


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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Cari Studenti e Studentesse,
voglio aprire questo mio breve saluto con la domanda che, in questo ultimo periodo, ci è stata posta e che abbiamo rivolto alle varie Autorità incontrate nei diversi tavoli di discussione.

Cosa accadrà?

Nell'incertezza organizzativa in cui oggi la maggior parte delle Facoltà mediche si trova operare a causa del sovrannumero di studenti ammessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia in applicazione delle Ordinanze di sospensiva emesse dai TAR mi preme sottolineare i disagi organizzativi, le carenze strutturali, le difficoltà operative presenti e, non per ultima, la preoccupazione di poter mantenere i livelli di qualità formativa che da sempre ci contraddistinguono.

Al fine di condividere scelte e strategie che nel rispetto delle direttive europee permettano di rispondere sia agli obiettivi governativi che alle nostre esigenze formative, tutte le Conferenze accademiche hanno richiesto l'attivazione immediata di un tavolo di lavoro con le Istituzioni politiche e tecniche; tutto questo naturalmente nell'ottica di salvaguardare il sistema pedagogico-formativo dei nostri corsi di studi che, dopo un lungo processo riformatore, ha permesso di ammodernare la formazione medica allineandola ed integrandola con la comunità scientifica e pedagogica internazionale.

In attesa che ciò avvenga, la situazione della nostra Facoltà, sospesa tra i ricorsi già ammessi e quelli attesi, è abbastanza complessa. Le criticità sono dovute principalmente alle dimensioni delle aule non sempre adeguate perché progettate per un numero di studenti programmato, dalla difficoltà, in alcuni casi, di rispettare l'obbligo di frequenza, dalla esigenza di potenziare le attrezzature didattico/scientifiche in un momento abbastanza delicato dal punto di vista economico e dal notevole carico di didattica richiesto a tutti i nostri docenti.

Nonostante tutto questo, nella certezza che per reagire alla crisi oggi sia indispensabile investire prioritariamente nella ricerca e nella cultura, permane il mio orgoglio di essere il Preside di questa Facoltà di Medicina e Chirurgia, dove la qualità didattica, scientifica ed assistenziale è da sempre il nostro obiettivo principale. Esempi ne sono i risultati ottenuti dalla nostra Facoltà nelle ultime valutazioni scientifiche dell'ANVUR e quelli che, grazie alla preparazione ottenuta, sono stati raggiunti dai nostri studenti nel concorso nazionale per le ammissioni alle Scuole di Specializzazione.

Per mantenere tutto questo e condurvi all'esame finale con l'entusiasmo che ha guidato le vostre scelte e con le capacità necessarie per essere degli ottimi "professionisti" dovremo lavorare duramente ogni giorno, tutti insieme: docenti, studenti, personale tecnico ed amministrativo. La nostra guida dovrà essere la convinzione che nonostante gli ostacoli che incontreremo nel lungo cammino, supportati da un intenso ed efficace coordinamento e da uno spirito di unitarietà, di armonia e di comune appartenenza all'Ateneo riusciremo a dar vita ad un progetto "salute" che oltre alle competenze scientifiche e alle capacità gestionali sarà in grado di garantirvi gli elementi essenziali alla professione medica: affidabilità e coscienza.

Per chiudere voglio richiamare un pensiero espresso da Papa Francesco sull'Università: "ancor prima che sede di arricchimento della conoscenza e di trasmissione del sapere, l'università è luogo di crescita e di formazione delle coscienze, luogo di educazione interiore alla libertà di esprimere e realizzare le proprie idee – morali, religiose, politiche e culturali – di essere cittadini del mondo e di scegliere liberamente il proprio destino".

Buon lavoro a tutti.

Il Preside
Prof. Antonio Benedetti

LETTERA DEL PRESIDE 1

EDITORIALE 2

La cura tra la compassione e la competenza
di Luigi Alici

VITA DELLA FACOLTÀ 6

Presentazione della Segreteria di Presidenza (6)
di Loretta Gambini

Presentazione del Centro di Ateneo di Documentazione e Biblioteca di Facoltà (9)
di Sandro Apis
Riconoscimento (11)

PROGRESSI IN TERAPIA 12

Chirurgia urologica e innovazioni tecnologiche
di Giovanni Muzzonigro, Ubaldo Cantoro

ATTUALITÀ 20

Sindrome delle apnee ostruttive e demenza: esiste un collegamento?
di Laura Burattini, Mauro Silvestrini

STORIA DELLA MEDICINA 22

La Grande Guerra. 2° Il corpo delle Infermiere volontarie
di Alberto Pellegrino

DALLE PROFESSIONI SANITARIE 28

La formazione dell'Infermiere, da Allievo della Scuola Convitto a Studente universitario (28)
di Sandro Ortolani

Project Work per la formazione di Operatori Assistenti Domiciliari (31)
di Stefania Stefani

La cura tra compassione e competenza

di Luigi Alici

Nel suo *Liber fabularum* il mitografo Igino, un autore latino del secondo secolo d. C., riporta un racconto che può essere considerato un archetipo originario della civiltà occidentale: la dea Cura, dopo aver raccolto con atteggiamento pensoso e amorevole del fango argilloso, scoperto mentre stava attraversando un fiume, gli diede forma umana e chiese a Giove di infondergli uno spirito di vita. Giove acconsentì, ma quando Cura volle dare un nome a quella creatura di fango, nacque subito una contesa: Giove si oppose, pretendendo di essere lui a dare il nome, mentre nella disputa intervenne anche Terra, reclamando per sé questo diritto, avendole dato un corpo. I tre ricorsero a Saturno, il quale diede il seguente responso: Giove, che aveva dato lo spirito, avrebbe ricevuto lo spirito di quella creatura al momento della sua morte; Terra, che aveva dato il corpo, ne avrebbe riavuto il corpo; Cura, invece, avrebbe custodito quell'essere, al quale per prima aveva dato forma, finché esso fosse stato in vita. Il suo nome, quindi, sarebbe stato *homo* poiché era stato tratto dalla terra (*humus*).

Il racconto poi prosegue, con un esito meno noto, raccontando gli insuccessi della dea Cura, la quale ben presto si accorse che le creature mortali a lei affidate erano estremamente fragili, incapaci di provvedere a se stesse, bisognose di essere costantemente accudite. Mentre gli altri dèi, dopo essersi scontrati sul diritto di imporre un nome a quelle creature, stavano meditando di assoggettarle ai propri disegni di dominio, Cura continuava ad adoperarsi in ogni modo, a fatica, per proteggerle e custodirle; allora gli altri dèi si coalizzarono, lasciando a Cura la parte femminile – ritenuta inferiore – del genere umano e riservando per sé quella maschile. Gli uomini tuttavia inorgoglitono per la propria forza: divennero aggressivi, scatenarono guerre fratricide, insanguinando la Terra e ribellandosi contro Giove. Cura però, nel frattempo, non si era arresa: aveva continuato a stare compassionevolmente vicina alle vittime di tutte le



violenze. A questo punto, allora, le altre divinità dovettero riconoscere che il suo compito non era irrilevante né inferiore, ma anzi aveva un valore insostituibile, e chiesero apertamente alla dea di continuare a prendersi cura dell'intera umanità, così vulnerabile e ferita.

Il mito, ricordato anche da Heidegger e valorizzato in modo particolare nella ricerca più recente di Warren Reich come alternativa a un paradigma utilitarista nella relazione di cura, può offrire più di uno spunto per ripensare in profondità il senso e il valore dell'atto del curare. A prima vista, il mito sembrerebbe anzi portarci fuori strada, facendo dell'uomo l'oggetto e non il soggetto della cura, e intendendo quest'ultima, per di più, solo come una forma di "supplenza riparativa" – e "al femminile" – nei confronti di un'umanità che vorrebbe essere, senza riuscirci, "maschia e guerriera". A un'a-

Lettura tenuta al Forum Multiprofessionale di Scienze Umane del 14 aprile 2013 nell'Auditorium Montessori della Facoltà.

nalisi più attenta, in realtà, esso offre indicazioni di straordinaria attualità.

Emerge, anzitutto, l'idea che la cura è, in un certo senso, il punto di contatto enigmatico e non strumentale fra divino e umano: per un verso, la dea Cura introduce un paradigma relazionale nuovo e più alto rispetto a quello, capriccioso e opportunistico, solitamente veicolato dalla mitologia politeistica; per altro verso, viene ricordato che la fragilità appartiene inequivocabilmente alla costituzione stessa della creatura umana e non rappresenta uno sfortunato stato accidentale. Quel messaggio ricorda quindi ancora oggi alla nostra cultura, positivista e tecnocentrica, che la cura, prima che espressione occasionale e puramente funzionale di un rapporto tecnico-terapeutico tra medico e paziente, circoscritto a un evento patologico transitorio (cura in senso stretto), è una forma costituiva della relazione tra persone, entro una storia che appare come il teatro di un'umanità insuperabilmente ferita e sempre bisognosa di rapporti umani più autentici (cura in senso allargato).

Se quindi, anche lasciandoci ammaestrare dal mito di Igino, assumiamo il paradigma della cura in senso ampio, come una forma di buona "reciprocità asimmetrica", che oltrepassa – ovviamente senza negarlo o minimizzarlo – il momento tecnicamente terapeutico, possiamo non solo riconoscerne il valore morale, ponendola in relazione con la figura della responsabilità, ma anche riconsiderare lo statuto stesso dell'atto medico. Il rapporto tra cura e responsabilità dischiude allora un duplice ordine di problemi: alla *responsabilità della cura*, che si fa carico di riconoscerne il valore inderogabile e la doverosa esposizione pubblica, corrisponde la *cura della responsabilità*, vale a dire la sua coltivazione in senso culturale, educativo e civile. Da un lato, la responsabilità sottrae la cura a una nicchia privata e moralistica, assegnandole in modo categorico un compito che investe l'intero spettro delle relazioni interumane; da un altro lato, la cura sottrae la responsabilità a una sfera puramente legalistica ed esteriore, trasformandola in un principio della convivenza assunto come parte integrante del bene comune.

A partire da qui, anche l'esercizio della cura in senso strettamente terapeutico può trovare una legittimazione

nuova e più ampia, che consente di verificare i limiti di un mero spostamento di paradigma, in medicina, da un approccio paternalistico a un approccio contrattualista, in cui l'incontro con l'altro nasce sul terreno neutro di una contrattazione tra pari, convenzionale e revocabile, come avviene per la compravendita di beni e servizi "esterni". Il modello mercantile dello scambio è diventato oggi così pervasivo da oscurare qualsiasi altro paradigma relazionale, marginalizzando il principio della cura, fino a declassarlo come una prestazione supererogatoria e socialmente ininfluyente. Nella vita concreta ognuno di noi esperisce, in realtà, modalità differenziate e multiformi di essere insieme.

In tale deriva contrattualista rischia di perdersi il profilo propriamente etico dell'atto medico; nella sua finalità primaria, infatti, esso si manifesta essenzialmente come *un servizio alla vita e alla persona in forma mediata*, che si realizza cioè attraverso un *servizio diretto alla salute*, in quanto proprietà dell'individuo vivente e dunque valore fondamentale nell'orizzonte del bene globale della persona. Nell'atto medico, quindi, le due accezioni dell'atto di cura (in senso stretto e in senso allargato) coincidono, e in questa coincidenza si rafforza l'esigenza di un nuovo paradigma relazionale, centrato sul principio della "reciprocità asimmetrica", che supera sia l'approccio paternalista (in cui ci sarebbe asimmetria senza reciprocità) sia l'approccio contrattualista (in cui ci sarebbe reciprocità ma non asimmetria). Solo tenendo insieme il dislivello delle funzioni tra medico e paziente con il coinvolgimento della relazione reciproca (in cui non c'è un soggetto attivo di contro a un soggetto passivo), la libertà dei soggetti si scopre coinvolta in una vera e propria alleanza, nel segno della corresponsabilità. Nemmeno l'*homo patiens* è un oggetto passivo della cura di altri: spesso può restituire, nell'ordine della gratitudine, più di quanto ha ricevuto nell'ordine della cura. D'altro canto, l'*homo agens* non rappresenta il *top* delle prestazioni umane, in cui si realizza al meglio la vocazione al bene. L'*homo patiens* non è per questo subumano; l'*homo agens*, al contrario, può correre il rischio d'immaginarsi come un superuomo. In questo senso cura e responsabilità possono incontrarsi e dialogare; un dialogo grazie al quale si potrebbe dire – memori del mito di Cura – che l'umano parla un lin-

guaggio più che umano, innalzandosi fino a incontrare il divino.

La riqualificazione di una nuova forma di reciprocità, oltre l'approccio paternalista e contrattualista, risponde anche alla ricerca di modalità deliberative mirate e condivise nell'atto di cura, in modo da coniugare compassione e competenza. Se è vero che la cura, intesa in senso lato, è una forma di intersoggettività radicata in un incontro rispettoso tra persona e persona (Van Hooft, p. 52), ciò richiede di accettare «il bisogno dell'altro come la prima determinata necessità» (Casper, p. 18). Non a caso, un lungo dibattito sulle *Medical Humanities* ha ormai chiarito l'impossibilità «di contrapporre il curare e il prendersi cura, la qualità relazionale e l'efficacia dei trattamenti» (Spinsanti, p. 29). Dunque l'umanizzazione della cura esige il riconoscimento e quindi il rispetto della dignità umana del paziente, in concomitanza con un'etica delle virtù che non può prescindere dal dono di sé. Secondo Domingo Moratalla, l'arte della cura può essere coniugata attorno a tre verbi: prestare attenzione, dialogare e rispondere.

Per questo, compassione e competenza debbono dialogare costantemente tra di loro, come due paradigmi relazionali non necessariamente alternativi ma complementari. La compassione vive il rapporto con l'altro soprattutto nel segno dell'immediatezza: l'impulso a condividere il *pathos* è diretto, non tollera alcuna mediazione, non è il risultato di un calcolo, non è disposto a misurarsi con un teorema della convenienza; chiamando in causa il tema della misericordia, che può dirsi il volto teologale della compassione, si potrebbe ricordare che la tradizione cristiana le attribuisce il valore di un amore letteralmente viscerale, come nella parabola del padre misericordioso. Si potrebbe forse arrivare a dire che la compassione è il lato "femminile" della cura, che libera l'approccio tecnicamente terapeutico da rigidità normative astratte, eccessivamente "maschili" (o meglio maschiliste); la riflessione teologica arriva ad assecondare questo percorso, quando parla di un "Padre materno", che dilata le proprie viscere di misericordia in senso infinitamente inclusivo. Solo un'inclusione infinita, infatti, può promettere una prossimità senza confini, che non si ritrae dinanzi a nessuno e a

niente; nessuna persona, nessuna condizione personale risultano irraggiungibili o troppo distanti rispetto alla cura misericordiosa.

La competenza vive, al contrario, il rapporto con l'altro soprattutto nel segno della mediazione: la distanza tra l'io e l'altro – e nello specifico tra il sano e il malato – pone dinanzi a un dislivello da colmare attraverso la fatica dello studio, il tirocinio della formazione, la capacità di circoscrivere in modo obiettivo un problema o una patologia, come condizioni irrinunciabili per pronunciare una diagnosi e mettere in campo un intervento terapeutico mirato. In questo caso, per arrivare all'altro e mettere in atto una prestazione di cura efficace e indipendente dagli slanci intermittenti del cuore o dalla preferenze occasionali della simpatia, bisogna passare necessariamente attraverso le forche caudine di una lunga e laboriosa strategia di istituzionalizzazione e professionalizzazione, così come di un attento calcolo per un'equa distribuzione delle risorse, senza le quali pressapochismo e diletterismo potrebbero stravolgere e persino capovolgere anche le intenzioni più buone. Si potrebbe forse arrivare a dire che questo è il lato "maschile" della cura, dove l'esercizio di un ruolo o di una funzione esige un distacco e una sorta di neutralizzazione emozionale, che tuttavia il lato "femminile" cerca di preservare da ogni scadimento in forme di gelida impassibilità.

Ecco il problema: cercare di far dialogare compassione e competenza, in modo che la prima non si risolva in un atto di generosità inefficace e ingenua, che potrebbe addirittura intralciare la ricerca di interventi più idonei e risolutivi; d'altro canto, in nome della competenza non si dovrebbe trasformare la distanza in un comodo paravento per sterilizzare ogni empatia e nascondere dietro l'alibi dell'efficienza una forma di utilitarismo cinico, abbandonando il malato a se stesso quando non è più "medicalmente utile".

Al progressivo ampliamento di tale prospettiva culturale corrisponde quindi un nuovo approccio, epistemologico oltre che etico, che invita a ritrovare il senso smarrito di una profonda alleanza alla radice del curare, nel segno di quella che Ricoeur ha chiamato la «cellula del buon consiglio», per indicare quella forma di «reciprocità degli insostituibili», attraverso la quale malato,

équipe medica e rete familiare si riconoscono reciprocamente coinvolti – a livelli diversi – in una decisione difficile, come «un'entità che non è *noi* e non è *egli*, bensì una relazione di prossimità al di là dell'aspetto istituzionale» (Ricoeur 2000, pp. 5-7). Anche altrove egli riafferma che «la decisione... presa all'interno di una cellula di consiglio» investe il «giudizio morale in situazione», attraverso il quale «la verità consiste nella convenienza del giudizio in situazione. A buon diritto, potremmo parlare di giustizia aggiunta alla giustizia» (Ricoeur 2007, pp. 92-93). Chiamato a commentare il nuovo codice francese di deontologia medica, ancora Ricoeur ricorda che un vero e proprio patto di cura fondato sulla confidenza s'instaura a partire da una dissimmetria riconosciuta tra i due protagonisti, divenendo in questo modo una forma di alleanza tra due persone contro la malattia, come nemico comune; tale alleanza chiama in causa un giudizio morale vero e proprio, che si riassume nella «promessa tacita» tra i due protagonisti di tener fede agli impegni rispettivi (Ricoeur 1996, pp. 11-12).

Siamo così rinviati a un nodo di fondo che intercetta uno dei nodi cruciali della cultura e del costume del nostro tempo: oltre l'occasionalità più o meno interessata dello «*stare insieme*» è possibile innalzarsi alla forma umanamente più degna dell'«*essere insieme*», come condizione costitutiva e compito inderogabile, solo se il carico di condivisione evocato dall'avverbio *insieme* non arretra nei momenti più difficili, quando decisioni vitali debbono essere assunte in una penombra fragile e smarrita. Decidere insieme, nella notte, può essere un modo non solo per aiutare l'altro, ma anche per ritrovare la nostra umanità. Un ammonimento severo, a questo

proposito, ci giunge anche dal grande poeta indiano: «Chi non vede il fratello nella notte, nella notte non può vedere se stesso» (Tagore).

Riferimenti bibliografici

- Alici L. (cur.), *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità, responsabilità della cura*, Aracne, Roma 2011
- Alici L. (cur.), *La cellula del buon consiglio. Condividere la deliberazione pratica*, Aracne, Roma (in corso di stampa)
- Alici L. (cur.), *La felicità e il dolore. Verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010
- Alici L. (cur.), *Prossimità difficile. La cura tra compassione e competenza*, Aracne, Roma 2012
- Alici L., *Filosofia morale*, La Scuola, Brescia 2011
- Alici L., *Il terzo escluso*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2004
- Buzzi E., *Etica della cura medica*, La Scuola, Brescia 2013
- Casper B., *Sull'autocomprensione del medico alla luce del pensiero dialogico*, in *Critica della ragione medica*, "Teoria", XXI(2011)1, p. 9-21
- Domingo Moratalla A., *El arte del cuidar. Atender, dialogar y responder*, Rialp, Madrid 2013
- Igino, *Miti*, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000
- Reich W.T., *Alle origini dell'etica medica: Mito del contratto o Mito di Cura?*, in P. Cattorini, R. Mordacci (a cura di), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*, Europa Scienze Umane, Milano 1993, pp. 35-59
- Reich W.T., *Care*, "Encyclopedia of Bioethics", I, 349 – 373
- Ricoeur P., *Préface*, in *Code de déontologie médicale*, intr. di L. Renè, Seuil, Paris 1996
- Ricoeur P., *Etica e vivere bene: conversazione con Paul Ricoeur*, in Aa.Vv., *Il male*, R. Cortina, Milano 2000, pp. 1-14
- Ricoeur P., *Il giusto*, II, tr. it. di D. Iannotta, Effatà, Cantalupa 2007
- Spinsanti S., *Le Medical Humanities: una cura per la medicina*, in *Critica della ragione medica*, cit., pp. 23-38
- Università Campus Bio-Medico (a cura di), *Prendersi cura dell'uomo nella società tecnologica*, Edizioni universitarie della Associazione Rui, Roma 2000
- Van Hoof S., *Life, Death and Subjectivity. Moral Sources in Bioethics*, Rodopi, Amsterdam / New York 2004
- Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (a cura di), *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, Franco Angeli, Milano 2007

Luigi Alici è professore ordinario di Filosofia morale nell'Università di Macerata e presidente del Presidio di qualità di Ateneo. Tra i suoi libri più recenti: *Cielo di plastica. L'eclisse dell'infinito nell'epoca delle idolatrie* (San Paolo, 2009 – Premio "Capri-San Michele"); *Filosofia morale* (La Scuola, 2011); *I cattolici e il paese. Provocazioni per la politica* (La Scuola, 2013); *L'angelo della gratitudine* (Ave, 2014). È autore del blog "Dialogando" (<http://luigialici.blogspot.it/>).

Dalla Settimana introduttiva alla Facoltà

30 settembre - 3 ottobre 2014

Presentazione della Segreteria di Presidenza

Introduzione

Questi appunti hanno lo scopo di illustrare brevemente La Segreteria di Presidenza ed il contesto organizzativo e normativo in cui essa opera

1) La Facoltà

Le Facoltà sono strutture di raccordo tra più Dipartimenti con funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche, compresa la proposta di attivazione o soppressione di corsi di studio e di gestione dei servizi comuni.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia coordinando Dipartimenti nei quali alle funzioni didattiche e di ricerca si affiancano funzioni assistenziali, ha il compito di garantire ai docenti di materie cliniche l'inscindibilità di tali funzioni da quelle di insegnamento e di ricerca.

In applicazione di tale principio di inscindibilità la Facoltà opera nell'ottica della formazione integrata con il Servizio Sanitario Nazionale. Per tale motivo:

- il personale del Servizio Sanitario collabora con il corpo docente della Facoltà alla attività didattica dei vari corsi di studio;
- costituiscono la rete formativa dei corsi di studio della Facoltà le strutture sanitarie previste nei Protocolli d'intesa stipulati tra la Regione Marche e l'Università Politecnica delle Marche in applicazione delle norme vigenti.

Lo Statuto di Autonomia dell'UNVIPM stabilisce che la Facoltà sia dotata di autonomia regolamentare, organizzativa, amministrativa e gestionale e che disponga di risorse finanziarie e strutturali e di proprio personale.

I compiti della Facoltà sono definiti dallo Statuto ed il suo funzionamento è disciplinato da un «Regolamento interno» che tiene conto delle sue specifiche esigenze culturali e organizzative e che viene approvato dagli Organi della Facoltà.

Organizzazione della Facoltà

La Facoltà è articolata in:

- il Preside;
- il Consiglio;
- l'Assemblea;
- la Commissione Paritetica per la Didattica ed il Diritto allo Studio

Presso la Facoltà trovano sede:

- la Presidenza,
- i Dipartimenti cui afferiscono tutti i Professori e Ricercatori della Facoltà
- le Segreterie Studenti (CdL, Scuole Spec. – Master e C.P.)
- la Biblioteca
- l'Atelier Informatico

Data la sua natura, presso la Facoltà trova sede anche il Servizio Sanità - struttura amministrativa di supporto per tutti gli aspetti connessi ai rapporti con il Servizio Sanitario

Considerata la loro trasversalità, alla Facoltà afferiscono tutti i corsi di studio.

2) La Presidenza

La Presidenza è la struttura in cui opera il Preside della Facoltà.

Il Preside è un Professore eletto tra i Professori di I fascia. Rappresenta la Facoltà, presiede il Consiglio e l'Assemblea, esercita il coordinamento e la vigilanza su tutte le attività della Facoltà, coordina l'attività di controllo della qualità e dell'efficacia della funzione didattica sia ai fini delle certificazioni di qualità che dell'accreditamento dei Corsi di Studio.

Le strutture amministrative e tecniche della Presidenza sono le seguenti:

Segreteria di presidenza e Centro di Gestione della Facoltà: struttura preposta ad assistere e supportare, dal punto di vista amministrativo e gestionale, il Preside e gli altri Organi/Organismi della Facoltà. Garantisce l'at-

tivazione di tutte le procedure informatizzate indirizzate ai docenti ed agli studenti della Facoltà.

Ripartizione Tecnica: struttura preposta a garantire, in collaborazione con la Segreteria di presidenza l'organizzazione della didattica per quanto riguarda gli aspetti di carattere logistico. Attraverso tale Ufficio la Facoltà gestisce gli aspetti inerenti l'organizzazione e l'erogazione delle attività congressuali svolte presso la Facoltà e la materia relativa alla Sicurezza nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

E' compito dei Responsabili di tali strutture applicare le decisioni assunte dagli Organi della Facoltà ed assicurare, nel rispetto degli indirizzi forniti dal Preside, il regolare svolgimento di tutte le attività di competenza, con particolare riferimento:

- alla pianificazione e programmazione della didattica e alla gestione delle sue problematiche;
- al flusso delle informazioni inerenti le attività della Presidenza;
- alla predisposizione degli atti amministrativi e contabili necessari a dare attuazione alle decisioni degli Organi di Facoltà e a garantire il rispetto delle norme sulla sicurezza.

3) La progettazione didattica

Principali normative e riferimenti

- Le disposizioni ministeriali in materia di ordinamenti didattici e offerta formativa (contenuti degli ordinamenti, procedure e requisiti necessari alla attivazione dei corsi);
- Le disposizioni CUN e ANVUR (procedure finalizzate all'accreditamento dei corsi);
- Il Regolamento didattico di Ateneo (contiene gli ordinamenti dei corsi di studio e delle scuole per le quali l'Università rilascia titoli accademici);
- I Regolamenti didattici dei Corsi di studi (specificano gli aspetti organizzativi del corso di studio).

Sedi della didattica

L'attività didattica frontale viene svolta nelle aule dislocate nei poli "Eustachio" e "Murri".

L'attività formativa professionalizzante, l'attività di internato, i tirocini ed alcuni laboratori vengono svolti presso la Facoltà (aule e laboratori di simulazione) e presso le Unità Operative (universitarie e ospedaliere) dislocate nelle strutture sanitarie convenzionate.

Nei due poli didattici sono inoltre presenti spazi dedicati allo studio, laboratori didattici e l'Auditorium «Montessori» ove vengono svolte attività di ampia partecipazione.

Organizzazione delle Attività didattiche e figure coinvolte

L'attività didattica di tutti i Corsi di Studio è organizzata in Corsi Integrati. Tali corsi, seppure costituiti da più moduli didattici affidati a diversi docenti, hanno un programma unico e condiviso e un'unica valutazione.

Oltre ai docenti titolari dei vari Corsi di studio (docenti universitari, dirigenti e professionisti del SSN, docenti a contratto) gli studenti sono assistiti da altre figure di supporto:

Tutore consigliere, professore/ricercatore scelto liberamente dallo studente per suggerimenti e consigli inerenti la carriera scolastica.

Tutore didattico, guida per lo svolgimento delle esercitazioni previste per alcuni moduli didattici (2 h. per CFU) nel rispetto degli obiettivi generali del corso di studi.

Tutore/referente, guida per l'attività formativa professionalizzante (CdL Medicina e Chirurgia).

Direttori delle Attività Didattiche Professionalizzanti, Tutori di tirocinio, Guide di Tirocinio e di Laboratorio, per i Corsi di laurea Magistrale e triennali professionalizzanti di area sanitaria.

L'orario didattico prevede periodi alternati di Didattica frontale e Attività pratica. Alcuni insegnamenti prevedono delle «esercitazioni» per le quali viene dedicato parte dello studio individuale (2 ore ogni CFU).

Nell'espletamento della attività pratica (attività formative professionalizzanti, internati, tirocini e laboratori) gli studenti vengono suddivisi in gruppi ai quali generalmente si iscrivono utilizzando procedure informatizzate appositamente attivate dalla Presidenza (AFP) o accessibili dall'Area riservata (Internato). Nei CdL professionalizzanti tale suddivisione è organizzata dai Direttori ADP.

Programmi dei corsi

I programmi dei vari Corsi Integrati potranno essere verificati dagli studenti accedendo al sito della Facoltà:

<http://www.med.univpm.it> - Area Didattica cliccando sul link Programma dei corsi ed inserendo i

dati richiesti nella scheda che appare a seguito della digitazione.

Facoltà/Sede - Corso - Insegnamento - Anno accademico
- Docente - Tipo di corso - Lingua - Criterio

Acquisizione Crediti Formativi

Per acquisire i Crediti Formativi (CFU) previsti per i vari corsi integrati e le altre attività didattiche (ADE, Seminari, AFP o tirocinio) gli studenti devono superare positivamente tutte le valutazioni previste dai vari ordinamenti rispettando le propedeuticità ed i termini fissati dai regolamenti dei corsi.

L'acquisizione dei CFU è utile anche per l'assegnazione delle borse di studio regionali.

Agli esami di profitto sono dedicate quattro sessioni. Per ogni sessione sono previsti due appelli distanziati di due settimane. Un'unica settimana viene prevista nelle sessioni di Dicembre ed in quella cd. Pasquale. Per gli studenti di Medicina e Chirurgia la Facoltà ha deliberato due sessioni di "esami di recupero" (una a novembre ed una a maggio) durante le quali gli studenti potranno sostenere un esame degli anni precedenti a quello di iscrizione.

La verifica dei C.I. viene effettuata in modo congiunto. La Commissione d'esame è costituita dal Coordinatore del C.I. e dai docenti di tutti i moduli didattici che lo compongono (minimo due componenti).

La verifica delle ADE avviene al termine del corso/forum ed è effettuata dal docente titolare.

La valutazione annuale della Attività Formativa professionalizzante AFP e del tirocinio viene effettuata entro il 30 settembre. Nella valutazione annuale della AFP la Commissione tiene conto del giudizio espresso dal tutor/referente. Il mancato superamento della valutazione di tali attività costituisce impedimento per l'iscrizione all'anno successivo.

La valutazione dell'Internato avviene nell'ambito del corso integrato cui afferisce il SSD di frequenza.

4) Valutazione della didattica

Al termine di ogni semestre e prima della iscrizione agli esami di profitto viene somministrato agli studenti in modalità on-line un questionario per la valutazione della didattica. Il questionario, completamente anonimo,

permette allo studente di esprimere un giudizio sugli insegnamenti seguiti.

Essendo l'attività didattica organizzata in Corsi Integrati, continua al momento nella nostra Facoltà anche una valutazione cartacea. La valutazione è uno strumento molto importante per la Presidenza poiché finalizzato a correggere eventuali criticità riscontrate nello svolgimento delle attività didattiche da parte dei docenti titolari degli incarichi di insegnamento.

Attraverso la valutazione è possibile misurare l'efficacia e l'efficienza di un percorso di Studi.

5) Regole didattiche

Procedura di iscrizione agli esami

Per essere ammessi agli esami di profitto gli studenti devono iscriversi ad una lista attivata nell'ambito del sistema informatizzato di Ateneo Esse3 accessibile attraverso l'area riservata. L'accesso all'area riservata è consentito a tutti gli studenti regolarmente immatricolati attraverso una password personale.

La procedura mette in evidenza allo studente il calendario degli esami e la sede dove essi si svolgeranno e, al coordinatore del corso integrato, il rispetto delle regole amministrative e didattiche con particolare riferimento al rispetto della frequenza e delle propedeuticità.

Frequenza

La frequenza alle attività didattiche è obbligatoria e verificata attraverso procedure informatizzate e altre forme decise dal docente e rese note agli studenti.

La Facoltà ha deliberato, quale soglia minima di frequenza, una percentuale pari al 70% (per ogni semestre).

Propedeuticità

La propedeuticità indica la successione logica, temporale degli insegnamenti ed esprime vincolo nell'affrontare alcuni prima di aver superato la verifica di altri. Il Consiglio di Facoltà di Medicina nell'approvare ogni anno i piani di studio determina le propedeuticità in vigore per ciascun Corso di Laurea.

6) Informazioni utili

Tutte le informazioni relative alla attività didattica verranno fornite agli studenti attraverso il sito della Facoltà <http://www.med.univpm.it/> o la bacheca di Facoltà on-line visibile sul sito e negli schermi collocati negli atri dei

poli Murri ed Eustachio. Ottimo strumento di informazione è costituito inoltre dalla rivista bimestrale «Lettere dalla Facoltà» disponibile sia in forma cartacea che elettronica e diretta dal Prof. Giovanni Danieli. I suoi contenuti formativi quali antropologia, filosofia, storia della Medicina, etica, sociologia, oltre ad essere integrativi di quelli presenti sul sito sono essenziali per permettere ai futuri medici ed agli operatori sanitari dei vari profili, di prendersi cura dell'uomo malato nella sua interezza.

Tutte le scadenze e informazioni relative alla carriera studentesca sono visibili sia sul sito di Ateneo: www.univpm.it – Area Studenti – Segreteria Studenti Facoltà di Medicina e Chirurgia che sul sito della Facoltà – Area Didattica.

La Segreteria di Presidenza è aperta al pubblico tutti i giorni dal Lunedì al Venerdì dalle 11.00 alle 13.00

I contatti sono i seguenti: presimed@univpm.it – 071.220.6045-6046.

7) Conclusioni

Vorrei concludere questa breve presentazione con dei consigli che spero vi saranno utili nel vostro futuro. Sono pochi ma esprimono quello che, secondo me, ciascun uomo e potenziale «paziente» desidera da Voi:

- siate sempre disponibili all'ascolto e capaci di comprendere i bisogni dell'altro;
- non alzate mai pareti di cristallo tra voi e gli altri; ricordatevi sempre che la persona che avete davanti vi ha scelto tra tanti e, in quel momento, ha bisogno di voi;
- siate sempre leali e non abbiate mai timore di esprimere le vostre opinioni; la verità, seppure amara, fa meno male di cento bugie;
- sappiate infondere speranza, tranquillità e fiducia a chi vi sta di fronte dimostrando sicurezza e competenza; questo vi renderà, per lui, unici ed affidabili.

Con queste doti e con il bagaglio di "sapere" che acquisirete dai nostri docenti sono certa che diventerete degli ottimi Professionisti della «Salute» in grado non solo di curare ma anche di ascoltare e comprendere le "fragilità" che, ogni giorno, nella vostra professione vi troverete di fronte.

Questo traguardo rappresenterà per voi "il successo" e per noi la soddisfazione di aver collaborato al suo raggiungimento.

Loretta Gambini

*Responsabile della Segreteria di Presidenza della
Facoltà di Medicina e Chirurgia*

Presentazione del Centro di Ateneo di Documentazione e della Biblioteca di Facoltà

Per il Centro di Ateneo di Documentazione (CAD) l'annuale Settimana Introduttiva di presentazione della Facoltà ai nuovi iscritti costituisce un'occasione irripetibile per presentarsi a un pubblico ampio e omogeneo.

Comunicare i nostri servizi, farne conoscere estensione e modalità di fruizione al pubblico è un'esigenza primaria e pressante, mentre di rado si danno nell'ordinario occasioni di incontro "assembleare" con i nostri utenti. V'è, naturalmente, nella biblioteca un fitto rapporto individualizzato, visto che probabilmente ciascuno degli iscritti ci farà visita, ma ognuno lo farà, appunto, in tempi e con esigenze variegati, via via che il percorso individuale farà sorgere le esigenze di documentazione personalizzate.

E' invece importante comunicare, a un pubblico che è all'inizio dell'esperienza universitaria, una cornice generale di riferimenti, un quadro complessivo dei panorami e dei servizi offerti che, se opportunamente conosciuti e fruiti, possono aiutare gli utenti a risparmiare tempo e denaro e a ottenere quelle informazioni e quegli strumenti bibliografici di cui avranno bisogno nel loro percorso.

Il CAD è l'equivalente di quel che in altri atenei si chiama Sistema Bibliotecario d'Ateneo, e svolge la funzione di coordinamento delle biblioteche dell'Ateneo.

Nel caso di Ancona, per motivi storici, abbiamo una centralizzazione molto spinta dei servizi bibliotecari. Laddove, infatti, in altre Università si hanno ancora biblioteche di dipartimento o interdipartimentali qui abbiamo biblioteche di Facoltà e Interfacoltà. In totale, in tutto l'Ateneo operano solo tre strutture bibliotecarie (afferenti rispettivamente a Medicina, Economia, Ingegneria-Agraria-Scienze). Questa centralizzazione non solo risponde a motivi di razionalizzazione dei costi, ma tiene conto del processo di smaterializzazione dei documenti bibliografici. Infatti, con l'avvento sempre più massiccio dei documenti in formato digitale non si ha più strettamente bisogno di una sede fisicamente

prossima ai luoghi di deposito dei libri e delle riviste perché l'accesso ai materiali bibliografici può avvenire da qualunque postazione remota, anche privata: la biblioteca digitale è dunque, per natura, una biblioteca immateriale, una biblioteca senza pareti.

A questo proposito, può essere interessante fornire un riferimento quantitativo relativo al nostro caso specifico. Il bilancio che l'Ateneo dedica all'acquisto di documenti bibliografici (libri, riviste, banche dati) supera di poco il milione di Euro annui ed è orientato per oltre i tre quarti all'acquisizione di prodotti in formato elettronico.

Dunque, se vogliamo capire cosa sia una biblioteca universitaria oggi, occorre probabilmente rivedere l'idea tradizionale di biblioteca, ancora così ampiamente divulgata anche sui mezzi di comunicazione, come luogo di conservazione di libri e riviste cartacee, di scaffali e di tavoli di lettura. Una parte di tutto questo, in effetti, si può ancora vedere entrando nelle nostre strutture e ad esempio in quella di medicina, ma rappresenta non più di ciò che per un iceberg è la punta: il grosso, in termini quantitativi e di investimento, non si vede.

La funzione delle biblioteche è lo specchio di quella dell'Università in generale, in quanto le biblioteche ovviamente ne assecondano e accompagnano la missione. C'è una funzione orientata alla didattica, alla trasmissione del sapere di base e consolidato della disciplina; e una funzione orientata alla ricerca, cioè alla produzione del nuovo sapere. Le due parti, pur essendo in continua osmosi, sono anche abbastanza chiaramente delineate. Le biblioteche ugualmente svolgono una duplice funzione: di supporto alla didattica, mediante l'acquisizione dei libri di testo e dei libri di consultazione di base (in formato ancora quasi esclusivamente cartaceo); di supporto alla ricerca attraverso l'abbonamento a banche dati e alle maggiori riviste scientifiche internazionali (di solito in formato elettronico).

Come è noto, il sapere scientifico più stabile o addirittura consolidato circola su formati più rigidi come i volumi tradizionali (es. i libri di testo). Questi sono supporti la cui funzionalità è testata su secoli di storia, ma che hanno tempi di produzione (raccolta dati,

stesura, accettazione editoriale, interventi di controllo editoriale, stampa, diffusione) spesso anche assai superiori ad un anno. Tempi che sono ormai incompatibili con la velocità con cui si sviluppano le discipline scientifiche o almeno le parti più dinamiche di esse. In certi ambiti, infatti, esiste una potente esigenza di diffusione rapida dei risultati da cui dipendono primogeniture intellettuali, brevetti, finanziamenti, possibilità di dare sviluppo alla ricerca o, nel caso della medicina, addirittura il salvataggio di vite umane. Ecco perché la comunicazione del sapere di frontiera per certe discipline non è affidato ai libri cartacei, ma ad altri strumenti digitali che sono le riviste o anche forme editoriali meno strutturate in rete quali blog o repository disciplinari e, di recente, persino social network. Negli ultimi tre lustri nel sistema universitario nazionale il processo di migrazione dal formato cartaceo a quello digitale per gli abbonamenti delle biblioteche alle riviste scientifiche si è pressoché completato. Presso il nostro Ateneo riguardo al settore biomedico non esiste più una sola rivista in formato cartaceo tra le oltre 3000 disponibili.

Tornando alla nostra biblioteca di Medicina "Matteo Ricci", ricordo che le informazioni basilari sui servizi e sulla modalità della loro fruizione possono essere reperiti dal sito del CAD <http://cad.univpm.it/>, dove sono accessibili i cataloghi di ogni tipologia di risorsa: dalle monografie, alle riviste (cartacee, per le annate più vecchie, ed elettroniche), alle tesi di laurea discusse, alle banche dati disponibili. E' accessibile dal sito anche il Discovery Tool, uno strumento che consente di interrogare contestualmente, in un'unica stringa, tutte le risorse disponibili in Ateneo (con qualche limite dovuto a problemi di standard informatici di alcune, poche, risorse, superabile integrando la ricerca sul catalogo di settore).

Il patrimonio specificamente attribuibile alla Biblioteca consta di circa 8000 volumi (inclusi tutti i libri di testo consigliati nei corsi), 3451 riviste in formato digitale (con archivio che va di norma dal 1995 in poi), 560 riviste in formato cartaceo (ormai chiuse da alcuni anni), 13000 tesi di laurea.

La biblioteca è abbonata a banche dati disciplinari o interdisciplinari.

L'accesso alle risorse elettroniche è consentito mediante riconoscimento di IP Address appartenente alla rete d'Ateneo o mediante proxy server da postazioni esterne, con richiesta di autenticazione dell'utente

Quanto ai servizi rivolti principalmente agli studenti alle prese con i primi anni del loro percorso, ricordato che l'orario di apertura del servizio è il seguente

dal lunedì al venerdì ---- 8.30-19.00

sabato ---- 8.30-13.00

vale la pena ricordare che

- la biblioteca dispone di copie dei libri di testo (di solito 2 o più copie)
- una copia resta in consultazione ed è esclusa dal prestito
- il prestito dei libri dura 21 giorni (60 per docenti, ricercatori, tesisti)

- il libro va ricercato e localizzato dal catalogo pubblicamente disponibile online

Una volta effettuata la ricerca bibliografica e localizzati i documenti, si ha la possibilità di disporre:

- in prestito esterno;
- fotocopandoli entro i limiti di legge del 15%;
- scaricando la versione digitale, ove disponibile (da rete d'Ateneo o collegandosi via proxy server);
- chiedendo la copia dell'articolo ad un'altra biblioteca, tramite il servizio di Document Delivery, se l'articolo è pubblicato su una rivista;
- chiedendo il libro in prestito ad una biblioteca esterna, tramite il servizio di Prestito Interbibliotecario, se quanto si cerca è una monografia.

Sandro Apis

Direttore del Centro di Ateneo di Documentazione

Riconoscimento

La Redazione di *Lettere dalla Facoltà* è lieta di annunciare che il nostro Preside, Prof. Antonio Benedetti, è stato eletto all'unanimità Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi di Facoltà e dei Direttori delle Scuole di Medicina.

Il Prof. Benedetti succede al Prof. Eugenio Gaudio, eletto lo scorso ottobre Rettore dell'Università di Roma La Sapienza.

La Conferenza è l'organismo che coordina nel nostro Paese la formazione dei Medici, degli Odontoiatri e dei Professionisti della salute.

Questa grande attestazione di stima e di fiducia premia l'impegno costante del Preside e gli ottimi risultati conseguiti non solo nella ricerca scientifica ma anche nel campo della formazione medica e specialistica.

Costituisce d'altra parte anche riconoscimento della qualità e dell'organizzazione della didattica, che da anni caratterizza la nostra Facoltà.

Al neo Presidente auguri di un proficuo lavoro.



Chirurgia urologica e innovazioni tecnologiche

L'etimologia del termine "Urologia" deriva dal greco *Ouron*, urina, e *Logos*, studio.

La storia dell'Urologia ha inizio nel sud della penisola, al tempo della Magna Grecia, in particolare in Sicilia, con le influenze culturali delle dominazioni dei Greci, dei Romani e degli Arabi.

Con l'aforisma *Aqua vivimus* i medici dell'antichità classica avevano sottolineato l'importanza assoluta di quel liquido interno, che veniva considerato sede della vita e della salute, di cui l'urina rifletteva l'escreto esterno.

Per questo, l'Urologia all'inizio si basava sull'esame delle urine. A partire dal Medioevo, a seguito della diffusione del Galenismo, l'uroscopia, ossia l'esame visivo delle urine, acquistò vastissima diffusione.

L'esame dell'urina veniva compiuto osservando quella contenuta in un contenitore chiamato "matula" (Fig. 1), a sua volta conservata all'interno di una fiscella di paglia: dovevano essere considerati parametri precisi, quali *color*, *substantia*, *quantitas* e *contentum* e l'urina doveva essere classificata secondo la sua *caliditas*, *frigiditas*, *siccitas* e *humiditas*.

Il "medico dell'urina" (Fig. 2) era, quindi, una figura centrale nel panorama dell'offerta sanitaria a partire dal Basso Medioevo, tanto che alcuni centri obbligavano questi professionisti a restare in casa al mattino, finché non avessero ricevuto "li poveri e le orine".

Successivamente l'osservazione cominciò a trascendere la semeiotica finalizzata alla diagnosi e diventò strumento



Fig. 1 - Matula del XVI secolo, Firenze.

Lettura tenuta nell'Aula magna d'Ateneo il 2 ottobre 2014 per la Settimana Introduttiva alla Facoltà.

GIOVANNI MUZZONIGRO, UBALDO CANTORO
Clinica Urologica
Università Politecnica delle Marche

di prognosi: da uroscopia si attuava il passaggio ad uromanzia.

Il medico cercava nell'urina le cause della malattia, la cui localizzazione veniva dedotta dal livello della "nubelcula" cioè del sedimento.

Parallelamente alla storia "clinica", andava sviluppandosi la tecnica chirurgica urologica.

La storia dell'urologia chirurgica è indissolubilmente legata al "mal della pietra", cioè alla litiasi vescicale. Questa patologia si sviluppa prevalentemente nell'anziano, ed è causata dal ristagno cronico di urina nella vescica, a sua volta determinato dalla crescita della ghiandola prostatica. L'operazione di estrazione dei calcoli (Fig. 3) era estremamente difficile e gravata da complicanze notevoli. Essa doveva essere portata avanti il più velocemente possibile per limitare sanguinamento e dolore.

Insieme alla chirurgia "a cielo aperto", si sviluppavano le strumentazioni e le tecniche endoscopiche. Per trovare il primo vero strumento bisogna fare un bel salto in avanti nei secoli. Fu proprio l'Italiano Filippo Bozzini (1773-1801) a ideare e costruire il precursore del moderno cistoscopio. Nello strumento di Bozzini, che non era stato ideato come endoscopio urinario, ma per lo studio del l'orecchio ed del sistema respiratorio, la luce di una candela era condotta per mezzo di uno specchio in un tubo, fornendo così luce sufficiente all'esplorazione di queste cavità.



Fig. 2 - Il "medico dell'urina" nel Basso Medioevo.

Questo fu indubbiamente il primo passo per il successivo sviluppo dell'endoscopia.

Nel 1853, un chirurgo francese, Antoine Jean Desormeaux (Fig. 4), presenta la prima applicazione clinica del cistoscopio a candela di Bozzini (Fig. 5). Lo strumento era inoltre dotato di una fessura che consentiva l'introduzione di



Fig. 3 - Incisione perineale mediana per estrarre il calcolo vescicale individuato tramite esplorazione rettale.

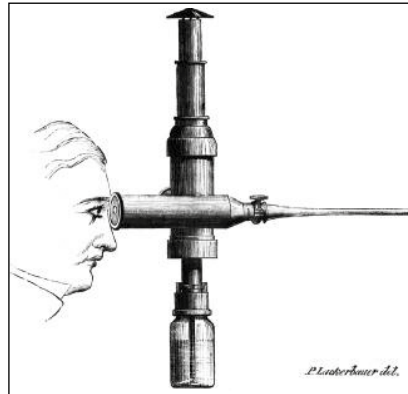


Fig. 4 - Lo "speculum uretrocistico" di Desormeaux consentiva una buona visione ma tendeva a riscaldarsi causando ustioni dell'uretra (ulcus cystoscopi)!

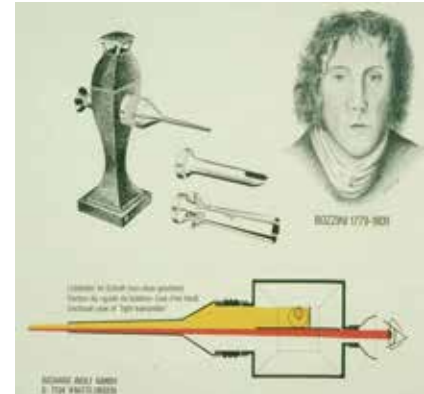


Fig. 5 - Il precursore del moderno cistoscopia di Filippo Bozzini

un'asticella appuntita con la possibilità di eseguire uretrotomie sotto visione. Fu proprio con questo strumento che Desormeaux reseccò, nel 1869, una neoformazione uretrale.

Purtroppo, un inconveniente tecnico ne limitava l'utilizzo. Infatti, la fonte di luce era costituita da una fiammella che surriscaldava eccessivamente lo strumento esponendo il paziente a gravi ustioni dell'uretra e del pene.

Intorno al 1874 Enrico Bottini (1835-1903) faceva i primi esperimenti di resezione transuretrale. Egli utilizzava la corrente galvanica per distruggere i tessuti che costituivano il collo vescicale, e per fare ciò inventò uno strumento dotato di una sonda metallica di 21Ch, placcata d'oro e leggermente curva all'estremità, dove terminava con un piccolo corpo di porcellana contenente una placca di platino.

Questa sonda veniva posta a contatto con il labbro posteriore del collo vescicale e riscaldata tramite una corrente galvanica proveniente da accumulatori. Lo strumento fu più tardi perfezionato, e la placca di platino sostituita con uno strumento tagliente dotato di lama incandescente.

Maximilian Nitze (1848-1906), sfruttando l'invenzione di T. Edison della lampadina ad incandescenza sotto vuoto, migliorò il cistoscopia introducendo all'interno della vescica una fonte luminosa elettrica più potente della candela e che riduceva il danno da calore ai tessuti. Introdusse inoltre il sistema ad irrigazione ed evacuazione continua.

Nei primi anni del '900 Albarran introduce lo "snodo" che consente la cateterizzazione degli ureteri.

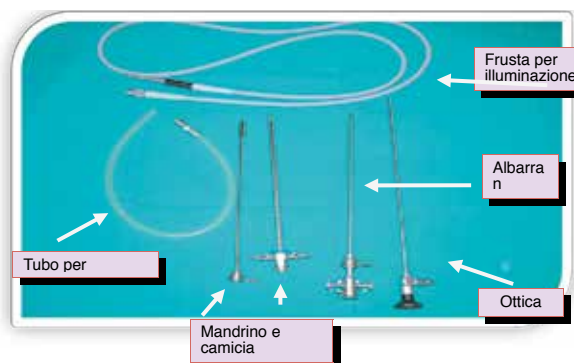


Negli ultimi anni, la tecnologia ha modificato in maniera incisiva il lavoro dell'Urologo, in particolare con l'introduzione della telecamera, collegata al cistoscopia, che è in grado di proiettare le immagini 2D su un monitor.

Grazie a queste innovazioni tecnologiche e al miglioramento del resettore, montato sull'endoscopia, oggi è possibile eseguire interventi (Fig. 6) di resezione dell'adenoma della prostata (TURP) e di asportazione dei tumori vescicali (TURV).

In quest'ambito (Fig. 7) la tecnologia laser ha certamente contribuito a rendere più semplice e più efficace il trattamento di diverse patologie urologiche. Nonostante l'elettroresezione trans-uretrale della prostata (TURP) rappresenti ancora un valido strumento terapeutico per l'ipertrofia prostatica, l'enucleazione laser (HoLEP), avvalendosi delle caratteristiche fisiche della fibra laser utilizza come un bisturi (Fig. 8b), permette l'asportazione endoscopica in blocco dell'adenoma prostatico.

L'incisione con laser ha il vantaggio di indurre un minor danno termico (e quindi una minore risposta cicatriziale dei tessuti) rispetto al resettore inoltre consente di ridurre al minimo alcune complicanze quali il sanguina-



Il moderno cistoscopia



Fonte luce



Cistoscopia con ottica

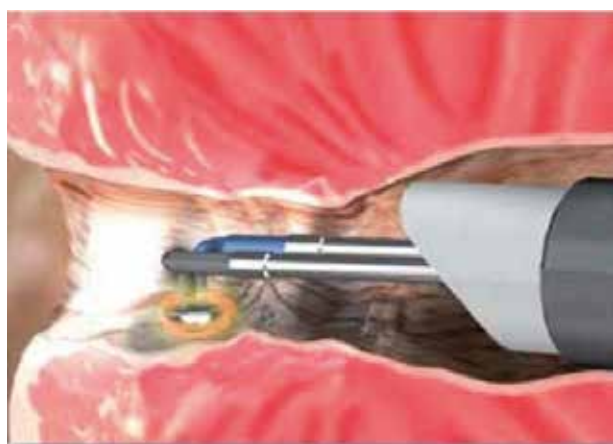


Telecamera montata su ottica



Monitor

Fig. 6 - Strumenti in uso per la cistoscopia.



a



b



c



d



e



f

Fig. 7 - Resezione endoscopica della prostata, TURP (a, b, c, d) e dei tumori vescicali, TURV (e, f).

mento e gli squilibri idroelettrolitici, e consente tempi di recupero funzionale e la rimozione del catetere vescicale molto precoci.

Infine, il laser ad Holmium risulta estremamente utile anche nel trattamento dell'ostruzione cervico-uretrale associata a sclerosi del collo vescicale, in questi casi può essere indicata la semplice incisione del collo vescicale

(Fig. 8c) o cervico-prostatica (TUIP) che può non necessitare di cateterismo postoperatorio.

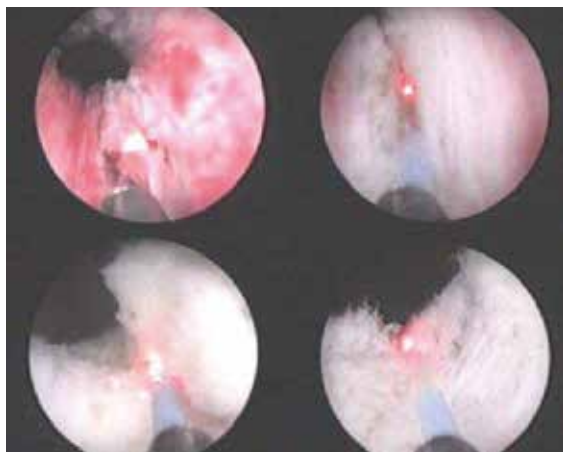
Anche l'approccio alla calcolosi urinaria è radicalmente cambiato. Negli ultimi anni le indicazioni al trattamento della calcolosi si sono nettamente riequilibrate a favore delle trattamenti terapeutici meno invasivi rispetto alla chirurgia tradizionale grazie allo sviluppo della



a



b



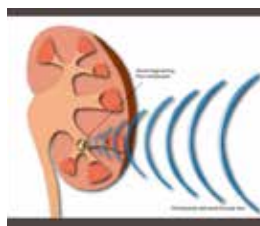
c

litotripsia extracorporea (ESWL), all'utilizzo e alla miniaturizzazione di ureterorenoscopi rigidi e flessibili ed alla messa a punto delle fibre laser utilizzabili all'interno della via escrettrice per frantumare i calcoli.

La litotripsia extracorporea o ESWL (Fig. 9) è una tecnica che si basa sulla produzione di onde d'urto (da parte di un apparecchio chiamato litotritore) per colpire e di-



a



b



d



c



e

Fig. 8 (a sinistra) - a) Intervento chirurgico con laser. b) L'enucleazione con laser ad olmio utilizza la fibra laser come un bisturi e permette l'asportazione endoscopica in blocco dell'adenoma prostatico. c) Incisione laser di collo vescicale stenotico.

Fig. 9 (sopra) - a - b) Litotripsia extracorporea o ESWL. c) Ureterorenoscopio flessibile Calibro 7.5 Fr Canale operativo 3.6 Fr Lunghezza 90 cm Deflessione attiva (up & down). d - e) Ureterorenoscopio rigido Calibro 8-10 Fr Canale operativo 5-5.5 Fr Punta smussa Ottica angolata Lunghezza 40 cm.

struggere il calcolo. Le onde d'urto del litotritore, dopo aver attraversato la cute ed i tessuti molli, colpiscono il calcolo frantumandolo in frammenti più piccoli che sono eliminati spontaneamente con le urine.

Nel 1982 viene introdotto nella pratica clinica urologica l'ureterorenoscopio rigido da Perez-Castro. Egli per primo aveva introdotto un cistoscopio in un uretere dilatato per un ureterocele e, pensando così di poter stu-

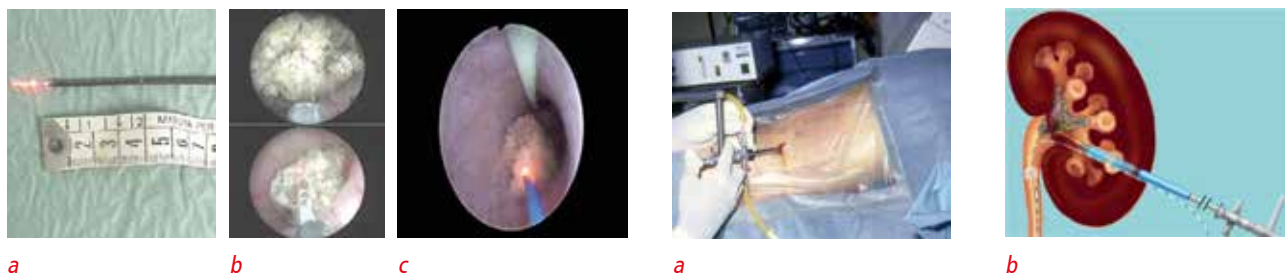


Fig. 10 - a) Particolare della fibra laser. Il calibro ridotto ne permette l'utilizzo con strumenti endoscopici rigidi e flessibili; b) Voluminoso calcolo endovesicale. Le ridotte dimensioni dei frammenti litiasici ne consentono una agevole eliminazione; c) Uretrolitotrixis laser.

Fig. 11 a), b) - Litotrixis percutanea.

diare qualsiasi uretere con strumenti che avessero avuto un minor calibro, disegna un endoscopio rigido lungo 40 cm, con calibro di 8-10 Ch e con ottiche intercambiabili da 0° a 70°.

Dal 1983 si sono poi sviluppati (Fig. 10) strumenti endoscopici a fibre ottiche di tipo flessibile.

Anche la terapia della calcolosi urinaria ha tratto vantaggio dalla disponibilità del laser. In generale, i risultati del trattamento laser sono superiori a quelli forniti dalle altre fonti energetiche (meccanica, balistica e ad ultrasuoni) rispetto alle quali vi è una netta riduzione della morbidità operatoria, una notevole abbreviazione delle degenze ospedaliere e una maggiore efficacia a frantumare i calcoli per la produzione di frammenti molto più piccoli il che elimina la necessità di introdurre strumenti aggiuntivi per la loro estrazione riducendo così i tempi e il potenziale danno ureterale. Inoltre l'elevata duttilità e il ridotto spessore delle fibre laser (0,2 – 0,5 cm) ne permettono l'utilizzo anche con gli ureterorenoscopi flessibili, in tal modo è possibile esplorare e trattare l'intero apparato urinario.

Una svolta storia in campo endourologico si ebbe nel 1971 da Pederson, con l'ausilio dell'ecografia, e successivamente da Fernstrom e Johansson nel 1976, grazie alla guida radioscopica, che per primi utilizzarono un'accesso percutaneo al rene come mezzo di accesso chirurgico per la rimozione di un calcolo. Tale procedura, benchè più invasiva rispetto alle precedenti, risulta essere più efficace per frantumare e rimuovere calcoli renali molto voluminosi.

Anche la Laparoscopia si è avvalsa della telecamera

diventando Video-Laparoscopia. I primi esperimenti in laparoscopia risalgono all'inizio del '900. Le cavità addominali venivano esplorate ponendo l'occhio direttamente sull'endoscopio. Tale procedura, mancando della telecamera, limitava i movimenti del chirurgo e non permetteva una visione ottimale del campo operatorio. George Kelling (Fig. 12), nel 1901, aveva ideato un metodo per usare un endoscopio all'interno di una cavità addominale chiusa. Egli aveva ottenuto uno pneumoperitoneo insufflando aria all'interno dell'addome ed era riuscito ad esplorare la cavità addominale introducendovi un cistoscopio. Inoltre insufflando la cavità addominale, Kelling ottenne il risultato di arrestare il sanguinamento intra-addominale. A quel tempo l'unico modo per stabilire una diagnosi e provvedere allo stesso tempo ad una terapia era l'approccio tradizionale laparotomico, ma, come Kelling osservò, aprire l'addome poteva peggiorare la condizione di un paziente già critico.

Nel 1920 si succedettero una serie di innovazioni tra cui un endoscopio con lenti a 135 gradi ed un accesso con trocar multipli



Fig. 12 - La prima visualizzazione endoscopica della cavità addominale fu ottenuta nel 1901 da Kelling a Dresda.



Fig. 13 - Heinz Kalk con endoscopio con lenti a 135 gradi.

eseguito da Heinz Kalk (Fig. 13), fondatore della scuola tedesca di laparoscopia.

Nel 1938 Janos Veress, ungherese, sviluppa (Fig. 14) un ago con un meccanismo di sicurezza che aveva ideato per praticare lo pneumotorace terapeutico nella tbc.

Nel 1945 Harold H. Hopkins migliora il cistoscopio di



Fig. 14 - Ago di Veress.

Nitze (Fig. 15) introducendo le fibre ottiche e le lenti cilindriche. Il nuovo sistema di lenti è detto "rod lens" permette maggiore illuminazione, migliore risoluzione e profondità del campo visivo.

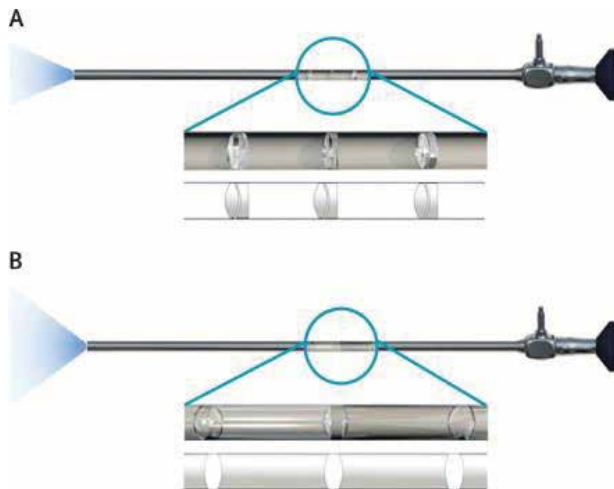


Fig. 15 - Confronto tra endoscopio di Nitze (A) con quello "rod lens" di Hopkin (B) caratterizzato da maggiore illuminazione, migliore risoluzione e profondità del campo visivo).

Da quel momento, per oltre 40 anni la laparoscopia fu quasi ad esclusivo appannaggio di ginecologi ed internisti. Nel 1982 fu introdotta la prima telecamera dando inizio da lì a poco (Fig. 16) alla video-laparoscopia. Nel 1987 Philippe Mouret eseguì il primo intervento di colecistectomia laparoscopica propriamente detto.

La ricerca in ambito chirurgico è ormai sempre più orientata non solo al miglioramento dei risultati ma anche alla minor invasività delle procedure operatorie più complesse. Le difficoltà di accesso ad aree anatomiche profonde, la visibilità non sempre ottimale, l'imprecisio-



Fig. 16 - Colonna laparoscopica:
1) Monitor collegato a telecamera HD
2) Insufflatore di CO2
3) Irrigatore/aspiratore
4) Sorgente luce fredda

ne di alcuni movimenti complessi, sono sempre stati, insieme alla invasività, le principali problematiche della chirurgia a cielo aperto.

La laparoscopia tradizionale, ormai ampiamente diffusa anche in chirurgia urologica (Fig. 17), ha senza



Fig. 17 - Accesso dei trocar laparoscopici per prostatectomia radicale.



Fig. 18 - Il Prof. Giovanni Muzzonigro alla console chirurgica.



Fig. 19 - Atto chirurgico in corso.



Fig. 20 - Console chirurgica in dotazione presso la "A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona".



Fig. 21- Carrello visione "A.O.U. Ospedali Riuniti, Ancona".

dubbio migliorato la visione operatoria, garantendo un maggiore accuratezza dell'atto chirurgico e diminuito l'invasività dell'approccio, favorendo un minor tasso di complicanze e un più rapido recupero postoperatorio. Tuttavia, la lunga curva di apprendimento necessaria all'equipe chirurgica, le difficoltà nell'esecuzione dei movimenti più complessi e la sola visione bidimensionale costituiscono dei limiti della laparoscopia tradizionale.

La laparoscopia robotica, la quale si è sviluppata sulla laparoscopia tradizionale, si inserisce in questo ambito, con l'intento di soddisfare le ulteriori esigenze del chirurgo, in modo da garantire un miglioramento dei risultati. La tecnologia robotica è, infatti, in grado di fornire una reale ricostruzione tridimensionale dell'immagine, che risulta magnificata fino a 12 volte e una migliore destrezza dei movimenti grazie all'utilizzo di strumenti con 7 gradi di libertà. Tali innovazioni permettono quindi di ridurre la curva di apprendimento del chirurgo e di estendere le indicazioni della chirurgia mini-invasiva a procedure tecnicamente molto complesse.

Il Sistema Robotico Da Vinci (Figg. 18-21) si compone di cinque elementi fondamentali:

1) consolle chirurgica che integra un sistema di visione 3D e i due manipolatori detti "Masters" ad uso del chirurgo. I manipolatori o masters controllano la movimentazione dei bracci e degli strumenti robotici e consentono di gestire il braccio centrale, che sostiene il video-endoscopio "camera";

2) carrello chirurgico provvisto del braccio porta ottica e di tre bracci operativi per gli strumenti. I quattro bracci sono fissati ad una colonna centrale, sono articolati e trasmettono agli strumenti i movimenti eseguiti dal chirurgo sui "masters". Il sistema permette di mantenere

gli strumenti all'interno degli accessi ed in posizione e di muoverli senza alcuna modificazione del fulcro e quindi senza decubito o trazioni sulla parete con minimo traumatismo ai tessuti;

3) strumentazione Endowrist® che comprende una gamma completa di strumenti a supporto del chirurgo e necessari all'esecuzione degli interventi indicati per la chirurgia robotica. Tali strumenti sono progettati per consentire 7 gradi di libertà (uno in più della mano umana) che riproducono quelli del polso e della mano del chirurgo. Ogni strumento ha una destinazione d'uso definita per consentire, suture, dissezione, sezione, emostasi o esposizione;

4) sistema di visione (InSite®Vision), costituito da endoscopi 3D da alta risoluzione e processori d'immagine che forniscono una reale immagine tridimensionale del campo operatorio; le immagini sono potenziate ed ottimizzate con l'utilizzo di sincronizzatori e di filtri, di sistemi di illuminazione ad alta intensità.

5) il carrello visione, o colonna, contiene le attrezzature destinate ad una prima elaborazione dell'immagine proveniente dalle due video-camere montate sul video-endoscopio e ad una successiva visualizzazione. Sono presenti i ricevitori per le telecamere, la fonte luce, l'insufflatore di CO₂, il monitor di visione per l'aiuto chirurgico ed un eventuale sistema di registrazione. La funzione "Telestration" consente al chirurgo di effettuare annotazioni direttamente sull'immagine chirurgica utilizzando il touch-screen, permettendo quindi una migliore e più specifica interazione tra l'aiuto al tavolo ed il chirurgo impegnato alla consolle.

L'Urologia oggi è Didattica e Ricerca in continua progressione e trasformazione, di pari passo con l'evoluzione della tecnologia biomedica.

Sindrome delle apnee ostruttive e demenza: esiste un collegamento?

La malattia di Alzheimer colpisce milioni di persone in tutto il mondo e, in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita, si prevede che il numero di pazienti con demenza sia destinato ad aumentare drammaticamente con una stima prevista di 50 milioni di pazienti per l'anno 2050. Purtroppo, mancano al momento attuali trattamenti efficaci in grado di rallentare e/o contrastare la progressione della malattia. Per tale motivo, l'utilizzo di misure preventive per ridurre la sua prevalenza, mediante la gestione dei fattori di rischio, sembra una strategia clinica ragionevole. L'identificazione di fattori trattabili in grado di promuovere un deterioramento cognitivo, ha quindi importanti implicazioni pratiche.

La prevalenza dei disturbi respiratori nel sonno e, in particolare, della sindrome delle apnee ostruttive (OSAS) è estremamente elevata tra i pazienti con demenza. Uno studio longitudinale recente ha dimostrato che le donne anziane con OSAS lieve-moderata hanno una maggiore probabilità di sviluppare un decadimento cognitivo lieve rispetto alle donne senza OSAS.¹ Diversi studi hanno inoltre evidenziato che la gravità della demenza tende a essere correlata positivamente con il grado di OSAS.² Questi risultati suggeriscono che l'OSAS spesso precede la demenza potendo quindi contribuire alla sua patogenesi. Il meccanismo con cui l'OSAS può influenzare le funzioni cognitive non è ancora definito. Una migliore conoscenza del legame fisiopatologico tra OSAS e demenza sarebbe fondamentale per l'impostazione di interventi terapeutici razionali e promettenti rivolti a ritardare l'insorgenza dei fenomeni neurodegenerativi tipici della malattia di Alzheimer.

Basi dell'associazione tra OSAS e Malattia di Alzheimer: aspetti anatomo-patologici e possibili meccanismi di danno cerebrale

Il sonno, in particolare quello ad onde lente, svolge un ruolo fondamentale nel consolidamento della memoria a lungo termine. Nell'OSAS si assiste ad una frammentazione del sonno e ad una riduzione della componente ad onde lente. Sia l'alterazione dell'architettura del sonno, sia gli episodi di ipossia intermittente hanno effetti negativi sulla funzione cognitiva. In modelli animali, è stato dimostrato che l'ipossia intermittente promuove la perdita neuronale, la generazione di β -amiloide (A β) e lo stress ossidativo. La

concentrazione di A β solubile cerebrale, uno dei tratti distintivi della malattia di Alzheimer, segue un ciclo sonno-veglia. Nell'uomo, i livelli di A β nel liquido cerebrospinale variano a seconda del ritmo circadiano e la scarsa qualità del sonno nei soggetti anziani si associa ad aumento dei livelli di A β cerebrale misurati con metodiche scintigrafiche.³

Un numero crescente di evidenze suggerisce che l'OSAS influenza le funzioni cognitive attraverso una serie di alterazioni che, in ultima analisi, porterebbero ad una ipoperfusione cerebrale. Studi di neuroradiologia funzionale in pazienti con OSAS hanno dimostrato la presenza di zone di sofferenza ipossica cerebrale. Tali alterazioni anatomo-funzionali hanno una caratteristica localizzazione che vede coinvolte le regioni situate nella corteccia rostro-midiale prefrontale e in quella cingolata anteriore, regioni di pertinenza delle arterie cerebrali anteriori e posteriori.⁴ Si ipotizza che, in relazione alla sproporzione tra portata ematica ed estensione dei territori corticali riforniti da tali arterie, si verifichi una condizione di più fragile equilibrio metabolico-vascolare e di maggiore suscettibilità al danno a seguito dell'ipossia indotta dagli episodi di interruzione respiratoria che caratterizzano l'OSAS. Inoltre queste due arterie sono particolarmente interessate dalla disfunzione colinergica che si realizza nell'OSAS. Tale condizione porta ad una ridotta capacità di vasodilatazione durante gli episodi ipo/apnoici con conseguente maggiore suscettibilità allo sviluppo di danni anatomici. I diversi meccanismi coinvolti nella patogenesi del danno cerebrale nell'OSAS, tra cui lo stress ossidativo, l'infiammazione, l'aumento della viscosità del sangue possono essere stimolati ed amplificati in condizioni di flusso critico.

Gli eventi respiratori che si ripetono durante il sonno possono influenzare il meccanismo colinergico con una riduzione cronica della reattività vasomotoria cerebrale che porta ad una ipo-ossigenazione. Il fatto che le strutture cerebrali coinvolte nella sofferenza da ipoafflusso nei pazienti con OSAS siano le stesse che presentano un danno anatomico nella fase iniziale della malattia di Alzheimer, supporta (Fig. 1) il ruolo dei meccanismi vascolari quali mediatori della relazione tra OSAS e demenza.⁵

Implicazioni terapeutiche

Oltre agli interventi su fattori come l'obesità, il consumo di alcol e tabacco, la scarsa igiene del sonno e la scorretta posizione del corpo a letto che possono essere alla base o aggravare la sindrome, l'intervento specifico sui pazienti

LAURA BURATTINI E MAURO SILVESTRINI
Clinica Neurologica
Università Politecnica delle Marche

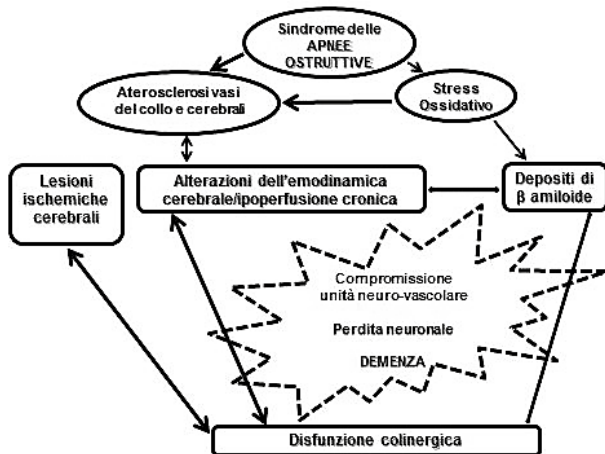


Fig. 1 - Le possibili interazioni tra fattori vascolari e processi neurodegenerativi nel determinare un quadro di demenza associata a Sindrome delle Apnee Ostruttive

con OSAS si basa sull'uso della ventilo-terapia a pressione positiva continua (CPAP). Ulteriori opzioni terapeutiche riguardano la correzione chirurgica o l'uso di dispositivi meccanici in grado di correggere almeno parzialmente l'ostruzione meccanica delle prime vie aeree. Nei pazienti con OSAS, sono stati frequentemente osservati problemi di attenzione o di concentrazione, di vigilanza, di memoria a breve termine, di percezione, di capacità di apprendimento, di capacità costruttive e di funzioni esecutive. È interessante il fatto che la disfunzione cognitiva può essere parzialmente o totalmente corretta in seguito all'instaurazione di un trattamento efficace del disturbo respiratorio. La possibilità di influenzare positivamente il quadro cognitivo è assolutamente influenzato dalla tempestività e la precocità della diagnosi e del trattamento. Questo concetto sembra applicarsi a tutti i pazienti con OSAS a prescindere dalla gravità del deficit cognitivo.⁶

Oltre alle osservazioni cliniche, il supporto per stimolare un trattamento precoce dell'OSAS si basa sulla dimostrazione della possibilità di influenzare favorevolmente alcune disfunzioni fisiopatologiche e anatomiche coinvolte nello sviluppo di demenza. Diversi studi hanno suggerito che l'uso della CPAP può ridurre lo stress ossidativo e influenzare positivamente i livelli dei marcatori infiammatori con conseguente miglioramento di parametri anatomici e funzionali del circolo cerebrale. Tali effetti, spiegherebbero l'aumento del volume della materia grigia nelle regioni ippocampali e frontali riscontrati nei pazienti sottoposti a trattamento ventilatorio.

Conclusioni

L'esistenza di una relazione tra OSAS e malattia di Alzheimer sembra ormai supportata da dati epidemiologici e clinici. Le osservazioni anatomiche e fisiopatologiche sopra riportate suggeriscono che alcune delle conseguenze prodotte a livello cerebrale dall'OSAS possano creare condizioni in grado di favorire l'insorgenza o di slatentizzare un quadro clinico di demenza. A tale riguardo, è importante sottolineare che diversi studi hanno dimostrato che solo intervenendo molto precocemente sui pazienti con OSAS con le appropriate misure terapeutiche è possibile prevenire lo sviluppo di danni cerebrali irreversibili.

Attualmente, la valutazione dei disturbi respiratori del sonno non fa parte dell'iter diagnostico raccomandato nei pazienti con deterioramento cognitivo. In base alle evidenze attuali, questo approccio deve essere attentamente riconsiderato al fine di ampliare le opzioni terapeutiche volte a rallentare l'evoluzione del declino cognitivo. I risultati preliminari ottenuti trattando con la CPAP i soggetti affetti da Malattia di Alzheimer e OSAS sono infatti molto promettenti e suggeriscono che la diagnosi precoce e il trattamento dell'OSAS potrebbero contribuire a ritardare la comparsa o almeno l'evoluzione sfavorevole dei deficit cognitivi.⁷

Bibliografia

1. Yaffe K, Laffan AM, Harrison SL, Redline S, Spira AP, Ensrud KE, Ancoli-Israel S, Stone KL. Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. *JAMA* 2011;306: 613-9.
2. Rose KM, Beck C, Tsai PF, Liem PH, Davila DG, Kleban M, Gooneratne NS, Kalra G, Richards KC. Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. *Sleep* 2011;34:779-86.
3. Spira AP, Gamaldo AA, An Y, Wu MN, Simonsick EM, Bilgel M, Zhou Y, Wong DF, Ferrucci L, Resnick SM. Self-reported sleep and beta-amyloid deposition in community-dwelling older adults. *JAMA Neurology* 2013; 70: 1537-43.
4. Joo EY, Tae WS, Lee MJ, Kang JW, Park HS, Lee JY, Suh M, Hong SB. Reduced brain gray matter concentration in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 2010;33:235-41.
5. Buratti L, Viticchi G, Falsetti L, Cagnetti C, Luzzi S, Bartolini M, Provinciali L, Silvestrini M. Vascular impairment in Alzheimer's disease: the role of obstructive sleep apnea. *J Alzheimers Dis* 2014; 38: 445-53.
6. Cooke JR, Ayala L, Palmer BW, Loredi JS, Corey-Bloom J, Natarajan L, Liu L, Ancoli-Israel S. Sustained use of CPAP slows deterioration of cognition, sleep, and mood in patients with Alzheimer's disease and obstructive sleep apnea: A preliminary study. *J Clin Sleep Med* 2009; 5: 305-9.
7. Troussière AC, Monaca Charley C, Salleron J, Richard F, Delbeuck X, Derambure P, Pasquier F, Bombois S. Treatment of sleep apnoea syndrome decreases cognitive decline in patients with Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014 May 14. pii: jnnp-2013-307544. doi: 10.1136/jnnp-2013-307544. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24828897.

La Grande Guerra

2'. Il Corpo delle infermiere volontarie

La storia del Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana s'incrocia con la storia d'Italia fin dalla sua fondazione che ebbe luogo nel 1906 quando, sotto il patrocinio della Regina Elena di Savoia, fu istituito il primo corso di formazione per infermiere su iniziativa di Sita Meyer Camperio. Nel 1908 s'inaugurò la prima ambulanza-scuola per crocerossine e nello stesso anno le 260 neo-diplomate furono immediatamente impegnate nel soccorso delle popolazioni colpite dal terremoto calabro-siculo a bordo di navi e treni ospedale; nel 1910 portarono aiuto alle popolazioni del sud colpite dal colera; nel 1911-1912 ebbero il loro "battesimo del fuoco" in Libia durante la guerra italo-turca a bordo della nave ospedale "Melfi". L'impegno delle donne sui campi di battaglia risale, tuttavia, alla meta dell'Ottocento, quando alcune di loro gettarono le basi di un fenomeno il cui valore sociale sarebbe stato universalmente riconosciuto, assegnando a queste donne l'appellativo di Crocerossine. Una delle prime donne a impegnarsi, alla testa di poche altre, nell'assistenza ai feriti e ai moribondi fu Cristina Trivulzio di Belgioioso presente a Roma durante i combattimenti per la difesa della Repubblica Romana nel 1849. Nel 1855 l'inglese Florence Nightingale applicò la sua competenza scientifica e organizzativa alla cura dei feriti durante la guerra di Crimea. Nel 1859 molte donne lombarde si presentarono spontaneamente sui campi di battaglia della seconda guerra d'indipendenza per portare soccorso ai soldati italiani bisognosi di cure. Il francese Henry Dunant, impressionato per la brutalità dei combattimenti ma anche entusiasta dall'attività di soccorso prestata da medici e donne a tutti i feriti italiani, francesi e austriaci, fondò a Ginevra nel 1863 la Croce Rossa e la Mezzaluna Rossa, ricevendo per questo nel 1901 il primo premio Nobel per la pace. Nel 1882 fu istituita la Croce Rossa Italiana che nel 1895 partecipò alla campagna d'Etiopia con un ospedale da campo e dieci ambulanze di montagna. Nel 1910 si ebbe finalmente il

ALBERTO PELLEGRINO
Sociologo

riconoscimento ufficiale del Corpo Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana con la dotazione di un apposito regolamento e con l'adozione della celebre divisa bianca con il lungo velo blu.

Le Crocerossine durante la Grande Guerra

La prima guerra mondiale costituì il vero banco di prova dell'impegno e del valore delle Infermiere Volontarie della CRI, presenti con grande spirito di abnegazione e con estremo coraggio su tutto il fronte bellico negli ospedali militari distribuiti sul territorio nazionale, nelle immediate retrovie e subito dietro le prime linee dove si prestavano i soccorsi d'urgenza ai tanti feriti provenienti dalle trincee e dai campi di battaglia. Si trattava delle prime donne presenti sul fronte di una guerra, dotate di un'apposita uniforme e contraddistinte dall'appellativo di Sorelle, esposte continuamente al pericolo di essere colpite o di essere contagiate da malattie letali. La regina Elena, per guidare in guerra il Corpo delle Crocerossine, scelse una donna di grande cultura e dalla forte personalità come la duchessa Elena di Orleans (1871-1951), moglie di Emanuele Filiberto duca d'Aosta. Fin da giovane la nobildonna aveva sprigionato un grande fascino tanto che era stata definita la "personificazione della bellezza femminile che si distingue come un'atleta graziosa e un'affascinante linguista". La duchessa Elena nel corso della prima guerra mondiale rivelò un carattere di ferro, notevoli qualità organizzatrici, una spiccata attitudine al comando, ponendosi con il grado di Ispettrice generale



Cartolina militare di propaganda.

(un grado corrispondente a generale) alla guida del Corpo Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana che nel 1915 erano 4 mila, ma nei due anni successivi salirono a oltre 7 mila per arrivare a circa 10 mila unità alla fine della guerra. A tutte furono dati i gradi di ufficiale per conferire loro una maggiore autorità di fronte a soldati e ufficiali maschi. Nonostante i suoi problemi di salute, la duchessa Elena fu quasi sempre presente al fronte, guadagnandosi una medaglia d'argento al valor militare e tre croci al merito di guerra. Gabriele D'Annunzio le dedicò la sesta della Canzoni d'Oltremare intitolata La canzone di Elena di Francia: "E quegli ch'ebbe stritolato il mento.../e su la branda sta sanguinolento.../anch'egli ha l'indicibile sorriso/all'orlo della benda che lo fascia,/quando un pio viso di sorella, un viso/d'oro si china verso la sua guancia,/ un viso d'oro come il Fiordaliso./Sii benedetta, o Elena di Francia,/sul mar nostro che vide San Luigi/armato della croce e della lancia".

Accanto a Elena d'Orleans accorsero altre nobildonne (Margherita d'Incisa Rossi Passavanti, Sita Camperio Mejer, Beatrice Donghi-Baldwin, Costanza di Collaredo) per prestare soccorso ai soldati a ridosso delle prime linee, rischiando ogni giorno la vita e rinunciando agli agi e ai privilegi riservati al loro rango, per soccorrere le migliaia di feriti che giungevano dalle zone di combattimento, alla luce di una candela, in mezzo al sangue, alle urla di dolore, ai topi e al fango, dimostrando con il loro coraggio di saper vincere i pregiudizi maschili che avrebbero volu-

to le donne in una posizione subordinata. Tutte queste Crocerossine operarono nei pressi delle trincee in ospedali di fortuna e nei "nuclei chirurgici avanzati"; gestirono 204 ospedali da campo allestiti con 30 mila posti letto nelle retrovie di una guerra di trincea combattuta sul Carso e in alta quota; furono impegnate sui treni e sulle navi ospedale. Esse erano sottoposte a una disciplina molto dura, dovevano sopportare fatiche fisiche e stress psicologici, con turni massacranti (spesso facevano 24 ore di servizio senza una pausa), durante i quali dovevano anche cucire, lavare, stirare, pulire e questo massacrante impegno quotidiano lasciava poco spazio a relazioni sentimentali e a qualsiasi tipo di svago o passatempo. Fu affidata loro persino la gestione dei materiali e, con l'innato senso pratico delle donne, esse riuscirono a sopperire alla scarsità delle forniture, inventandosi un nuovo modo di gestire questo settore della vita ospedaliera improntato a ritmi veloci e a tempi di "produzione" che ricordavano nelle forme la catena di montaggio delle grandi industrie. Le crocerossine, pur essendo per la maggior parte nubili, stavano in continuo contatto con corpi maschili, non si limitavano a fare le medicazioni e l'assistenza in sala operatoria, ma facevano anche assistenza morale, lavavano i feriti e cambiavano la loro biancheria, provvedevano alla distribuzione del vitto, alla conservazione dei medicinali e al riordino degli oggetti personali dei ricoverati spesso analfabeti, per cui scrivevano anche alle loro famiglie.

Le crocerossine curarono 984 mila feriti e per queste giovani donne fu la discesa in un inferno di dolore e di sangue come si rileva da molti loro diari ("Dire del servizio prestato in quel tempo è difficile. Si faceva di tutto, secondo il momento e il maggiore bisogno: sala d'operazione, medicazioni, assistenza agli infettati – colera, meningite cerebrospinale, tetano, cancrena gassosa, alienati, erisipelatosi, tifo ecc. Tutto si è passato fra le mani in una ridda straziante di orrore e di morte"). Le infermiere, quando i feriti arrivavano con i camion, le carrette o le ambulanze ai treni ospedale o ai centri di medicazione, si trovavano di fronte a devastazioni di corpi che non si erano mai viste e che erano il frutto perverso di una nuova guerra tecnologicamente avanzata ("Chi potrà descrivere lo spettacolo orrendo, macabro addirittura, che si parò davanti ai nostri sguardi immoti e ai nostri cuori paralizzati? centodieci esseri, dei quali ci si domanda: sono creature umane, mostri, pezzi di carne bruciata?



Cartolina militare di propaganda.



La Duchessa Elena D'Aosta, ispettrice generale della CRI.



Cartolina di propaganda austriaca.

Ai quali togliendo le bende, le carni cadevano a brandelli in parte già putrefatti e maschere indefinibili e mostruose coprivano per lo più giovani volti di vent'anni"). A questi disagi e orrori si aggiunse, durante la ritirata di Caporetto, la paura di essere catturate dagli austriaci ("Io divenni preda di un vile terrore. Persi l'uso della parola: l'idea di finire prigioniera dei tedeschi, rinchiusa lì nell'ambulanza, era tanto atroce da non potersi descrivere. Immobile e irrigidita, guardavo fuori dal finestrino, aspettandomi a ogni istante l'assalto della cavalleria tedesca"). Queste donne furono testimoni di tragedie belliche indescrivibili, ma continuarono a prestare assistenza ai feriti e ai malati sotto i bombardamenti, nel fango e nel freddo, sempre nel pieno rispetto del loro credo: "Siate tolleranti come lo può essere una donna al capezzale del suo bambino. Ma anche fredde, calme, riflessive, impassibili, instancabili".

A confronto della vita che le donne conducevano prima della guerra, le infermiere volontarie fecero un'esperienza di contaminazione che le avvicinò all'agire degli uomini, un'esperienza di emancipazione femminile che da un lato sollecitò la richiesta di riconoscimento di determinati diritti, portò a una maggiore esaltazione della femminilità, a potenziare la naturale vocazione femminile al sacrificio tanto da poter affermare che "la donna infermiera cosciente, istruita e pietosa è doppiamente donna" (Maria Majocchi Plattis). A testimoniare lo spirito di sacrificio di queste donne, alla fine della guerra si contarono 3 infermiere cadute prigioniere e 44 infermiere decedute per ferite o cause di servizio. Per ricordarle tutte simbolicamente una di loro è stata sepolta



Cartolina militare di propaganda.

nel Sacrario di Redipuglia con i soldati della Terza Armata e sulla stele, che la ricorda, è stato scritto: "Crocerossina Margherita Parodi di anni 21 – Caduta di Guerra. A noi tra bende, fusti di carità ancella. Morte ti colse: resta con noi sorella".

Il mondo alla rovescia. Per una sociologia della guerra al femminile

Per la prima volta le donne erano impegnate in massa nei settori solitamente dominati dalla presenza maschile, a diretto contatto fisico con uomini che avevano bisogno di cure ma anche di quel conforto che poteva arrivare solo da una presenza femminile. Sono soprattutto giovani donne appartenenti alla borghesia e all'aristocrazia, dotate di una buona formazione scolastica, a diventare Infermiere volontarie con grande entusiasmo e spirito di abnegazione. Spesso erano donne non abituate a fare lavori materiali nelle loro abitazioni e nella società che di colpo si trovarono in mezzo al sangue e a inaudite scene di dolore, al fianco dei medici nelle sale operatorie, obbligate dalle necessità a lavare e curare corpi maschili, a pulire pavimenti e lavare bende, lenzuola o abiti sporchi, sopportavano il freddo e la fame come i soldati, riuscendo a resistere alla diffidenza e all'irritazione degli alti gradi dell'esercito nei loro confronti. Nello stesso fronte interno la loro opera era guardata con sospetto dal ceto maschile più conservatore, perché si temeva che la donna emancipata non sarebbe più stata "l'angelo del focolare". Persino una scrittrice e giornalista aperta ai problemi sociali come Matilde Serao arrivò a scrivere sul *Mattino* di Napoli che le donne andavano in guerra per civettare e



Infermiere inglesi alla guida di un'ambulanza militare.



Infermiere del Corpo Volontari in attesa di salire su un treno ospedale.

che alcune infermiere avevano dato scandalo perché avevano accettato di ballare con degli ufficiali. Nonostante le resistenze ancora rilevanti in campo maschile e un moralismo sociale ancora difficile da superare, la guerra con la sua crudeltà e i suoi orrori finì per spazzare via antichi retaggi e privilegi sociali, ambiguità e contraddizioni che imponevano una superiorità maschile in ambito sociale.

Agli inizi non fu tutto semplice: le crocerossine che sceglievano di affrontare la durissima vita del fronte e degli ospedali militari, se erano coniugate, dovevano avere l'autorizzazione del marito e, se erano nubili, quella di chi esercitava la patria potestà, per cui si verificarono molti casi di giovani infermiere che scapparono da casa e si arruolarono senza il beneplacito dei genitori. In ogni caso si preferiva arruolare infermiere nubili, senza particolari vincoli familiari, oppure coniugate ma senza figli. Per prima cosa si superò il preconconcetto secolare secondo il quale "il medico (uomo) si occupa delle ferite e l'infermiera (donna) dei feriti", per cui il Corpo delle Volontarie pretese l'istituzione di corsi di formazione professionali dai quali uscirono molte infermiere specializzate e questo permise alle donne di occuparsi di medicina nelle corsie ospedaliere e di assistere i chirurghi in sala operatoria.

Secondo la testimonianza dell'infermiera Annie Vilanti "una ragazza che è chiamata a curare i feriti nel corpo e nell'anima non può vivere nella bella e puerile ignoranza di una volta" e da allora non si tornò più indietro, tanto è vero che, dopo la guerra, si aprirono delle vere scuole professionali per infermiere e il settore infermieristico è divenuto il più professionalmente femminilizzato nel

mondo della sanità. Inoltre, per merito delle infermiere, da quel momento cambiò il rapporto medico-infermiera e fu definitivamente superata la concezione secondo la quale la medicina doveva concentrarsi sulla cura del malato, perdendo di vista la sua persona e il rapporto tra chi cura e chi è curato. Le infermiere dovettero conquistarsi sul campo il rispetto nel mondo dei maschi combattenti, mettendo a volte allo scoperto nelle loro memorie il lato meno virile e più infantile dell'uomo sofferente, spesso testimoni scomode degli aspetti meno eroici e retorici della guerra, mentre prestavano fino all'ultimo la loro opera nelle posizioni più scomode e pericolose. Queste donne, abituate quasi sempre a condurre una vita tranquilla fra le sicure pareti domestiche, acquistarono una coscienza femminile correndo gli stessi pericoli dei combattenti, costrette a muoversi giorno e notte a dorso di mulo o in camionetta, costrette e convivenze forzate, obbligate a trascurare la loro stessa femminilità non avendo più tempo per truccarsi, pettinarsi, indossare abiti borghesi, perché ormai si sentivano soprattutto delle crocerossine e trovavano il modo di accettare e sublimare l'orribile spettacolo di tante sofferenze, di dare persino un senso a tante morti di cui erano quotidianamente testimoni, mettendo in campo per ore, nelle corsie e nelle tende dei posti di medicazione dove i feriti arrivavano in ogni momento, un'energia e un'audacia che il mondo maschile nemmeno sospettava. La consapevolezza di se stesse e del proprio valore era data dal fatto di dover vivere quotidianamente in ambienti dove "lo squittire dei topi si confonde con le lamentele dei feriti, la vita è durissima,



Feriti italiani in attesa di essere trasferiti in un posto di medicazione.

la stanchezza prevale, sempre e ovunque. Il coraggio di assistere alle amputazioni e il disagio di tenere tra le mani gli arti amputati si aggiunge alla coscienza di dover comunque resistere e aiutare: con un sorriso dolce e mani delicate che carezzino il volto dei feriti" (Elena Doni, *Il bianco esercito*, in *Donne nella Grande Guerra*, Il Mulino, Bologna, 2014).

Questa mutazione antropologica ed esistenziale del mondo femminile, che era già iniziata con la rivoluzione industriale e i processi di urbanizzazione, subì una decisiva accelerazione con la guerra quando, per la mancanza di uomini che erano per la maggior parte al fronte, le donne furono costrette a improvvisarsi tranvieri, spazzine, barbieri, postine, impiegate amministrative, boscaioli, portatrici carniche capaci di trasportare a spalla munizioni e cibo sotto il fuoco nemico nelle zone più impervie del fronte, lavoratrici nelle aziende agricole, operaie metalmeccaniche soprattutto nelle fabbriche di armi e munizioni. La guerra, che comportava un trauma di lunga durata per gli uomini, rappresentò per le donne non solo un momento di lutto, di sofferenze e di paura, ma anche la frattura dell'ordine familiare e sociale, l'aprirsi di nuove esperienze lavorative e l'assunzione di nuove responsabilità.

Mentre nelle memorie dei combattenti prevale il senso del lutto, del dolore e della tragedia, nelle testimonianze delle donne traspare anche un senso di liberazione, di orgoglio e accresciuta fiducia in se stesse. Il fatto di indossare una divisa le rendeva generalmente fiere, non perché avessero abiti di aristocratica eleganza e scarpette bianche di pelle finissima (come le descriveva la stampa propagandistica), ma perché la donna infermiera era

"ammirata negli ospedali, nei treni di trasporti dei feriti, negli ospedaletti da campo, nelle sale operatorie, da per tutto ove si soffriva e si aveva bisogno di assistenza, di affetto, di previdente bontà, di parole confortanti" (A. Vertua Gentile, *A te sposa*, 1918, p. 280).

Naturalmente non tutte le donne in tempo di guerra vivevano allo stesso modo: alcune continuarono a svolgere il loro ruolo di mogli e di madri; alcune nell'area veneto-friulana, oltre ai disagi dei trasferimenti forzati e ai pericoli dei bombardamenti, dovettero subire persino le violenze sessuali degli eserciti occupanti durante e dopo la ritirata di Caporetto; altre ancora scelsero il ruolo di madrine impegnate a raccogliere fondi, a confezionare abiti e pacchi dono, a scrivere lettere per i combattenti. Questa "esposizione in pubblico", nelle piazze e nei teatri, nei comitati e nelle organizzazioni assistenziali, consentì alla donna di rompere antichi tabù con un certo orgoglio del proprio

ruolo, come si può desumere dalla lettera di una donna che racconta lo svolgimento di una manifestazione organizzata in Ancona nel settembre 1915: "Come già saprai sto lavorando calze e guanti per i soldati. Lunedì sono andata a raccogliere denaro per comprare la lana. La mia squadra era abbastanza numerosa: la capo squadra era Marzia, poi c'ero io, la Peroli, la Spinelli, la sig.na Lantarnani, poi quella signora fiorentina che va tutti gli anni alla spiaggia...e altre tre signorine. Con noi avevamo quattro giovani esploratori, un volontario ciclista, il padre della sig.na fiorentina, il bidello della nostra scuola Norman, e infine quattro carabinieri e due soldati con il carro d'artiglieria per depositarvi gli indumenti che davano molte persone...Siamo partiti alle nove dal circolo degli impiegati civili, e con la fanfara che suonava *O Trieste, o Trieste del mio cuore*, abbiamo fatto il giro di Piazza Cavour e del corso Vittorio Emanuele".

Agli inizi della guerra si cercò di ostacolare questo movimento di emancipazione femminile, rimettendo uomini e donne al loro posto, restituendo una drammatica preminenza al ruolo maschile dei combattenti, tanto che al momento della mobilitazione generale sembrò riaffermarsi la distinzione tra i generi e riprendere vigore il mito dell'uomo difensore della patria e della casa, lasciando alla donna il ruolo di custode del focolare domestico. Il prolungarsi della guerra e l'enorme consumo di energie umane, determinarono un crescente bisogno di manodopera in tutti i settori economici e provocarono una specie d'invasione di campo femminile. Il settore dove la donna ebbe la maggiore esposizione fu quello dell'infermiera, la cui figura divenne l'esemplificazione più tipica e popo-

lare dell'impegno femminile, anche perché esso non era in contrasto con lo stereotipo dell'angelo consolatore addetto alla cura del corpo dell'uomo per alleviare i suoi dolori, introducendo sulla scena sanguinosa della guerra una nota di grazia e di dolcezza. Nella promiscuità degli ospedali militari, dei treni e delle navi ospedali, dei posti avanzati di medicazione queste donne, spesso giovani e nubili, dovevano stare quotidianamente a contatto con medici uomini e con corpi maschili bisognosi di cure, per cui il prevalere del sentimento di pietà e del sentimento di orgoglio e di soddisfazione per il ruolo svolto e per il proprio valore serviva a rimuovere ogni risvolto sessuale, a evitare i rischi, le tentazioni e il "disordine morale" che potevano derivare da questa forzata convivenza, fissando i netti confini tra infermiere e pazienti che dovevano servire da antidoto a eventuali tentazioni a sfondo sessuale.

Non è un caso se i regolamenti, applicati soprattutto agli inizi del conflitto, contenevano il divieto per le infermiere, quasi tutte appartenenti alle classi sociali medio-alte, di occuparsi degli ufficiali che avevano generalmente un'estrazione sociale omogenea alla loro, fatta eccezione per i casi d'emergenza che soprattutto in prima linea dovevano essere frequenti. Le infermiere dovevano dedicarsi all'assistenza dei soldati semplici e dei graduati, che erano quasi sempre di estrazione popolare e che non avrebbero "osato" concepire o addirittura manifestare pulsioni erotiche nei loro confronti. Nelle testimonianze dei militari raramente compaiono atteggiamenti di affettuosa confidenza, ma vi sono spesso innocenti riferimenti al senso di benessere corporeo provato per il confortevole ambiente dell'ospedale rispetto a quello orrendo della trincea, per la dolcezza delle cure ricevute da mani femminili.

Non ammessa e censurata nei fatti, l'associazione tra femminilità ed erotismo era ampiamente e maliziosamente presente nell'iconografia di propaganda, per esempio nelle caroline illustrate, dove compariva l'accostamento tra guerra e amore. "Numerosissime sono, accanto alle cartoline che presentano le infermiere in atteggiamenti pietosi e casti, quelle in cui esse, graziosamente racchiuse nelle loro divise non prive di civetteria, occhieggiano in direzione di gagliardi soldati, li abbracciano, assumono atteggiamenti scopertamente seduttivi" (Antonio Gibelli). Il cinema introduceva la figura della donna-eroina con il film *Sempre nel cor la Patria* (1915) di Carmine Gallone, dove si narra la storia di una donna italiana sposata a un austriaco che ritorna in patria "quando la diana squilla" e muore eroicamente per sventare un'azione nemica affidata al marito. Una scrittrice famosa come Matilde Serao pubblicò *Parla una donna. Diario femminile di guerra* e Carla Cadorna, figlia del Comandante supremo,

scrisse il libro *La guerra nelle retrovie* per esaltare quanto di bello, di morale e di nobile c'era nell'animo femminile di quante erano impegnate al fronte. Autrici di romanzi e novelle affrontarono argomenti che riguardavano la guerra per esaltare il ruolo della donna, ma anche per avanzare giudizi negativi, dai quali non risultarono esenti nemmeno le infermiere ("Il campo del bene è ingombro, infestato - scrive Matilde Serao - da una gramigna di nullità femminile"); secondo altri, le infermiere della prima guerra mondiale mostrarono la loro femminilità futile e fatua, perché erano mosse solo da una "smania di sensazioni di curare i feriti" (E. F. W. Eberhard, *Femminismo: Decadenza. Gli aspetti sessuali della lotta per l'emancipazione femminile*, 1933). Per la scrittrice Annie Vivanti l'infermiera era una figura contraddittoria ("uno dei mille problemi creati dalla guerra") che era in grado di svolgere bene il suo compito, ma poteva anche perdere la sua innocenza: "Una ragazza che è chiamata a curare i feriti nel corpo e nell'anima, non può più vivere nella bella e puerile innocenza di una volta". Grande scalpore fece il romanzo *Addio alle armi* (1929) di Ernest Hemingway, dove si racconta (sulla base di esperienze autobiografiche) la storia del tenente americano Frederic Henry che guidava un'ambulanza dell'esercito italiano e ha avuto una storia sentimentale con l'infermiera inglese Catherine Barkley, la quale resterà incinta e morirà di parto in Svizzera, dove i due si sono rifugiati dopo che Frederic ha disertato. Dal romanzo saranno tratti due film di successo, uno del 1932 per la regia di Frank Borzage e l'altro del 1957 per la regia di Charles Vidor.

L'impegno nelle attività infermieristiche offrì a molte donne non tanto l'occasione di vivere morbide avventure a carattere sessuale o di intrecciare rapporti sentimentali, quanto piuttosto di uscire allo scoperto, di superare i chiusi confini della famiglia e dell'ambiente sociale di appartenenza per conquistare una nuova rilevanza pubblica e conquistare un ruolo di precisa utilità sociale. L'eccezionale circostanza di vivere per lunghi periodi lontano dalle loro case e a contatto quotidiano con una popolazione maschile, permetteva a queste donne di allacciare nuove relazioni personali pur rimanendo all'interno di una cornice di elevato valore sociale. Durante tutta la guerra, l'impegno delle donne nella società servì anche a rimuovere in buona parte il tradizionale stereotipo della zitella, un ruolo sociale che occupava il gradino più basso del mondo femminile. Soprattutto nel caso delle infermiere, le donne nubili non furono più considerate una deviazione sventurata o addirittura infamante della condizione femminile: "La sua morale si sostanzia in dedizione, compassione, apostolato al limite dell'eroismo" (C. Dauphin, *La vieille fille. Storia di uno stereotipo*, 1984).

La formazione dell'Infermiere: da Allievo delle Scuole Convitto a Studente universitario

In questi anni il percorso formativo di accesso alla professione infermieristica ha subito e sta subendo profonde trasformazioni, ognuna delle quali ha specifici significati collegati e connessi gli uni con gli altri.

Impossibile non ricordare l'inserimento della formazione infermieristica nel sistema formativo universitario, che ha provocato una profonda revisione della struttura formativa.

Le ricadute immediate di questa innovazione sono state tali da provocare una crisi del sistema formativo infermieristico: una crisi arrivata oggi alla risoluzione, che ha portato a risultati positivi che, senza questo stimolo, avrebbero forse tardato ad arrivare.

Ma come siamo arrivati alla formazione universitaria?

All'inizio del Novecento la situazione degli ospedali è ormai un vero e proprio scandalo sociale, la stampa e il consolidamento della componente medica descrivono a lungo il problema dell'assistenza come evento prioritario su cui centrare l'attenzione sociale.

L'immagine dell'infermiera è ancora simile a quella descritta da Charles Dickens in *The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit* (1844) nell'Inghilterra di mezzo secolo prima (Sarah "Sairey" Gamp, ostetrica alcolizzata, infermiera ed esperta di pompe funebri, viene introdotta nel romanzo per la morte di Anthony Chuzzlewit. Deruba i pazienti e approfitta dell'ospitalità dei familiari delle persone che seppellisce e spende gran parte dei suoi guadagni in alcool). Non è certo questa l'immagine desolante e grottesca, in cui i protagonisti della vita ospedaliera dell'inizio del secolo (malati, infermieri, medici ed amministratori), vorrebbero rispecchiarsi.

Ognuna di queste componenti si inserisce poi in una situazione che in realtà è dinamica e molto diversificata, dovuta ai progressi in medicina e all'introduzione di nuove indagini diagnostiche e moderni laboratori.

"L'emergenza" dell'assistenza infermieristica si evidenzierà poi in maniera drammatica con lo scoppio della prima guerra mondiale, dove davanti ad un bisogno impellente di assistenza ci si accorge della incapacità a farvi fronte.

Per avviare la riforma dell'assistenza vengono quindi avanzate numerose proposte, in particolare sulle condizioni di lavoro e sulla maggior adeguatezza del personale maschile o femminile, laico o religioso. Ma il punto centrale perché la riforma concretamente si sviluppi e abbia possibilità di successo è da tutti individuato nella formazione professionale degli infermieri.

Poche sono le scuole esistenti all'inizio del secolo ventesimo. La prima scuola per infermieri viene fondata nel 1896 a Napoli da Miss Grace Baxter – scuola per infermiere della "Croce Azzurra" – nelle cliniche di Medicina e Chirurgia dell'Ospedale Gesù e Maria. Prima scuola aperta in Italia secondo il sistema Nightingale, prevede un corso di studi della durata di due anni; le iscrizioni, che si rivolgono alla borghesia, non sono molte e la partenza avviene tra molte difficoltà.

Nel Rilevamento statistico-amministrativo sul servizio degli ospedali del Ministero dell'Interno pubblicato nel 1906 si riporta il numero di venticinque ospedali che hanno istituito una scuola per infermieri, con un aumento di sole 15 scuole dal 1887 (in Inghilterra, patria della riforma di Florence Nightingale, erano presenti più di 500 scuole già nel 1898). Numerosi sono così gli appelli ad aumentare le pochissime scuole professionali esistenti, indispensabili per il buon funzionamento della nuova "macchina produttiva" ospedaliera. La scuola è ritenuta necessaria perché ormai si va affermando l'idea che "fare l'infermiere non è la stessa cosa di darsi ad un mestiere qualunque", ma richiede abilità ed attitudini particolari che possono essere sviluppate soltanto con la formazione di "una vera personalità di professionista" (Borchi A., *Per la dignità dell'infermiere, L'Infermiere*, febbraio 1911). Un infermiere dunque che sta acquisendo il riconoscimento di una specificità professionale che, in termini moderni, si traduce nella relazione terapeutica col malato.

Si ritiene quindi necessaria una seria organizzazione della scuola, con un metodo didattico che superi l'empirismo che ha fino a questi anni caratterizzato l'impostazione dei pochi corsi di formazione avviati negli ospedali. Il modello di scuola più apprezzato, in quanto più rispondente alle nuove esigenze sanitarie, è quello delle scuole anglosassoni, secondo l'impostazione di Nightingale, basato essenzialmente su capacità pratiche da acquisire durante il tirocinio, pur supportate da un necessario corredo teorico.

Su questa base Amy Turton, insieme a dieci infermiere britanniche, aiuta Doroty Snell nella direzione di una scuola romana che si istituisce a Roma, presso il policlinico Umberto I: la scuola convitto Regina Elena. Molte, o praticamente tutte le scuole per infermiere sorte in Italia in questo periodo, sono fondate dalle allieve della Nightingale, ma nel nostro Paese non vi sono ancora normative che stabiliscono regole e programmi; ogni ospedale gestisce la scuola in base alle proprie esigenze, la formazione è disomogenea e le allieve sono poche.

È con l'avvento del nuovo governo fascista che si giunge nel 1925 alla emanazione di un Regio Decreto Legge che prevede l'istituzione di "Scuole convitto professionali per infermiere – Regio Decreto Legge n.1832 del 15 agosto 1925 - e contemporaneamente viene identificata la figura

Lettura tenuta nell'Aula Magna d'Ateneo il 2 ottobre 2014 per la Settimana Introduttiva alla Facoltà.

di Caposala. Il sistema di formazione, perfezionato con il regolamento esecutivo (R.D. 29.11.29, n.2330), è di chiaro riferimento al modello Nightingale, i cui punti cardine sono: assistenza infermieristica affidata a personale esclusivamente femminile; personale proveniente da classi sociali di buone condizioni e composto da nubili o vedove senza prole, formato in scuole convitto dotate di ogni conforto, e sotto la direzione di una matron, un'infermiera dirigente con piena autorità nello svolgimento della propria funzione e in possesso della qualifica di Infermiera Professionale abilitata alle funzioni direttive (Caposala).

L'assistenza doveva essere affidata alla donna perché "le più squisite doti femminili quali la devozione, la pazienza, la dolcezza, la delicatezza, l'istinto materno sono particolarmente adatte per non dire indispensabili".

Il nuovo corso ha durata di due anni e comprende insegnamenti teorico-pratici, gli insegnamenti sono impartiti da medici e, in minima parte, dalle Direttrici. Con un successivo corso della durata di un anno si può conseguire il certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica. Per l'ammissione alla scuola si richiede il titolo di scuola media di primo grado; in mancanza di candidate che ne siano in possesso, si possono accettare allieve aventi la sola licenza elementare. Alla domanda di iscrizione alla scuola va allegata una dichiarazione, firmata da due persone rispettabili e conosciute dalla scuola, che attestino l'indiscussa moralità dell'aspirante infermiera.

Questa riforma della formazione infermieristica non portò agli effetti sperati. Le adesioni alle scuole convitto furono insufficienti persino a coprire il fabbisogno di infermiere negli ospedali a causa, in primo luogo, dell'alto tasso di analfabetismo femminile (il 90% circa della popolazione femminile totale), seguito dalla retribuzione inadeguata all'impegno lavorativo richiesto, dalla presenza di religiose negli ospedali a cui erano affidati compiti organizzativi e di controllo che escludevano quindi qualsiasi possibilità di carriera, e infine l'assoluta dipendenza dal medico.

Un ulteriore ostacolo fu rappresentato dall'istituzione, nel 1927, delle scuole per infermieri e infermiere generiche, in cui bastava dimostrare di saper leggere e scrivere per avere l'idoneità al lavoro.

Nel 1938 furono comunque approvati i programmi di insegnamento delle scuole convitto professionali e infine, nel 1940, furono create due nuove figure assistenziali: la vigilatrice d'infanzia e la puericultrice (figura di supporto alla vigilatrice, con compiti limitati al solo bambino sano).

Il secondo conflitto mondiale interromperà questo processo, cristallizzando le attività assistenziali. Bisognerà aspettare gli anni 60 affinché si senta nuovamente la necessità di un riordino della sanità.

Durante il governo Fanfani quater, nel 1962, l'allora ministro del bilancio Ugo La Malfa affermò, in merito al

problema della Sanità pubblica, che andasse predisposta un'azione volta al miglioramento qualitativo dell'assistenza. Le varie proposte avanzate nonostante un ampio dibattito sulle soluzioni da adottare, si ridussero, in pratica, in un mero aumento dei posti letto ospedalieri (dal 1955 al 1974 crebbero complessivamente del 53,35%, passando da 380.610 a 583.646 unità) che produssero una conseguente grave carenza di personale infermieristico, alla quale si cercò di ovviare aumentando le scuole per infermieri generici, quanto mai carenti di impostazione didattica formativa.

Intanto, per migliorare la formazione dei quadri dirigenti per le scuole e i servizi infermieristici, viene istituita con il DPR n.755 nel 1965 presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Roma, la Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica. La durata degli studi era di due anni accademici con frequenza obbligatoria alle lezioni e presentazione finale di una tesi consistente in un lavoro di ricerca. L'idea iniziale della Scuola Speciale era sottrarre la formazione infermieristica al Ministero della Sanità (sotto il cui controllo era finita in una posizione anomala) e portarla a dignità di formazione disciplinare, inserendo la formazione di base nell'ordinamento degli studi della Pubblica Istruzione. Rimase invece confinata all'interno del Ministero della Sanità come formazione professionale, a conclusione della quale veniva rilasciato un titolo abilitante.

Altre Scuole Speciali videro la luce successivamente a Roma (Policlinico Gemelli, 1969), Milano (1974) e in altre parti d'Italia e, nonostante le diverse diciture dei titoli rilasciati (DAI, IID, DDSI), erano equiparate, in quanto facenti parte delle Scuole Dirette a Fini Speciali (1969); continuarono a funzionare sino al 2004, anno in cui fu approvato il Decreto MIUR (ex MURST) che fissava le modalità e i contenuti della prova di ammissione ai Corsi di Laurea Specialistica delle Professioni Sanitarie per l'anno 2004/2005.

Per completare la descrizione dell'evoluzione della formazione infermieristica occorre però fare un passo indietro, più precisamente al 1967 dove, a Strasburgo, alcuni Paesi europei firmarono un accordo per fissare delle linee comuni sulla formazione degli infermieri che permettessero di stabilire una maggiore uniformità della didattica, anche se il fine ultimo era poter garantire un libero scambio di professionisti nell'area europea. L'Italia fu uno degli ultimi paesi firmatari, e riuscì a far parte dell'accordo con notevole difficoltà. Questo comportò che nel 1971 si aggiunse un nuovo tassello all'evoluzione della professione infermieristica. La Legge n.124 estese agli uomini l'accesso alle scuole infermieri e comportò obbligatoriamente e necessariamente l'abrogazione del convitto; essa conteneva anche norme che modificavano i requisiti d'ingresso: la scolarità minima richiesta diventava di 10 anni, per cui era necessario il biennio di scuola media superiore. Al contempo si abbassava l'età minima di accesso che diventava di 17 anni e non più 18.

Nel 1973, a seguito della ratifica dell'accordo di Strasburgo, la durata del Corso per Infermieri fu fissata in 4.600 ore di insegnamento con una proporzione di 50/50 tra teoria e pratica in modo da rendere l'istruzione infermieristica una vera formazione professionale. Una ratifica successiva stabilì che la teoria non fosse meno di 1/3 del totale e che le attività svolte dagli allievi durante il tirocinio dovessero essere finalizzate all'apprendimento e all'acquisizione di nuove abilità tecniche. Gli allievi infermieri dovevano essere seguiti da un infermiera istruttrice con un rapporto tra questa e gli allievi di 1/15. Va precisato che l'Italia disattese in larga parte le indicazioni di Strasburgo e in alcuni casi si andò contro l'accordo, come per la Legge n.339 del 1976 che abbassava l'età minima di ingresso nelle scuole a 16 anni e aboliva il limite massimo di 35 anni di età fissato con la Legge del 1925.

Il successivo Decreto n. 867 del 1975 fissava poi in 4610 le ore di insegnamento con una proporzione di 1/3 e 2/3 tra didattica e attività di tirocinio, e aumentava la durata dei corsi da due a tre anni. Il decreto però non fissava obiettivi di apprendimento né dava indicazioni sui programmi didattici.

Nel 1980 con la Legge n.243 viene soppressa la formazione dell'infermiere generico e dell'infermiere psichiatrico. A coloro che erano già infermieri generici o psichiatrici fu data la possibilità di riqualificarsi in modo straordinario, per un periodo limitato di tempo, stabilito in cinque anni, come infermieri professionali tramite corsi istituiti ad hoc.

In questo periodo le Scuole per infermieri divennero più di 500 (prima del 1972 erano circa 50): molte di queste non offrivano programmi improntati alla qualità e al rigore scientifico della didattica. Anche le "Caposala Didattiche" erano figure non ben definite e in molti casi sprovviste di una specifica preparazione universitaria.

Il decennio 1990/2000 è stato denso di cambiamenti normativi, ricordati per aver consacrato l'ingresso della formazione infermieristica in Università. Infatti con la Legge n.341 del 19 novembre 1990, l'Università decise di includere nella propria organizzazione didattica un nuovo corso di studi triennale di tipo professionalizzante a cui venne dato il nome di Diploma Universitario (DU). Altra novità fu l'introduzione dei crediti formativi (CFU) da spendere per la costruzione dei curricula e l'istituzione del Tutor Clinico. L'anno successivo l'Università, con decreto del MURST firmato dal Ministro Ruberti, decise di avviare il primo DU in Scienze Infermieristiche (DUSI), di durata triennale e suddiviso in tre indirizzi, con una prima parte di formazione comune e una seconda parte che, a seconda delle esperienze didattiche e della tesi scelta, poteva far acquisire il diploma in un settore piuttosto che in un altro. I tre indirizzi erano: generale; pediatrico; ostetrico.

Sarà il Decreto Legislativo 502 del 1992, all'articolo 6 a sancire definitivamente che la formazione infermieristica dovrà avvenire in Università, e che dovranno essere dismessi

entro tre anni i corsi per infermieri del precedente ordinamento, stabilendo inoltre l'obbligo del possesso del diploma di scuola media superiore per l'iscrizione.

Il 24 luglio 1996 il Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica, di concerto con il Ministro della Sanità, firma il decreto che definisce il nuovo Ordinamento degli studi dei Diplomi Universitari – la Tabella XVIII ter - che afferiscono alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, con l'intento di definire sempre di più e sempre meglio il denominatore comune che deve caratterizzare tutti i Corsi di Laurea e i Corsi di Diploma della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Un ulteriore passaggio normativo che caratterizza la storia recente della formazione infermieristica, è il Decreto MURST n.509 del 1999 di modifica della Legge 341/90, con l'istituzione dei nuovi percorsi didattici e del criterio dei crediti. In base a questo decreto le Università possono rilasciare:

- Laurea di primo livello, che sostituisce il diploma universitario di durata triennale;
- Laurea di secondo livello, di durata biennale;
- Titoli post-Laurea quali il diploma di specializzazione, istituito su disposizioni di legge o su direttiva UE;
- Dottorato di ricerca, che fornisce la preparazione nell'ambito della ricerca e dell'alta qualificazione, di durata triennale;
- Master universitario di 1° e 2° livello

Infine il 2 aprile 2001, il MURST ha emanato due decreti istitutivi della laurea specialistica e della laurea triennale in Infermieristica e in altre 21 professioni sanitarie, suddivise in 4 classi di laurea:

- Infermieristica ed Ostetrica;
- Riabilitativa;
- Tecnica;
- Preventiva.

Nel 2004 il Decreto Ministeriale n.270, ispirandosi alla Dichiarazione di Bologna del giugno 1999, che si prefiggeva di creare un sistema educativo omogeneo tra gli stati membri, interviene a riformare gli ordinamenti didattici universitari allo scopo di renderli coerenti ai sistemi formativi europei. Il DM 270/04, apporta modifiche al DM 509/99 ed è ancora in evoluzione la sua applicazione.

Bibliografia

- 1) Dimonte V., *Da servente a Infermiere*. Torino, Cespi Editore, 1995;
- 2) Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano, Elsevier S.r.l, 2010;
- 3) Pascucci I., Tavormina C., *La professione infermieristica in Italia*. Milano, Mc Graw Hill, 2012.
- 4) Binetti P., *Il nuovo ordinamento didattico dei diplomi universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Guida all'applicazione della tabella XVII ter*. Roma, SEU, 1998

Sandro Ortolani, Francesca Gallone
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Ancona
Università Politecnica delle Marche

Project Work per la formazione di Operatori Assistenti Domiciliari

A fronte di una vasta letteratura che ci propone studi sull'essere "anziani oggi in Italia" poco si conosce, o è presente in ambiti ristretti, sulla quantità e sulla qualità di vita delle persone affette da disturbi mentali, e mancano dati in merito al tipo di benessere, di "welfare" delle famiglie dove vivono familiari affetti da disagio psichico. Si pone la questione degli aspetti etico-antropologici della comunicazione tra operatore sanitario e cittadino-paziente. Sin "dall'inizio del nuovo millennio sul duplice fronte economico e sociale le dinamiche comunicativo-relazionali operatore sanitario-paziente ha comportato dei sostanziali cambiamenti."

Osservare costantemente i processi famigliari in modo globale, consente di realizzare la salute che secondo l'OMS "non è assenza di malattia, ma completo benessere fisico psichico e sociale delle persone".

RATIO DEL PROJECT WORK Uno studio fatto a Torino su assistiti affetti da demenza ha rilevato che curare la persona al proprio domicilio, produce una riduzione dell'utilizzo di farmaci antipsicotici rispetto ai pazienti seguiti in reparti di degenza ospedaliera.

STRUTTURA DELLA PROPOSTA DI PROJECT WORK elaborato nel Corso di Alta Formazione "Il sistema italiano di Welfare socio-sanitario in transizione" presso UNIMC, Facoltà Scienze della Formazione e INPDAP-INPS anno 2012. Il contesto organizzativo d'applicazione è costituito da aule e docenti di centri di formazione privati accreditati, nelle università, collegati con personale del SSN e Sociale.

L'ARTICOLAZIONE TEORICO-METODOLOGICA DEL PROGETTO
Obiettivi Generali: Formare assistenti domiciliari in grado di lavorare con efficacia ed

efficienza per "la presa in carico" della persona con disagio psichico.

Obiettivi Specifici: l'operatore al termine del percorso formativo, sarà in grado di: a. Caratterizzare gli interventi come altamente personalizzati b. Rispettare le indicazioni del Dipartimento di Salute Mentale e dei Servizi Sociali c. Favorire il coping delle famiglie d. Collaborare con la famiglia e con l'assistito al fine di favorire la comunicazione. Metodologia: Lezioni frontali, role play Strumenti di osservazione: elaborazione di un questionario Risultati attesi del lavoro: Formazione di operatori idonei nella "la presa in carico di soggetti con disagio psichico, a domicilio".

SINTESI DEL QUESTIONARIO PER LE FAMIGLIE

L'impegno che dedica al suo familiare influisce sulla sua condizione mentale e fisica?

Tipo e grado di affaticamento: fisico mentale psicologico ostacola il sereno svolgersi delle dinamiche relazionali in famiglia?

Trascura il benessere della sua persona?

Trascura il benessere di altri suoi familiari?

Vive una solitudine di tipo sociale?

Per il Project Work completo contattare l'Autore o consultare il sito della Facoltà.

Bibliografia

- 1) J.J.Guilbert "Guida Pedagogica per il personale sanitario" Edizioni dal Sud, Bari 2002
- 2) G.Nebuloni "Pianificare l'assistenza agli anziani nel ventunesimo secolo" Casa editrice Ambrosiana, Milano 2012
- 3) S.Porcu "Salute e Malattia" Casa editrice Franco Angeli, 2008
- 4) V. Valeriani "Appunti delle lezioni Corso di Alta Formazione UNIMC e INPDAP presso l'Università degli Studi di Macerata Facoltà di Scienze della Formazione "Il sistema italiano di Welfare socio-sanitario in transizione" anno 2012

Stefania Stefani

Corso di Laurea in Infermieristica
Polo didattico di Macerata
Università Politecnica delle Marche



Pierre Auguste Renoir (1841-1919), *Ragazze al pianoforte*, Musée d'Orsay, Parigi.



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 XVII - n° 6
Novembre - Dicembre 2014
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, Loretta
Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

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

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli