QTc e l'angolo tra la parte finale del complesso QRS e l'inizio del tratto ST di entità maggiore rispetto ai pazienti con SCA.

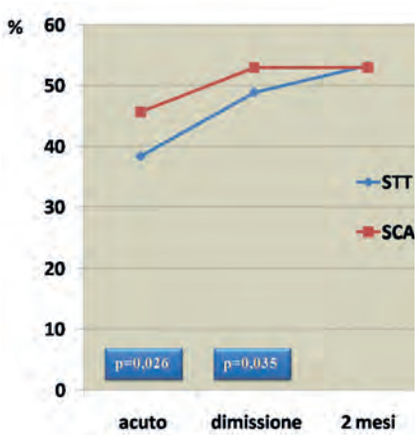


Fig. 2 - Andamento della frazione di eiezione nei pazienti con STT e nei pazienti con SCA dall'evento acuto al follow-up a 2 mesi dalla dimissione.

La frazione di eiezione (FE) (Fig. 2) nei pazienti con STT in acuto è minore rispetto ai pazienti con SCA con una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi *(p=0,026)*. La FE migliora durante la degenza in tutti e due i gruppi, tuttavia la differenza rimane ancora statisticamente significativa anche alla dimissione *(p=0,035)*. Al follow-up, a 2 mesi dalla dimissione, i pazienti con SCA rimangono stabili mentre i pazienti con STT continuano a migliorare e raggiungono i livelli di FE dei pazienti con SCA e le due curve si incontrano.

Le complicanze acute nel loro complesso si verificano con una frequenza comparabile tra i due gruppi (p=0,300).

Il tempo di dimissione/trasferimento è più breve nei pazienti con STT rispetto ai pazienti con SCA [6,5 ±2,6 giorni vs 8,6 ±5,4 giorni; *(p=0,036)]*.

Discussione e Conclusioni

Come riportato in letteratura[3], l'ECG standard a 12 derivazioni non è sufficiente a differenziare una STT da una SCA STEMI in acuto. Tuttavia sono emersi degli elementi che ci possono aiutare a caratterizzare un paziente con STT e che messi insieme potrebbero essere utili nella diagnosi differenziale con la SCA. Le caratteristiche che contraddistinguono i pazienti con STT (Fig. 3) sono:

- sesso femminile (RR 1,9);
- età tra 60-70 anni;
- dolore toracico anginoso alla presentazione;
- presenza di un evento trigger stressante che nella maggior parte dei casi è di tipo fisico piuttosto che emotivo; presenza di pochi fattori di rischio cardiovascolare (in media 2, di cui uno è quasi sempre la menopausa);
- positività degli enzimi miocardici, che tuttavia raggiungono livelli di lieve entità rispetto alla SCA;
- all'ecocardiogramma frazione di eiezione minore e volumi telediastolico e telesistolico del ventricolo sinistro maggiori rispetto alla SCA;
- stesse complicanze acute dei pazienti con SCA ma tempo di dimissione/trasferimento più breve.

Fig. 3 - Rappresentazione figurativa delle caratteristiche che contraddistinguono il paziente con STT.

All'ECG in acuto :

1.il tratto ST sopralivella di meno nella derivazione aVR;
2. l'angolo tra la fine del complesso QRS e l'inizio del tratto ST nella derivazione aVF è più largo;
3. l'onda P presenta durata minore;
4. la deflessione intrinsecoide nelle derivazioni precordiali è minore;
5. il QT corretto è più lungo.

Bibliografia

1) Kevin A. Bybee, Tomas Kara, Abhiram Prasad, Systematic Review: Transient Left Ventricular Apical Ballooning:A Syndrome That Mimics ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Ann Intern Med. 2004 e 141:858-865.
2) Ivan Mendoza, Gian M. Novaro, Takotsubo cardiomyopathy: New disease or unrecognized diagnosis. Maturitas 2010 e 67:3-4.
3) Bybee KA, Motiei A, Syed IS, et al. Electrocardiography cannot reliably differentiate transient left ventricular apical ballooning syndrome from anterior ST-segment elevation myocardial infarction. J Electrocardiol 2007

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

SABRINA PECORA[1]
MILENA COMPAGNUCCI[2]

Curare e prendersi cura
Profili etici della Medicina palliativa

La morte costituisce, oggi, un evento che, forse, non sembra più esserci familiare e che troviamo particolarmente faticoso da vivere. Per l'uomo, in passato, il morire assumeva i confini di un'esperienza di breve durata, sia che fosse procurato da un trauma grave sia da un esito di malattia, esso, infatti, era circoscritto entro i tratti dell'agonia. Nel racconto dei nostri nonni la morte era inserita tra gli episodi che costituivano la vita quotidiana, esperienza comune di perdita di molti membri della famiglia, in particolare bambini. Della morte si parlava e, in certo senso, la si inseriva in rituali che costituivano uno dei momenti della vita sociale. Nella società premoderna essa non alterava significativamente gli equilibri del nucleo familiare e il numero elevato dei componenti creava una situazione favorevole alla cura domiciliare dei malati.

Attualmente, in famiglie numericamente ridottissime, la perdita di uno dei componenti genera profondi squilibri. Anche per la morte vissuta non c'è più spazio, trasformata in vuoti numeri che hanno il sapore della statistica e marginalizzata nella vita quotidiana, in quanto difficile da affrontare e accettare come evento ineludibile, per quanto esperienza estrema e drammatica.

Metafore, simboli, miti sono solo le forme allusive con cui l'uomo ha cercato di dire, di raccontare, nel tentativo di rispondere agli interrogativi che la fine dell'esistenza lascia e a cui non si può sfuggire, quali il perché della malattia e della sofferenza. Essi costituiscono gli strumenti, sociali ed individuali, che consentono all'uomo di dare un senso alla morte.

Se per certi versi può sembrare bizzarro, è proprio lo sviluppo della scienza e della tecnologia a costituire un ostacolo psicologico ad affrontare la malattia. Lo svilupparsi della conoscenza scientifica, infatti, porta la medicina a specializzarsi affinando la tecnologia e l'informatica finalizzata alla biologia: l'arte del curare finisce, in questo modo, per scivolare verso una tecnica che assume i caratteri dell'impersonalità, volta soprattutto a ripristinare funzioni e parametri nell'organismo affetto da patologia e meno attenta alla condizione dell'uomo malato.

Si tratta di uno scivolamento quasi strutturale, causato in particolare da due fattori correlati al progresso medico-scientifico. Da un lato, questo fenomeno ha dato alla medicina strumenti diagnostici e terapeutici sempre più potenti contro le malattie. La capacità di controllare le patologie è migliorata al punto che si può vivere nella malattia anche per anni, come mostra in maniera evidente la figura del malato cronico, che in passato costituiva un'eccezione. Dall'altro, proprio in conseguenza di questo traguardo, il tempo del morire si è dilatato fino a coprire giorni, settimane e mesi, effetto secondario e non voluto del progresso medico. Questo tempo, che oggi si vive diffusamente in ospedale, si caratterizza come momento nel quale la medicina tecnologica torna, inaspettatamente, sprovvista di strumenti miracolosi e si trova costretta ad ammettere la naturalità della morte.

Tuttavia, questo evento risulta in disarmonia con l'immagine che la medicina offre di sé attraverso l'informazione mediatica, per la quale diviene una sorta di bacchetta magica, che guarisce sempre e ad ogni tentativo di più: se per qualche patologia la guarigione appare ancora lontana, è questione di tempo, in quanto si pensa che la ricerca scientifica troverà la soluzione. L'illusione è che persino per la morte ci sia guarigione.

Lo stesso medico, pur sapendo che non può rendere immortale l'uomo, vive con grande fatica e disagio la morte del suo paziente. In questo fatto, forse, appare la debolezza strutturale della formazione universitaria, che tende giustamente a preparare il medico a guarire, ma presta scarsa attenzione al rapporto del medico con chi non è più tecnicamente trattabile. Gli educatori preparano il futuro medico e specialista a tenere in vita il proprio paziente, lottando contro la morte per un tempo sempre più lungo, ma poco insegnano circa il morire come esperienza concreta e singolare, riguardo i bisogni esistenziali del malato ed i modi della comunicazione. Così, la tensione di chi vive il proprio morire e di chi assiste e vorrebbe soccorrere il morente incontra difficoltà ulteriori rispetto al dolore.

A questo disagio contribuisce anche l'informazione mediatica, che non solo disegna una medicina onnipotente, ma traduce le conquiste scientifiche in imminenti conseguenze terapeutiche. Questo tipo di comunicazione induce nel cittadino un'aspettativa spesso esagerata nei confronti del medico e della *équipe* di assistenza, attese impossibili che rendono difficile il dialogo medico/paziente.

La malattia, specie se terminale, rappresenta un'esperienza che diventa insostenibile perché perdura nel tempo e viene vissuta in un dialogo svuotato di senso. L'impersonalità con cui viene trattato il tema della morte ci riporta dunque alla concretezza di un rapporto medico-paziente che ha bisogno di assumere tratti quanto più umanizzati, specie se questo evento coinvolge pazienti indifesi, che hanno perso la capacità di intendere e volere, o peggio bambini.

L'etica del prendersi cura, anima e sostanza della Medicina palliativa, è rivolta ad accogliere diversi bisogni della persona malata, tra essi:

- bisogni fisici, indotti dall'esigenza di un controllo del dolore dovuto alla patologia;
- bisogni psichici: connessi alle reazioni nei confronti del vissuto di frustrazione e alla disgregazione delle prospettive

[1]*Professore a contratto in Etica medica, Università degli Studi di Macerata; Avvocato, Foro di Ancona.*
[2]*Laureanda in Scienze della Formazione, Università degli Studi di Macerata.*

future, ma anche alla difficoltà di riconoscere la continuità della propria identità: annoso contrasto tra l'io debole e l'io sano e indipendente precedente alla malattia;

- bisogni psicologici, quali la necessità di ripercorrere la propria vita per correggere errori, modificare relazioni o comportamenti, dare o ricevere perdono, di sentire vicino a sé qualcuno che sia disposto ad ascoltare;
- bisogno di riconoscimento sociale, legato alla perdita dei ruoli nella famiglia, nel lavoro, nella società, alla mancata comunicazione ed isolamento in cui ci si trova;
- bisogni spirituali, trovarsi incalzati dalla morte non può che suscitare domande profonde sul senso dell'esistenza. Interrogativi cui è difficile dare risposta, ma che non possono essere soffocati e che spesso restano silenziosi, espressi soltanto dallo sguardo del morente.

Vivere insieme l'estremo dilatarsi del morire, novità culturale e professionale connessa col progresso medico-scientifico, richiede un'adeguata preparazione, che non può esaurirsi nei confronti dei curanti, ma deve coinvolgere anche la società civile, per giungere ad un reale cambiamento nei confronti della morte vissuta e raccontata. Per questa ragione, in anni recenti, accanto alla medicina tradizionalmente volta alla ricerca delle cause che generano la patologia e al ripristino della funzionalità organica, o come spesso si dice alla guarigione, si è costituita una forma di assistenza che consiste in un insieme di attività rivolte al malato e alla sua famiglia, per rispondere ai suoi bisogni reali e concreti. Là dove l'approccio tradizionale dichiara che la tecnica medica è senza strumenti efficaci, una nuova forma di medicina scopre altri strumenti d'intervento, la cui dimensione peculiare riguarda un ambito che non può dirsi completamente scientifico, ma, piuttosto, essenzialmente antropologico, dove trova spazio il dialogo e il contatto fisico: si tratta della medicina palliativa.

Le cure palliative: un modello integrato

Molte definizioni sono state date riguardo alle cure palliative, tuttavia la più esaustiva e chiara viene fornita dall'OMS nel 2002:

"Il trattamento palliativo è un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie di fronte a problemi associati con una malattia mortale, per la prevenzione ed il sollievo dal dolore, diagnosticando e curando presto il dolore e gli altri problemi fisici".

Da questa definizione si può comprendere come l'intervento e l'applicazione delle cure palliative, vengano relegati a quei pazienti per cui la prognosi non lascia margini di speranza a coloro che sono giunti al termine della vita.

Tuttavia le riflessioni e le modalità di intervento che sono state elaborate in questo campo sono validi contribuiti che sarebbero applicabili nel contesto sanitario anche a malati la cui prognosi non risulta essere infausta. In questo senso i principi che animano le cure palliative potrebbero essere estesi a tutti i soggetti che per motivi diversi si trovano a vivere un lungo periodo di degenza. I benefici apportati al processo di guarigione sono, infatti, ormai assodati, per cui sarebbe auspicabile l'introduzione degli interventi palliativi in tutti i contesti che coinvolgono una patologia. Garantire una migliore qualità e dignità dei pazienti, stabilire con loro un dialogo fondato sull'empatia, porre attenzione ai risvolti psicologici della malattia sono concetti base che dovrebbero qualificare la professionalità del medico.

Considerare questi aspetti come parte integrante del processo di cura significa costruire con il paziente un'alleanza terapeutica significativa che pone le basi per istaurare un clima di reciproca fiducia e porta a delineare un forma di consenso ragionata e condivisa.

Il tema delle modalità attraverso cui garantire il diritto all'assistenza dei malati terminali o a prognosi infausta ha origini lontane nel tempo e ancora oggi è al centro del dibattito sia a livello nazionale che internazionale. Il ruolo e l'importanza riconosciuti a questo particolare tipo di interventi e trattamenti sembra aver raggiunto un alto livello di qualità.

Per cure palliative si intende una serie d azioni che hanno l'obiettivo di curare non sono la persona, ma anche la sua personale visione di malattia, attraverso un approccio integrato che coinvolge non solo il medico e il personale sanitario, ma anche la famiglia, le associazioni e il volontariato. Tuttavia, l'analisi del Codice Deontologico del 2006 rivela ancora qualche punto di criticità, per cui la riflessione in questo ambito non trova il giusto spazio che le andrebbe riconosciuto.

Il dibattito che si è svolto lungo gli anni a livello nazionale ed internazionale ha portato a delineare nuove direttive in materia di cure palliative.

Questo processo si sviluppa principalmente attraverso tre fasi. La prima di esse ha riguardato la contrapposizione fra il dibattito sull'accanimento terapeutico e le riflessioni intorno ai diritti del malato e del morente. In questo periodo si colloca la "Raccomandazione relativa ai diritti dei malati terminali e dei morenti" della Commissione per i problemi sociali e sanitari del Consiglio d'Europa. Il documento raccomanda l'adozione di criteri condivisi a livello internazionale per quanto riguarda i progressi rapidi e costanti della medicina tali da proteggere i diritti fondamentali dell'uomo e l'integrità dei malati. Il Codice di deontologia medica del 1978 recita:

"nel caso di malattie a prognosi sicuramente infausta a breve scadenza e, ad onta delle cure, il medico può limitare la propria opera all'assistenza morale e alla prescrizione ed esecuzione della terapia atta a risparmiare al malato inutili sofferenze"

L'art 44 del CDM del 1989 introduce due importanti concet-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

ti che riguardano l'appropriatezza dei trattamenti e la qualità della vita: da questo momento, essi divengono i parametri di riferimento per la scelta delle cure verso i malati terminali nel rispetto della loro volontà. A completamento della precedente versione si trova infatti:

"[…] fornendogli trattamenti appropriati e conservando per quanto possibile la qualità di una vita che si spegne. Ove si accompagni difetto di coscienza, il medico dovrà agire secondo scienza e coscienza proseguendo nella terapia finché ragionevolmente utile"

La seconda fase si caratterizza per l'apertura verso le direttive anticipate di trattamento da parte dei malati terminali. Il Comitato Nazionale di Bioetica pubblica, a questo proposito, alcuni documenti che riguardano l'assistenza ai pazienti terminali e le questioni bioetiche di fine vita. Nei documenti vengono proposte una serie di indicazioni che sono alla base del discorso sulle cure palliative:

- coinvolgimento dei familiari nel processo di cura e di tutti i soggetti che possono alleviare la sofferenza dei malati, quali, ad esempio le associazioni di volontari;
- adeguata formazione del personale medico e sanitario, il quale deve possedere attitudini e competenze per prendersi cura dei pazienti terminali;
- necessità di un assistenza integrale al paziente che contempli le cure palliative, intese come trattamento dei sintomi, il miglioramento della qualità della vita e la lenizione del dolore;
- proporzionalità delle cure nell'ottica, ove possibile, del coinvolgimento, del paziente nella relazione terapeutica.

Il compito di amministrare le cure palliative, dunque, non spetta soltanto all'ambito medico, ma vede la partecipazione della famiglia e di tutti i soggetti atti a dare sostegno al malato. In questo senso occorre sviluppare una forma di dialogo fondato sull'empatia con il paziente, che non distrugga la speranza ma aiuti l'individuo a sentire che la sua vita non sia stata inutile.

I Codici Deontologici che sono seguiti a questi documenti hanno confermato i principi affermati nel 1989. Tuttavia nel 1998 viene apportata una modifica al citato articolo 44 del CDM 1989. Si tratta del cambiamento del verbo *potere* che diviene *dovere*, per cui il medico è tenuto a rispettare il principio affermato come obbligo.

Nella terza fase viene confermato il principio della dignità del morente sulla base della nuova pronuncia del Consiglio d'Europa sulla Protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti. Il documento si ispira alla Convenzione di Oveido del 1997 e afferma l'obbligo di fornire un'informazione adeguata a garantire l'osservanza delle volontà del malato anche se contrastanti con quelle del medico e della società. Nonostante il timore di celate pratiche eutanasiche il dibattito in questi anni pone al centro il diritto di morire con dignità e il rispetto della persona, in modo che quest'ultima sia soggetto, anziché oggetto di terapie. Il Codice di deontologia medica del 2006 introduce in proposito un'importante distinzione: quella tra malattie a prognosi infausta e quelle terminali, le quali nei precedenti codici erano, invece, considerate coesistenti. In questo modo il medico viene obbligato a lenire il dolore e le sue implicazioni psicologiche, in entrambe le situazioni. Inoltre introduce la nozione di sofferenza psico-fisica, per cui il dolore psichico viene legittimato alla stregua di quello fisico.

I medici palliativisti si occupano di accertare la gravità del dolore e usare, quindi, idonei trattamenti, farmacologici e non, atti a mitigare la sofferenza del soggetto senza indurre eccessiva sedazione: l'obiettivo è quello di permettere al paziente di vivere la realtà in modo partecipe. Gli interventi, così concepiti, allontanano l'ipotesi dell'accanimento terapeutico, in quanto non mirano ad ottenere un inutile miglioramento dello stato morboso. Tale programma può essere attuato in tre fasi:

- l'informazione diagnostica e prognostica, la quale deve essere chiara e aderente alla realtà morbosa, in modo che il paziente posso avere conoscenza esatta degli obiettivi da raggiungere;
- la progettazione degli obiettivi, attraverso un processo step by step che ad ogni passo rinnova il consenso informato, delineando progressivamente le sue volontà;
- la riprogrammazione della vita del paziente.

Le cure palliative rappresentano l'ambito privilegiato entro cui sviluppare un lavoro di rete che coinvolge numerose figure, quali oncologi, psicologi, rianimatori, infermieri, volontari, che, insieme al paziente, formano una rete assistenziale nel cui ambito ciascuno svolge un ruolo attivo per la riuscita del trattamento.

Quando il dolore non può più essere lenito con la strategia farmacologica messa in atto, si rende necessario ricorrere alla sedazione del paziente, la cui legittimità etica trova giustificazione nell'art. 16 del CDM del 2006, che recita:

"I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attenuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze".

Nel caso del paziente terminale il concreto beneficio clinico coincide con l'alleviamento delle sofferenze. Il trattamento sedativo per ridurre il dolore non più terapeuticamente trattabile, comporta la diminuzione del livello di coscienza, giustificato dalla necessità di indurre e mantenere intenzionalmente uno stato sedato, non provocando deliberatamente la morte.

La sedazione comprende tre gradi:

- sedazione dolce, che determina sonnolenza, dalla quale il paziente può essere risvegliato in qualunque momento;
- sedazione intermittente che corrisponde ad una perdita di coscienza transitoria, in cui il paziente può essere risvegliato per fargli incontrare i familiari o per permettergli di alimentarsi autonomamente;
- sedazione terminale.

I primi due tipi sono utili per attenuare i sintomi legati al delirio e all'ansia. Le decisioni per il loro uso sono prese congiuntamente con il malato ed, eventualmente, con i familiari, se egli acconsente. Per quanto riguarda il terzo tipo ci sono state, dal mondo della bioetica, molte critiche, in particolare riguardo ai dubbi legati all'effettiva natura della intenzione ed alla possibilità che il trattamento in questione celasse una *slow eutanasia.*

A risolvere la problematica è intervenuta l'Associazione europea per le cure palliative, sostenendo che l'intenzione, nel caso della sedazione, è quella di lenire il dolore, attraverso mezzi leciti ed adeguati a raggiungere il risultato che è l'alleviamento della sofferenza.

Assistenza ai malati inguaribili

La moderna medicina con le sue innovative terapie ha determinato notevoli modifiche nel processo di cura per cui anche la riflessione intorno al tema della morte è profondamente mutata. Questi cambiamenti hanno imposto anche all'etica di rielaborare e ripensare il dibattito intorno al termine della vita. È sorta, quindi, una sorta di fiducia nella possibilità di debellare malattie ritenute incurabili e allontanare la fine dell'esistenza. Risulta del tutto naturale, dunque, la tendenza a contenere la patologia attraverso i moderni presidi, quali la rianimazione o la chemioterapia. In questo modo è stato possibile mantenere in vita persone che in passato avrebbero terminato il loro ciclo vitale in tempi più ristretti.

L'attuale prolungamento clinico-terapeutico della durata dell'esistenza viene visto da molti soggetti come invasione della sfera personale, per cui cresce il numero delle persone che si oppone rifiutando le cure.

Basilare dunque nel processo di modificazione dell'evento morte è stata l'introduzione di nuove tecniche diagnostiche e cliniche e l'uso di innovative terapie anche nei confronti di stati patologici gravi, che non sfociano nella guarigione. La riflessione in questo ambito porta a considerare due aspetti al centro del dibattito etico in merito alle situazioni di fine vita. Si tratta dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia.

Per quanto riguarda la materia dell'assistenza ai malati inguaribili il C.D.M ne parla all'articolo 39, dove si legge:

"In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile della qualità della vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico"

La difficoltà a comunicare con i malati cronici e terminali emerge con chiarezza nella pratica quotidiana di molti medici ed infermieri. Al professionista si richiede in queste situazioni una capacità comunicativa particolare, prevista fin dal C.D.M del 1995, eredità del documento del Comitato Nazionale per la Bioetica dal titolo "Informazione e consenso all'atto medico", del 1992. Nel testo viene stabilito che le informazioni possono:

"essere circoscritte a quegli elementi che la cultura e condizione psicologia del paziente possono recepire […]"

In questo senso viene stabilito un modello di informazione basato su uno standard medio, consigliato dal CNB, il quale:

"impone di dire quanto una persona ragionevole, pesata come media all'interno di una comunità, vorrebbe sapere e potrebbe comprendere della procedura medica che lo riguarderà"

L'informazione, dunque, è ritenuta l'unico mezzo per ottenere la massima collaborazione del paziente alle cure ed il ruolo stesso del medico di informatore trascende la terapia in oggetto. Quando la prognosi da rivelare è infausta la qualità di questo processo, alla cui base si delinea la forte capacità empatica del professionista verso il paziente, diviene essenziale. Un ruolo difficile ed importante, sottolineato dal C.D.M, che chiede al medico di usare una terminologia adatta, che eviti di traumatizzare il malato e lasci margini di speranza.

A questo proposito, il CNB, nel documento citato in epigrafe, consiglia di rinunciare ad una informazione di tipo paternalistico in cui la verità viene celata e impone di parlare al paziente con patologie a prognosi infausta di:

"malattia importante, di serietà della situazione, di necessità particolari, delicate indagini, di terapie che possono comportare rischi e di lasciare sempre margini di speranza"

Una buona alleanza terapeutica nasce, quindi, da una informazione totale, serena, equilibrata, che preveda sempre una prospettiva di miglioramento. Il C.D.M del 1995 recepisce pienamente le indicazioni del Comitato di Bioetica ed il paziente terminale o cronico diviene il riferimento centrale del processo informativo. Questi concetti vengono reiterati dal Codice del 1998 che impone al medico di fornire notizie

al paziente in qualsiasi caso, fatto salvo il rifiuto manifesto e documentato del soggetto in cura.

La difficoltà mostrata dall'ambiente sanitario e legislativo di stabilire una corretta modalità di dialogo con il malato testimonia l'evidenza di come la questione costituisca, ancora oggi, una delle criticità maggiori che i medici si riconoscono. Gli stessi oncologi che lavorano nel campo delle cure palliative incontrano pazienti che non sono stati adeguatamente informati riguardo la loro condizione, per cui mostrano incertezze a parlare loro con chiarezza. Fattore che aumenta la solitudine e la paura degli assistiti.

"The practicing clinician's ability to communicate openly and with compassion is essential for effective and efficient routine health care; this ability becomes a vital lifeline for parents and children confronted with lifealtering and sometimes life-ending conditions"

In conclusione, i diversi aspetti della Medicina palliativa, come il controllo del dolore e degli altri sintomi, le cure psicosociali, ed i fattori legati alla fine della vita devono essere gestiti eticamente. I principi etici cardinali da seguire sono l'autonomia, la beneficenza, l'innocenza e la giustizia. Gli esperti di medicina palliativa ed i membri dell'*équipe* curante devono affrontare le proprie responsabilità con onestà e dignità.

La sofferenza dovuta al mancato sollievo dal dolore ed all'indisponibilità di morfina è considerata una negazione dei diritti umani. Vi sono questioni etiche concrete che devono essere risolte.

A dire il vero, il luogo di cura, la continuità di cure palliative efficaci fino agli utlimi giorni di vita, la confidenzialità, l'impiego di antibiotici e di trasfusioni, la nutrizione e le iniziative preliminari possono costituire i punti chiave con cui un'*équipe* curante deve confrontarsi. I progressi nel campo della Medicina palliativa scaturiranno da una ricerca scientifica ben condotta, ed i professionisti del settore hanno il dovere di condurre studi ed esperimenti in maniera etica e legale. La somministrazione di cure palliative e l'etica medica sono tra loro complementari, ed il loro impiego in contemporanea massimizza la protezione e la soddisfazione dei pazienti vulnerabili e delle loro famiglie.

Bibliografia

1) Alici L., Filosofia della morte, in Alici L., D'Agostino F., Santeusanio F., *La dignità degli ultimi giorni,* Roma, San Paolo pp. 54, 1998.
2) Calcagni C., Cecchi R., *Deontologia medica,* Società Editrice Universo 2006.
3) Commissione per i problemi sociali e sanitari del Consiglio d'Europa, Raccomandazione relativa ai diritti dei malati terminali e dei morenti, 1976.
4) Fed. Ita. degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, *Codice Deontologico 1978.*
5) Fed. Ita. degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, *Codice Deontologico 1989.*
6) Comitato Nazionale per la bioetica, *Parere sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai malati terminali,* 1991.
7) Fed. Ita. degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, *Codice Deontologico 1998,* art. 27.
8) Consiglio d'Europa, *Protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti,* 1999.
9) Morrison RS, Meiser DE, *Palliative care,* N Engl J Med 350 :2582, 2004.
10) Fed. Ita. degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, *Codice Deontologico 2006.*
11) Fed. Ita. degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, *Codice di Deontologia Medica, 2006.*
12) CNB, *Informazione e consenso all'atto medico,* 1992.
13) Levetown M, and the Committee on Bioethics, Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information, Pediatrics 2008;121;e1441-e1460.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

MAURIZIO MERCURI
Dottore in Filosofia
Corso di Laurea in Infermieristica-
Università Politecnica delle Marche

Medicina e Filosofia, quasi un prologo

Possiamo dare per scontata la definizione di medicina come un ramo della scienza naturale che ha il compito di conservare la salute e di eliminare la malattia[1].

"La medicina come insieme di interventi terapeutici per ristabilire la salute è antica quanto l'uomo; anche se in quanto scienza – vale a dire come complesso di conoscenze sistematiche sul corpo, le sue funzioni fisiologiche, la sua patologia – non è nata ieri: per quanto riguarda l'Occidente, va fatta risalire almeno alla medicina greca. Quel che invece è relativamente recente è la medicina concepita come scienza della natura. In quanto tale si è formata in Germania nella prima metà del XIX secolo, opponendosi alla medicina speculativa romantica[2].

Fig. 1 - Gustav Klimt (1862-1918). Studio per la Filosofia *(1898-99), Historisches Museum der Stadt, Vienna.*

Venne assunto lo statuto epistemologico delle scienze naturali e la medicina si adeguò a quella particolare conoscenza che è fondata sulla razionalità e si acquista con l'osservazione e l'esperimento, secondo una particolare metodologia critica. In quanto scienza naturale procede empiricamente. La sua base è costituita da fisiologia e patologia. Disfunzioni e malattie sono considerate come conseguenze di disturbi di processi organici. La malattia è vista come un guasto della "macchina biologica", rispondendo a quello che è definito "modello meccanico". La malattia non è più qualche cosa che capita all'uomo nel suo insieme, ma qualche cosa che succede a livello delle sue cellule, dei suoi tessuti, dei suoi organi, o prima ancora, oggi, all'interno dei suoi geni. Il fatto morboso diventa comprensibile se si può spiegare stabilendo un rapporto di causalità rispetto all'evento patogeno, sulla base di leggi che regolano i fatti fisico-chimici, biologici.

Tra l'uomo che cura e quello che è curato si insinua l'elemento senz'anima dello strumento. La razionalizzazione di tipo naturalistico porta a spogliare la malattia di ogni carattere storico e personale, fino a raggiungere l'attuale potere tecnico della medicina. L'uomo è considerato come un elemento di natura tra gli altri, operando quella che è stata definita un "violenta mutilazione antropologica"[3].

La medicina è nata sotto il segno del guarire. Nella Bibbia, Dio è "il Signore, Colui che ti guarisce" (*Esodo*, 15, 26). Omero chiama colui che risana "guaritore eccellente" e "uomo pari agli dei" (*Iliade*, libro IV, vv.194 e 212). L'uomo che ridà la salute a chi ne aveva perduto la pienezza vitale con la malattia è considerato *isotheos*, "simile a Dio, pari a colui che dà la vita.

La filosofia medica tradizionale, consacrata da Galeno di Pergamo (II secolo d.C.) perorava l'istanza per cui *optimum medicus sit quoque philosophus*, "un medico, per essere annoverato tra i migliori, deve essere anche filosofo. Il medico doveva, in altri termini, possedere tutta intera la *philosophia*, cioè l'"amore per la sapienza", comprensiva dell'"amore per la tecnica" e dell'"amore per l'uomo". Doveva conoscere a fondo la natura, ivi compresa la natura umana: essere amico dell'uomo (filantropo) era il modo migliore per essergli d'aiuto usando le risorse dell'arte (tecnofilo)"[4].

Ignazio Marino afferma: *"assistiamo oggi a una perdita del ruolo sociale del medico, considerato sempre più come un tecnico e sempre meno come persona a cui affidare le proprie sofferenze"*[5]. L'ampliamento delle conoscenze scientifiche e l'evoluzione della tecnologia hanno influen-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

zato il modo in cui il medico svolge il proprio lavoro e ciò che il paziente si attende da qualsiasi professionista della medicina. Gli esami diagnostici di cui disponiamo, proposti nei modi e nei tempi appropriati, riducono i margini d'errore, semplificano l'identificazione del problema ed indirizzano verso scelte terapeutiche più mirate ed efficaci. La tecnologia informatica e robotica permette un flusso di informazioni diagnostiche e terapeutiche d'ambito planetario che accelerano e rendono possibile l'intervento curativo a distanze inimmaginabili. La tecnologia dovrebbe contribuire a fare risparmiare tempo al medico in modo da poter dedicare maggiori energie al contatto umano col paziente e i suoi familiari, ma *"accade, talora e sovente* – come afferma Giorgio Cosmacini - *che il sempre maggiore avvicinamento del medico alla realtà fisiopatologica della malattia, attraverso diagnosi e terapie sempre più perfezionate, comporti, quasi per meccanica conseguenza causa-effetto, un suo sempre maggiore allontanamento dalla realtà antropologica del malato. E' come se le tecniche diagnostiche e terapeutiche, anziché funzionare da* trait d'union*, interferiscano nel rapporto medico-paziente come una sorta di diaframma separatore o distanziatore; il che ha riscontro in un interessamento medico che, talora o sovente, si fa maggiore o massimo per l'oggetto organismo e minore e minimo per il soggetto persona".*[6]

La medicina vera è filotecnica, ma soprattutto filantropica[7]. Non può permettersi il lusso di perdere la matrice d'origine. Come nella medicina dell'antica Grecia deve mantenere l'ideale della *philía iatriké* (amore dell'azione medica) come sintesi di *philanthropía* (amore degli uomini) e di *philotechnía* (amore dell'arte di curare). Anche se il termine *philanthropía* è di origine stoica, già in Platone troviamo la seguente affermazione: *"Il malato è amico del medico per via della sua malattia"*.[8] "Dove c'è *philanthropía*, c'è anche *philotechnía*", afferma una sentenza ellenistica contenuta nei *Praecepta ippocratici* (L. IX, 258)[9]. Sempre si continua ad esortare di cercare di instaurare con il paziente un rapporto di reciproca fiducia e di attenzione, "come se" egli fosse un amico, o meglio ancora un proprio familiare.

La filosofia oggi *"non gode tradizionalmente presso i medici di un grande prestigio. Esponenti di una disciplina che può giustamente vantare successi tecnologici continui e riconosciuti, fra essi sembra ancora prevalere il richiamo pragmatico ai fatti concreti. Il fermarsi a riflettere su principi generali o su definizioni astratte può apparire una inutile perdita di tempo (…).*

La filosofia è però apparsa negli ultimi tempi in una luce meno sfavorevole a chi si è soffermato su problemi di bioetica che concernono direttamente la medicina. Sono problemi che non sorgono solo per l'introduzione di nuove tecnologie come la fecondazione in vitro o il mantenimento in vita dei cerebrolesi, potenziali donatori di organi. Sono problemi che riguardano responsabilità di una morale medica più tradizionale, come il consenso informato, il rapporto medico-paziente, l'assistenza ai morenti"[10]*, o l'allocazione delle risorse o l'informazione sanitaria.*

Eppure la medicina è essenzialmente una "scienza filosofica"[11]*: "la medicina è la scienza umana*

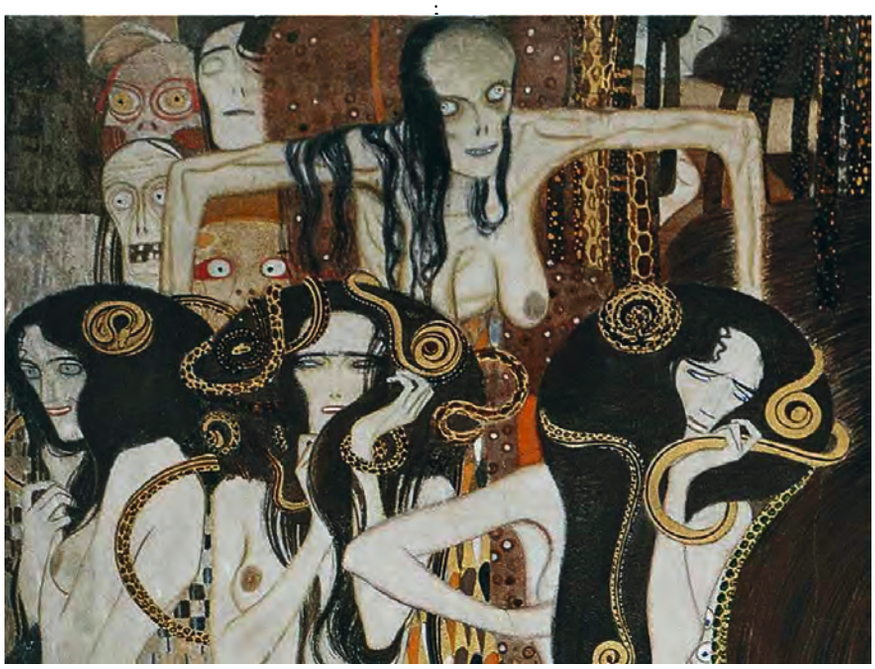


Fig. 2 - Gustav Klimt. Parete centrale del Fregio di Beethoven, *Vienna, Costruzione della Secessione,1902. E' la parete delle forze del male: Tifeo, il gigante che neanche gli dei riuscirono a sconfiggere, stringe l'umanità, tra nelle sue spire, aiutato dalle tre Gorgoni Malattia, Follia e Morte, sue figlie.*

per eccellenza perché attraversa i territori della sofferenza, perché entra negli snodi delle scelte cruciali e fronteggia il massimo dell'inesprimibile: la morte e la paura dell'uomo. Ecco perché parlare di malattie e di cura vuol dire inscrivere il discorso in un orizzonte di senso, quindi filosofico"[12]. La filosofia nasce, secondo Aristolele, dalla meraviglia, dallo stupore inteso anche come terrore, *zauma*, soprattutto nei confronti del dolore e della morte, come loro rimedio. Anche il pensiero mitologico fornisce questa spiegazione nel mito di Prometeo, quel dio buono e provvidente che dona agli uomini il fuoco, la tecnica, sottraendola al potere degli dei, e la dimenticanza della morte. In Eschilo la filosofia è definita ciò che caccia con la verità dalla mente il dolore che rende folli, ricorrendo alla divinità. In questo filone si insedia il tetrafarmaco o quadruplice rimedio della filosofia epicurea. La filosofia diviene lo strumento, il mezzo, teorico e pratico, per raggiungere la felicità, liberandosi dalle passioni irrequiete derivate dalle paure secondo il motto *"Se non fossimo turbati dal pensiero delle cose celesti e della morte e dal non conoscere i limiti dei dolori e dei desideri, non avremmo bisogno della scienza della natura"*. Se la paura è costituita dal potere degli dei e dalla vita dopo la morte, la terapia è costituita dalla riflessione sulla perfezione divina, che non si contamina e non si interessa dei mortali impartendo premi e castighi. Se la paura è della morte si afferma che quando ci siamo noi ella non c'è e quando c'è non ci siamo più noi, come riporta *Epistula ad Menoeceum* 123, 5-9. Se la paura dipende dalla mancanza di piacere nella vita, si supera col calcolo dei bisogni da soddisfare. Se si teme il dolore fisico con il pensiero si riesce a dominare il dolore lieve, che risulta sopportabile e non offusca la gioia del vivere, ed il terrore di quello acuto che conduce a morte e porta alla assoluta insensibilità è sconfitto dalla filosofia che lotta contro le opinioni fallaci e gli errori della mente.

La medicina, nella sua forma scientista, ha superato, illusoriamente, istituzionalizzando ogni esperienza del vivere umano e rendendoci simili al dio, ogni evento, sostituendosi in modo quadriforme al farmaco della filosofia. Ancora nel mito troviamo una risposta: solo la morte di Chirone, *paziente nelle mani,* centauro saggio e sapiente, maestro di medicina di Asclepio, figlio di Apollo, ferito per errore e in modo insanabile dalle frecce di Eralcle, potrà liberare dalla pena dei trecentomila anni di Prometeo: la sofferenza dell'invenzione tecnica richiede un superamento nell'amore, superiore alla scienza, ma questo filosoficamente è un presupposto e un oltrepassa-

Fig. 3 – Gustav Klimt. Nuda Veritas *(1899), particolare, Theatersammlung der Nationalbibliothek, Vienna.*

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

mento, come nell'avvicinamento al lamentoso Filottete, ferito per errore dai dardi di Eracle donati al padre, per vincere una città.

Vorrei premettere la difficoltà stessa della materia, col riconoscimento che persino nella letteratura seria è poco trattata. Basti questa citazione da Virginia Woolf. *"La letteratura fa del suo meglio perché il proprio campo di indagine rimanga la mente; perché il corpo rimanga una lastra di vetro liscio attraverso cui l'anima appaia pura e chiara, e, eccetto che per una o due passioni come il desiderio o la cupidigia, sia nullo, e trascurabile e inesistente. La verità è tutto il contrario. Il corpo interviene giorno e notte; si smussa o si affila, si colorisce o scolora, si volge in cera nel calore di giugno, s'indurisce come sego nell'oscurità di febbraio. La creatura che vi sta rinchiusa può solo vedere attraverso il vetro, imbrattato o roseo; non può separarsi dal corpo come il coltello dalla guaina il seme dal baccello per un solo istante; deve attraversare tutta l'interminabile successione dei mutamenti, il caldo e il freddo, l'agio e il disagio, la fame e la soddisfazione, la salute e la malattia, finché arriva l'inevitabile catastrofe: il corpo va in briciole e l'anima (si dice) fugge. Ma in questo dramma quotidiano del corpo non si trova traccia scritta. La gente non fa che raccontare le imprese della mente: i pensieri che l'attraversano; i suoi nobili propositi; come abbia civilizzato l'universo. Secondo loro la mente, nella sua torre d'avorio, ignora il corpo; o con un calcio lo fa volare, come un vecchio pallone di cuoio, attraverso leghe innevate o desertiche a perseguire conquiste e scoperte. Alle grandi guerre che il corpo, servito dalla mente, muove, nella solitudine della camera da letto, contro gli assalti della febbre o l'avvicinarsi della malinconia, nessuno bada. Non ci vuole molto a capire perché. Guardare simili cose in faccia richiede il coraggio di un domatore di leoni; una vigorosa filosofia; una ragione radicata nelle viscere della terra"*[13].

La cura della medicina

Per sostenere la medicina occorre individuarne la complessità filosofica e scovare gli interventi della filosofia della medicina, nella medicina e per la medicina per riconoscere prima di tutto la *complessità della*

Fig. 4 – Gustav Klimt. Idillio, *da Allegorie ed Emblemi (1884), Stadt Museum, Vienna.*

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Fig. 5 – Gustav Klimt. L'albero della vita *(1909), particolare. Fregio per il Palazzo Stoclet Bruxelles.*

realtà uomo…[14] e poi la *complessità della scienza, tecnologie ed arte medica.* Pragmaticamente ciò significa alimentare di corsi di filosofia e di *medical humanitie* si corsi di laurea di ogni professione medica e sanitaria e permettere al medico ed agli altri operatori sanitari di ampliare l'orizzonte dei significati. La medicina è soltanto una scienza naturale oppure si occupa di spazi concettuali e temi che vanno al di là delle scienze empiriche? "E' fuor di dubbio che le diagnosi più precise e precoci e le terapie più mirate e appropriate hanno contribuito in larga misura al progresso: tuttavia, pur avendo i titoli per presentarsi come protagoniste alla ribalta, esse non ne hanno per relegare in ruoli secondari i requisiti istituzionali – antropologici, umanologici – pertinenti alla medicina, da Ippocrate a oggi"[15]. Ai professionisti della salute, che si muovano con spirito "religioso", spetta coltivare un'etica della pietà, un'etica del rispetto, un'etica dell'ascolto, un'etica del silenzio, un'etica della durata nell'aver cura[16]. *"Fare il medico è certamente impegnativo dal punto di vista professionale ma essere medico è ciò che fa la differenza nel modo di concepire e di condurre la propria vita. Non si tratta semplicemente di una questione linguistica ma di una vera e propria condizione esistenziale"*[17].

Diviene una necessità lo scalzare il paradigma positivistico, o completarlo, per ritornare a quello umanistico: non solo medicina, ma anche filosofia. Le antiche *curatio* e *sanatio*, non indicavano tanto l'azione guaritrice, quanto la sollecitudine e l'attenzione che devono essere riservate all'individuo malato. Ed esse ci sono ancora utili per evitare le normalizzazioni del ruolo di malato. Ci sono da faro per costruire una cultura terapeutica che promuova la cura autentica che fa crescere le capacità di autonomia, di responsabilizzazione e di emancipazione[18].

Come scrisse Felice Achilli: *"Afferma uno dei più grandi internisti americani - Harrison -:* "Compito del medico è guidare il paziente attraverso la malattia. La medicina è un'arte, anche nel senso che i medici non possono essere soddisfatti dal solo perseguimento dello scopo di chiarificare le leggi della natura. Non possono procedere nel loro lavoro con il freddo distacco dello scienziato, il cui fine è la vittoria del vero, e che nel fare questo conduce un esperimento controllato: il loro obiettivo primario e tradizionale è utilitaristico: la prevenzione e la cura delle malattie, l'alleviamento delle sofferenze, sia essa dell'anima o del corpo". *Se riconosciamo questo dato come parte integrante del nostro lavoro, è evidente che le professioni in sanità, a tutti i livelli, implicano totalmente la libertà, la capacità di dedizione, di sacrificio del "fattore umano" coinvolto. La professione implica un'esplicitazione di sé, una messa in gioco di quali sono le ragioni che sostengono il lavoro (qualunque esse siano), tale dinamica è indispensabile per poter rendere realmente funzionale allo scopo, la costruzione del bene, il nostro operare*[19].

Permane la necessità di autoesporsi, pagando di persona ed esplicitando il soggetto, che con la scienza sperimentale applicata alla clinica medica a partire da Claude Bernard, si è trovato coinvolto in un processo di marginalizzazione, di esclusione. La preoccupazione dominante è quella di oggettivare il rapporto medico-paziente secondo criteri scientifici e per oggettivare bisogna escludere il soggetto. Per curare se stesso l'operatore sanitario deve rischiare di essere testimone recuperando

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

la sua personale identità. Gli operatori sanitari debbono recuperare una concezione integrale della cura concepita come ragion d'essere del rapporto tra medico e paziente.

La cura poi si esplicita mediante la sequenza di atti clinici concepiti come veicolo (sacramento) dell'arte terapeutica. L'arte terapeutica descrive la modalità con la quale, all'interno del libero, personale e comunitario rapporto medico-paziente i soggetti in azione si fanno carico della domanda di salute-salvezza sempre in gioco (...). Ma sostenendo che questi atti clinici sono veicolo o sacramento di un'arte terapeutica, si mette subito in evidenza la necessità che la domanda di salute - che spiega in ultima analisi il ricorso del paziente all'operatore sanitario - venga assunta in tutta la sua interezza, cioè come domanda di salvezza. In altre parole, occorre diversamente rispondere alla drammatica richiesta di liberazione dal timore della malattia e della morte. Si può certamente sostenere che la categoria di guarigione è forse la più adatta per trattenere simultaneamente la duplice richiesta di salute e di salvezza del paziente".

L'atto clinico, materia della cura, sarà a base scientifico-sperimentale (*techne*), la terapia, forma della cura, mettendo in gioco il soggetto (antropologia ed etica) farà riferimento all'arte (poiesis). Questo è un concetto di cura integrale[20].

Il sapere medico si colloca a cavaliere tra due gruppi di scienze articolati in scienze naturalistiche e scienze umanistiche. Le prime insegnano a fare il medico, ma non ad essere medico. Per essere un buon medico occorre saper connettere mezzi tecnologici avanzatissimi con i giusti fini in un'epoca in cui regna il vuoto etico e *"tremiamo nella nudità di un nichilismo che unisce il massimo potere intorno ai mezzi con il minimo sapere intorno agli scopi"*. Lo scopo della scienza e della tecnica non può che essere a vantaggio della persona umana. Come afferma Giorgio Cosmacini, *"senza* l'altra metà *finalistica, umanologica, indispensabile a completare la sua identità, la medicina non è se stessa. Perché? Perché La medicina non è una scienza. Essa è di più"*[21].

Come sostiene Maria Teresa Russo *"è lo stesso progresso tecnico scientifico a richiedere, più o meno consapevolmente, non solamente una sorte di* coscienza critica*, ma un orizzonte di senso per rispondere a quelle domande sollevate dalla tecnica nell'ambito della vita e della salute, a cui la tecnica stessa non è in grado di dare risposta. L'integrazione dei saperi filosofici quali la metafisica, l'antropologia e l'etica, con quelli scientifici è dunque indispensabile per disporre di quelle categorie atte a valutare i significati e le implicazioni dei gesti e delle scelte in ambito biomedico* e infonde nelle scienze della natura *un supplemento d'anima necessario per non chiudersi in un tecnicismo autoreferenziale"*[22].

Non vorrei mai che si possa dire di noi professionisti sanitari: *"hanno appreso un mestiere che esercitano come scimmie"* come dal libro *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta,* mentre prendiamo a martellate un motore che si regge su una sola vite… I nostri pazienti sono quel motore, noi siamo la motocicletta, augurandoci sempre che questa non sia la semplice analogia sugli aggiustatori di macchine biologiche…

Bibliografia

1) Wulff HR, Andur Pedersen S, Rosemberg R, *Filosofia della Medicina,* tr. it. A. Parodi, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 63, 71, 95.
2) Spinsanti S, *Curare e prendersi cura,* Cidas, Roma 20002, p. 10.
3) *Ivi*, p. 11.
4) Cosmacini G, *La prima lezione di medicina,* Laterza, Roma-Bari 2009, p. 93.
5) Marino I, *La comunicazione tra il medico e il paziente: dialogo tra sordi,* in Minerva D, Sturloni G (a cura di), *Di cosa parliamo quando parliamo di medicina,* Codice Edizioni, Torino 2007, p. 56.
6) Cosmacini G, *Prima lezione di medicina,* Laterza, Roma-Bari, p. 17.
7) Laín Entralgo P, *Il Medico e il Malato,* tr. it. A. Savignano, Apèiron, Bologna 1999, p. 28.
8) Platone, *Liside*, 217A, in *Tutti gli scritti* (a cura di G. Reale), tr. it. M.T. Liminta MT, Rusconi, Milano 19912, p. 753.
9) Callieri B (a cura di), *Ciò che non so dire a parole. Fenomenologia dell'incontro,* Alfredo Guida Editore, Napoli 1998, p. 127.
10) Mondella F, *Nota all'edizione italiana di* Wulff, Andur Pedersen, Rosemberg, *Filosofia della Medicina,* cit., p. XI.
11) Voltaggio F. *La medicina come scienza filosofica,* Laterza, Roma-Bari, 1998.
12) Veronesi U, Pappagallo M, *Una carezza per guarire. La nuova medicina tra scienza e coscienza,* Sperling & Kupfer Editori, Milano 2004, risvolto di copertina.
13) Woolf V, *Sulla malattia,* tr. it. N. Gardini, Bollati Boringhieri, Torino 2006, pp. 8-9.
14) Cattorini P, *Leggere il corpo malato. Aspetti antropologici, epistemologici, medici,* Liviana, Padova 1989, pp. 17-37.
15) Cosmacini, *La prima lezione di medicina,* cit., p. 18.
16) *Ivi*, pp. 104-5.
17) Marino I, *Nelle tue mani. Medicina, fede, etica e diritti,* Einaudi, Torino 2009, p. 21.
18) Montanari M, *La filosofia come cura. Percorsi di autenticità,* Edizioni Unicopli, Milano 2007
19) AA. VV., *Medico cura te stesso. Libertà e responsabilità nelle professioni sanitarie. Atti del primo Congresso Nazionale dell'Associazione Medicina e Persona.* Milano, 7-9 giugno 2001, Società Editrice Fiorentina, Firenze 2002, p. 10
20) AA. VV., *Medico cura te stesso. Libertà e responsabilità nelle professioni,* cit., pp. 11-5.
21) Cosmacini G, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base,* Raffaello Cortina, Milano 2008, p. 103.
22) Russo MT, *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina,* Vita e Pensiero, Milano 2006, p. 17.

MONICA DE ANGELIS[1], GIOVANNI MAZZONI[2], GIUDITTA FERRINI[3]
Università Politecnica delle Marche

Conciliazione e mediazione
Parte I: riferimenti storici ed inquadramento normativo

1. Introduzione: il variegato panorama dei metodi alternativi di risoluzione delle controversie

Negli ultimi anni le attività di mediazione (in Italia definite tradizionalmente "conciliative") sono aumentate quasi in maniera esponenziale. E sembrano spesso configurarsi come veri e propri servizi all'utente, il quale vede soddisfatte in maniera più prossima le proprie esigenze di giustizia a fronte di una controversia insorta con un operatore del settore[1].

La crescita dell'utilizzo di tale strumento rientra, comunque, in un più ampio fenomeno di composizione stragiudiziale delle dispute ricollegabile - a parere di molti - alle disfunzioni del modo più tradizionale di fare giustizia. Parlare di composizione stragiudiziale dei conflitti e più in generale di *alternative dispute resolution* (ADR) significa, fondamentalmente, riferirsi ad una serie di modalità alternative di risoluzione delle controversie, sia giudiziali che stragiudiziali, basate sul minimo comun denominatore di sostituire la pronuncia di un organo giurisdizionale con accordi tra le parti in conflitto che contengono soluzioni soddisfacenti per tutti i contendenti.

Va subito rilevato che tutte le fattispecie di ADR non sono di immediata individuazione perché multiformi, spesso non realmente alternative, quanto piuttosto complementari alla giustizia esercitata nella maniera tradizionale. Ad esempio: conciliazione ed arbitrato rientrano entrambi nei metodi ADR, ma sono piuttosto diversi. Meglio sarebbe allora associare il fenomeno ADR, più che all'idea di giustizia alternativa, all'idea di *un modo differente di giudicare*[2].

Le radici del *modo diverso di giudicare* si trovano in USA (la prima forma di arbitrato venne attivata nel 1768 presso la Camera di commercio (CCIAA) di New York) dove l'impiego di tutte le forme alternative di risoluzione delle controversie è andato crescendo: risale addirittura al 1926 l'istituzione della *American Arbitration Association*, che oggi gestisce un numero assai elevato di arbitrati.

La culla della conciliazione (da qui l'utilizzo tradizionale del termine), invece, si trova proprio in Italia, ed esattamente nel primo codice di procedura civile del 1885, anche se, *de facto*, essa non trova alcun riscontro nella pratica processuale italiana e la norma viene pressoché ignorata – fatta salva la c.d. conciliazione giudiziale. In Italia l'altra giustizia si è diffusa settorialmente: ad esempio, nel settore sportivo ove viene istituita la Camera di conciliazione e arbitrato dello sport[3], davanti alla quale occorre prima espletare obbligatoriamente la conciliazione e, in caso di esito negativo, si può passare alla procedura arbitrale. Con lo stesso schema, nel 2009, la Consob ha istituito la Camera di conciliazione e di arbitrato[4]. Nel novero delle esperienze italiane di conciliazione *tout court* va inserita l'attività conciliativa svolta dall'*ombudsman* (figura di origine scandinava, dotata di ampi poteri istruttori e decisori) e dalle CCIAA.

La varietà di strumenti contenuti nella voce unificante di ADR non è – chiaramente - caratteristica solo italiana e, al fine di semplificarne lo studio, ormai da diverso tempo si è affermata, anche a livello internazionale, la tendenza a distinguere tra metodi alternativi cosiddetti *adjudicative* (metodi valutativi che portano ad una vera e propria decisione pronunciata da un soggetto terzo - che però non è un giudice nel senso classico del termine) e *non adjudicative* (metodi conciliativi che affidano la soluzione alla cura delle parti): la mediazione costituisce l'esempio classico del metodo conciliativo mentre l'arbitrato rappresenta il prototipo di quello valutativo.

Le varie modalità riconducibili al metodo *non adjudicative* hanno avuto in qualche modo maggiore successo probabilmente perché si vuole credere all'assunto secondo il quale per qualunque lite si può tentare la ricerca di una soluzione concordata tra le parti evitando l'imposizione di una decisione arrivata dall'alto, da parte di un organo giudiziale. Infatti, nei metodi di soluzione dei conflitti della categoria *non adjudicative*, definibile anche dell'ordine negoziato (in contrapposizione a quella dell'ordine imposto o adjudicative) le parti mantengono sin dall'inizio il controllo sulla procedura e dunque sul suo eventuale risultato. La procedura è autonoma nel senso che, volta per volta, segue tutte e solo le regole che le parti hanno stabilito ed è informale, cioè non si uniforma (almeno apparentemente) a prescrizioni e modelli, al contrario di ciò che avviene nella categoria dell'ordine imposto o adjudicative in cui le parti hanno un controllo limitato o nullo sulla procedura e sul suo esito e dove le regole procedurali sono in varia misura poste dall'esterno e in generale non sono disponibili[5,6,7].

In tutti i metodi conciliativi l'idea di fondo è che le parti

[1]*Dipartimento di Scienze Sociali "Donatello Serrani"*
[2] *Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia*
[3] *Corso di Laurea in Ostetricia Università Politecnica delle Marche*

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

non necessariamente vanno considerate come rivali, con interessi opposti, ma essendo leali avversari possono pervenire ad un accordo equo, facilitato da un terzo che fa da mediatore e la cui azione è volta fondamentalmente a dare coerenza ed equilibrio al rapporto conflittuale. Sulla presunta incompatibilità degli interessi delle parti si applica, in pratica, l'opera maiuetica del mediatore che è tutta tesa alla ricerca di una soluzione. Infatti, possiamo dire che la conciliazione ha un senso e una probabilità di riuscita in quanto fondata sulla volontà delle parti di pervenire ad un accordo finale destinato a dirimere la lite e sulla professionalità del terzo nel condurre la trattativa.

2. Il tentativo di conciliazione fra passato e futuro: il quadro giuridico di riferimento

Va assolutamente sottolineato che nel parlare di modelli extragiudiziali di risoluzione delle controversie l'elemento della volontà risulta fondamentale. Sulla base di questo canone, si possono enucleare tre particolari tipologie di ADR: la conciliazione, la mediazione e l'arbitrato. In Italia la prima sembra essere la più utilizzata: si pensi solo alla citata attività conciliativa svolta dalle CCIAA. Questa tipologia, come detto, si connota per la qualità dell'opera fatta dal conciliatore, un soggetto che si ingegna (anche in senso creativo) per mettere d'accordo le parti ma non esprime alcuna decisione né valida la fondatezza della domanda dell'una o dell'altra parte. Ma il successo della conciliazione in Italia è stato fino a poco tempo fa ben lontano dal livello che il legislatore avrebbe voluto raggiungere e a ben poco è valsa l'introduzione dell'obbligatorietà di esperirne il tentativo (come nel processo del lavoro): ciò probabilmente perché manca sia una cultura della conciliazione, sia la reale volontà delle parti di raggiungere l'accordo al di fuori dell'antagonismo tipico del processo. Laddove, invece, esiste forte la consapevolezza comune della necessità di risoluzione del dissidio, la conciliazione funziona ed elementi come la velocità del procedimento ed i bassi costi ne agevolano la richiesta e l'impiego (un esempio in positivo è dato, come accennato, dal settore dello sport).

L'arbitrato si colloca al lato opposto rispetto alla conciliazione: in questo modello ci si affida ad un terzo per l'emanazione di una decisione che può avere l'efficacia di una sentenza[8,9]. L'arbitrato incontra due limiti importanti: non si può imporre per legge perché diversamente si va a limitare l'autodeterminazione delle parti; inoltre è spesso associato a un procedimento costoso a tal punto da poter quasi giustificare il comportamento ondivago del legislatore sul suo utilizzo quando ad oggetto ci sono beni pubblici[11].

Vi è infine la mediazione, definibile quasi modalità di mezzo. Il mediatore, il terzo, a differenza del conciliatore che verifica solo se c'è la possibilità di accordarsi, esprime una valutazione sull'esito della lite; ma non è un arbitro in quanto il mediatore non decide nel senso tecnico del termine (infatti se le parti non si accordano si avvia il processo).

Nella dottrina italiana si è cominciato a parlare di mediazione per prendere le distanze da quei modelli di conciliazione già presenti nell'ordinamento ma con scarso successo e per avvicinarsi alla *mediation* del mondo anglosassone. Sia la conciliazione che la *mediation*, comunque, sono forme sostanzialmente cooperative e non formali di risoluzione delle controversie in cui si cercano soluzioni creative, innovative, non codificate: il terzo assiste le parti nell'identificare e articolare gli interessi in gioco, le priorità e i bisogni di tutti. Non si può negare, tuttavia, che una delle prime difficoltà che si incontra al momento di analizzare la mediazione o la conciliazione è quella di definirne i contorni: semplificando si può sostenere che in Italia si riserva il termine conciliazione all'ambito civile, commerciale e del lavoro e quello di mediazione al settore familiare, sociale, educativo e penale; nella prassi, poi, i due termini vengono spesso utilizzati in maniera equivalente.

Lo studio di assonanze e dissonanze di queste due tecniche e di come esse troveranno spazio nell'ordinamento italiano è compito di quella dottrina che si occuperà di analizzare a fondo l'art. 60 della legge n. 69/2009 (nota come Delega al Governo in materia di mediazione e di conciliazione delle controversie civili e commerciali) e il suo decreto di attuazione, il d.lgs. n. 28 del 2010 e dunque si rimanda alla letteratura specializzata[10].

2.1 La cornice normativa europea: alla ricerca di una definizione

Con riferimento alle norme comunitarie, va subito evidenziato come le finalità collegate alla diffusione delle ADR risultino ben chiare: limitazione della durata dei processi e riduzione dei costi della tutela per un esercizio concreto dell'accesso alla giustizia, un diritto questo considerato fondamentale anche nella Carta dei diritti che, all'art. 47, sancisce il diritto di ogni individuo ad ottenere giustizia[11]. Specificamente l'impegno della Comunità europea in tema di ADR comincia a farsi sentire un paio di decadi fa: prima con raccomandazioni e più

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

recentemente, nel 2008, tramite una direttiva[12], senza far mancare il corredo di significativi Libri verdi[13]. Nel complesso le norme comunque non indicano tassative modalità di ADR, piuttosto, vengono focalizzati i principi fondamentali della giustizia alternativa fra cui: indipendenza e imparzialità degli organi di ADR; garanzia del contraddittorio; efficacia della procedura (gratuità o costi moderati della procedura, tempi brevi per l'adozione della decisione); consequenzialità fra tutela stragiudiziale e giudiziale (conformemente all'articolo 6 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo secondo cui l'accesso ai tribunali è un diritto fondamentale)[14]. In altre parole per il legislatore comunitario le ADR devono e possono costituire un filtro per la garanzia di giustizia; occorre arricchire l'offerta di giustizia e individuare idonei soggetti terzi, creati ad hoc per la risoluzione delle dispute: e ciò perché la terzietà rappresenta un elemento di equilibrio a fronte di modalità di tutela per dirimere i conflitti che semplificano/riducono garanzie. Queste ultime notazioni trovano particolare accoglimento nelle Raccomandazioni della Commissione europea del 1998 e del 2001 (rispettivamente in G.U.C.E., L 115, 17 aprile 1998, 31 e in G.U.C.E., L 109, 19 aprile 2001, 56). Nella prima vengono sottolineati - fra le altre cose – due aspetti: la possibilità per i consumatori di procedere alla risoluzione delle liti attraverso procedure extragiudiziali o altre procedure comparabili e l'importanza dell'esperienza acquisita sul tema da numerosi Stati membri. La seconda Raccomandazione si connota invece per la spinta alla creazione di una rete extragiudiziale europea (EEJ-Net, con punti di contatto nazionali o 'Clearing Houses') che mira a soddisfare l'esigenza di fornire informazioni e sostegno pratico ai consumatori.

L'incoraggiamento a sviluppare un'ampia gamma di procedure extragiudiziali in grado di rappresentare soluzioni flessibili, proporzionate al problema, efficienti, adeguate e comprensibili per la generalità degli utenti diviene priorità politica nel Libro verde del 2002 in cui sono finalmente presenti varie definizioni o precisazioni che meglio specificano ciò che in questa sede si ricerca: 1. viene escluso l'arbitrato dalle procedure non giurisdizionali di risoluzione delle controversie condotte da una parte terza neutrale (perché "assimilabile più ai procedimenti giurisdizionali che ai modi alternativi, in quanto il lodo arbitrale mira a sostituirsi alla decisione giudiziaria"); 2. sono escluse dall'ambito di applicazione delle metodiche di ADR le questioni relative ai diritti indisponibili e che interessano l'ordine pubblico: diritto delle persone e di famiglia, diritto della concorrenza, diritto del consumo; 3. i termini maggiormente utilizzati nella pratica e nelle legislazioni nazionali - ossia mediazione e conciliazione - vengono considerati in modo generale e la loro definizione viene rimandata al contesto legislativo nazionale particolare o di specifici lavori di organizzazioni internazionali.

Alla luce di quanto (non) indicato nei documenti comunitari, spetta ai singoli ordinamenti e dunque anche a quello italiano individuare una propria definizione di conciliazione e differenziarla da quella di mediazione, anche se poi nella citata Direttiva del 2008 sulla mediazione in materia civile e commerciale nelle controversie transfrontaliere, il legislatore comunitario si sbilancia e sembra usare il termine mediazione come sinonimo di conciliazione: per «mediazione» si intende un procedimento strutturato, indipendentemente dalla denominazione, dove due o più parti di una controversia tentano esse stesse, su base volontaria, di raggiungere un accordo sulla risoluzione della medesima con l'assistenza di un mediatore. Tale procedimento può essere avviato dalle parti, suggerito od ordinato da un organo giurisdizionale o prescritto dal diritto di uno Stato membro.

2.2 La "mediaconciliazione" nelle norme italiane

La normativa comunitaria lascia dunque ai singoli Stati la definizione, l'articolazione e la differenziazione delle varie tipologie di ADR, limitandosi a stabilire quelli che sono i principi base cui le diverse procedure devono ispirarsi. Il legislatore italiano solo recentemente - e precisamente con all'art. 60 della legge n. 69/2009 - ha offerto una cornice organica alla conciliazione stragiudiziale a legislazione invariata. Ed infatti, nel prevedere al comma 2 che la riforma "nel rispetto e in coerenza con la normativa comunitaria e in conformità ai princìpi e criteri direttivi di cui al comma 3, realizza il necessario coordinamento con le altre disposizioni vigenti", genera effetti su tutte le fattispecie conciliative già contemplate nell'ordinamento. Il legislatore precisa poi che l'oggetto delle controversie deve riguardare diritti disponibili, non dovrà essere precluso l'accesso alla giustizia e occorrerà prevedere che la mediazione, finalizzata alla conciliazione ("media conciliazione")[15], sia svolta da organismi professionali e indipendenti, stabilmente destinati all'erogazione del servizio di conciliazione: a tal fine verrà istituito presso il Ministero della giustizia un Registro degli organismi di conciliazione. Nello stesso articolo si prevede altresì la possibilità per i Consigli degli ordini degli avvocati di istituire, presso i tribunali, organismi di

conciliazione che, per il loro funzionamento, si avvalgono del personale degli stessi Consigli (anche essi iscritti di diritto nel Registro). Organismi di conciliazione potranno essere istituiti altresì presso i Consigli degli ordini professionali (quindi medici, infermieri, etc.) per le controversie in particolari materie. E' rimarcato poi il dovere dell'avvocato, prima dell'instaurazione del giudizio, di informare il cliente della possibilità di avvalersi dell'istituto della conciliazione. Il legislatore, infine, oltre a prevedere l'efficacia esecutiva del verbale di conciliazione, non manca di includere incentivi, ovvero forme di agevolazione di carattere fiscale o relative alle spese processuali, e di indicare tempi brevi per le procedure (infatti, in osservanza dell'esigenza di diminuire i tempi della giustizia è stabilito che il procedimento di conciliazione non possa avere una durata eccedente i quattro mesi).

Come già detto non è questa la sede per analizzare la portata dell'art. 60, ma qui merita almeno notare che nel distinguere fra mediazione e conciliazione l'articolo in parola tende quasi a sovrapporre le due fattispecie, forse con l'intenzione di "voler traghettare" questi due modelli senza traumi verso una terminologia internazionalmente consolidata e consolidare definitivamente i principi fondamentali sulla conciliazione sanciti a livello sovranazionale, come la riservatezza, l'efficacia del verbale, la vincolatezza delle clausole, gli incentivi economici, etc.

Riferimenti bibliografici

1) Dettagli sulla diffusione della conciliazione in Italia e sulla dottrina che da anni studia il fenomeno si vedano in M.De Angelis, La conciliazione in materia di comunicazioni, Macerata, in *CORECOM nuove funzioni e ruolo istituzionale*, in *press*

2) Zeno Şuştac and Claudiu Ignat: *Alternative Conflict Resolution Methods* (ADR). Bucarest, Editura Universitara, 2008.

3) Statuto del Comitato olimpico nazionale italiano (adottato dal Consiglio Nazionale del CONI il 23 marzo 2004 e approvato con d. m. del 23.06.2004): art. 12.

4) Hyperlink "http://www.consob.it/main/aree/novita/camera_conciliazione.html" http://www.consob.it/main/aree/novita/camera_conciliazione.html.

5) P. S. Nicosia, A. Ruggiero, *Manuale del conciliatore,* Milano, Etas, 2000, passim

6) G. Cassano, M. Nisati, *Arbitrato e risoluzione alternativa delle controversie*, Milano, Ipsoa, 2003, passim.

7) V. Varano (a cura di), *L'altra giustizia. I metodi alternativi di soluzione delle controversie nel diritto comparato,* Milano, Giuffrè, 2007.

8) S. La China, *L'arbitrato. Il sistema e l'esperienza,* Milano, 2007, passim.

9) M. Nisati, *Problemi di costituzionalità dell'arbitrato commerciale internazionale,* in Hyperlink "http://www.diritto.it/materiali/transnazionale/nisati.html"http://www.diritto.it/materiali/transnazionale/nisati.html.

10) S. Cassese, *Arbitrato e diritto comune della pubblica a amministrazione,* in «Giornale di diritto amministrativo», n. 6/1996.

11) Hyperlink "http://www.adrcenter.com/academy/libri-negoziazione-pubblicazioni-adr/elenco-completo-libri-categoria.php?cat=2&pag=0"http://www.adrcenter.com/academy/libri-negoziazione-pubblicazioni-adr/elenco-completo-libri-categoria.php?cat=2&pag=0

12) Libro verde del 1993 sull'accesso dei consumatori alla giustizia in Hyperlink "http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1993:0576:FIN:IT:PDF" http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1993:0576:FIN:IT:PDF.

13) Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'UE in HYPERLINK "http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf" http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf.

14) Direttiva del 21 maggio 2008 relativa a determinati aspetti della mediazione in materia civile e commerciale in HYPERLINK "http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:136:0003:0008:IT:PDF" http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:136:0003:0008:IT:PDF;

15) Libro verde: "L'accesso dei consumatori alla giustizia e la risoluzione delle controversie in materia di consumo nell'ambito del mercato unico" del 16 novembre 1993 in HYPERLINK "http://www.federconsumatoriarezzo.it/documenti/leggi/1_lv.rtf" http://www.federconsumatoriarezzo.it/documenti/leggi/1_lv.rtf; Libro verde: "Modi alternativi di risoluzione delle controversie in materia civile e commerciale" del 19 aprile 2002 in HYPERLINK "http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2002/com2002_0196it01.pdf" http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2002/com2002_0196it01.pdf.

16) La Convenzione si trova in HYPERLINK "http://www.echr.coe.int/nr/rdonlyres/0d3304d1-f396-414a-a6c1-97b316f9753a/0/italianitalien.pdf" http://www.echr.coe.int/nr/rdonlyres/0d3304d1-f396-414a-a6c1-97b316f9753a/0/italianitalien.pdf.

17) Secondo l'efficace formula linguistica di M. Gerardo, A. Mutarelli, Dubbi sulla compatibilità costituzionale e comunitaria della c.d. mediazione obbligatoria, in HYPERLINK "http://www.lexitalia.it/articoli/gerardomutarelli_prociv.htm" http://www.lexitalia.it/articoli/gerardomutarelli_prociv.htm

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Introduzione

La pneumologia, intesa come specialità volta allo studio, alla diagnosi e alla terapia delle malattie dell'apparato respiratorio, ha subito negli ultimi decenni un radicale cambiamento legato alla introduzione di nuove tecnologie che hanno enormemente dilatato le conoscenze, le potenzialità di indagine clinica e le prospettive terapeutiche per la maggior parte delle patologie polmonari.

Basti pensare allo sviluppo delle metodiche di indagine funzionale del polmone (spirometria computerizzata, pletismografia corporea, polisonnografia), alle tecniche di imaging (TAC, PET/TAC), alle metodiche di pneumologia interventistica (broncoscopia diagnostico/terapeutica e tecniche ancillari, toracoscopia) per comprendere come lo studio dell'apparato respiratorio si avvalga oggi di potenzialità informative impensabili solo alcuni anni or sono.

A fronte di questo progresso tecnologico, la specialità pneumologica ha subito un cambiamento anche in relazione al mutare dell'epidemiologia delle malattie respiratorie. Da una prevalenza di patologie a genesi infettiva si è passati ad uno scenario in cui le entità nosologiche respiratorie a patogenesi flogistico-immunologica, degenerativa ed eteroplastica, rappresentano un problema di sanità pubblica ad elevata e crescente incidenza.

Le malattie dell'apparato respiratorio costituiscono oggi una delle più frequenti cause di invalidità e mortalità in Italia e in tutti i paesi industrializzati. Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le patologie respiratorie sono destinate ad aumentare ulteriormente nei prossimi vent'anni e si prevede che alcune di esse (broncopneumopatia cronica ostruttiva, tumori polmonari, asma) risulteranno tra le prime cause di morbilità, disabilità e morte. In Italia le malattie dell'apparato respiratorio occupano attualmente il terzo posto tra le cause di morte, subito dopo i tumori e le malattie cardiocircolatorie.

Deve essere inoltre sottolineato che ogni anno un elevato numero di persone è costretto a sospendere l'attività lavorativa a causa di malattie broncopolmonari che, per mancanza di adeguati programmi di prevenzione e di interventi terapeutici in fase iniziale, possono divenire croniche ed invalidanti, con conseguenti ricadute negative sulla qualità di vita e pesanti ripercussioni in termini di costi socio-economici.

Questo drammatico andamento epidemiologico è essenzialmente riconducibile all'allungamento dell'età media della popolazione e, soprattutto, all'aumentata esposizione a fattori di rischio quali il fumo di sigarette e l'inquinamento atmosferico.

Nonostante le malattie dell'apparato respiratorio comprendano molteplici entità nosografiche, assai diversificate sia per quanto riguarda l'eziopatogenesi che il profilo clinico ed evolutivo, i sintomi con cui una patologia polmonare può esordire sono, nella maggior parte dei casi, simili ed impongono quesiti di diagnostica differenziale a volte di non facile risoluzione.

In questa breve rassegna, abbiamo voluto focalizzare l'attenzione su quattro sintomi molto comuni che possono sottendere patologie banali ma anche malattie gravi, invalidanti ed a prognosi infausta. La dispnea, la tosse, la sonnolenza diurna e la febbre con comparsa di addensamenti polmonari, pongono problematiche interpretative che spesso impegnano il medico di medicina generale e lo specialista pneumologo in iter diagnostici complessi ed articolati. I quattro casi clinici che seguono tratti dalla pratica medica quotidiana, sono un' esemplificazione di come la stretta collaborazione tra medico di base e specialista sia il presupposto fondamentale per il buon esito del percorso diagnostico e terapeutico.

Stefano Gasparrini, Alberto Tubaldi

Lezioni tenute al Corso di Formazione Permanente in Medicina, promosso dall'Accademia Medico Chirurgica del Piceno con la collaborazione della Facoltà.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Il paziente con dispnea da sforzo

Francesco Angerilli *(Macerata)*, Lina Zuccatosta *(Ancona)*

Caso clinico

Donna di 52 anni fumatrice.

Da cinque anni tosse produttiva con episodi invernali di bronchite; da alcuni anni riferisce dispnea al mattino e talvolta anche di notte con sibili espiratori.

Da un mese è comparsa dispnea da sforzo.

Esame obiettivo generale e toracico negativo; rx torace normale.

Valori spirometrici deponenti per ostruzione con parziale reversibilità al test di broncodilatazione.

Quale ipotesi diagnostica si può formulare ?

Si consiglia alla paziente la cessazione completa dal fumo ed inizia terapia con steroide orale per 4 settimane.

Alla visita di controllo riferisce la totale scomparsa della dispnea mattutina e notturna, ma permane la dispnea da sforzo anche se migliorata.

Una successiva spirometria mette in evidenza il miglioramento degli indici di ostruzione (VEMS 67% e VEMS/CV 68%); il test di reversibilità invece non è significativo.

La diagnosi conclusiva del caso è di *"broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado moderato (GOLD) con ostruzione parzialmente reversibile in paziente con abitudine tabagica"*.

Importante la diagnosi differenziale con l'asma: una reversibilità completa dell'ostruzione bronchiale con valori vicini alla normalità depongono per un'asma bronchiale. Una scarsa o parziale reversibilità depone invece per broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Francesco Angerilli

"Asma non-asma": patologie delle vie aeree centrali e diagnosi differenziale con l'asma

Introduzione

Numerose patologie, sia neoplastiche che di natura benigna possono coinvolgere la trachea ed i grossi bronchi, determinandone ostruzione. Il loro comportamento clinico è spesso insidioso, in quanto nella maggior parte dei casi si manifestano quando la pervietà delle vie aeree è compromessa per oltre il 50% con dispnea, tosse, respiro sibilante, tirage, sintomatologia caratteristica dell'asma, con la quale vengono spesso confuse. Molti dei disordini delle vie aeree centrali sono infatti rari, a differenza della patologia asmatica che è molto frequente nella pratica clinica e che pertanto appare in prima istanza l'ipotesi diagnostica più probabile.

Poiché in molti casi le patologie ad interessamento primitivo o secondario delle vie aeree evolvono rapidamente con severa compromissione del lume (alcune entità si manifestano clinicamente quando il lume residuo della trachea è ridotto al 30%, ovvero 5 mm) e, a differenza dell'asma, senza alcuna risposta alla terapia broncodilatatrice e sterodea, è indispensabile un corretto inquadramento diagnostico al fine di stabilire una adeguata gestione terapeutica.

Nelle tabelle 1 e 2 sono elencate le principali patologie determinanti ostruzione al flusso aereo con clinica caratterizzata da dispnea, tosse e respiro sibilante.

Tumori maligni
Carcinoma adenoido-cistico
Carcinoma squamoso
Carcinoidi: tipico, atipico
Carcinoma muco-epidermoide
Carcinoma a piccole cellule
Adenocarcinoma
Linfomi, Sarcomi
Metastasi (polmone, colon, rene, mammella, timo)
Tumori benigni
Amartoma, Leiomioma, Condroma, Condroblastoma, Istiocitoma fibroso, Emangioma
Tumori neurogeni: Schwannoma, neurofibroma, paraganglioma

Tab. 1 - Neoplasie della trachea.

Inquadramento clinico generale e diagnosi

Nella diagnosi delle malattie delle vie aeree centrali e nella diagnostica differenziale con l'asma, la clinica rappresenta il primo step diagnostico: un' accurata analisi di tutti i sintomi riferiti dal paziente spesso porta ad individuare segni non comuni nella malattia asmatica e/o elementi di sospetto verso altre patologie: scarsa o assente risposta alla terapia praticata; presenza d'iperpiressia, sintomo non comune in corso di riacutizzazione di asma; tirage inspiratorio, indicativo di ostruzione delle alte vie; polmoniti recidivanti, specie se nello stesso lobo; comparsa di emottisi; caratteristiche della tosse non rapportate al quadro funzionale. Non meno importante, nell'ambito della valutazione clinica, è la raccolta dell'anamnesi con verifica se esistano precedenti di malattia tubercolare, neoplasie, interventi chirurgici per patologia broncopolmonare, precedenti intubazioni e trattamenti rianimatori.

Nel sospetto di asma il secondo step diagnostico dopo la valutazione clinica è costituito dall'esame spirografico, che è nella maggior parte dei casi patognomonico. La discrepanza tra un esame spirografico normale e la presenza di respiro sibilante come pure la morfologia della curva flusso-volume suggestiva per ostruzione fissa inspiratoria o delle vie aeree extratoraciche deve porre elementi di sospetto e far considerare altre ipotesi diagnostiche.

Nel momento in cui la diagnosi di asma bronchiale risulti dubbia o poco probabile e si rendano necessari ulteriori approfondimenti, un ruolo essenziale viene svolto dalla TAC del torace e dalla broncoscopia. La TAC del torace consente di evi-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Traumi
Stenosi cicatriziali post-intubazione e/o post-tracheostomia
Infezioni
Tubercolosi
Infezioni fungine (blastomicosi, istoplasmosi, mucormicosi)
Scleroma (Klebsiella rhinoscleromatis)
Papillomatosi
Malattie infiammatorie ed autoimmuni
Granulomatosi di Wegener
Sarcoidosi
Amiloidosi
Policondrite ricorrente
Tracheopatia osterocondroplastica
Tracheobroncomalacia
primitiva: Mounier-Kuhn syndrome, idiopatica
secondaria localizzata: danno da intubazione, compressione ab-estrinseco (gozzo, vaso anomalo)
secondaria diffusa: policondrite ricorrente, broncopneumopatia cronica ostruttiva

Tab. 2 - Patologia benigna della trachea e dei grossi bronchi determinante riduzione del lume.

denziare lesioni che coinvolgono le vie aeree, il distretto mediastinico ed il parenchima polmonare e rappresenta la guida all'esecuzione della broncoscopia; in altri termini, l'esame broncoscopico non può prescindere dall'attenta valutazione della TAC, che nella maggior parte dei casi, specie per quanto concerne la patologia neoplastica, permette oltrechè l'orientamento diagnostico anche la pianificazione dell'esame broncoscopico stesso (scelta del tipo di strumento di prelievo in base alle caratteristiche ad alla sede della lesione, necessità di strumentazione rigida per trattamento disostruente in relazione al severo coinvolgimento delle vie aeree).

È oggi possibile uno studio accurato delle vie aeree centrali per imaging mediante l'utilizzo della TAC multistrato (MDCT).

La TAC multistrato permette l'acquisizione di un numero elevato d'immagini a spessore sottile (scansioni di 1 mm) durante un solo atto respiratorio, con la possibilità di ricostruzioni tridimensionali. La metodica non richiede l'utilizzo del mezzo di contrasto ed impiega una dose relativamente contenuta di radiazioni (110-140 kV, 50-80 mAs). Sono inoltre possibili l'esecuzione dell'esame in maniera dinamica, ovvero con scansioni durante le varie fasi respiratorie per lo studio dell'eventuale collasso dinamico delle vie in espirazione e la creazione di una broncoscopia virtuale (ricostruzione tridimensionale dell'albero tracheo-bronchiale come appare endoscopicamente), che permette di determinare con precisione l'estensione della patologia all'interno delle vie aeree, il lume residuo, l'infiltrazione della parete (componente extramurale) ed i rapporti con le strutture anatomiche adiacenti, informazioni essenziali per programmare un trattamento endoscopico o chirurgico.

Di seguito vengono descritte alcune delle patologie che possono coinvolgere l'albero tracheobronchiale e che entrano in diagnosi differenziale con l'asma bronchiale.

Neoplasie della trachea e dei bronchi principali

La trachea ed i bronchi principali possono essere coinvolti da neoplasie primitive o metastatiche. Il coinvolgimento metastatico può avvenire per contiguità ed infiltrazione della parete (tiroide, esofago, laringe), o per diffusione ematogena e linfatica (colon, rene, mammella, etc.). I tumori maligni primitivi della trachea sono molto rari e sono costituiti in netta prevalenza dal carcinoma adenoido-cistico e dal carcinoma squamoso[1]. I sintomi sono costituiti da dispnea ingravescente, emottisi, tosse stizzosa. Quanto maggiore è la riduzione del lume, tanto più è severa la sintomatologia. Il trattamento endoscopico effettuato con broncoscopia rigida in anestesia generale ha significato palliativo ad eccezione del tumore adenoido-cistico, dove è curativo in associazione alla terapia adiuvante[2] e consiste nella disostruzione meccanica (*debulking*) del tumore endoluminale, nell'utilizzo di strumenti in grado di coagulare e necrotizzare il tumore (laser, elettrocauterio) e nell' eventuale posizionamento di endoprotesi (bronchiali, tracheali o tracheobronchiali in caso di coinvolgimento della carina tracheale e di entrambi i bronchi principali) in grado di mantenere la pervietà delle vie aeree.

Il trattamento dei tumori benigni della trachea è chirurgico (resezione-anastomosi con possibilità di resecare fino a 5 anelli), previa accurata valutazione endoscopica e per *imaging*[3]. I carcinoidi tipici (aspetto endoscopico caratteristico di masse vegetanti a superficie liscia e riccamente vascolarizzati) possono avere un trattamento endoscopico con finalità radicale solo se la TAC dimostri l'interessamento esclusivamente endoluminale con base d'impianto piccola.

Stenosi tracheali post-intubazione e post-tracheostomia

Il danno tracheale da intubazione riconosce come principale fattore l'eccessiva pressione della cuffia (>30 cmH2O), che determina ischemia della mucosa con conseguente ulcerazione, messa a nudo degli anelli cartilaginei, erosione e necrosi della cartilagine con perdita di supporto e riparazione con cicatrice transmurale[4]. Il danno ischemico è accentuato dalla presenza d'instabilità emodinamica con ipotensione ed ipoperfusione tissutale e dall'infezione (colonizzazione da parte della flora patogena del cavo orale).

Con l'introduzione di tubi tracheali provvisti di cuffia ad alto volume ed a bassa pressione la prevalenza delle stenosi cicatriziali è ridotta a circa l'1%. Permane elevata (30% circa) l'incidenza di stenosi post-tracheostomia, specie nei casi di prolungato trattamento rianimatorio (fattori favorenti: infezioni, irritazione meccanica, uso di ventilazione a pressione positiva[5].

La reazione riparativa della mucosa al danno subito si manifesta con diversi quadri: a) formazione di tessuto di

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

granulazione (granulomi) b) tessuto cicatriziale che restringe ad anello il lume con risparmio della cartilagine ed estensione longitudinale per 1.5 cm (web-like stenosis o stenosi semplici) c) tessuto cicatriziale eccentrico con associata distruzione cartilaginea (stenosi complesse) Le stenosi cicatriziali post-tracheostomia originano quasi sempre all'altezza o subito al di sopra della stomia, le stenosi post-intubazione translaringea si manifestano in sede sottoglottica a ridosso delle corde vocali o nel punto d'impatto della cuffia. La sintomatologia costituita da dispnea da sforzo, respiro sibilante, stridore e tirage, insorge a distanza di settimane dalla rimozione della via aerea artificiale (cannula o tubo) ed è progressivamente ingravescente, in misura proporzionale alla riduzione del lume tracheale. La diagnosi tardiva e la frequente erronea attribuzione dei sintomi a patologia asmatica fanno sì che tale condizione venga diagnosticata nella maggior parte dei casi in situazioni di urgenza (paziente trasportato al Pronto Soccorso per dispnea critica o crisi asfittica con lume tracheale residuo di 3-5 mm). Il trattamento endoscopico è elettivo nei granulomi, può essere elettivo nelle stenosi semplici (anche se l'incidenza di recidive è alta con necessità di più trattamenti) ed è necessario nelle condizioni di emergenza, per consentire il ripristino di un calibro accettabile per il posizionamento di un tubo oro-tracheale in grado di ventilare il paziente o per far arrivare il paziente ad un trattamento chirurgico in condizioni stabilizzate. La terapia chirurgica (resezione-anastomosi) offre ottimi risultati nel 94% dei casi ma deve essere considerata nei pazienti senza significative comorbilità e previa attenta valutazione endoscopica dell'estensione e dei limiti prossimali della stenosi (è importate l'integrità della cartilagine cricoide)[6]. Nelle stenosi complesse per le quali non sia possibile la chirurgia, il trattamento è endoscopico (broncoscopia rigida) con dilatazione meccanica e posizionamento di endoprotesi.

Papillomatosi

La papillomatosi è una malattia caratterizzata dalla crescita di papillomi nelle vie aeree (laringe, trachea e bronchi) ed è determinata dal papilloma virus HPV6 o HPV11. Può insorgere sia nei bambini che nell'età adulta (picco d'incidenza 20-30 anni), il tratto genitale rappresenta la fonte di trasmissione (durante il parto nei neonati, contatto con genitali infetti nell'adulto). La malattia tende alla recidiva e sono descritti casi di trasformazione in forme di carcinoma squamoso. E'possibile anche il coinvolgimento del parenchima polmonare con noduli escavati La terapia comprende il trattamento endoscopico (resezione meccanica dei papillomi e trattamento con laser della base d'impianto) e farmacologico (antivirali: acyclovir, ribavirina, alfa-interferone; indole-3-carbinol)[7].

Amiloidosi

La deposizione di amiloide (materiale proteinaceo sotto forma di fibrille intrecciate non ramificate) nell'albero tracheobronchiale può presentarsi come forma isolata (rara) o nell'ambito di una forma sistemica. Il coinvolgimento nelle vie aeree può essere focale, multifocale o diffuso (laringe, trachea, bronchi fino alle diramazioni segmentare).

La deposizione di amiloide avviene inizialmente in corrispondenza delle pareti dei vasi della sottomucosa ed a livello delle ghiandole mucipare.

L'aumento progressivo della matrice amiloide si traduce nella comparsa di noduli e placche che determinano progressiva riduzione del lume. La malattia coinvolge più frequentemente il sesso maschile e si manifesta tra la 5° e la 6° decade di vita. La sintomatologia si caratterizza per la presenza di stridore e tirage nelle forme a localizzazione laringea; tosse, respiro sibilante, emottisi nelle forme coinvolgenti la trachea ed i bronchi. L'aspetto endoscopico è spesso caratteristico quando le nodulazioni e le placche assumono un colorito giallastro e superficie liscia. Le biopsie bronchiali sono diagnostiche (materiale PAS+) ed il trattamento nelle forme tracheobronchiali è endoscopico (resezione meccanica laser-assistita). La malattia ha un decorso molto lento, ma con incidenza molto elevata di recidive dopo trattamento e con mortalità del 50%[8,9].

Sono descritti casi di associazione con tracheobroncopatia osteocondroplastica[10].

Tracheobroncopatia osteocondroplastica

La tracheobroncopatia osteocondroplastica è caratterizzata dalla presenza di noduli di tessuto osseo e cartilagineo nella sottomucosa della trachea e dei bronchi, con risparmio della pars membranacea. Istologicamente si osservano isole di tessuto osseo e cartilagineo nella sottomucosa, in stretta associazione con il pericondrio; occasionalmente sono stati riscontrati foci di midollo osseo con attività emopoietica. Una teoria istogenetica spiega la loro presenza come eccondrosi ed esostosi degli anelli cartilaginei. La malattia colpisce maggiormente il sesso maschile oltre i 50 anni e decorre nella maggior parte dei casi asintomatica. La comparsa dei disturbi respiratori è legata all'entità del coinvolgimento tracheobronchiale ed al restringimento del lume (tosse, respiro sibilante, difficoltà d'intubazione). Il trattamento è endoscopico (laser) quando il lume è severamente compromesso[11,12].

Policondrite ricorrente

La policondrite ricorrente è un malattia sistemica ad origine sconosciuta caratterizzata da infiammazione ricorrente delle componenti cartilaginee del naso, orecchio esterno, articolazioni periferiche, laringe, trachea e bronchi. La patogenesi riconosce un meccanismo autoimmune, colpisce con prevalenza il sesso femminile tra la 3° e la 6° decade di vita. Il coinvolgimento tracheobronchiale è presente nel 50% dei casi (raramente è isolato) e rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità. La flogosi comporta frammentazione

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

e distruzione della cartilagine e l'ostruzione delle vie aeree avviene attraverso tre fasi: edema ed essudazione nella fase attiva, collasso malacico nella fase distruttiva, stenosi per proliferazione fibrosa nella fase tardiva. Nelle fasi iniziali la malattia decorre asintomatica ma quando il lume si restringe progressivamente compaiono tosse, dispnea, sibili, disfonia ed afonia. La laringe e la regione sottoglottica sono le sedi inizialmente coinvolte, quindi la malattia si estende inferiormente in modo focale o diffuso. La diagnosi viene posta in base alla clinica (criteri maggiori: condrite auricolare, nasale e laringo-tracheale; criteri minori: infiammazione oculare, ipoacusia, danno vestibolare, artrite sieronegativa), mancando elementi patognomonici sia istologici che di laboratorio. La TAC dinamica mostra ispessimento delle pareti delle vie aeree antero-laterali con calcificazioni e collasso anche in fase inspiratoria; le pareti posteriori sono risparmiate. La terapia è sistemica (corticosteroidi, immunosoppressori, antinfiammatori non-steroidei) associata a trattamento endoscopico palliativo (dilatazione, stent) in caso di stenosi sintomatica[13].

Tracheobroncomalacia

La tracheobroncomalacia (TBM) si caratterizza per la presenza di collasso delle pareti bronchiali durante l'espirazione dovuta alla perdita del supporto cartilagineo e può essere congenita, causata da difetto di maturazione della cartilagine, o secondaria, con interessamento focale o diffuso, a numerose condizioni quali pregresse intubazioni, infezioni, traumi, compressioni *ab-estrinse*co di lunga data, broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Le metodiche d'*imaging* dinamico (TAC, RMN) e la broncoscopia rivestono un ruolo essenziale nello studio del collasso espiratorio delle vie aere centrali, mostrando quadri di eccessivo collasso dinamico della parete posteriore per prevalente alterazione del connettivo della pars membranecea con risparmio cartilagineo (EDAC: *excessive dynamic airway collapse*) o completo collabimento anche delle pareti antero-laterali per danno cartilagineo (TBM). Le due entità possono essere separate o coesistere. L'eccessivo collasso dinamico (EDAC) è tipicamente associato al fumo, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva, all'asma ed alla sindrome di Mounier-Kuhn (tracheobroncomegalia congenita)[14].

La sintomatologia è in relazione al grado di collasso espiratorio; quando il collasso è maggiore del 75% è presente dispnea per sforzi lievi, tosse stizzosa o incoercibile, respiro sibilante, difficoltà nell'espettorazione con infezioni ricorrenti delle basse vie respiratorie.

La terapia prevede, oltre al trattamento della malattia di base nelle forme secondarie, l'utilizzo della ventilazione non invasiva (NIPPV). Può essere considerato in casi selezionati e con interessamento focale l'utilizzo di endoprotesi e/o la chirurgia[15].

Bibliografia

1) Gelder CM, Hetzel MR. Primary tracheal tmors: a national survey. Thorax 1993;48:688-692
2) Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr MB et al. Long-term survival after resection of primari adenoid-cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. Ann Thorac Surg 2004;78:1889-97
3) Park CM, Goo JM,Lee HJ et al. Tumors in the tracheobronchial tree: CT and FDG-PET features. Radiographics 2009;29:55-71
4) Cooper JD, Grillo HC. Expermental production and prevention of injury due to cuffed tracheal tubes. Sug Gynecol Obstet 1969;129:1235-1241
5)Norwood S., Vallina VL, Short K et al. Incidente of tracheal stenosis and other late complications after percutaneous tracheostomy. Ann Surg 2000;232:233-241
6) Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ et al. Post-intubation tracheale stenosis. Treatment and results. J Thorac Cardiovasc Surg 1995;109:486-92
7) Prince JS, Duhamel DR, Levin Dl et al. Nonneoplastic lesions of the tracheobronchial wall: radiologic findings with bronchoscopic correlation. Radiographics 2002;22:215-230
8) Crestani B, Monnier A, Kambouchner M et al. Tracheobronchial amyloidosis with hilar lymphadenophaty associated with a serum monoclonal immunoglobulin. Eur Respir J 1993;6:1569-1571
9) Yang S, Chila SY, Chuah KL et al. Tracheobronchial amyloidosis treated with rigid bronchoscopy and stentino Surg Endosc 2003;17:658-9
10) Georgiades CS, Neyman EG, Barish MA et al. Amyloidosis: review and CT manifestations. Radiographics 2004; 24: 405-16
11) Restrepo S, Pandit M, Villamil MA et al. -Tracheobronchopathia osteochondroplastica-helicaCT finding in 4 cases. J Thorac Imaging 2004;19:112-116
12) Aabbardiarjani HR, Radpey B, Kharabian S et al. Tracheobronchopathia osterochondroplastica: presentation of ten cases and review of literature. Lung 2008;186:293-7
13) Rafeq S, Trentham D, Ernst A. Pulmonary manifestations of relapsing polychondritis. Clin Chest Med 2010;31:513-18
14) Edward Y, Lee MD, Litmanovich D et al. Multidetector CT evaluation of tracheobronchomalacia. Radiol Clin North Am 2009; 47: 261-69
15) Murgu SD, Colt HG .Treatment of adult tracheobronchomalacia and excessive dynamic airway collapse: an up date. Treat Respir Med 2006;5:103-15

Lina Zuccatosta

Il paziente con tosse

Luciano Caraceni, Alberto Tubaldi *(Macerata)*

Caso clinico

Paziente di sesso femminile, di 52 anni.

Presenta da circa 5 settimane tosse scarsamente produttiva, prevalentemente diurna, associata a sensazione di "vellichio" in gola ed episodi di abbassamento del tono della voce. Nessun risultato con le abituali terapie sintomatiche.

All'anamnesi patologica remota emerge ulcera duodenale in età giovanile, ipertensione arteriosa e sinusite fronto-mascellare ricorrente. Nessun elemen-

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Infezioni delle alte vie respiratorie	Raffreddore comune ed altre virosi respiratorie, Pertosse, Sinusite
Malattie gravi e potenzialmente fatali	Polmonite, Embolia, Scompenso cardiaco, Corpi estranei Irritanti ambientali
Riacutizzazione di patologie preesistenti	BPCO, Asma bronchiale, Insufficienza cardiaca, Reflusso gastroesofageo, UACS

Tab. 1 - Cause di tosse acuta.

to anamnestico familiare e personale per patologia allergica Le ipotesi diagnostiche si riferiscono ad una probabile tosse da farmaci, oltre che alle tre cause più frequenti di tosse cronica in medicina generale: asma bronchiale, tosse da GERD, tosse da post nasal drip.

Gli esami ematologici di routine e la radiografia del torace si mostrano nella norma; si conferma modesta sinusite frontale ad un rx dei seni paranasali. La paziente non assume farmaci che provocano tosse; un trattamento farmacologico con inibitore di pompa protonica (IPP) a dosaggio pieno per 4 settimane non risolve il problema; si esclude la diagnosi di asma per gli elementi anamnestici e l'esame obiettivo negativo. L'ipotesi accreditata è quella di tosse da post nasal drip, confermata dalla risoluzione dei sintomi con l'uso di antistaminici di prima generazione e vasocostrittori nasali.

Luciano Caraceni

Cause e percorso diagnostico

L'incidenza del sintomo tosse varia nella popolazione generale dal 5 al 40% in base alle caratteristiche ambientali, all'età della popolazione, alla stagione e all'abitudine al fumo. Per il Medico di Medicina Generale è la 3a causa che induce il paziente a consultare il medico e per lo specialista Pneumologo la tosse persistente è responsabile del 10-35% della visite pneumologiche.

Tre malattie, cioè asma, reflusso gastro-esofageo (GER) e post-nasal drip (PND) (scolo retronasale) sono responsabili della maggior parte dei casi di tosse cronica. Inoltre, vi sono complessivamente oltre 100 patologie che pure sono importanti cause di tosse e che non sono affatto rare. La tosse si definisce "acuta" quando dura per meno di otto settimane, mentre si definisce "cronica" se persiste da più di otto settimane.

Cause di tosse acuta

La tosse acuta nell'80- 85% dei casi è provocata da comuni virus respiratori e viene scatenata dal danno indotto dal virus sull'epitelio bronchiale. In questi casi tende usualmente ad autolimitarsi in maniera spontanea, necessitando unicamente di un trattamento sintomatico. L'approccio clinico-anamnestico è di solito sufficiente per giungere alla diagnosi senza ricorrere ad ausili laboratoristico-strumentali. Le cause di tosse acuta possono essere malattie gravi e potenzialmente fatali (Tab. 1) e quindi può essere accompagnata dalla presenza di altri sintomi e segni; in questi casi si richiede un'accurata diagnosi eziologica e una terapia conseguente. Esistono, poi, forme che dobbiamo ritenere idiopatiche di cui non è ancora chiara l'effettiva incidenza.

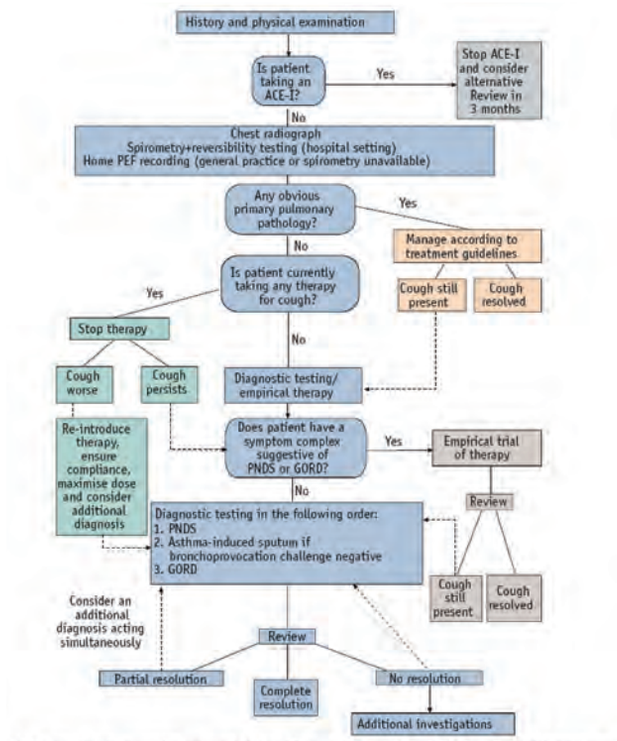
Cause di tosse cronica nell'adulto immunocompetente

Asma, GER e PND da sole o in associazione sono responsabili di almeno il 90% dei casi di tosse cronica. Compaiono poi una varietà di cause "insolite" ed estremamente infrequenti. La tosse idiopatica è rara. Spesso queste cause coesistono tra loro per cui in uno stesso paziente possono essere presenti 2

Asma	Tracheobroncomalacia
Reflusso gastroesofageo	Stenosi delle vie aeree
Rinosinusite	Corpo estraneo nelle vie aeree
Bronchiectasie	Broncolitiasi
Pneumopatie infiltrative diffuse	Linfangioleiomiomatosi
Tosse idiopatica	Istiocitosi X
Tosse post-virale	Proteinosi alveolare
BPCO	Ipertrofia tonsillare
Terapia con ACE-inibitori	Masse mediastiniche
Neoplasie polmonari	Edema polmonare
Tosse psicogena	Embolia polmonare
Tic disorder	Connettiviti, vasculiti

Tab. 2 - Principali cause di tosse cronica nell'adulto immunocompetente.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE



ACE-1: angiotensin converting enzyme inhibitor; PEF: peak expiratory flow; PNDS: post-nasal drip syndrome; GORD: gastro-oesophageal reflux disease.

Fig. 1 - Algoritmo diagnostico della Task Force dell'ERS.

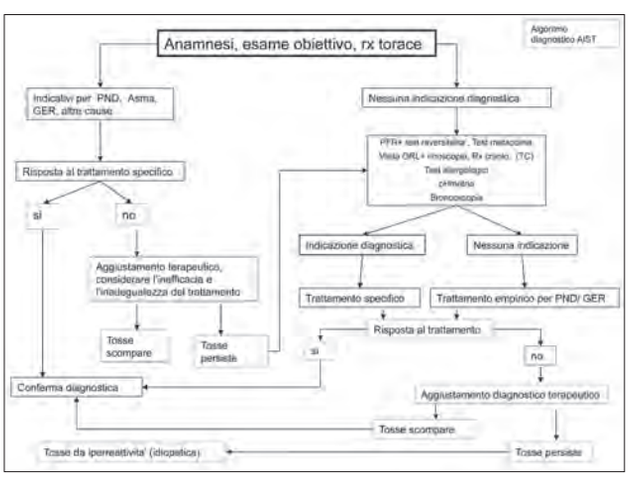


Fig. 2 - Algoritmo diagnostico dell'AIST.

o 3 condizioni potenzialmente responsabili di tosse (Tab. 2).

Percorso diagnostico

Il percorso diagnostico della tosse cronica comprende necessariamente esame clinico ed indagini strumentali. L'anamnesi rappresenta il momento fondamentale da cui deve partire il percorso diagnostico. I principali elementi da ricercare sono: età del paziente, abitudine al fumo, esposizione ambientale/lavorativa, atopia, farmaci assunti (ACE inibitori, beta-bloccanti), risposta a trattamenti precedenti, etc. Anamnesi ed esame obiettivo hanno complessivamente un valore diagnostico buono (VPP dei sintomi 40-56%) ma non ottimale; certi sintomi, infatti, possono riflettere una patologia associata senza significato eziologico. L'assenza di un determinato sintomo (es. dispepsia) non esclude una patologia di importanza eziopatogenetica ed alcuni sintomi (es. sintomi faringei) possono essere espressione di almeno due patologie (GER e PND).

Per questo è importante valutare la risposta alla terapia, che comunque non sempre è un criterio di validità assoluta, o anche la risposta alla sospensione della terapia.

La Figura 1 mostra l'algoritmo diagnostico proposto dalla Task Force dell' ERS (European Respiratory Society) ("The diagnosis and management of chronic cough" A.H. Morice and Committee Members. Eur Respir J 2004; 24: 481–492), mentre la Fig. 2 mostra un algoritmo diagnostico dell'AIST (Associazione Italiana Studio Tosse). Entrambi, pur con modeste differenze, prevedono, in caso di elevata probabilità clinica, trial terapeutici per asma, GERD e PND; in assenza di elementi clinici indicativi sono invece previste indagini diagnostiche molto approfondite comprensive anche di test alla metacolina, HRTC torace, tracheobroncoscopia, TC seni paranasali e studi esofagei (pHmetria o pH-impedenzometria).

Alberto Tubaldi

Il paziente con sonnolenza diurna

Luciano Caraceni *(Macerata)*, Francesca Marchesani *(Ancona)*, Gian Paolo Mattioli *(Ancona)*

Caso clinico

Paziente di sesso maschile, 72 anni, forte fumatore. Riferisce da qualche mese sensazione di facile stancabilità associata a sonnolenza, a volte improvvisa, durante le normali attività quotidiane. Accentuazione del russamento notturno. Inoltre presenta turbe della deambulazione e dell'equilibrio e piccoli episodi di amnesia.

All'anamnesi vengono evidenziate: ipertensione arteriosa; carcinoma uroteliale vescicale; diabete mellito tipo 2; broncopneumopatia cronica in abitudine tabagica. Gli esami ematochimici evidenziano poliglobulia con marcato incremento dell'ematocrito.

Le ipotesi diagnostiche principali si riferiscono ad una patologia degenerativa di tipo neurologico o ad un disturbo del sonno di tipo respiratorio.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Esegue visita neurologica e test di funzionalità respiratoria (polisonnografia) che confermano la presenza di una sindrome delle apnee ostruttive di grado severo. Inizia il trattamento con cPAP con ottimi benefici.

Luciano Caraceni

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS). Dalla clinica alla diagnostica strumentale

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) è un disturbo respiratorio caratterizzato da episodi ripetuti di completa o parziale ostruzione delle vie aeree superiori associati a cadute fasiche dell'ossiemia con conseguente riduzione della saturazione di O2.

Nonostante l'alta prevalenza dell'OSAS (almeno il 4% degli uomini ed il 2% delle donne) tale patologia è spesso non riconosciuta e non diagnosticata[1]. La mancata diagnosi è di particolare importanza perchè si associa ad elavata morbidità e mortalità.

L'OSAS non solo aumenta da 3 a 7 volte la percentuale di incidenti automobilistici , ma è un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, in particolare dell'ipertensione arteriosa, della coronaropatia, dello scompenso cardiaco e dell'ictus[2].

La caratteristica fisiopatologica dell'OSAS è il collasso delle vie aeree superiori a livello della faringe[3]. Il collasso si verifica quando alla normale riduzione del tono dei muscoli dilatatori delle vie aeree superiori si associa una riduzione anatomica del calibro della faringe o un'aumentata compliance della stessa[4].

Alterazioni anatomiche delle vie aeree superiori quali l'ipertrofia tonsillare, la retrognazia, le anomalie craniofacciali ed il deposito di grasso perifaringeo, come si osserva nel soggetto obeso, sono i più importanti fattori determinanti il collasso della faringe[1].

Di solito il paziente si rivolge al medico per un'eccessiva sonnolenza diurna o per il russamento o le apnee riferite dal partner.

Il russamento è sicuramente il sintomo più frequente e si osserva nel 70-95% dei pazienti[5]. L'ipersonnia diurna è causata dalla frammentazione del sonno notturno, correlata ai frequenti risvegli, ed è un sintomo comune come il russamento. Per misurare la sonnolenza non vi è un esame gold standard, ma il questionario più semplice e più utilizzato è la scala di Epworth per la sonnolenza (ESS)[6].

Il risveglio improvviso con senso di soffocamento rappresenta il terzo sintomo più frequente per cui il paziente si reca dal medico. Di solito questi episodi durano pochi secondi, ma possono essere causa di forte stress per il paziente e per il partner.

Essi devono essere distinti da altre cause di dispnea notturna, come la dispnea da scompenso ventricolare sinistro, da asma e da respiro di Cheyne-Stokes in pazienti con scompenso cardiaco. Per le conseguenze fisiopatologiche dell'OSAS che possono coinvolgere qualsiasi organo, i pazienti talora si recano da altri specialisti, come l'Urologo se hanno nicturia o disturbi della libido, il Cardiologo se lamentano angina notturna o ipertensione arteriosa, il Neurologo se hanno ipersonnia, o addirittura lo Psichiatra se sono ansiosi o manifestano disturbi comportamentali. È importante perciò che i medici siano consapevoli della varietà sintomatologica con cui l'OSAS può manifestarsi per sospettarla e quindi diagnosticarla.

I sintomi associati all'OSAS possono essere diurni come la sonnolenza, la cefalea mattutina, la riduzione della concentrazione, della libido, dell'attenzione e la depressione e notturni, come il russamento, le apnee il choking, la nicturia, eccessivi movimento nel sonno ed il reflusso gastroesofageo. Anche se la sintomatologia può essere molto suggestiva per OSAS, la diagnosi non può prescindere da una valutazione strumentale per l'intera durata della notte (7). Tuttavia, secondo le linee guida AIMS-AIPO, prima di avviare un paziente con sospetto di OSAS al percorso diagnostico strumentale debbono essere ricercati i seguenti sintomi: russamento abituale e persistente, pause respiratorie nel sonno riferite dal partner, risvegli con sensazione di soffocamento in soggetto russatore, sonnolenza diurna, ed i seguenti segni: BMI >29, circonferenza collo >43 cm (M) o 41 (F) e dimorfismi cranio-facciali od anomalie oro-faringee (7). Maggiore è il numero di sintomi o segni presentati dal paziente, minore è la complessità della strumentazione utilizzata. Le metodiche strumentali sono rappresentate dal monitoraggio cardiorespiratorio ridotto che prevede la registrazione notturna di 4 parametri: rumore respiratorio, o flusso oro-nasale, frequenza cardiaca, ossimetria, posizione corporea. Il monitoraggio ridotto permette l'identificazione indiretta degli eventi respiratori attraverso l'ossimetria, ma non permette l'identificazione dei periodi di sonno. Il monitoraggio notturno cardiorespiratorio completo regi-

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) ha un'elevata incidenza (4% negli uomini e 2% nelle donne), ma è spesso non riconosciuta e non diagnosticata.
L'OSAS è un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, coronaropatia, scompensa cardiaco, ictus) ed aumenta da 3 a 7 volte la percentuale di incidenti automobilistici.
Sintomi più frequenti sono: russamento notturno, ipersonnia diurna, risveglio improvviso con senso di soffocamento. Possono anche essere presenti: cefalea mattutina, riduzione della capacità di concentrazione, riduzione della libido, nicturia.
La diagnosi si basa sugli elementi clinici e sul monitoraggio cardiorespiratorio notturno che può essere limitato a 4 parametri (rumore respiratorio, frequenza cardiaca, ossimetria, posizione corporea) oppure esteso alla registrazione dei movimenti toraco-addominali, dell'EEG, dell'EOG e dell'EMG sottomentoniero.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

stra i seguenti parametri: rumore respiratorio, flusso oro-nasale, movimenti toraco-addominali, frequenza cardiaca, ossimetria, posizione corporea. Questa metodica permette l'identificazione diretta degli eventi respiratori ma non permette l'identificazione dei periodi di sonno. La polisonnografia notturna con sistema portatile registra i seguenti paramentri :EEG, EOG, EMG sottomentoniero, rumore respiratorio, flusso oro-nasale, movimenti toraco-addominali, frequenza cardiaca, ossimetria, posizione corporea. L'esame polisonnografico permette la stadiazione del sonno, il riconoscimento degli elementi microstrutturali e l' identificazione diretta degli eventi respiratori. La polisonnografia notturna in laboratorio registra EEG, EOG, EMG sottomentoniero, rumore respiratorio, flusso oro-nasale, movimenti toraco-addominali, frequenza cardiaca, ossimetria, posizione corporea; sono facoltativi la registrazione della pressione endoesofagea e dei movimenti degli arti. Questo esame va eseguito in laboratorio sotto diretto controllo del tecnico per tutto il tempo di registrazione.

Gli indici di analisi dei disturbi del sonno sono: l'indice di apnea-ipopnea (AHI) che esprime il numero di apnee/ipopnee per ora di sonno, l'indice di disturbi respiratori (RDI) che esprime il numero di apnee/ipopnee, il Respiratory Effort Related Arousal (RERA) o Flow Limitation Arousal (FL-Arousal) per ora di sonno, e l'indice di desaturazione ossiemoglobinica (ODI) che esprime il numero di desaturazioni > 4% per ora di sonno[8]. Per quanto riguarda la fase terapeutica, si possono individuare i seguenti approcci principali: la terapia comportamentale e posizionale, l'impiego di protesi ortodontiche per le forme lievi e moderate, la terapia ventilatoria per le forme moderate e gravi con C-PAP o con Bilevel PAP ed il trattamento chirurgico in casi selezionati o in casi di mancata compliance alla terapia medica ventilatoria.

Bibliografia

1) Phillipson EA. Sleep apnea - a major public health problem. N Engl J Med 1993;328:1271-3
2) Mc Nicholas WT. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. Proc Am Thorac Soc 2008; 5:154-160
3) Ryan CM, Bradley TD: Pathogenesis of obstructive sleep apnea. J Appl Physio 2005; 99:2440-50.
4) Patil SP, Schneider H, Schwartz AR, Smith PL. Adult obstructive sleep apnea. Pathophysiology and diagnosis. Chest 2007; 132:325-37.
5) Schlosshan D, Elliott MW. Sleep. 3 : Clinical presentation and diagnosis of the obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. Thorax 2004;59:347-52.
6) Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale Sleep.1991;14: 540-1.
7) Linee guida di procedura diagnostica nella sindrome delle apnee ostruttive nel sonno nell'adulto. Documento AIMS-AIPO Rassegna di Patologia dell'Apparto Respiratorio 2001;16-278-80.
8) Patrono V, Bosi M, Sanna A, Fanfulla F, Braghiroli A, Insalaco G. Gli indici per la diagnosi strumentale delle apnee nel sonno: standardizzazione del calcolo con polisonnografia e monitoraggio cardiorespiratorio. Rassegna di Patologia dell'Apparto Respiratorio 2006; 21: 22-27.

Francesca Marchesani

Decisioni terapeutiche

Il trattamento dell'OSAS si basa su di un percorso multidisciplinare che può coinvolgere diversi specialisti: Pneumologo, Neurologo, Endocrinologo, Nutrizionista, Psicologo, Cardiologo, Otorinolaringoiatra, Chirurgo Bariatra, Chirurgo Maxillo-Facciale, Ortodontista.

L'approccio terapeutico al paziente può essere diverso in base alla caratteristiche e alla gravità della malattia, alla presenza o meno di sintomatologia ed alle comorbidità presenti.

Si possono individuare i seguenti approcci terapeutici:
Trattamenti conservativi (comportamentale/posizionale)
Protesico-ventilatorio (CPAP/BiLevel)
Protesico-ortodontico
Chirurgico

C'è unanime consenso in letteratura sul fatto che la terapia d'elezione sia quella protesica ventilatoria con CPAP, in quanto i trattamenti chirurgici sono da considerarsi solo in casi selezionati o nei casi di mancata compliance alla terapia medica ventilatoria.

Trattamenti conservativi

Riduzione del peso corporeo. Circa 2/3 dei pazienti OSAS sono obesi. La riduzione del peso corporeo negli OSAS è sempre consigliabile, tuttavia l'OSAS migliora in misura variabile ed imprevedibile dopo il dimagramento. Inoltre, l'OSAS può ricomparire anche quando il paziente riesce a mantenere il peso. Le varie strategie utilizzate, conservative (diete più o meno spinte, terapia comportamentale, farmaci anoressizzanti) o chirurgiche (chirurgia bariatrica) comportano una riduzione del peso corporeo variabile fra il 5 e il 50%.

Igiene del sonno. Comprende una serie di regole rivolte a favorire un buon sonno come evitare l'assunzione serale di stimolanti quali la caffeina e altri stimolanti chimici,dormire regolarmente un certo numero di ore coricandosi non troppo tardi la sera, dormire in un ambiente silenzioso, evitare sonnellini diurni a meno che ciò non sia indispensabile per contenere l'ipersonnia diurna, evitare l'utilizzo di alcoolici e di altre sostanze ad azione depressiva respiratoria (narcotici, benzodiazepine, barbiturici, etc.)

Terapia posizionale. L'assunzione di una postura laterale può essere consigliabile in pazienti generalmente più giovani, non eccessivamente pingui e con OSAS di minor gravità, soprattutto alla luce dei dati derivati dagli esami strumentali che indichino come posizionale il russamento e le apnee. I soggetti con OSAS più grave e francamente obesi risentono in minor misura o non risentono affatto della modifica posturale

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

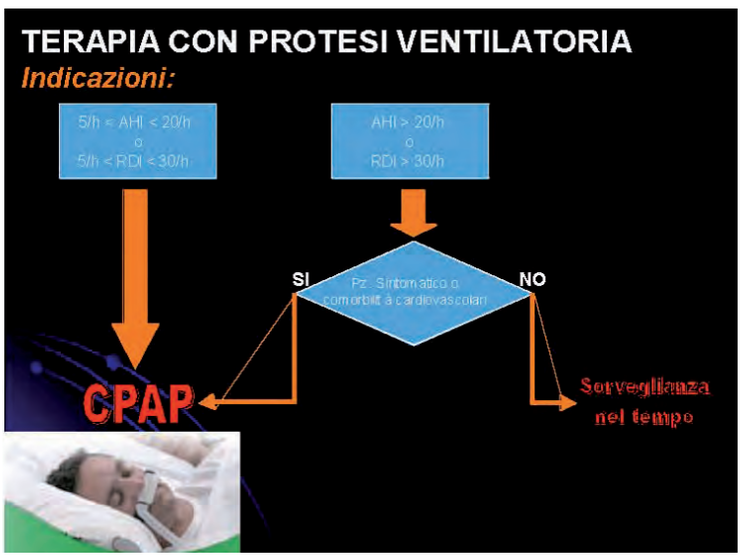


Fig. 1 - Terapia con protesi ventilatoria.

nel sonno.

La metodica classica e maggiormente utilizzata consiste nel posizionare una pallina da tennis in una tasca di stoffa cucita su una maglietta all'altezza del dorso.

Miglioramento dell'ostruzione nasale. Essa è molto frequente ed è una causa favorente il russamento e le apnee ostruttive. Non vi sono pur tuttavia dati conclusivi che l'utilizzo di decongestionanti o la terapia chirurgica nasale migliorino significativamente l'entità dell'OSAS forse per la persistenza di fattori favorenti a livello rino-faringeo ed oro-faringeo. Vale comunque la pena di tentare la via correttiva in caso di marcate deviazioni rino-settali od in presenza di poliposi nasale ed ipertrofia dei turbinati che impedirebbero l'applicazione della CPAP.

Terapia con protesi ventilatoria

Il trattamento ventilatorio si basa sull'utilizzo della CPAP (Continous Positive Airway Pressure) che è un generatore di flusso aereo con pressione positiva continua nelle vie aeree in grado di dilatare il lume faringeo impedendone il collasso delle strutture molli. La CPAP dà ottimi risultati con frequente normalizzazione (o quasi) del sonno:

Le indicazioni sono riportate nella sottostante figura.

AHI (apnee+ipopnee/ora) >20 /h oppure RDI (apnee+ipopnee+RERA) > 30/h in pazienti asintomatici e senza comorbilità cardiovascolare

AHI = 5-19/h oppure RDI=5-29/h in paziente sintomatico e/o con comorbilità cardiovascolare severa

Per paziente sintomatico si intende il paziente con eccessiva sonnolenza diurna (ESS>11), anamnesi di incidenti stradali e sul lavoro.

Per comorbilità cardiovascolare severa si intende la presenza di: ipertensione arteriosa severa o mal controllata dal trattamento farmacologico, cardiopatia ischemica cronica severa o tale da richiedere trattamento farmacologico continuativo, cardiopatia disritmica severa o tale da richiedere terapia farmacologica continuativa; cardiopatia in precario compenso emodinamico inquadrabile come NYHA 3° - 4° o con frazione di eiezione inferiore al 40%, pregresso stroke.

Terapia protesico - ortodontica

Il trattamento della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno può avvalersi del supporto odontostomatologico-ortodontico attraverso l'utilizzo degli Oral Appliances (OA). È nota la loro efficacia in casi selezionati, soprattutto per la risoluzione del russamento e delle OSAS lievi e moderate in soggetti non obesi. Gli apparecchi utilizzati sono dei dispositivi mobili di avanzamento della mandibola, da mettersi prima di dormire, che creano uno spazio maggiore tra la lingua e il faringe, facilitando il decorso dell'aria. Tuttavia esistono effetti collaterali e controindicazioni che ne possono ridurre l'applicabilità e inficiare la compliance del paziente e possono avere l'effetto indesiderato di modificare l'occlusione del paziente e pertanto vanno gestiti da mani esperte

La terapia chirurgica multisede o multilivello

Include gli atti chirurgici differenziati e specifici associati a trattare le sottoaree anatomiche delle vie aeree superiori ritenute coinvolte nei processi di vibrazione ma soprattutto di collasso responsabili dello snoring, ipoapnee ed apnee (Tab. 1). Indicata come terapia alternativa alla terapia ventilatoria in caso di fallimento o di insufficiente compliance.

Indicazioni per la chirurgia con tecniche convenzionali

Il combinato di Fase I (interventi su naso, palato ed ipofaringe) appare indicato nei vari gradi di severità dell'OSAS. La sua efficacia complessiva, in una casistica selezionata, risulta di poco superiore al 50%.

La percentuale di successo atteso varia in funzione inversa dei valori di AHI e di BMI preoperatori (più severa è l'OSAHS e più obeso il soggetto, minore la probabilità di successo). La percentuale di successo è inoltre influenzata negativamente dalla presenza di significativa retrognazia e macroglossia, ed influenzata positivamente da una tonsillomegalia marcata.

Il combinato di Fase II (avanzamento bimascellare, Resezione della base linguale, tracheotomia skin lined) è indicato nei casi di OSAS severa con AHI>30 e BMI>30, o nei casi di insuccesso di fase I.

Indicazioni per il trattamento multilivello con radiofre-

Fase 1
Chirurgia nasale (settoplastica, tubinoplastica, ...)
UPPP
UPF (uvulo palatal flap)
LAUP (laser assisted uvulopalato-plasty)
Sospensione ioidea
Sospensione linguale
avanzamento genioglosso
RFVR = riduzione volumetrica tissutale con radio frequenze
Fase 2
Avanzamento bimandibolare
Resezione della base linguale (Chabolle)
Tracheotomia skin lined

Tab. 1 - La terapia chirurgica multisede o multilivello.

quenza

Russamento semplice in cui si abbia evidenza di siti vibranti plurimi (dalla awake e/o sleep endoscopy) ed OSAS di livello medio-lieve (AHI<20). Inoltre è indicata in soggetti con fattori di rischio locali e/o generali che controindichino interventi maggiori in narcosi e nel caso si vogliano esercitare effetti additivi ma non sostanziali

La chirurgia bariatica

Indicazioni:

BMI > 40

BMI tra 30 e 40 se patologie associate migliorabili con il calo di peso (ipertensione, diabete, artrosi, apnee ostruttive notturne)

Fallimento di precedenti tentativi dietetici o farmacologici

Età superiore ai 18 anni

Obesità stabile da più di 5 anni

Assenza di patologie endocrine

Assenza di dipendenza da alcool o droghe

Consenso e compliance soddisfacente del paziente

Rischio operatorio accettabile

Terapie farmacologiche di supporto

In letteratura vengono segnalati studi preliminari sull'uso di farmaci non benzodiazepinici, in particolare serotoninergici, per il controllo delle forma di OSAS di gravità lieve. Si va sempre più consolidando la procedura di utilizzare farmaci stabilizzatori della struttura del sonno, soprattutto per migliorare l'aderenza al trattamento ventilatorio.

Gian Paolo Mattioli

Febbre e addensamenti polmonari

Francesco Angerilli *(Macerata)*, Corrado Micucci *(Jesi)*, Silvano Subiaco *(Jesi)*

Caso clinico

Uomo di 39 anni fumatore.

Improvvisa iperpiressia con tosse scarsamente produttiva ed astenia.

Esame obiettivo generale e toracico negativo; temperatura corporea 38°C; tachicardia sinusale (120 batt/min.) e SaO2: 97%; esami di laboratorio e sierologia nella norma.

Rx torace: addensamento parenchimale nel lobo medio.

Inizia terapia con macrolide che continua per 10 giorni.

Dopo 10 giorni, al successivo controllo laboratoristico, aumento delle transaminasi e positività degli anticorpi anti-Mycoplasma pneumoniae; rx torace con buona risoluzione, ma non scomparsa del focolaio nel lobo medio.

Dopo 30 giorni sintomi assenti, obiettività negativa, esami ematochimici negativi con persistenza della positività per il Mycoplasma pneumoniae e completa risoluzione radiologica dell' addensamento.

Diagnosi: polmonite da mycoplasma pneumoniae.

Diagnosi differenziale con altri addensamenti polmonari: COP, neoplasie, embolia polmonare, tbc, sarcoidosi, linfoma.

Francesco Angerilli

Le polmoniti acquisite in comunità: dalla diagnosi alla terapia

Introduzione

La polmonite è una patologia acuta del parenchima polmonare (bronchioli respiratori, alveoli e/o interstizio) associata ai classici sintomi di infezione delle basse vie respiratorie quali febbre, dolore toracico, tosse con o senza espettorato e presenza di un infiltrato, di recente comparsa alla radiografia del torace, accompagnato o meno da un reperto ascoltatorio toracico di crepitii. Le polmoniti possono essere classificate con criteri eziologici (virali, batteriche, protozoarie,…), anatomo-patologici (interstiziali, necrotizzanti,…) ed epidemiologici, ovvero in base alla sede di acquisizione dell'infezione. La distinzione su base epidemiologica delle polmoniti è quella attualmente preferita, e su di essa si fondano, in modo prevalente, tutte le linee guida di gestione clinica e trattamento delle polmoniti e che tiene conto delle possibili resistenze batteriche. Sulla base di quest'ultimo criterio le polmoniti si distinguono in CAP *(Comunity-Acquired Pneumonia)*, HCAP *(Healtcare-Associated Pneumonia)* e

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

NP *(Nosocomial Pneumonia)*, che a loro volta si dividono in HAP *(Hospital-Acquired Pneumonia)* e VAP *(Ventilator-Associated Pneumonia)*.

Definizione

Per CAP si intende una polmonite che si manifesti in un paziente al di fuori dell'ambiente ospedaliero o di residenza in una casa di riposo da meno di 14 giorni dall'insorgenza dei sintomi o che insorga entro le prime 48 ore, se ricoverato.

Epidemiologia

L'incidenza delle CAP è maggiore nelle età estreme della vita (< 10 aa. - > 65 aa.) e nel sesso maschile. Ancora oggi, in piena era antibiotica, le CAP rappresentano la VI causa di morte e la IV negli over 65. Ciò è da attribuirsi sia alle frequenti complicanze cardiovascolari, epatiche o renali, sia al fatto che le polmoniti sono più frequenti nella popolazione anziana con patologie croniche quali BPCO, diabete mellito, insufficienza renale, scompenso cardiaco congestizio, cardiopatia ischemica, neoplasie maligne, malattie neurologiche, epatopatie.

Eziologia

Dal punto di vista eziologico, anche se nel 50% dei casi l'agente causale rimane sconosciuto, il microrganismo più frequentemente coinvolto è lo Streptococcus Pneumoniae, seguito da Haemophilus Influenzae, Moraxella Catarrhalis, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae (Tab. 1). Nella valutazione del sospetto eziologico, è necessario, inoltre, tenere presente sia il fatto che alcune condizioni cliniche predispongono più di altre a specifiche eziologie (Tab. 2), sia il particolare andamento stagionale tipico di alcuni patogeni: il Mycoplasma Pneumoniae (autunno, con ciclicità quadriennale), la Legionella Pneumophila ed i virus Parainfluenzali (estate, inizio autunno), i Virus respiratori (primi tre mesi dell'anno).

Clinica

Sebbene il quadro clinico di un paziente con CAP, soprattutto se anziano, può essere subdolo, in genere il corteo sintomatologico è caratterizzato da febbre (ma anche ipotermia), tosse (80%) con o senza espettorazione, dolore toracico (30-40%), wheezing e/o dispnea (40-70%), tachicardia (45%). L'esame obiettivo del torace è solitamente caratterizzato da ipofonesi plessica con aumento del FVT, rantoli crepitanti e/o riduzione del murmure vescicolare e/o soffio bronchiale. Sintomi extrapolmonari, più o meno gravi, si associano quasi costantemente al corteo sintomatologico appena descritto: in particolare il paziente con CAP può presentare astenia, anoressia, sudorazione, nausea, cefalea, artromialgie.

Criteri di gravità e scelta del luogo di cura

Il sospetto diagnostico o la certezza di polmonite pone il medico di fronte alla necessità di valutare la gravità del quadro clinico ed il rischio di complicanze per decidere se ricoverare o meno il paziente (nel caso del MMG o del medico di PS) o, qualora il paziente fosse già ricoverato, se trasferire o meno il paziente in un reparto di terapia intensiva (nel caso del medico di PS o del medico ospedaliero). Bisogna ricordare che la scelta di ospedalizzare un paziente ha un'importante ricaduta in termini socio-economici, infatti un paziente con CAP ospedalizzato costa al SSN circa 25 volte di più di un paziente trattato a domicilio.

Inoltre, i pazienti trattati a domicilio hanno un recupero delle normali attività quotidiane più rapido dei pazienti ospedalizzati e vanno incontro ad un minor rischio di eventi trombo-embolici dovuti all'immobilizzazione o a superinfezioni ospedaliere da germi più virulenti e/o germi resistenti.

La valutazione dell'ospedalizzazione del paziente dipende, quindi, da molte variabili, che necessariamente il MMG deve tenere in considerazione. Numerosi studi hanno cercato di portare un contributo a tale fondamentale problema clinico e per tale motivo sono state redatte anche diverse linee guida.

Dal punto di vista pratico e ampiamente condiviso, va ospedalizzato un paziente con sospetta CAP che mostri:
- SaO2 < 90% in aria ambiente,
instabilità emodinamica,
- inaffidabilità sull'osservanza delle prescrizioni,
- coesistenza di altre patologie che richiedono il ricovero in ospedale,

Come è possibile notare tali indicazioni non tengono conto né di indagini ematochimiche più o meno sofisticate, né di una valutazione radiologica. La Rx del torace è, peraltro,

Paziente	Eziologia
A domicilio	*Streptococcus pneumoniae* *Mycoplasma pneumoniae* *Haemophilus influenzae* *Chlamydophila pneumoniae* Virus respiratori[a]
Ospedalizzato (non in terapia intensiva)	*S. pneumoniae* *M. pneumoniae* *C. pneumoniae* *H. influenzae* *Legionella species* Da aspirazione Virus respiratori[a]
Ospedalizzato (in terapia intensiva)	*S. pneumoniae* *Staphylococcus aureus* Legionella species Bacilli Gram-negativi *H. influenzae*

Tab. 1 - Agenti eziologici di CAP più frequenti.
[a] Influenza A e B, adenovirus, virus respiratorio sinciziale, virus parainfluenzale.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Condizione clinica/ epidemiologica	Patogeni
Alcolismo	*Streptococcus pneumoniae, anaerobi orali, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter species, Mycobacterium tuberculosis*
BPCO-tabagismo	*Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa, Legionella species, S. pneumoniae, Moraxella cararrhalis, Chlamydophila pneumoniae*
Aspirazione	Patogeni enterici gram-negativi, anaerobi orali
Esposizione a volatili	*Chlamydophila psittaci*
Infezione da HIV	*S. pneumoniae, H. influenzae, M. tuberculosis, Pneumocystis jirovecii, Cryptococcus, Histoplasma, Aspergillus, micobatteri atipici (soprattutto Mycobacterium kansasii), P. aeruginosa*
Soggiorno in hotel nelle due settimane precedenti	*Legionella species*
Patologia polmonare severa (bronchiectasie, fibrosi cistica)	*Pseudomonas aeruginosa, Burkholderia cepacia, S. aureus*
Tossicodipendenza	*S. aureus, anaerobi, M. tuberculosis, S. pneumoniae*
Residente in casa di riposo	*Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, bacilli Gram negativi (es. Haemophilus influenzae), anaerobi, Chlamydia pneumoniae , (Mycobacterium tuberculosis)*

Tab. 2 - Principali patogeni in funzione della condizione clinica predisponente.

Caratteristiche del paziente	Punti assegnati
Fattori demografici	
Età (anni) Maschio Femmina	Anni Anni -10
Residente in casa di riposo o casa protetta	+10
Patologia associata	
Malattia Neoplastica Patologia epatica Scompenso congestizio Patologia cerebro-vascolare Patologia renale	+30 +20 +10 +10 +10
Esame obiettivo	
Stato mentale alterato Frequenza respiratoria >30/min PA sistolica < 90 mmHg Temperatura < 35 o >40 °C Frequenza cardiaca >125 /min	+20 +20 +20 +15 +10
Esami di laboratorio o radiologici	
Ph < 7,35 Azotemia > 65 mg/dl Natriemia < 130 m Eq/L Glicemia > 250 mg/dl Ematocrito< 30% PO2 < 60 mmHg o SaO2 < 90% Versamento pleurico	+30 +20 +20 +10 +10 +10 +10
Punteggio <90: consigliata una gestione a domicilio	
Punteggio >91: consigliata una gestione in Ospedale	

Tab. 3 - PSI (Pneumonia Severity Index).

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Rischio	Classe	Punteggio	Mortalità a 30 giorni	Gestione consigliata
Basso	I	0-50	0,1%	A domicilio
	II	51-70	0,6%	
	III	71-90	2,8%	A domicilio*
Medio	IV	91-130	8,2%	In ospedale
Alto	V	>130	29,2%	

*Tab. 4 - Stratificazione del rischio in base al PSI. *Eventuale ricovero breve.*

l'unica indagine raccomandata a domicilio che, qualora effettuata, permette di formulare una corretta diagnosi, aiutando ad identificare la severità della polmonite e permettendo di effettuare una diagnosi differenziale con altre patologie.

Nel caso il paziente non presenti nessuna delle condizioni sopracitate, al fine di stratificare il rischio clinico, potranno essere usati degli score sulla base dei sintomi e segni, di parametri di laboratorio, dell'età e della presenza di malattie concomitanti. Fra i più utilizzati si ricorda il PSI (Pneumonia Severity Index) che divide i pazienti in 5 classi di gravità: il ricovero è raccomandato soprattutto per i pazienti in classe IV e V (Tab. 3 e 4).

Un altro score di severità di malattia di semplice applicazione è il CURB-65 che utilizza i seguenti fattori come indicatori di aumento della mortalità (assegnando 1 punto ad ogni parametro): confusione mentale (confusione ad uno specifico test mentale o disorientamento nello spazio, persone o tempo), azotemia (urea >20 mg/L), frequenza respiratoria (>30 atti/min), PA (sistolica < 90 mmHg o ≤60 mmHg), ed età (≥65 anni). Si raccomanda che i pazienti con score CURB-65 pari a 2 debbano essere ricoverati, quelli con score 3 o superiore spesso necessitano di ricovero in unità intensiva (Tab. 5-6).

Nella Tab. 7 sono, infine, riportati i criteri maggiori e minori (secondo le linee guida ATS 2007) per il riconoscimento di una CAP grave che necessita di un ricovero direttamente in un'Unità di terapia intensiva, per la quale è sufficiente un solo criterio maggiore o tre criteri minori.

Confusion (confusione mentale)	
Urea (azotemia)	>20 mg/l
Respiratory rate (frequenza respiratoria)	>30 atti/min
Blood pressure (pressione arteriosa) sistolica diastolica	< 90 mmHg o ≤60 mmHg
Età	> 65 anni
Ad ogni parametro positivo si attribuisce 1 punto	

Tab. 5 - CURB-65.

Punteggio	Mortalità	Gestione consigliata
0-1	0,7-2,1%	Domicilio
2	9,2%	Degenza
≥3	40-57%	UTI

Tab. 6 - Stratificazione del rischio in base al CURB-65.

Terapia medica ragionata

La terapia delle polmoniti si basa essenzialmente sull'uso degli antibiotici. La scelta dell'antibiotico appropriato dipende dal germe patogeno implicato e dalla sua sensibilità agli antibiotici stessi.

Nonostante siano disponibili metodi diagnostici più accurati e rapidi, nella maggior parte dei casi di CAP il trattamento iniziale del paziente è empirico, tenendo in considerazione come già ricordato le condizioni epidemiologiche e i fattori di rischio per specifici patogeni (Tab. 2). Sia per il

Criteri minori	Criteri maggiori
Frequenza respiratoria ≥ 30 atti/min	Ventilazione meccanica invasiva
PaO2/FiO2 ≤ 250	Shock settico
Infiltrati multi lobari	
Confusione/disorientamento	
Uremia > 20 mg/dl	
Leucopenia (GB<4000/ cell/mm3)	
Trombocitopenia (piastrine < 100.000 cell/mm3)	
Ipotermia < 36°C	
Ipotensione	

Tab. 7 - Criteri per CAP severa.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

TRATTAMENTO DOMICILIARE
1. SOGGETTO PRECEDENTEMENTE IN BUONA SALUTE, NON USO DI ANTIBIOTICI NEI TRE MESI PRECEDENTI
Macrolide (grado evidenza I)
Doxiciclina (grado evidenza III)
2. PRESENZA DI COMORBILITÁ: PATOLOGIA CRONICA CARDIACA, POLMONARE, EPATICA, RENALE, DIABETE MELLITO, ALCOLISMO, NEOPLASIE, CONDIZIONI DI IMMUNOSOPPRESSIONE, USO DI ANTIBIOTICI NEI TRE MESI PRECEDENTI (in quest'ultimo caso è necessario utilizzare una classe antibiotica alternativa)
Chinolonico "respiratorio" (Moxifloxacina, Levofloxacina [750mg]) (grado evidenza I)
Beta-lattamico più Macrolide (grado evidenza I)
TRATTAMENTO OSPEDALIERO NON IN TERAPIA INTENSIVA
Chinolonico "respiratorio" (Moxifloxacina, Levofloxacina [750mg]) (grado evidenza I)
Beta-lattamico più Macrolide (grado evidenza I)
TRATTAMENTO OSPEDALIERO IN TERAPIA INTENSIVA
Beta-lattamico (Cefotaxime, Ceftriaxone, Ampicillina-sulbactam) più Azitromicina (grado evidenza II) oppure Chinolonico "respiratorio" (grado evidenza I) (per i pazienti allergici alla penicillina è raccomandato un Chinolonico "respiratorio" e Aztreonam)
CONDIZIONI PARTICOLARI
SE SI SOSPETTA INFEZIONE DA PSEUDOMONAS
Beta-lattamico anti-pseudomonas, antipneumococcico (Piperacillina-tazobactam, Cefepime, Imipenem, Meropenem) più Ciprofloxacina o Levofloxacina (750 mg) oppure Aminoglicoside e Azitromicina oppure Aminoglicoside e Chinolonico antipneumococcico (per i pazienti allergici alla penicillina sostituire il Beta-lattamico con Aztreonam) (grado evidenza III)
SE SI SOSPETTA INFEZIONE DA STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILLINO-RESISTENTE ACQUISITO IN COMUNITÀ
Aggiungere Vancomicina o Linezolid (grado evidenza III)

Tab. 8 - Terapia empirica delle CAP in funzione della gestione domiciliare o ospedaliera.

paziente gestito a domicilio, che per il paziente ospedalizzato, di fronte ad un sospetto/diagnosi di CAP è necessario iniziare il trattamento il prima possibile.

Il trattamento per via orale è generalmente raccomandato, riservando la somministrazione per via parenterale ai pazienti più gravi o quando il trattamento per os non sia possibile o non tollerato.

La Tab. 8 riporta schematicamente i regimi terapeutici empirici secondo le linee guida ATS del 2007.

In genere la durata del trattamento antibiotico è di circa 7-10 giorni, con necessità di prolungare la terapia a 15-20 giorni qualora si siano isolati germi "difficili". Il paziente dovrebbe comunque essere afebbrile da almeno 48-72 ore prima di sospendere il trattamento antibiotico.

Antibiotico resistenza

La scelta della terapia antibiotica si basa, oltre che sulla realtà epidemiologica locale e sulla presenza di fattori di comorbilità, anche sui fenomeni di resistenza dei batteri agli antibiotici stessi. Si ricorda pertanto che in Italia il tasso di insensibilità media dello Streptococcus Pneumoniae alla penicillina è, rispetto ad altri paesi quali la Francia, la Spagna e gli USA, piuttosto basso (10-15%). È invece abbastanza elevata (30%) la resistenza ai macrolidi, alle tetracicline e al cotrimossazolo, farmaci che, pertanto, non devono essere usati in monoterapia. La produzione di beta-lattamasi da parte dello Haemophilus Influenzae è passata in pochi anni dal 16 al 20%. La Moraxella Catarrhalis è da ritenersi costantemente resistente alle amino-penicilline. I

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

- La distinzione su base epidemiologica delle polmoniti (Polmoniti acquisite in comunita e polmoniti nosocomiali) è quella attualmente preferita sulla quale si basano tutte le linee guida di trattamento.

- Le CAP rappresentano la sesta causa di morte in assoluto e la quarta nei pazienti con età maggiore di 65 anni.

- I microrganismi più di frequente responsabili di CAP sono nell'ordine: Streptococco Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Moraxella Catarrhalis, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae e virus.

- Un paziente affetto da CAP va ospedalizzato quando la saturazione di ossigeno in aria ambiente sia < 90%, vi siano segni di instabilità emodinamica, coesistenza di altre patologie e inaffidabilità sull'osservanza alle prescrizioni.

microorganismi atipici (Chlamydia, Legionella, Mycoplasma) sono refrattari ai beta-lattamici, ma sono sensibili ai macrolidi, ai fluorochinolonici e alle tetracicline. I ceppi di Stafilococcus Aureus meticillino-resistenti raramente sono in causa nelle CAP ospedalizzate; sono invece molto più frequenti nelle HAP.

Bibliografia

1) IDSA/ATS, Guidelines for CAP in Adults , CID 2007; 44 (Suppl 2).

2) ERS-ESCMID, Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. ERJ 2005; 26:1138-80.

3) Lim WS et al, Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003; 58: 377-83.

4) Linee guida per il trattamento empirico della polmonite di origine extraospedaliera (CAP) nell'adulto. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, AUSL Modena, 2003.

5) BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. Thorax 2001; 56 (Suppl 4).

6) Fine MJ et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997;336:243-50.

Il mondo "invisibile" di virus e batteri reso visibile attraverso il racconto scientifico e nel contempo avvincente che ne fa Michele La Placa, Emerito di Microbiologia nell'Università di Bologna ed Autore di un trattato di Microbiologia su cui si sono formate generazioni di Studenti.

Michele La Placa fornisce una visione unitaria dei contributi forniti da diverse scienze, non solo Microbiologia e Virologia, ma anche Immunologia, Genetica, Biologia cellulare e molecolare, Infettivologia, che hanno portato, dalla seconda metà dell'ottocento ad oggi, alla scoperta degli agenti infettivi nonchè alla progressiva comprensione dei meccanismi attivi per cui risultano patogeni per l'uomo e di quelli invece naturali, congeniti o acquisiti, e terapeutici che l'uomo mette in atto per fronteggiarli.

Il tutto in maniera essenziale e sintetica, come solo può fare chi ha una lunga consuetudine con l'argomento trattato, spaziando dalla Biologia alla Clinica ed alla Terapia, non trascurando di inserire i riferimenti storici accanto alle più recenti acquisizioni, e tutto ciò raccontato con stile conciso, chiaro, invitante alla lettura.

Un volumetto che si legge senza alcuna interruzione dalla prima all'ultima pagina, quasi un giallo di cui si attende di conoscere la soluzione.

Habent sua fata libelli, anche questo piccolo libro avrà un suo felice destino.

Giovanni Danieli

Un volume di 140 pagine, il Mulino Editore, Bologna 2011, Euro 9,80.

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

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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche
Anno XIV - n° 4
Luglio - Agosto 2011
Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Antonio Benedetti

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

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

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli