



# LETTERE dalla FACOLTÀ

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

dal 1998

on line

Direttore editoriale Prof. Marcello M. D'Errico

## Medicina pre-clinica

*Qualità dell'aria e salute.* Inquinamento atmosferico: il killer silenzioso, Aurora Luciani, Elena Bianchi, Luca Formenti, Pamela Barbadoro (pag. 2)

## Sanità

Il nostro racconto del Servizio Sanitario Nazionale. Prima parte - La nascita ed i primi anni, Francesco Di Stanislao e Claudio Maria Maffei (pag. 6)

## Medicina clinica

### La valigetta del Medico

La valigetta dell'Epatologo, Gianluca Svegliati Baroni, Marta Mazzetti, Alessio Ortolani (pag. 10)

## Professioni sanitarie

Lampade e lucerne, tra mito e quotidianità dell'assistenza infermieristica, Giordano Cotichelli (pag. 16)

## Il Caring, le teorie del Nursing e le buone pratiche

3. La cura di sé come cura dell'esperienza della cura, Maurizio Mercuri (pag. 20)

## Scienze umane

Le malattie degli zolfatari del Montefeltro nell'800, Giancarlo Cerasoli (pag. 24)

## Violenza e Società

4. Comunicazioni di massa e violenza nella società contemporanea. Parte prima, Alberto Pellegrino (pag. 29)

## Poeti in Facoltà

I giorni di te, A voi miei amati, Loreta Gambini (pag. 33)

## Vita della Facoltà

### Spazio Studenti

Medicina 2020. La facoltà che vorremmo, Gabriele Zanolì (pag. 34)

4  
2018

# Inquinamento atmosferico: il killer silenzioso

Aurora Luciani<sup>1</sup>, Elena Bianchi<sup>1</sup>, Luca Formenti<sup>1</sup>, Pamela Barbadoro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione Igiene  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Respirare aria pulita è considerato un requisito fondamentale per la salute ed il benessere degli esseri viventi. L'OMS ha stabilito che circa il 92% della popolazione globale non sia attualmente esposto ad aria sicura e che l'inquinamento atmosferico rappresenti una delle principali cause di morte nel mondo, con stime che attribuiscono oltre 6 milioni di morti premature all'esposizione a questo fattore di rischio nel 2012; impressionante ancora di più se consideriamo che tale cifra era pari a 2 milioni nel 2005. Di questo problema e delle sue possibili soluzioni, si parlerà dal 30 ottobre al 1 novembre 2018 nella prima "WHO Global Conference on air pollution and health" presso il WHO Headquarters a Ginevra, che riunirà in un'unica sede i diversi Governi e partners dell'OMS, in uno sforzo collettivo di miglioramento della qualità dell'aria e lotta ai cambiamenti climatici.

“... non appena mi allontanavo dall'aria pesante di Roma e dal fetore dei suoi camini che riversano sulla città pestilenziali vapori e fuliggine, percepivo una sensazione di benessere ...”  
Seneca, 61 a.C.

## Introduzione

Sebbene il ruolo patogenetico dell'inquinamento atmosferico sia giunto all'attenzione dei mass media solo negli ultimi anni, il fenomeno ha una storia che nasce e viaggia di pari passo con il processo di urbanizzazione ed industrializzazione.

Era la mattina del 5 dicembre 1952 quando i londinesi si svegliarono in una città avvolta nella tradizionale e pittoresca nebbia della capitale. Ci vollero alcuni giorni per capire le proporzioni eccezionali dell'evento: si trattava, difatti, di quello che poi venne ricordato come il "Grande Smog". La nebbia tossica, che colpì la città di Londra, uccise in cinque giorni 12 mila persone e determinò problemi alle vie respiratorie e l'ospedalizzazione di oltre 150 mila abitanti. Il fenomeno causò un risveglio nelle coscienze dei londinesi, che prima del 1952, consideravano lo smog come il prezzo naturale da pagare in

cambio dei posti di lavoro legati all'industria, degli elettrodomestici e del comfort nelle case, ottenuto grazie al riscaldamento con carbone.

L'OMS riconosce che l'inquinamento atmosferico è un fattore di rischio critico per le malattie non trasmissibili, causando circa un quarto (24%) di tutti i decessi causati da malattie cardiache ed il 25% di quelli causati da ictus nella popolazione adulta. È, inoltre, stato indicato come fattore causale nel 43% dei decessi per broncopneumopatia cronico- ostruttiva e nel 29% delle morti da cancro polmonare (OMS, 2018: <http://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>).

Nel 2016, si stima che i morti attribuibili all'esposizione ad il solo inquinamento atmosferico ambientale esterno siano stati 4,2 milioni. Nello stesso

periodo si stima che i decessi causati dagli inquinanti indoor siano stati 3,8 milioni. Più del 90% dei decessi correlabili ad inquinamento atmosferico avvengono nei paesi a basso e medio reddito, principalmente di Asia e Africa e dei Paesi del bacino mediterraneo dell'Europa dell'Est, dell'Europa e dell'America. Si ritiene, inoltre, che, in realtà, il numero preciso di morti e disabilità dovuto alle patologie correlate ad inquinamento atmosferico, non sia attualmente quantificato nelle stime. I rischi per la salute



Fig. 1 - Inquinamento atmosferico - Il killer silenzioso (fonte: WHO)



Fig. 2 - Principali fonti di inquinamento ambientale (fonte WHO)

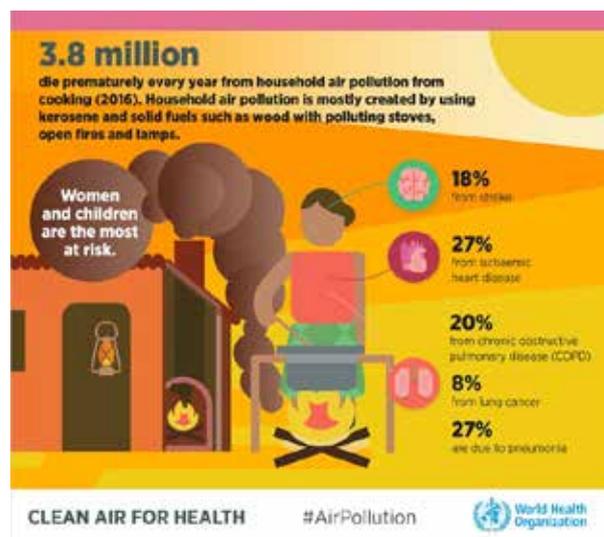


Fig. 3 - Principali fonti di inquinamento indoor (fonte WHO)<sup>3</sup>

associati a PM<sub>10</sub> e PM<sub>2,5</sub> sono particolarmente ben documentati. Il particolato è in grado di penetrare nelle vie respiratorie e nel circolo sanguigno e l'esposizione è stata associata a diverse complicanze per la salute dalla irritazione oculare, a patologie della pelle, cardiovascolari, cerebrovascolari, metaboliche, neurodegenerative, a complicanze della gravidanza e patologie respiratorie, tanto che nel 2013 l'Agenzia di Ricerca per il Cancro (IARC) lo ha definito come cancerogeno certo, in particolare per il cancro al polmone. L'OMS ha dichiarato che nel solo Vecchio Continente, l'esposizione a particolato (PM) ha ridotto l'aspettativa di vita di ogni persona di circa un anno, principalmente a causa dell'aumentato rischio di malattie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio e di tumore al polmone. Inoltre, l'inquinamento da ozono è associato a circa 21.000 morti premature l'anno in Europa (Fig. 1).

I trasporti e il riscaldamento domestico sono responsabili della emissione di inquinanti di interesse tossicologico che destano molta preoccupazione

in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Inoltre, le emissioni di tipo industriale contribuiscono a peggiorare ulteriormente la qualità dell'aria, prevalentemente nelle aree periferiche (Fig. 2).

Accanto a quello outdoor, sono ormai noti gli effetti negativi dell'inquinamento indoor (Fig. 3); primo fra tutti quelli del fumo passivo sulla salute umana, a cui si associa una moltitudine di sostanze tossiche presenti nell'ambiente domestico. Circa 3,8 milioni di persone, ad esempio, muoiono prematuramente ogni anno a seguito della esposizione ad inquinanti prodotti in cucina, principalmente a seguito dell'utilizzo di cherosene e carburanti solidi, come stufe a legna, caminetti non isolati e lampade. Accanto alla presenza di sostanze chimiche, non va trascurato il ruolo dell'inquinamento indoor causato da agenti biologici e correlato ad umidità e muffa, associato ad un aumento del rischio di malattie respiratorie del 50% in bambini ed adulti.

Il richiamo al pericolo legato

all'uso di combustibili fossili in ambiente domestico, ci riporta ad allargare il nostro sguardo; anche se tutte le popolazioni sono colpite dagli effetti dell'inquinamento, il carico in termini di malattia attribuibile non è uniformemente distribuito a livello globale. Infatti, se nei Paesi ad alto reddito, l'OMS stima come circa il 40% della popolazione sia esposta a livelli medi annui di PM<sub>10</sub> e PM<sub>2,5</sub> conformi ai livelli della direttiva sulla qualità dell'aria, questa cifra scende a meno del 20% nei paesi a basso e medio reddito. La maggior parte degli effetti dell'esposizione al rischio è, quindi, a carico di paesi in via di sviluppo e delle popolazioni più povere e ai margini. Si riscontrano, infatti, 84 morti/100.000 abitanti nei paesi in via di sviluppo, incidenza doppia rispetto a quanto registrato nei paesi maggiormente sviluppati.

### Che cosa succede in Italia?

Dati recenti relativi all'Italia, prodotti nell'ambito del progetto CCM VIAS (Valutazione Integrata dell'Impatto dell'inquinamento atmosferico sull'Ambiente e la Salute), finanziato dal Centro Controllo Ma-

### Focus Sistemi di misurazione della qualità dell'aria



L'inquinamento atmosferico è misurato mediante l'**Air Quality Index (AQI)**, una scala di valori utilizzata dalle agenzie governative per indicare il grado di inquinamento dell'aria. Ogni Paese ha il proprio AQI.

In Europa dal 2006 era in vigore il **Common Air Quality Index (CAQI)**, sostituito solo recentemente dallo **European Air Quality Index (EAQI)**. Il CAQI è costituito da una scala a 5 livelli di inquinamento, in base alla densità degli inquinanti. Nello EAQI viene riportata la qualità dell'aria mediante una mappa interattiva. Negli indici europei si è deciso di non associare i valori degli inquinanti atmosferici ai loro possibili effetti sulla salute, in quanto il loro scopo principale è di attrarre l'attenzione dei cittadini sull'inquinamento atmosferico urbano e sulla sua principale fonte (il traffico) ed aiutarli a ridurre la loro esposizione.

L'**Environmental Protection Agency (EPA)** degli Stati Uniti è stata una delle prime agenzie ad introdurre il concetto di effetto avverso sulla salute, definendolo come qualsiasi effetto che determini una disfunzione e/o una lesione organica, che può ledere la performance dell'intero organismo o contribuire alla riduzione della capacità di adattamento. L'EPA ha sviluppato un AQI, con valori da 0 a 500 e suddiviso in sei categorie, che indicano livelli crescenti di inquinanti ed il corrispondente rischio per la salute. L'OMS stabilisce che a valori vicini a 500 corrispondono livelli di particolato superiori di 20 volte le soglie di sicurezza.

lattie (CCM) del Ministero della Salute e coordinato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, hanno consentito di stimare come nel 2005 siano stati 34.552 i decessi attribuibili ad esposizione a PM<sub>2,5</sub> e 23.387 decessi per esposizione a biossido di azoto. Sono, inoltre, attribuibili all'esposizione ad ozono 1.707 decessi per patologie a carico dell'apparato respiratorio. Anche all'interno del territorio italiano sono emerse considerevoli disuguaglianze nella distribuzione degli effetti sulla salute. A causa dell'esposizione a PM<sub>2,5</sub> ogni persona residente in Italia perde 9,7 mesi di vita (14 mesi al Nord, 6,6 al Centro e 5,7 al Sud e isole). Nei residenti nei centri urbani questa perdita è pari a 1 anno e 5 mesi.

### **Prevenzione e salute in tutte le politiche: la prospettiva OMS**

A questo enorme impatto in termini di salute globale, sta corrispondendo una presa di coscienza ed un impulso all'azione

da parte dei principali Governi ed Istituzioni del mondo.

Nel maggio 2015 l'Assemblea Mondiale della Sanità (World Health Assembly), corpo decisionale dell'OMS, ha adottato la risoluzione WHA68.8 sulla salute e l'ambiente. In essa, è stato definito l'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute e sottolineata l'urgenza di raddoppiare gli sforzi da parte degli Stati Membri e dell'OMS per proteggere la popolazione dai rischi dovuti ad inquinamento e per eliminare, o ridurre al minimo, quei contaminanti riconosciuti come agenti dannosi, probabili o certi, per la salute umana. Nella risoluzione è stato riconosciuto per la prima volta il ruolo delle Linee Guida sulla Qualità dell'Aria dell'OMS (Air Quality Guidelines - AQGs) nel fornire raccomandazioni per mantenere l'aria pulita, al fine di proteggere la salute umana. Nello specifico, sono sette i livelli su cui i governi possono agire per limitare l'inquinamento atmosferico: città, trasporti, abita-

zioni, smaltimento dei rifiuti, industria, agricoltura e scelta delle fonti energetiche. In generale, l'OMS sottolinea che la riduzione dell'emissione di inquinanti atmosferici dannosi per la salute risulta essere il modo più efficace per migliorare la qualità dell'aria e proteggere la popolazione dagli effetti nocivi che ne derivano, in associazione a politiche energetiche sostenibili.

È necessaria, quindi, una nuova ed integrata pianificazione a livello nazionale e regionale, che ponga la salute al centro di tutte le politiche, secondo le indicazioni dell'OMS.

Autorevoli stime ed evidenze empiriche mostrano come la diminuzione della concentrazione media annuale degli inquinanti, avrebbe ricadute positive sulla salute pubblica e sull'economia. Interessanti e positivi sono, ad esempio, alcuni dati della letteratura circa gli effetti sulla limitazione degli inquinanti, in seguito a interventi volti a ridurre i livelli di inquinamento atmosferico. Nel 1990, a Dublino fu proibito l'uso del carbone come combustibile per il riscaldamento domestico: ne conseguì una riduzione immediata del particolato carbonioso (Black Smoke) da 50µg/m<sup>3</sup> a 15µg/m<sup>3</sup>. Si registrò, inoltre, una diminuzione della mortalità (in 6 anni) del 5,7%, in particolare del 15,5% per cause respiratorie e del 10,3% per cause cardiovascolari (Clancy, 2002). Nello stesso anno, a Hong Kong, in seguito alla decisione di impiegare carburanti con meno dello 0,5% di ossidi di zolfo (SO<sub>x</sub>), si ebbe una diminuzione dei SO<sub>2</sub> da 44 µg/m<sup>3</sup> a 21 µg/m<sup>3</sup> e un calo della mortalità (entro l'anno) del 2,1%, nello specifico del 3,9%

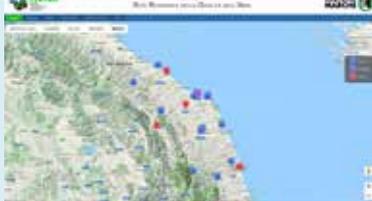
da cause respiratorie e del 2,1% da cause cardiovascolari (Hedley, 2002; Wong, 2012). Scenari simili sono stati ipotizzati per la città di Londra (Kelly, 2011) e rappresentano area di ricerca attuale (Henneman, 2017; Boogaard, 2017).

Lo scenario dipinto sempre da stime dello studio VIIAS relativamente al 2020, mostra come il mantenimento della attuale normativa porterebbe, nel nostro Paese, ad un risparmio di circa 6.000 decessi rispetto al 2005, ma un guadagno sanitario più importante si potrebbe ottenere con una riduzione del 20% delle concentrazioni che farebbe risparmiare addirittura altri 10.000 decessi. Ad incoraggiarci lungo questo cammino il dato secondo cui se è vero che i livelli di inquinamento atmosferico sono aumentati dell'8% globalmente tra il 2008 e il 2013, in un terzo delle città in cui si è eseguito un monitoraggio routinario, gli stessi sono diminuiti del 5%; il cambiamento è, quindi, possibile ed attuabile.

#### Bibliografia e Sitografia

Bell ML, Davis DL, Fletcher T. A Retrospective Assessment of Mortality from the London Smog Episode of 1952: The Role of Influenza and Pollution. *Environ Health Perspect.*, 2004; 112 (1; January): 6-8  
 World Health Organization. Evolution of WHO air quality guidelines: past, present and future. Geneva, 2018. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/331660/Evolution-air-quality.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/331660/Evolution-air-quality.pdf?ua=1)  
 World Health Organization. Geneva, 2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/data-and-statistics>  
 CiteairII Interreg3c "CAQI Air Quality Index - Comparing Urban Air Quality Across Borders -2012" [http://www.aire.ad/assets/documents/24200707\\_ComparingUrbanAirQualityAcrossBorders.pdf](http://www.aire.ad/assets/documents/24200707_ComparingUrbanAirQualityAcrossBorders.pdf).  
 Ghorani-Azam A., Riahi-Zanjani B., Balali-Mood M. Effects of air pollution on human health and practical measures for prevention in Iran" *J Res Med Sci.* 2016; 21: 65. Published online 2016 Sep 1. PMID: PMC5122104 doi:10.4103/1735-

**Focus**  
**Monitoraggio della qualità dell'aria nella Regione Marche**



Nella Regione Marche la valutazione della qualità dell'aria avviene attraverso 3 strumenti: i sistemi di rilevamento, l'inventario delle sorgenti emissive e i modelli di dispersione, in accordo con la normativa vigente (D.Lgs n. 351/1999).

I **sistemi di rilevamento** sono costituiti da apposite reti di monitoraggio, consistenti in stazioni fisse di monitoraggio i cui dati sono raccolti e analizzati sistematicamente. Le reti possono essere integrate da misure eseguite con stazioni mobili e/o con analizzatori manuali per particolari inquinanti atmosferici Tali stazioni sono gestite dall'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Marche (ARPAM), rappresentative dell'esposizione media della popolazione. I valori delle singole stazioni sono consultabili online tramite il sito Rete Regionale della Qualità dell'Aria.

L'**inventario delle sorgenti emissive** è un sistema informativo che fornisce le emissioni totali annue dei principali inquinanti, suddivise per aree geografiche e macrosettori di attività, con la finalità primaria di verificare il perseguimento degli obiettivi di abbattimento delle emissioni che ogni singola regione, provincia, comune individua nei diversi ambiti della propria politica ambientale.

I **modelli di dispersione** sono strumenti matematici che, a partire dai dati di emissione e da quelli meteorologici dell'area in esame, permettono di stimare la concentrazione e la deposizione al suolo degli inquinanti presi in considerazione, il cui ruolo è quello di colmare le lacune esistenti a seguito dell'impossibilità, il più delle volte, di una adeguata copertura spazio-temporale da parte delle stazioni di monitoraggio. L'elevato dettaglio con i quali i modelli considerano le variazioni spazio-temporali delle emissioni e delle condizioni

1995.189646 PMID: 27904610  
 Weuve J, Puett RC, Schwartz J, Yanosky JD, Laden F, Grodstein F. Exposure to Particulate Air Pollution and Cognitive Decline in Older Women. *Arch Intern Med.* 2012;172(3):219-227. doi:10.1001/archinternmed.2011.683  
 World Health Organization. Geneva, 2018. <http://www.who.int/airpollution/ambient/health-impacts/en>  
 World Health Organization. Geneva, 2018. <http://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>  
<http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=programmi/2011/metodi-per-la-Viias&idP=740>  
 Inquinamento atmosferico, dai Ministeri della Salute e dell'Ambiente suggerimenti per affrontare l'emergenza. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2381](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2381)  
 Regione Marche. Delibera della Giunta Regionale 121/2018. [http://www.norme.marche.it/Delibere/2018/DGR0121\\_18.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2018/DGR0121_18.pdf)  
<http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Ambiente/Tutela-della-qualita%3%A0-dellaria>  
<http://www.isprambiente.gov.it/contentfiles/00001100/1176-michela-sinnesi.pdf>  
[http://www.norme.marche.it/Delibere/2016/DGR1629\\_16.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2016/DGR1629_16.pdf)

Clancy L, Goodman P, Sinclair H, Dockery DW. Effect of air-pollution control on death rates in Dublin, Ireland: an intervention study. *Lancet.* 2002 Oct 19;360(9341):1210-4.).  
 Hedley AJ, Wong CM, Thach TQ, Ma S, Lam TH, Anderson HR. Cardiorespiratory and all-cause mortality after restrictions on sulphur content of fuel in Hong Kong: an intervention study. *Lancet.* 2002 Nov 23;360(9346):1646-52.  
 Wong CM, Rabl A, Thach TQ, Chau YK, Chan KP, Cowling BJ, Lai HK, Lam TH, McGhee SM, Anderson HR, Hedley AJ. Impact of the 1990 Hong Kong legislation for restriction on sulfur content in fuel. *Res Rep Health Eff Inst.* 2012 Aug;(170):5-91.  
 Henneman LR, Liu C, Mulholland JA, Russell AG. Evaluating the effectiveness of air quality regulations: A review of accountability studies and frameworks. *J Air Waste Manag Assoc.* 2017 Feb;67(2):144-172.  
 Boogaard H, van Erp AM, Walker KD, Shaikh R. Accountability Studies on Air Pollution and Health: the HEI Experience. *Curr Environ Health Rep.* 2017 Dec;4(4):514-522.  
 Kelly F, Armstrong B, Atkinson R, Anderson HR, Barratt B, Beevers S, Cook D, Green D, Derwent D, Mudway I, Wilkinson P; HEI Health Review Committee. The London low emission zone baseline study. *Res Rep Health Eff Inst.* 2011 Nov;(163):3-79.

### Sanità pubblica

# Il nostro racconto del Servizio Sanitario Nazionale

## Prima parte - La nascita ed i primi anni

**Francesco Di Stanislao e Claudio Maria Maffei**

*Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione Igiene  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche*

*Questo racconto in quattro parti nasce da una proposta del prof. Giovanni Danieli ad uno di noi (FDS) di scrivere la storia della nascita ed evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La proposta è stata immediatamente estesa all'altro co-autore (CMM) per un semplice motivo: la storia dei primi 40 anni del nostro SSN l'abbiamo sempre condivisa a partire dalla sua nascita avvenuta proprio negli anni in cui cominciavamo a frequentare l'Istituto di Igiene di Ancona, diretto dal nostro Maestro il prof. Giovanni Renga. Se scrivi maestro ti viene da scrivergli davanti indimenticabile ed è proprio così: quel maestro non si può dimenticare come non si può dimenticare il periodo in cui lo conoscemmo e muovemmo i nostri primi balbettanti passi nel mondo dell'Università ed in quello della sanità pubblica.*

### **Premessa**

Per parlare del Servizio Sanitario Nazionale abbiamo scelto la forma del racconto. Abbiamo, in sostanza, fatto la scelta di ricostruire la storia del SSN attraverso i nostri ricordi e le nostre esperienze professionali. Abbiamo ritenuto che così fosse più facile trasmettere il senso di questo importante patrimonio della società italiana e cioè il suo sistema sanitario.

Prima di cominciare: perché è fondamentale parlare oggi del SSN e della sua storia? Per due motivi. Il primo, più banale, perché quest'anno ricorre il suo 40esimo compleanno. Il secondo, molto più significativo, perché il SSN è per alcuni versi in crisi in termini di qualità dei servizi e in termini di sostenibilità economica. Abbiamo pensato che per tenerlo stretto e per aiutarlo a superare questo momento di crisi potesse essere di aiuto ricostruirne il senso e la straordinarietà. Oggi siamo abituati a fare affidamento sul SSN per avere qualunque tipologia di intervento, supporto o

servizio utile per la nostra salute. E sappiamo che questo vale per tutti i cittadini. Ma non è sempre stato così e non è detto che sarà sempre così. La scelta del prof. Danieli, siamo convinti, affonda nella sua consapevolezza del ruolo che spetta e spetterà all'Università nella proposta di un nuovo SSN in continuità culturale ed ideale con il vecchio. Perché di nuove idee e nuove proposte oggi abbiamo bisogno.

### **La nascita del Servizio Sanitario Nazionale. Il contesto storico**

La legge istitutiva del SSN è del 1978. Quello fu un anno in cui accanto alla Legge istitutiva del SSN vennero approvate altre due leggi fondamentali: la 180 per la chiusura dei manicomi e la 194 sulla interruzione volontaria di gravidanza. Il governo che la approvò era un monocolore democristiano con Presidente del Consiglio Andreotti. Ministro della Sanità era l'onorevole Tina Anselmi, democristiana ovviamente. Ma erano tempi in cui la politica riusciva

veramente a volare alto e quindi la Legge ebbe un fondamentale contributo da parte di tutti i partiti del cosiddetto arco costituzionale.

Ad Ancona la Facoltà di Medicina e Chirurgia era ormai al suo ottavo anno di vita (il primo anno di corso fu quello 1970/1971) e la sede degli Istituti Biologici era a Posatora, mentre l'attività clinica si svolgeva soprattutto nella vecchia sede dell'Umberto I in centro. Noi due cominciavamo in quel periodo la nostra frequenza presso l'Istituto di Igiene vicino di piano dell'Istituto di Fisiologia diretto dal prof. Tullio Manzoni, nostro futuro Preside per tanti anni. Per darvi una idea salivamo le scale con un giovanissimo Fiorenzo Conti.

Quello che ci aveva portato a conoscere il prof. Renga (d'ora in poi il prof) e a scegliere Igiene come disciplina era qualcosa di profondamente legato al clima di quegli anni, gli stessi anni in cui si gettavano le basi del SSN: la voglia di parteci-

pazione e di giustizia sociale. Questi sentimenti erano diffusi e contagiavano in qualche modo tutte le forze politiche. Erano quelli gli anni della contestazione studentesca, delle assemblee affollate, dei cineforum, del collettivo studentesco e dei comunicati stampati col ciclostile. Anni dunque di grande vitalità culturale e prima ancora emotiva. Sul fronte della sanità, progressi scientifici a parte, erano gli anni del movimento di Medicina Democratica, della collana Medicina e Potere della Feltrinelli, della nascita della rivista Epidemiologia e Prevenzione.

Questo era il clima in cui noi due ci siamo conosciuti e quello che vivevamo all'Università. L'incontro con il prof ci consentì di lavorare, fare ricerca e muovere i primi passi nell'insegnamento proprio negli anni in cui nasce il SSN. E della disciplina di Igiene e Sanità Pubblica ci è piaciuta sempre di più la seconda metà della sua denominazione.

Riletti oggi questi principi sembrano scontati. Ma al tempo non lo erano e a tutt'oggi non lo sono. Prima della approvazione della Legge le prestazioni accessibili ai cittadini erano diverse a seconda della loro mutua di appartenenza, gli ospedali avevano amministrazioni a parte, alcuni servizi erano dei Comuni, altri dipendevano dalle Province (ad esempio i manicomi).

In definitiva, il sistema era parcellizzato, disomogeneo sia quanto a distribuzione territoriale dei servizi che a livelli di assistenza garantiti a ciascun cittadino e non governabile con una logica unitaria. Ma i due punti forte erano e rimangono

la universalità della copertura e la solidarietà alla base di questa copertura. Se in tante classifiche il sistema sanitario italia-

no rimane ai primi posti (ma in tante ha perso posizioni) lo si deve proprio a queste due caratteristiche.

### ***I principi ispiratori della L. 833/1978***

I principi ispiratori del SSN affondano le proprie radici:

- nella Costituzione della Repubblica Italiana<sup>1</sup> (1947), Art 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale **diritto dell'individuo e interesse della collettività**, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana;

- nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute<sup>2</sup> (1946): **La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non l'assenza di malattia o infermità;**

- nella Dichiarazione di Alma Ata<sup>3</sup> (1978): nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, **entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato** dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale;

- nel Rapporto Beveridge<sup>4</sup> (1942). Il rapporto si basato su tre fondamentali principi: **l'universalità di accesso ai servizi sanitari** (tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, hanno diritto di fruire degli stessi servizi); **il finanziamento del sistema attraverso la fiscalità generale** (con ciò realizzandosi il massimo dell'equità in quanto ciascuno contribuisce in relazione al proprio reddito, ricevendo le prestazioni in relazione al bisogno); **la gratuità delle prestazioni nel punto di erogazione.**

<sup>1</sup> Costituzione della Repubblica Italiana. Roma, 22 dicembre 1947

<sup>2</sup> WHO - Constitution of the World Health Organization. International Health Conference, New York June-July 1946

<sup>3</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF): Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria: La Dichiarazione di Alma Ata - 6-12 settembre 1978

<sup>4</sup> Beveridge W: Beveridge Report "Social Insurance and Allied Services". 20 november 1942

### Concetti che guidano la stesura della L. 833/78

Sulla base di questi principi i concetti che guidarono la stesura della L.833/78 furono:

1. **la salute come bene collettivo:** la tutela della salute smette di essere qualcosa che cittadini e famiglie perseguono individualmente in base alle loro possibilità, ma un valore che la società nel suo complesso persegue;
2. **universalità:** tutti cittadini hanno il diritto di accedere alle prestazioni ed alle prestazioni del SSN;
3. **solidarietà:** il finanziamento del SSN deriva dalla fiscalità generale. Con le tasse i cittadini che hanno di più contribuiscono a dare accesso alla sanità a chi ha di meno;
4. **unitarietà:** un solo "Ente" erogatore, e cioè il Servizio Sanitario Nazionale, appunto;
5. **globalità:** la salute è una, ma si promuove attraverso interventi a livello preventivo, diagnostico, curativo e riabilitativo;
6. **organizzazione territoriale:** i servizi vengono erogati dalle Unità Sanitarie Locali la cui articolazione e regolamentazione viene definita dalle rispettive Regioni;
7. **partecipazione:** le Unità Sanitarie Locali non solo vengono gestite dalla politica locale (partecipazione politica) espressione delle comunità che la elegge, ma debbono anche garantire la partecipazione dei cittadini in modo che gli stessi possano avanzare proposte e formulare pareri e osservazioni. Ma è anche prevista la partecipazione dei tecnici sia a livello di Unità Sanitaria Locale che di Regione;
8. **programmazione:** viene prevista la predisposizione periodica di Piani Sanitari Nazionali e Regionali;
9. **centralità delle cure primarie:** nascono i distretti sanitari di base. Del resto non a caso il 1978 è anche l'anno della dichiarazione di Alma Ata sulle cure primarie fatta dall'OMS;
10. **centralità delle prevenzioni:** mai come in quegli anni si parla di educazione sanitaria. Nascono poi nuovi servizi ad orientamento preventivo come i consultori ed i servizi di medicina del lavoro.

### I primi passi del SSN: i Piani Sanitari Regionali

L'applicazione dei principi della Legge di Riforma Sanitaria trova declinazione nelle varie Regioni Italiane attraverso i primi Piani Sanitari Regionali. Nella legge 833 si prevedeva che il 1° Piano Sanitario Nazionale dovesse essere approvato nell'aprile 1979 (art 54) e a seguire entro ottobre 1979 dovevano essere predisposti ed approvati i piani regionali (art 56) Il primo piano sanitario nazionale fu approvato nel marzo del 1994... con soli 15 anni di ritardo!!.

Nelle Marche il mondo politico e quello professionale comprese l'assoluta rilevanza della riforma approvata e iniziò a lavorare alla stesura del piano regionale.

Il primo piano sanitario viene approvato come Legge nel 1983, ma già nel 1981 esce un atto regionale che mette la basi della nuova organizzazione. Per avere una idea di quanto col nuovo Piano cambino le cose basta pensare a cosa avviene con gli ospedali. Gli ospedali pubblici (dati 1979) erano 68. Ne ricordiamo alcuni che ci fanno capire quale fosse la dispersione della rete ospedaliera (si badi bene: sono ospedali che avevano anche la chirurgia, di cui forniamo tra parentesi i posti letto): Sassocorvaro (50), Mondolfo (60), Sant'Angelo in Vado (15), Urbania (49), Mondavio (55), Ostra (50), Montemarciano (30), Cupramontana (25), Montecarotto (50), Sassoferato (50), Castelfidardo (40), Montegranaro (34), Petritoli (50), Ripatransone (50), Offida (41). Con il Piano Sanitario del 1983 si stabilisce che ben oltre la metà degli ospedali pubblici (tra cui tutti quelli appena elencati) vadano riconvertiti.

Lo stesso Piano parla dell'Ospedale di Torrette che in quegli anni comincia ad ospitare i primi reparti e servizi (tra cui il "nostro" Servizio di Igiene Ospedaliera annesso all'Istituto di Igiene).

Le Unità Sanitarie Locali delle Marche erano 24 (Ancona era la n.12 ed aveva dentro anche gli ospedali della città e quindi anche la parte ospedaliera della Facoltà di Medicina dell'Università). Le Unità Sanitarie Locali avevano un Comitato di Gestione (di nomina politica), un Collegio dei Sanitari, un Coordinatore Sanitario e un Coordinatore Amministrativo.

La lettura del primo Piano (disponibile su richiesta in formato elettronico) colpisce per la sua attualità. Nel capitolo sulle iniziative qualificanti, ad esempio, un paragrafo è dedicato alla politica e formazione del personale ed un altro è dedicato alla gestione degli strumenti conoscitivi e quindi ai sistemi informativi. C'è poi una attenzione specifica alla politi-

ca del farmaco, che a tutt'oggi rappresenta una delle principali criticità del Servizio Sanitario Regionale delle Marche.

### **Ancora qualche ricordo personale**

Il prof è stato uno dei consulenti del Piano e in Istituto l'impegno sui temi della sanità pubblica ci impegnava sia sul versante della ricerca che della formazione. Quanti lucidi con le 3 P: Prevenzione, Partecipazione, Programmazione! In particolare la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva fu una sorta di training camp per moltissimi dirigenti che anche oggi occupano posizioni di assoluto prestigio a livello di Direzioni Aziendali (Generale e Sanitaria), oltre che a livello di Direzione di Dipartimento e Servizio nell'area della prevenzione, dell'area distrettuale e delle direzioni mediche. Nelle Marche, ma non solo.

Il prof girava in tutti i territori della Regione portando il verbo della Legge 833/1978. Del resto gli igienisti più illustri del tem-

po avevano dato un grosso contributo alla costruzione tecnica della Legge.

### **Cosa sopravvive della Legge 833/1978**

Verrebbe da dire tutto. In effetti i principi ispiratori rimangono tutti validi. Quello che nel tempo è cambiato e continuerà a cambiare, lo vedremo nelle prossime parti, sono alcuni "strumenti" e alcune regole del gioco.

A noi sembra adatto concludere questa prima parte con l'apoforisma dei nani e dei giganti – secondo il quale coloro che ci hanno preceduto sono dei giganti e noi siamo solo dei nani che sediamo sulle loro spalle, ma proprio per questo noi riusciamo a vedere più lontano di loro (*"Dicebat Bernardus Carnotensis nos esse quasi nanos gigantium humeris insidentes, ut possim plura eis et remotiora videre, non utique proprii visus acumine aut eminentia corporis, sed quia in altum subvehimur et extollimur magnitudine gigantea"*). E poi dicono che il latino è una lingua morta.

### La valigetta del medico

## La valigetta dell'epatologo

**Gianluca Svegliati Baroni, Marta Mazzetti, Alessio Ortolani**

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Sezione Gastroenterologia  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*Le malattie epatiche presentano un ampio spettro di gravità e di sintomatologia la cui diagnosi si avvale di un insieme di esami di laboratorio e strumentali. Nessun esame da solo è in grado di giungere ad una diagnosi, ma è l'insieme dei test clinico-strumentali che permette la definizione del quadro clinico. Allo stesso modo anche il follow-up delle patologie epatiche si avvale della combinazione degli esami di laboratorio e dell'imaging, che si devono unire all'esperienza clinica ed all'utilizzo delle linee guida internazionali. Di seguito verrà approfondito il ruolo degli esami di laboratorio, degli esami strumentali e della biopsia epatica. Ne è passato di tempo da quando il fegato degli animali veniva utilizzato per predire il futuro.*

### Laboratorio

Gli esami ematochimici sono un efficace metodo sia per la diagnosi della funzionalità epatica che per il monitoraggio e la valutazione della risposta terapeutica. I test più utilizzati includono le transaminasi (alanina aminotransferasi-ALT e aspartato aminotransferasi-AST), come indici di citolisi epatica; la fosfatasi alcalina (ALP), la gamma-glutamilttransferasi (GGT) e la bilirubinemia come indicatori della funzione bilio-escretrice; il tempo di protrombina/INR e l'albumina sierica come indici indiretti di funzionalità epatica. Una volta differenziati i principali quadri clinici (ostruzione del tratto biliare, danno acuto epatocellulare, malattia epatica cronica) è necessario eseguire ulteriori esami per individuarne le possibili cause, fra cui i markers delle epatiti virali e la determinazione di autoanticorpi per le patologie autoimmuni.

### Transaminasi

Le transaminasi sono enzimi che appartengono alla clas-

se delle trasferasi e catalizzano la reazione di trasferimento di un gruppo amminico da un aminoacido ad un chetoacido. L'aspartato aminotransferasi (AST, detta anche transaminasi glutammico ossalacetica, GOT) è un enzima aspecifico, riscontrabile anche nel cuore, nel muscolo scheletrico e nel rene. Se ne conoscono due frazioni, una citoplasmatica (AST I, presente al 60%) e una mitocondriale (AST II, presente al 40%). L'Alanina aminotransferasi (ALT, detta anche transaminasi glutammico piruvica (GPT) è un enzima esclusivamente citoplasmatico, è presente soprattutto nel fegato e nel rene e meno nel cuore e nel muscolo scheletrico, di conseguenza è più specifico rispetto alle AST per il fegato. Cause epatiche più comuni di ipertransaminasemia sono la steatoepatite non alcolica, le epatiti virali, l'epatopatia esotossica, l'epatite autoimmune e le epatopatie da accumulo (Morbo di Wilson ed emocromatosi) e da farmaci. L'abuso etilico è una causa frequente di incremento

della AST ed è un cofattore di danno epatico per le epatopatie metaboliche e virali. Occorre sempre sospettare un abuso etilico in presenza di un rapporto AST/ALT maggiore di 2 associato ad un aumento delle GGT. Altre cause di ipertransaminasemia sono la celiachia, le epatopatie infiltrative (amiloidosi), le patologie granulomatose (sarcoidosi, tubercolosi), le tesaurismosi (glicogenosi e glicosfingolipidosi) e le infiltrazioni neoplastiche del fegato. Cause extra epatiche di ipertransaminasemia sono infine le malattie muscolari, l'emolisi e l'infarto del miocardio e l'esercizio fisico intenso.

### Fosfatasi alcalina

Le fosfatasi alcaline sono prodotte da geni diversi e classificate in FA tessuto-specifica (correlato al metabolismo osseo e alle lesioni epato-biliari), FA intestinale (non è un marcatore specifico, in quanto fisiologicamente aumenta dopo i pasti ed è metabolizzata più velocemente degli altri due isoenzimi e per questo ha una bas-

sa concentrazione sierica), FA placentare e simil-placentare (in gravidanza, prodotte dalla placenta). Un incremento della fosfatasi alcalina si riscontra, oltre che nel danno colestatico, anche in condizioni fisiologiche, quali l'accrescimento e la gravidanza, o in caso di iperattività osteoblastica (Morbo di Paget, iperparatiroidismo, avitaminosi D, metastasi osteoblastiche).

### **Gamma-glutamilttraspeptidasi**

La gamma-glutamilttraspeptidasi (GGT) è un enzima che appartiene alla classe delle transferasi ed è presente in grande quantità nel fegato e nell'epitelio tubulare renale, tuttavia la GGT sierica sembra originare principalmente dal sistema epatobiliare. La GGT è il più sensibile degli enzimi epatici, ma è anche uno dei meno specifici. Un aumento delle GGT, associato ad un incremento della fosfatasi alcalina, si correla a sindrome colestatica. Essendo la GGT un enzima di induzione, un suo incremento si riscontra anche in caso di somministrazione di sostanze che inducono aumento dell'attività disintossicante del fegato, ad esempio alcuni farmaci (antiepilettici e contraccettivi orali) e l'alcol. Infatti, un aumento isolato della GGT si osserva in soggetti alcolisti, anche in assenza di un'epatopatia. E' inoltre frequente riscontrare il reperto di incremento isolato delle GGT nella steatosi epatica non alcolica (NAFLD).

### **Bilirubina**

La bilirubina è un prodotto catabolico del metabolismo dell'emoglobina da parte del sistema reticoloendoteliale. La degradazione dell'eme porta alla formazione di bilirubi-

na non coniugata che viene trasportata nel fegato dove la UDP-glucuronil-transferasi epatica coniuga la bilirubina non coniugata (non solubile) con l'acido glicuronico (bilirubina coniugata, idro-solubile) e poi la secerne nella bile. Un aumento della bilirubina coniugata (o diretta) si ha in caso di ostruzione biliare o di malattie colestatiche autoimmuni. La bilirubina non coniugata (o indiretta) può invece crescere o per aumento della produzione o per ridotta captazione epatica dei prodotti dell'emoglobina. Cause comuni di incremento della bilirubina indiretta sono la sindrome di Gilbert, l'emolisi, l'eritropoiesi inefficace. Frequente è anche un aumento misto della bilirubina che si verifica nella cirrosi o nel danno epatico acuto.

### **Indici di funzionalità epatica**

Tra le più importanti funzioni epatiche bisogna ricordare la sintesi di proteine plasmatiche, quali l'albumina, le alfa e beta globuline, i fattori della coagulazione e alcune frazioni del complemento. L'albumina e il tempo di protrombina (tempo di Quick, PT) sono i principali indicatori di funzionalità epatica. L'albumina è la proteina più abbondante della frazione sieroproteica, rappresenta il 55-64% delle proteine plasmatiche totali e le sue funzioni principali sono il mantenimento della pressione osmotica del sangue e il trasporto di acidi grassi, ormoni e farmaci.

Fra le cause di una sua diminuzione vi è un deficit di sintesi epatica. Il PT è correlato alla via estrinseca della coagulazione. Valori aumentati di PT si riscontrano sia nelle patologie colestatiche, per un deficit dell'assorbimento della vitami-

na K, sia nelle epatopatie, per un deficit di sintesi.

### **Alfafetoproteina**

Alfafetoproteina (AFP) è un marcatore di replicazione delle cellule epatiche ed è aumentato nei pazienti affetti da epatocarcinoma (HCC). In realtà il monitoraggio dell'AFP non è indicato nello screening dell'HCC ma solo nel determinare la prognosi dei pazienti con HCC già nota.

### **Esami strumentali**

Gli esami strumentali sono fondamentali per la diagnosi e il follow up delle malattie epatiche.

### **Ecografia**

L'ecografia (Fig.1) è molto utile nel sospetto di patologia epatobiliare in quanto dà indicazioni circa la morfologia epatica (dimensioni, ipertrofia del lobo caudato, caratteristiche ecostrutturali, superficie e margini epatici), la presenza di lesioni focali e di segni di ipertensione portale, oltre che valutazione della patologia biliare (ispessimento delle pareti della colecisti, litiasi colecisti e coledocolitiasi).

Principali segni di ipertensione portale sono il calibro dei vasi del sistema venosoportale e la loro espansibilità con la cinetica respiratoria, l'evidenza di circoli collaterali, l'eventuale splenomegalia e versamento ascitico. L'ecografia con associato studio doppler dei vasi permette inoltre di effettuare una valutazione emodinamica del flusso portale sia qualitativa (presenza e direzione del flusso portale e pervietà e calibro delle vene sovraepatiche) che quantitativa (velocità media portale ed eventuale RI dell'arteria splenica intraparenchimale e delle arterie renali interlobari).

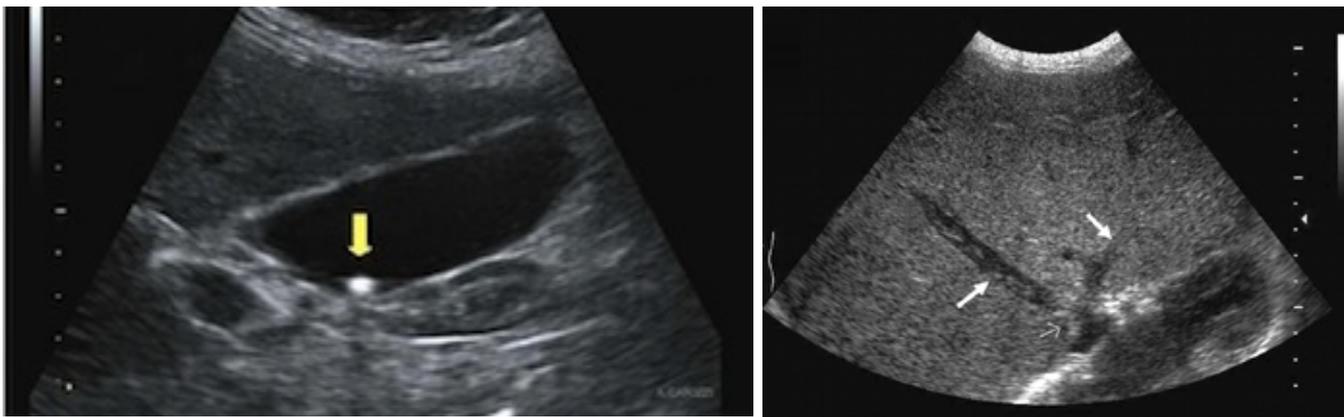


Fig. 1 - Immagine ecografica di calcolo della colecisti (in alto a sinistra) e di trombosi delle vene sovraepatiche in corso di sindrome di Budd-Chiari (in basso a destra)

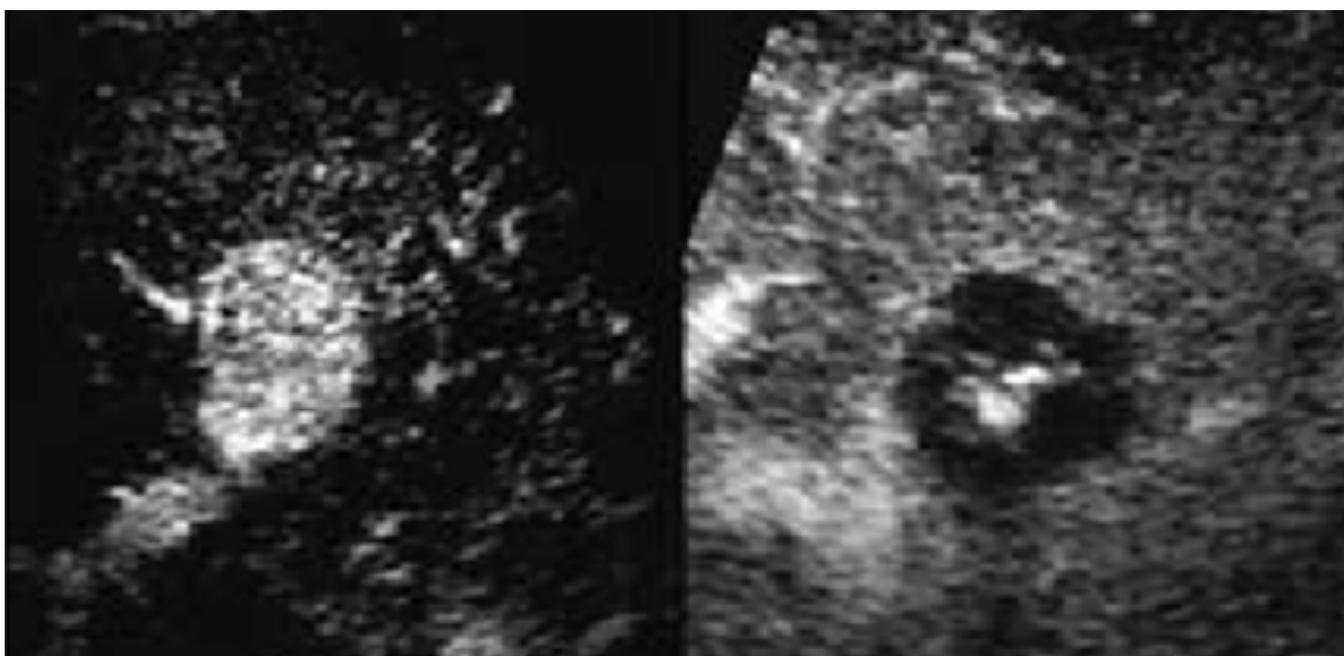


Fig. 2 - Alla CEUS evidenza di nodulo neoplastico caratterizzato da iperenhancement dopo somministrazione di m.d.c. seguito da rapido wash-out

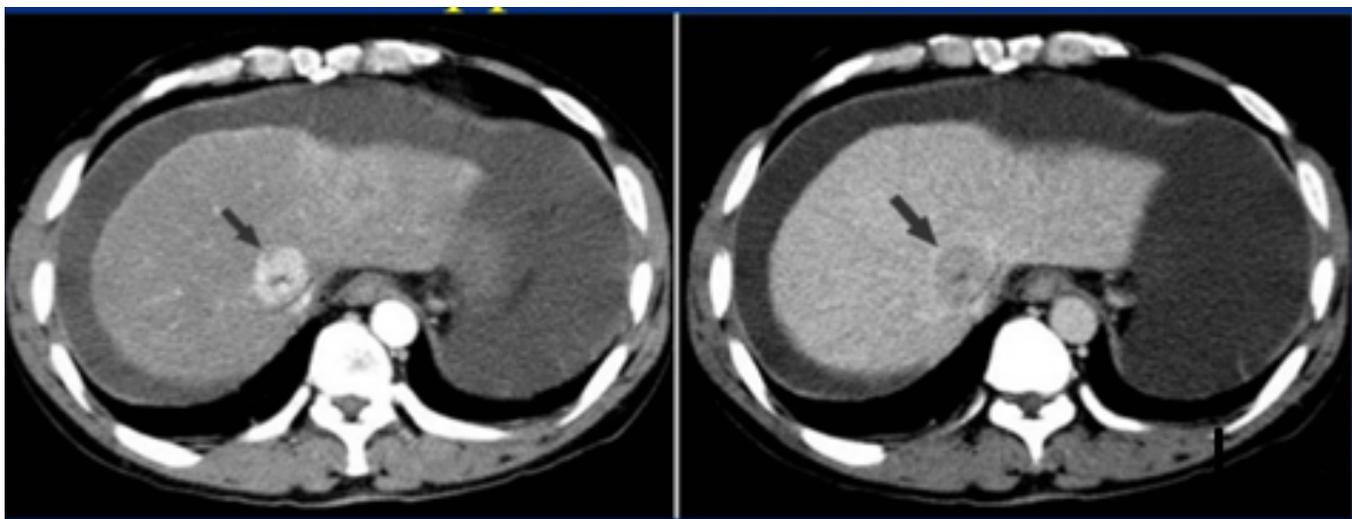


Fig. 3 - Nodulo di HCC caratterizzato da iperenhancement in fase arteriosa (a sinistra) e wash-out in fase venosa (a destra)

### CEUS

La CEUS (Contrast-Enhanced UltraSonography, Fig.2) rappresenta una metodica capace di unire l'imaging ecografico con l'utilizzo di un mezzo di contrasto endovenoso, composto esclusivamente da bolle d'aria, a distribuzione intravascolare, rendendo così possibile valutare sequenzialmente il comportamento dei vari parenchimi in relazione alla loro vascolarizzazione. La CEUS permette di descrivere accuratamente la vascolarizzazione delle lesioni focali epatiche, permettendo una distinzione tra forme benigne e maligne, pur non consentendo talora una precisa diagnosi di natura. A tal proposito appare sensibile nel caratterizzare angiomi e noduli riferibili a FNH, non altrettanto nel differenziare tra noduli di HCC e colangiocarcinoma (ambedue possono presentare wash-in e wash-out alla CEUS, sebbene con alcune diffe-

renze nella distribuzione e nella tempistica).

Un'ulteriore utile applicazione della CEUS, sebbene meno suffragata dalla letteratura, è legata al follow-up di lesioni focali epatiche già precedentemente caratterizzate, dati anche il basso costo della metodica, la relativa semplicità di esecuzione e l'assenza di significativi effetti collaterali (reazioni da mdc, esposizione a radiazioni ionizzanti).

### Tomografia assiale computerizzata (TC)

La TC addome (Fig.3), corredata dall'utilizzo del mezzo di contrasto iodato, rappresenta un'indagine di secondo livello per lo studio del fegato e dei principali vasi epatici. La metodica si basa sull'analisi computerizzata dell'attenuazione dei raggi X passanti attraverso diverse sezioni corporee. L'utilizzo del mezzo di contrasto

iodato, a distribuzione sia intravascolare che interstiziale, si rende necessario per incrementare le differenze di densità tra i tessuti. La cinetica del mezzo di contrasto nei tessuti viene valutata in sequenze cronologicamente successive, dipendenti dalla principale sede di distribuzione dello stesso (arteriosa, portale, venosa, tardiva). La principale indicazione all'esecuzione della TC addome in epatologia riguarda la valutazione di lesioni focali epatiche sia benigne che maligne, in particolare la diagnosi e la stadiazione dell'epatocarcinoma. L'epatocarcinoma rappresenta forse l'unica neoplasia passibile di diagnosi esclusivamente radiologica, qualora si riscontrino, in un fegato cirrotico, noduli epatici con particolari caratteristiche contrastografiche (wash-in in fase arteriosa e wash-out in fase venosa-portale, per noduli > 1 cm), dipendenti in ultima analisi dalle caratteristiche istologiche tipiche di tale neoplasia. La completa arterializzazione del parenchima, in assenza di vasi portali, fa sì che il mezzo di contrasto iodato venga assunto molto rapidamente dai noduli di HCC, ed altrettanto rapidamente dissmesso. Tale comportamento si traduce nel cosiddetto "wash-in" contrastografico in fase arteriosa (il nodulo appare iperdenso - "più bianco" - rispetto al parenchima circostante), succeduto dal "wash-out" in fase venosa o portale (il nodulo appare ipodenso - "più nero" - rispetto al parenchima circostante).

L'ulteriore importante campo di applicazione della TC addome con mdc è lo studio dell'asse vascolare epatico, in particolare la ricerca e la valutazione delle trombosi splancniche (trom-

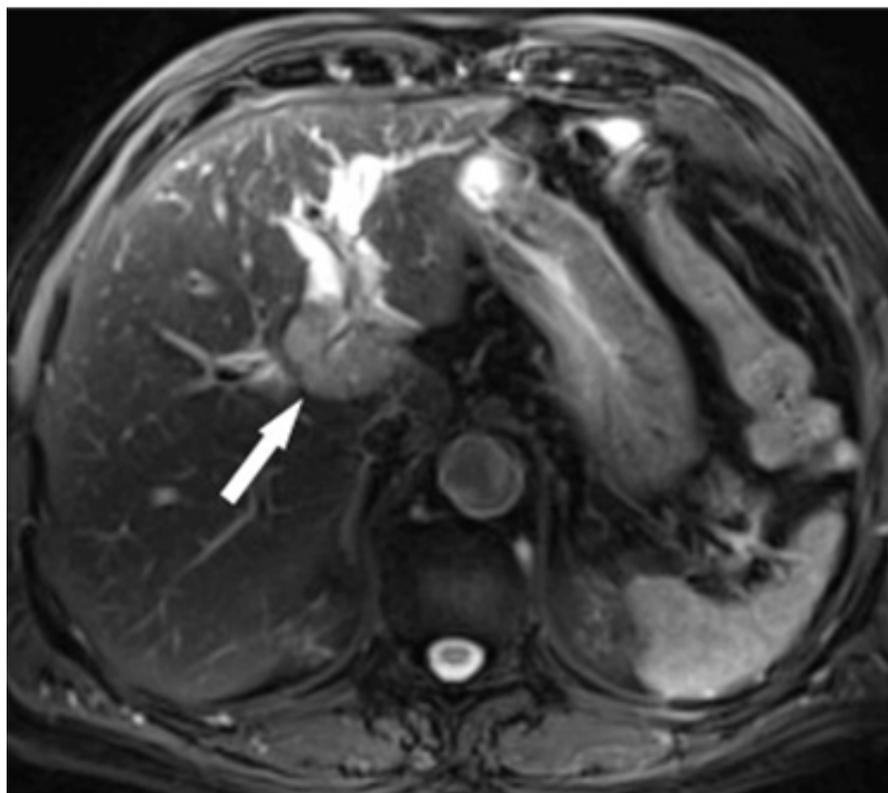


Fig. 4 - Immagine di colangiocarcinoma intra-epatico alla RMN

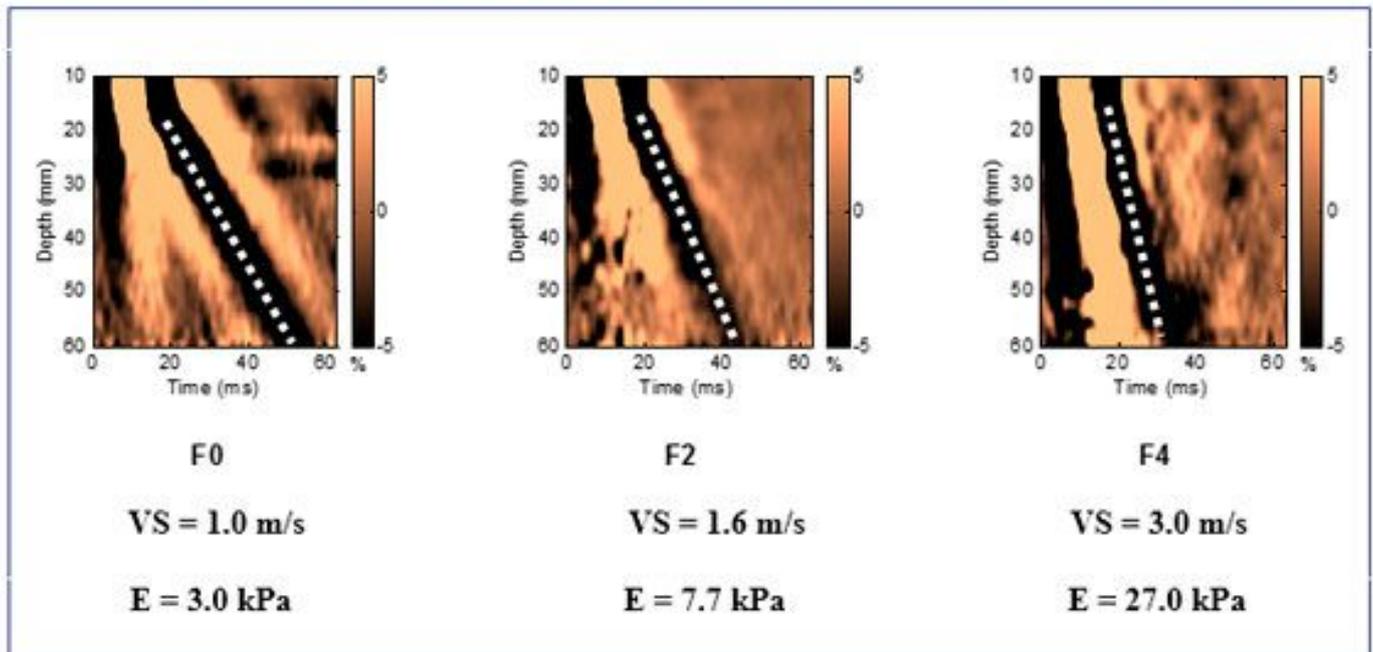


Fig. 5 - Correlazione tra velocità di propagazione dell' onda elastica e grado di fibrosi al Fibroscan

bosi della vena porta, trombosi delle vene sovraepatiche- S.di Budd-Chiari), per le quali la TC addome rappresenta la metodica di scelta, superiore alla RMN. Il principale svantaggio della TC è rappresentato dall'utilizzo di radiazioni ionizzanti.

### Risonanza magnetica (RMN)

Come la TC addome, anche la RMN (Fig.4 è una metodica radiologica di secondo livello per lo studio del fegato, soprattutto in merito alla valutazione delle lesioni focali epatiche, dove costituisce il "gold standard" tra gli esami di imaging. La RM si basa sulla misura della precessione dello spin di protoni dotati di momento magnetico, quando sottoposti ad un campo magnetico, rilevandone quindi le differenze tra i vari tessuti esaminati, senza utilizzare radiazioni ionizzanti.

Anche la RM si avvale dell'utilizzo di mezzi di contrasto al fine di marcare le differenze d'intensità tra i diversi tessuti, potendosi però servire sia di mezzi di contrasto extracellu-

lari come il Gd-DTPA (a distribuzione sia intravascolare che interstiziale), dotati della medesima cinetica dei mdc iodati utilizzati in TC, che di mezzi di contrasto "epatospecifici", ovvero dotati anche di distribuzione intracellulare (vengono assunti in maniera specifica dagli epatociti "sani"), come il Gd-BOPTA. La possibilità di utilizzare tali mezzi di contrasto capaci di saggiare anche la corretta funzionalità degli epatociti, e fornire quindi informazioni circa la loro natura benigna o maligna, associata alla possibilità di utilizzare tecniche di caratterizzazione tissutale basate sulle diverse composizioni dei tessuti (es. DWI, sequenze a soppressione del grasso), la RM rappresenta la metodica di scelta per la ricerca e la caratterizzazione delle lesioni focali epatiche, non solo di natura maligna (HCC, colangiocarcinoma), ma anche di natura benigna (angioma, iperplasia nodulare focale, adenoma epatico). Meno accurato rispetto alla TC addome risulta

invece lo studio dei vasi epatici.

### Fibroscan

L'elastografia epatica, conosciuta anche con il nome commerciale FibroScan (Fig.5), è un sistema di misurazione non invasivo della stiffness del tessuto epatico. L'elastografia prevede l'uso di una sonda ecografica che trasmette un'onda di vibrazione di media ampiezza e bassa frequenza (50 Hz) che si propaga attraverso il fegato, consentendo di valutarne l'elasticità, espressa in kPa. Più il fegato è fibrotico, maggiore è la velocità di propagazione dell'onda. Il valore medio della liver stiffness nel paziente sano è di circa 5.3 kPa, senza che vi siano differenze di età; mentre in relazione al sesso si evidenzia come le donne abbiano mediamente livelli significativamente più bassi. Le stime di elasticità variano da 3 a 75 kPa che corrispondono ad una velocità di propagazione che varia da 1 a 5 m/s. Il risultato è altamente riproducibile e può essere ripetuto nel tempo,

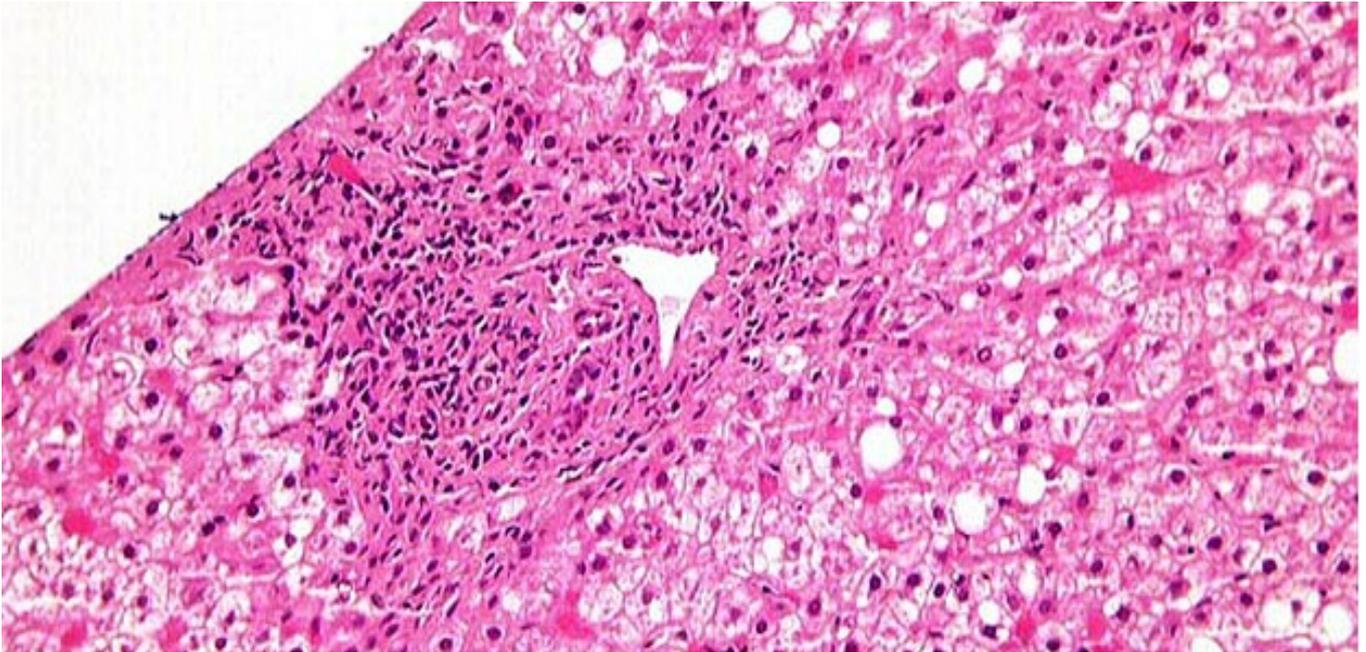


Fig. 6 - Quadro istologico di steatosi micro- e macro-vesicolare

permettendo quindi il monitoraggio in modo non invasivo del grado di fibrosi del tessuto epatico nei soggetti affetti da malattie croniche del fegato. Tale test ha inoltre il vantaggio di non procurare dolore e di essere veloce e non invasivo, come potrebbe invece essere la biopsia epatica. Vi sono fattori che possono influenzare l'affidabilità di questo strumento quali il grado di infiammazione epatica (elevazione delle transaminasi) e lo spessore del pannicolo adiposo del paziente analizzato, in quanto il tessuto adiposo attenua sia l'onda elastica che gli ultrasuoni, falsando i risultati ottenuti.

Nella pratica clinica quando si interpreta il risultato bisogna tener conto di due parametri: la IQR (variabilità delle misurazioni effettuate) che non deve

superare il 30% rispetto alla mediana ed il "success rate" (numero delle misurazioni utili) che deve essere almeno pari al 60% rispetto al numero totale delle acquisizioni svolte.

### Biopsia epatica

La biopsia epatica (Fig.6) rappresenta il metodo migliore per la diagnosi delle malattie epatiche acute e croniche ed è generalmente l'ultimo stadio dell'iter diagnostico delle malattie epatiche. Nella maggior parte dei casi permette di formulare una diagnosi di certezza e di chiarire eventuali dubbi sull'etiologia e sulla severità della epatopatia. Può essere, inoltre, utilizzata per valutare l'efficacia di terapie specifiche. La biopsia epatica consiste nel prelievo di un frustolo di tessuto epatico allo scopo di eseguire

una valutazione istologica. Può essere eseguita per via percutanea (sottocostale o transcostale) eco assistita o ecoguidata, ecoendoscopica o direttamente durante un intervento chirurgico addominale.

E' generalmente una procedura sicura, ma, essendo invasiva, comporta un rischio intrinseco di complicanze quali l'emo-peritoneo, la peritonite biliare, le infezioni, l'emotorace, lo pneumotorace, la pleurite, l'ematoma intraepatico e la puntura di altri organi. Attualmente le complicanze sono drasticamente ridotte di numero e di gravità per l'introduzione della guida ecografica e di nuovi aghi di minore calibro e meno traumatici. La remota possibilità di insorgenza di complicanze è, inoltre, da mettere in rapporto all'esperienza dell'operatore.

# Lampade e lucerne, tra mito e quotidianità dell'assistenza infermieristica

Giordano Cotichelli

Corso di Laurea in Infermieristica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*Una mano che stringe un lume quale fonte di calore, luce, e conforto è un simbolo universalmente riconosciuto dell'infermieristica; legato alla figura di Florence Nightingale, ma che, oltre la storicizzazione moderna, mostra un oggetto quale testimone secolare delle pratiche assistenziali del cammino dell'uomo.*



La prima immagine di The Lady with the lamp

Il 24 febbraio 1855 compare su *The Illustrated London News* un'immagine raffigurante un'esile figura di donna che ispeziona un camerone di soldati feriti. Nella mano destra reca un lume attraverso il quale osserva meglio le condizioni dei

pazienti (Fig. 1). Il personaggio è Florence Nightingale e la sua opera rimbalzerà poi sulle pagine del *Times*, ad opera di John Mac Donald<sup>1</sup> che, sottolineerà ulteriormente l'impresa eroica dell'infermiera ricordando che, dopo aver prestato servizio du-

rante tutta la giornata, era usata fare gli ultimi giri di visita nelle corsie con l'ausilio di una lampada. In poco tempo, dopo il reportage del *Times*, esploderà a livello dei media britannici una vera e propria "Florencemania" che esalterà in ogni modo

il personaggio, sia per rendere omaggio al servizio sanitario prestato, sia per essere utile a dimenticare, sul piano militare, le cronache poco felici di una guerra rovinosa – quella di Crimea – che aveva visto l’umiliazione di Balaklava, il prolungarsi oltremodo della spedizione oltremare, il dover contare su alleati quali i Francesi (fino a pochi anni prima acerrimi nemici), i Turchi ed anche uno sparuto manipolo di soldati di un piccolo Regno del Nord Italia. L’operazione mediatica del resto si fa forte di un’immagine facile da veicolare: la donna, madre e sorella, protettrice delle affezioni, quasi un Prometeo al femminile che grazie alla sua lampada non solo cura i pazienti, ma porta la luce della ragione, della scienza, del progresso umano in un’epoca intrisa di indiscutibile positivism.

La lampada quindi quale simbolo comunicativo immediato legato ad un oggetto la cui presenza dominava la quotidianità del tempo: dai lampioni a petrolio a quelli di uso domestico, dai candelabri alle lucerne, alle lanterne rosse che minatori o operai delle ferrovie erano soliti appendere al di fuori delle baracche dove consumavano amori mercenari. Un oggetto carico di significati, in un mondo dove ancora l’illuminazione elettrica e pubblica era ben lontana da rendere “vivibile” ai più anche le ore notturne quando, accendere un lume nelle case del tempo significava dover lavorare fuori orario: al banco artigiano o allo scrittoio del letterato o accanto a qualche infermo, vegliando sul suo stato patologico, per valutarne un eventuale rapido peggioramento, a volte imprevisto e fatale.

Il filo della narrazione restituisce una storia, ed una prospettiva culturale del tempo – nella costruzione della figura della *Lady with the lamp* – che si carica di verosimiglianza interpretativa, si allarga ai miti perduti, dalla dea egizia della salute Sekhmet (anch’essa spesso raffigurata quale Signora della lampada), all’immaginario suscitato dal filosofo greco Diogene di Sinope che cercava l’uomo munito appunto di una lanterna. Certo è che la lampada, sotto forma di lucerna, di terracotta o di metallo, era già da millenni uno strumento presente nella quotidianità degli esseri umani. Le prime lucerne ad olio si possono ritrovare negli scavi del Neolitico, e sono decisamente rozze. Quasi una foglia, ripiegata agli angoli in due lembi (Fig. 2) utili per far fuoriuscire una fiamma di luce controllata. Nel tempo



Fig. 2 - Lucerna bilicne, Museo Archeologico di Cagliari (foto Cotichelli)

dall’arte egizia a quella greca le lucerne hanno subito una certa evoluzione, munendosi di un corpo centrale, ovale o sferico, con ai lati un piccolo manico e un beccuccio per la fiamma, assumendo una forma che rimarrà pressoché immutata per

millenni. Il bicorno tipico dei carabinieri del passato – ed ancora dell’alta uniforme odierna – con pennacchio centrale, era detto lucerna proprio per la sua forma somigliante. L’arte romana, più di quella ellenistica, amava decorarle ric-

camente con scene di caccia o erotiche, figure di dei o di animali, e duelli fra gladiatori. Due importanti storici della Medicina, Mirko Grmek e Danielle Gourevich,<sup>2</sup> in un loro lavoro sulla rappresentazione artistica della Medicina nell’antichità,

mettono in evidenza un reperto in cui è raffigurato un personaggio (Uomo in estasi, Fig. 3) in una posa che fa pensare ad un opistotono di cui non vengono fornite ulteriori interpretazioni anche se ci si potrebbe lasciare suggestionare da una rappresentazione artistica utile a chi si fosse trovato a vegliare un paziente febbricitante a rischio di convulsioni. Purtroppo non si hanno altri esempi di lampade con immagini legate direttamente alla salute o alla cura, ma lo strumento, come oggetto della veglia e dell'assistenza diventa di certo utile tassello per ricostruire la storia passata. Molte le testimonianze da fonti scritte a tale proposito. Significativo il seguente passaggio: «... e in atteggiamento divoto e affettuoso s'avviano alle infermerie; lieve e a piè sospeso è il passo, basse le parole, vigile è l'occhio, l'orecchio attento anche al fiatar dell'infermo, bassa e appannata la lucerna che avvisa la giacitura de' sofferenti, le medicine da prendere, i guanciali e le coperte da accomodare». <sup>3</sup>

Il passo restituisce uno spaccato dell'assistenza durante le ore notturne in cui doveva essere abbastanza complesso prendersi cura dei malati in ambienti privi illuminazione. Pazienti che nel momento del bisogno, per un innalzamento della temperatura, un dolore, un brusco risveglio trovavano attorno a loro solo il buio delle camerate non illuminate, rotto dal lamento di altri malati, in un'atmosfera carica di sofferenza ed angoscia. L'apparire di un lume, che preannunciava un intervento, una terapia, un giro di guardia routinario, di certo non poteva che risultare confortante per il sofferente. In



Fig. 3 - Lucerna romana: Uomo in estasi (Compiègne Musée Antoine Vivenel)

questo la costruzione del mito della donna con la lampada risulta facile per quanto efficace. E al mito si aggiunge mito, se si ripensa alla storiografia nazionale che vuole il Capitano di ventura, Ludovico di Giovanni De Medici, detto Giovanni dalle Bande nere, sostenere il lume per aiutare il chirurgo che gli sta amputando l'arto; in una prospettiva interpretativa dove la Medicina si fa narrazione epica di una realtà vissuta dato che la luce, utile a mostrare il campo operatorio senza zone d'ombra, è da sempre strumento imprescindibile, che chiama il professionista, chirurgo o infermiere, a gestirla correttamente, pena l'impossibilità dell'intervento, e traccia un percorso evolutivo dallo stoppino intriso d'olio che brucia fino alla lampada scialitica o la più moderna fonte di luce della laparoscopia. E rimanda, anche in questo caso, al passato, con la testimonianza, fra le molte, ad opera del Capo Chirurgo Dott. Jarrin, nel 1849, il quale, dopo la battaglia di Novara, ebbe a dire: *I pur valorosi chirurghi militari medicavano come potevano dato il difetto di materiale, strumenti e di luce: in tutto una candela che spesso*

*doveva essere tenuta alta dal ferito in mancanza di infermieri*<sup>4</sup>. Oppure, a ritroso di più di un secolo, attraverso le memorie di una religiosa che ricorda l'iniziazione all'essere infermiera in cui: «Fu questa persuasione maggiormente efficace un'altra notte, nella quale medicando alla inferma le piaghe, e non potendo per esser sola, tener la lucerna con una mano, e coll'altra medicarla, sentissi levar la lucerna, e fecele lume per il tempo nel quale medicò la inferma. E di poi, raccomandandogliela, disparve, rimanendo ella coll'anima si accesa nel desiderio di proseguire per tutta la vita nell'impiego di infermiera». <sup>5</sup>

Lo strumento che riesce a restituire una quotidianità assistenziale rimanda inoltre ad un quadro che supera i confini del singolo episodio, e mette in rilievo l'organizzazione del lavoro, i costi sanitari e i comportamenti degli operatori. Si legge infatti in una raccolta di leggi Parmensi del 1822: «Le spese da pagarsi dal Tesoro sono le seguenti [...] il fuoco e il lume per gli astanti e per le Sale cliniche.» <sup>6</sup> Ed ancora in



Fig. 4 - La lampada nell'iconografia infermieristica italiana ed internazionale (foto Cotichelli)

un manuale di infermieristica coevo, e in due diversi regolamenti ospedalieri, si può leggere: «Un buon infermiere avrà cura che le stanze dei malati non siano troppo rischiarate né dalla luce del sole, né da quella delle candele o lucerne»<sup>7</sup>, «Art. 18 - Il sotto Infermiere dovrà ogni notte esser di guardia per assister gli infermi in tutti i loro bisogni, curare l'illuminazione, e somministrare i rimedj, che sono stati agli ammalati prescritti»<sup>8</sup>, Art. 126 - Per l'illuminazione dei locali dello spedale, che pel servizio qualunque, saranno sempre adoperate lucerne ad olio e non mai candele. In caso di bisogno assoluto il direttore ne potrà consegnare all'infermiere quella.»<sup>9</sup>

Come non pensare alle lunghe notti di veglia, alla stanchezza, alla solitudine, dei pazienti e dei professionisti. Fino agli anni '20 del secolo scorso, in molti ospedali i turni degli infermieri in certi casi potevano coprire le 29 ore di guardia senza un giorno di riposo<sup>10</sup>. In un panorama di precarietà assistenziale e lavorativa, nonché sanitaria, in cui molto facilmente sciat-

teria e malavoglia potevano far saltare qualche giro di ispezione, reso ulteriormente sgradito dal percorrere lunghi corridoi ospedalieri alla tenue luce di una lucerna, magari scarsamente alimentata per "risparmiare" sui costi. Ed oltremodo rimanda alla difficoltà nel vegliare un paziente, o un parente, in condizioni pressoché di oscurità dove comunque si doveva essere in grado di poter osservare e valutare in maniera utile lo stato di salute dell'assistito. Quasi un profondo moto di compassione professionale sale su dall'animo, generando un senso di partecipazione e solidarietà con il collega del passato. Nella quotidianità attuale la luce continua ad essere uno strumento di assistenza e di cura, in ambiti e sotto forme decisamente diversificate ed evolute, e per il semplice giro di ispezione, alla vetusta lucerna o candela, si è alternata la torcia portatile, anche nella versione aggiornata di semplice applicazione di uno smartphone. Alla modernità degli strumenti e delle innovazioni, resta legato il filo della continuità del gesto

e del sentire della professione assistenziale e di cura accanto al bisognoso in piena notte.

L'attenzione e la premura, la capacità di gestire le proprie conoscenze e la dimensione relazionale, dal villaggio neolitico alla domus romana, dall'accampamento militare alla cella di un ospedale medioevale, alla corsia moderna, ben restituisce il mito attraverso una quotidianità che rimanda alla britannica *Lady with the lamp*, e alla relativa iconografia (Fig. 4), che caratterizza un po' tutto l'associazionismo professionale a livello internazionale, ma ancora più lega ogni infermiere ai tanti colleghi sconosciuti persi nelle pieghe del tempo, o delle notti di veglia, ma non in quelle della disciplina e del cuore.

### Bibliografia

1. Farmer, A. (2015). Access to History: The British Experience of Warfare 1790-1918 Second Edition. Hachette UK
2. Grmek, M. D., e Gourevitch, D. (2000). Le malattie nell'arte antica. Giunti Editore.
3. Bresciani, Padre Camillo Cesare (1855), Vita di Don Pietro Leonardi, sacerdote veronese missionario apostolico, fondatore della congregazione delle figlie di Gesù, Tipografia Antonio Frizierio, Verona, pag. 37.
4. Rocco G, Cipolla C, e Stievano A. (2015). La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. Franco Angeli.
5. Anonimo, (1727) Vite di molte venerabili madri Carmelitane Scalze, e discepoli di S. Teresa, Venezia, pag. 135
6. AA.VV. (1822) Raccolta Generale delle leggi per gli Stati di Parma, Piacenza e Guastalla, Tipografia Ducale, Parma, pag. 53;
7. Rusca e, (1833) Manuale dell'infermiere ossia istruzione di assistere i malati, coi Tipi di Paolo Andrea Molina, Milano, pag. 39;
8. AA. VV. (1845) Statuti per lo servizio interno de lo Spedale civico di Palermo, Stamperia Demetrio Barcellona, Palermo, pag. 164
9. AA.VV. (1852) Raccolta Generale per le leggi degli stati Parmensi, Tipografia Reale, Parma, pag. 359
10. Baccarani U. (1909) Infermieri e infermiere, Modena, Società Tipografica Modenese, 1909, p.57.

## 3. La cura di sé come cura dell'esperienza della cura

**Maurizio Mercuri**

Corso di Laurea in Infermieristica, Polo didattico di Ancona  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*L'essenza del caring si declina con il prestare attenzione e il sentirsi responsabile per l'altro con fermezza e senza negligenze. E' necessario conoscersi, interrogarsi continuamente sulla qualità del proprio agire per aver cura dell'esperienza della cura.*

Come afferma Boella: “tutto inizia con l'apparizione di un essere, che impone ai miei movimenti verso di lui o di lei il limite e la legge dell'esistenza di un altro nello spazio del mondo in cui vivo. L'emozione dell'incontro è questo: lo sconvolgimento, lo stupore, la sorpresa, derivanti dal nascere di una ricerca destata dall'apparizione dell'altro. (...) Vivere l'emozione dell'incontro vuol dire scoprirsi di colpo dentro la relazione. L'interdipendenza tra me e l'altro ne rappresenta il cuore di carne, che non posso governare con gli strumenti consueti della percezione, della vista, del tatto e dell'udito o dell'accumulo di dati, di informazioni”.<sup>1</sup> Tutti iniziamo a dare significato al nostre essere nati esseri umani individui e sensuati scoprendoci in relazione gli uni con gli altri. E il corpo gioca un ruolo importante nella intersoggettività sin dalla sua formazione, come corpo visibile, nella sua dimensione spazio-temporale, e come corpo invisibile, sua immagine inconscia che si è venuta a creare con gli scambi relazionali sin dalla più tenera età.<sup>2</sup>

La relazione intersoggettiva che attraversa il corpo passa per

l'empatia che “è l'atto attraverso cui ci rendiamo conto che un altro, un'altra, è soggetto di esperienza come lo siamo noi: vive sentimenti ed emozioni, compie atti volitivi e cognitivi. Capire quel che sente, vuole e pensa l'altro è elemento essenziale della convivenza umana nei suoi aspetti sociali, politici e morali. E' la prova che la condizione umana è una condizione di pluralità: non l'Uomo, ma uomini e donne abitano la terra”.<sup>3</sup> L'empatia non è simpatia o compassione, gioire o soffrire insieme, partecipare emotivamente alle sorti dell'altro. Ha a che fare anche con questo, ma è essenzialmente la capacità specifica di sentire l'altro, di per sé una sfera complessa di esperienza, che è possibile riattivare.

Con Emmanuel Lévinas (1906-1995), pensatore della crisi dell'umanità,<sup>4</sup> autore dei “Quaderni di prigionia”,<sup>5</sup> spirito profetico dell'annuncio delle guerre tra religioni e tra territori, l'Altro è arrivato ad imporsi come “evento traumatico” che confuta qualsiasi pretesa del soggetto di avere una presa sulla realtà, di riconoscere e di riconoscersi.<sup>6</sup> E' questo altro che ci impone obblighi assoluti. Conoscere l'al-

tro significa conoscere un corpo e un'anima, un'interiorità che fa parte del mondo esterno a noi, oggetto e soggetto dotato di vita propria, esistente di per sé. Davanti a questo Altro che si impone, la cura non può essere che intenzionale, una pratica che ha luogo nell'ambito della relazione, che richiede un tempo lungo per costruirsi, che è attivata dall'interesse per l'altro, che si occupa di qualcosa di essenziale per l'altro. La cura mira a produrre benessere per l'altro e per questo acquisisce uno statuto etico.<sup>7</sup>

L'essenza del caring si declina con: il prestare attenzione; il sentirsi responsabile per l'altro; l'agire con delicatezza e tenerezza (sentirsi trattato con delicatezza significa sentirsi rispettati e il ricevere rispetto, necessario a farci sentire soggetti, aiuta a trovare la forza vitale per affrontare le difficoltà della malattia); l'aver fermezza e l'indignarsi di fronte all'incuria, di fronte alla negligenza; il coltivare una cura: è necessario interrogarsi continuamente sulla qualità del proprio agire, in rapporto a ogni specifica situazione. Tutte le persone hanno bisogno di attenzioni, i malati anche di più.

E “non c’è dubbio che una medicina a mani nude, fatta di attenzione estrema e di tutti quei piccoli gesti che comunicano rispetto e tenerezza, sia una medicina preziosa”.<sup>8</sup> Quando il malato esprime la sua angoscia il vero professionista lo ascolta. Desta stupore come la maggior parte dei medici e degli infermieri non sappia né ascoltare né dialogare. Eppure la vulnerabilità ci accomuna, in quanto creature mortali.

Veniamo ora al prendersi cura di chi si prende cura. Una tematica non da poco, poiché innesca il germe della prossimità, della reciprocità e riconosce il valore supremo del prendersi cura dalle sue stesse radici. Risponde all’esigenza di aver cura dell’esperienza della cura, dell’essere presenza curante consapevole ed accudita. Il curante in situazione di cura deve garantire al soggetto preso in carico la possibilità dell’esperienza autentica della cura: chi è curato deve poter fare esperienza di ciò che sta vivendo. Il curante deve aver cura dell’esperienza di cura vissuta dai pazienti e dai

curanti. Inoltre deve aver cura di sé per aver cura dell’esperienza della cura: è una pratica che richiede esercizio, disciplina, dedizione.<sup>9</sup> Di per sé non è pratica consolatoria, piuttosto costringe a togliersi dal flusso delle abitudini, ad accettare ed affrontare l’angoscia come elemento strutturale dell’esistenza. Fa vivere alle persone curate l’esperienza della ricerca di un senso profondo della vita promuovendo la loro cura di sé.

Considerando le fatiche delle organizzazioni attuali, si richiede uno sforzo di cura di sé anche ai professionisti della cura e ai responsabili delle organizzazioni la costruzione di ambienti veramente umani. Dalla cura sui nascono i presupposti e i contenuti della conoscenza di sé. Il socratico “conosci te stesso” diviene elemento per aver cura dell’esistenza, per imparare l’arte di esistere, per “avere una conoscenza sicura del vivere umanamente e politicamente” (Apologia di Socrate, 20b), per aver cura di sé (Alcibiade I, 128 a, 132 c) e dedizione e cura dell’anima immortale (Fedone, 107 c), per affrontare consape-

volmente l’esercizio della cura di sé, e dei propri inevitabili errori e del governo di sé. E’ prioritariamente necessario conoscere se stessi per aver cura di sé: occorre educarsi ed educare ad aver cura, ad aprire orizzonti di ricerca sul sapere essenziale che è sapere dell’essere e del desiderio non scontato di dare all’essere spazio e senso al tempo della propria vita che l’essere manifesta. Ed è necessario attivare con la conoscenza di sé quelle pratiche trasformative quali le meditazioni, le memorie, le pratiche di consapevolezza e di esame di coscienza, lo sviluppo di una spiritualità come accesso all’orizzonte della verità che non è solo l’oggetto il cui accesso è dato per primo dall’intelletto, ma il contenuto di coscienza al quale si accede plasmando il proprio essere fino al punto di agire con verità, sulle vie dell’esistenza più che su quelle disciplinari, come ben studiate da Foucault<sup>10</sup> ed Haddot<sup>11</sup>. Questo impone un lavoro sul ben pensare e l’operazione sui pensieri che il soggetto produce aprendosi all’altro. La consapevolezza transita allora



Fig. 1 - Bram van Velde, “Untitled, Paris-Montrouge” (1956), olio su tela, 129,5 x 194,9 cm, Collezione Privata

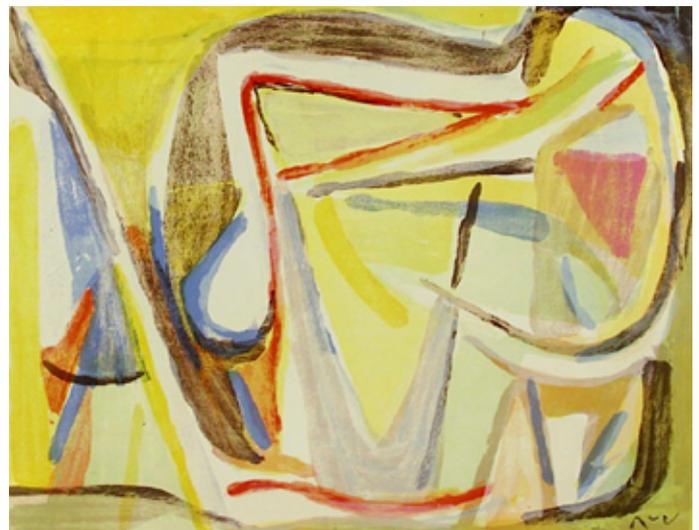


Fig. 2 - Bram van Velde, “Limpide” (1981), litografia, 80,2 x 62,3 cm, Collezione Privata

sulla presenza che cura, sulla ferma convinzione di aver cura anche dell'esperienza della cura, intesa e come possibilità di esperienza autentica e come assunzione su di sé delle problematicità intrinseche al progetto da realizzare per la parte che ci compete.

Ciò vale per i rapporti interpersonali. E quando chi cura sta all'interno di processi ed organizzazioni più vaste, non possiamo non ricordare a chi ha ruoli politici o dirigenziali che lo spazio pubblico viene occupato da questioni che hanno a che fare sempre più con le regole che con i soggetti, anzi il valore dei soggetti viene definito dai dispositivi che li organizzano. Non ci si può interrompere dall'interpellare e chiedere, e chiedersi, che cosa e come i luoghi di cura consentano a chi cura ed è curato di imparare dall'esperienza vissuta.<sup>12</sup> In questa epoca di disorientamento, la cura sui diventa la richiesta di costituirsi come nuclei di resistenza e centri di forza per mantenere il carattere contro la deriva del non senso che ci omologa in serie davanti alla presenza del nuovo fenotipo in cui la componente morale è ormai definitivamente sfaldata.<sup>13</sup> Come dice Natoli, "il tema delle virtù è rifluito e si è dissolto nella rivendicazione dei diritti, nella richiesta di tutele, nell'ampliamento degli spazi di libertà, ove l'attenzione a sé è lasciata ai singoli e non ha alcuna sostanziale incidenza nella virtù pubblica, presa nel suo complesso. La virtù come cura di sé e coltivazione della propria eccellenza va sfumando sullo sfondo e resta – quando resta – una questione privata. La società chiede solo prestazioni. Poco importa se virtuose

o meno; ciò che è importante è l'efficienza. In questo caso far bene equivale ad essere conformi alle regole previste. E, come è noto, si è tanto più efficienti quanto meno si sollevano questioni di valori. Peraltro, questo è il modo per ottenere riconoscimento sociale, per avanzare nelle carriere, quando si avanza".<sup>14</sup> E se ogni atto umano è un vaso di responsabilità infinita,<sup>15</sup> chi ha cura di sé non può non proporla anche come progetto educativo, come processo di formazione continua.<sup>16</sup> Per questo è nostra cura come formatori in ambito sanitario avere a cuore la formazione complessiva dello studente, anche quella del carattere e delle sue virtù.

Un filosofo rumeno, vissuto in isolamento sotto il regime di Ceausescu, Dinu Noica,<sup>17</sup> ha individuato per l'essere umano, ente debole ed instabile, sei malattie costituzionali dello spirito. Queste malattie riguardano tutte la sofferenza che gli

individui provano di fronte alla perdita del senso generale o al contrario allo sperimentare e conoscere essenze generali, non di singole realtà. I mali dello spirito si introducono come difetti di determinazione adeguate di sé, come tormento ed esasperazione di non poter agire in accordo col proprio pensiero. Le sei malattie dello spirito sono dovute alla carenza o al rifiuto dell'uomo o alla inadeguatezza delle cose rispetto ad uno dei termini dell'essere: il generale, l'individuale e le determinazioni di questi.

Sono certo che gli studenti di discipline mediche e sanitarie non dovrebbero temere queste malattie dello spirito tipiche di questo secolo:

- essi dovrebbero essere educati a non perdere di vista il senso generale delle cose: curare e prendersi cura delle altre persone è insito nel percorso che dovrebbe confermare le loro scelte. Lo faranno con decisione, spirito di sacrificio e giu-



Fig. 3 - Bram van Velde, "Embracement" (1980), litografia, 65 x 83 cm, Collezione Privata

stizia. Lo faranno in un'ottica di sapere per meglio agire, di ricercare per meglio spendere ed organizzare, per meglio curare. Classificheranno, diagnosticheranno, pianificheranno. Avranno rispetto della vita in tutte le sue forme, crederanno nei valori umani e si applicheranno perché non si disperdano; - essi dovrebbero essere educati a non perdersi di vista l'individuo.

Essi cureranno quella persona precisa, con nome e cognome,

con una storia, con una sua narrazione. Avranno il piacere, o a volte solo la volontà o la caparbia, di stare accanto ad un bimbo, ad un adulto, ad un anziano, per lenire la tristezza inconsolabile dell'inabile, dello spegnersi di una esistenza individuale. A questi giovani professionisti della salute spetterà di coltivare un'etica della pietà, un'etica del rispetto, un'etica dell'ascolto, un'etica del silenzio, un'etica della durata nell'aver cura; - ad essi non dovrebbe mancare

di forgiare la loro personalità, il loro carattere, il loro tempo in scelte e decisioni che hanno più di altre ricadute sulle vite dei nostri simili. Da loro e dalle loro determinazioni dipenderanno le buone pratiche, metodiche ed appropriate, e i loro esiti in termini di salute e qualità di vita dei loro e nostri assistiti.

Quante le responsabilità per noi formatori, non vi pare? Vorrei concludere questo intervento sulla cura di sé con gli auguri sotto riportati.

### Auguri personali agli Studenti

Vi auguro di essere voi stessi sempre, autentici il più possibile, centrati sulla vostra vita interiore, che è l'energia e il motore delle vostre più belle azioni;

- vi auguro l'attenzione ai dettagli e la visione del futuro, per comporre il grande mosaico delle vostre vite;
- vi auguro l'espressione viva della vostra intelligenza, senza temere le critiche e le contraddizioni, anche se la vita non è logica e i nodi li scioglie sempre comunque;
- vi auguro il coraggio per scegliere secondo il bene ogni giorno, senza finzioni;
- vi auguro di testimoniare sempre le cose belle in cui credete, che di quelle brutte ce n'è abbastanza in giro;
- vi auguro di andare sempre oltre le vostre possibilità in modo generoso, con fermezza, per contrastare il clima diffuso di scadimento culturale;
- vi auguro l'esercizio della compassione e della gratitudine, la benedizione del perdono e quella dell'amore;
- vi auguro l'esercizio della vostra umanità per accogliere l'umanità di ciascun altro;
- vi auguro la felicità dell'esercizio professionale e le gioie della vita.

Ed un grazie: dell'energia della vostra giovinezza e del tratto di strada che stiamo percorrendo insieme. A tutti voi un brillante futuro professionale.

Maurizio Mercuri

*Nel prossimo numero proveremo ad introdurre le teorie del nursing.*

### Bibliografia

1. Boella L, Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, p. 31.

2. Manuzzi P, Parole come strade, in movimento. Note sulla pensabilità e dicibilità del corpo, in Manuzzi P (a cura di), Educare alla dimensione corporea

della relazione nelle professioni educative e sanitarie, Edizioni ETS, Pisa, 2009, p. 40.

3. Boella, Sentire l'altro. Op. Cit., p. XII.

4. Casper B, Lévinas pensatore della crisi dell'umanità, tr. it. di L. Bonvicini, La Scuola, Brescia 2017.

5. Lévinas E, Quaderni di prigionia ed altri inediti, curatori vari, Bompiani, Milano 2011.

6. Lévinas E, L'enigma e il fenomeno, in La traccia dell'altro, a cura di Ciaramelli F, Pironti, Napoli 1979, pp. 51, 59.

7. Mortari L, Per una teoria del buon caring, in Mortari L, Saiani L, Gesti e pensieri di cura, McGraw-Hill, Milano 2013, pp. 21-49.

8. De Hennezel M, Prendersi cura degli altri. Pazienti, medici, infermieri e la sfida della malattia, Lindau, Torino 2008, p. 11.

9. Foucault M, L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982), tr. it. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2003.

10. Foucault M, L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France 1980-82, tr. it. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2003. S

11. Hadot P, Esercizi spirituali e filosofia antica, tr. it. A. M. Marietti, A. Taglia, Eidauti, Torino 2005.

12. Zannini L, Le medical humanities nella formazione del lavoro di cura, Encyclopaideia XV (31), 2001: 77-90.

13. Benn G, Romanzo del Fenotipo. Frammento di Landsberg 1944, tr. it. di A. Valtolina, Adelphi, Milano 1998, p. 41.

14. Natoli S, L'edificazione di Sé. Istruzioni sulla vita interiore, Laterza 2010, p. 63.

15. Buber M, La mia via al Chassidismo, ricordi, in Storie e leggende chassidiche, a cura di A. Lavagetto Mondadori, Milano 2009.

16. Cambi F, La cura di sé come processo formativo Laterza, Bari-Roma 2010.

17. Noica D, Sei malattie dello spirito contemporaneo, tr. it. di M. Mocan, Carbonio Editore, Milano 2017.

## Le malattie dei zolfatari del Montefeltro nell'800

Giancarlo Cerasoli

Pediatra, Cesena

*La storia della salute e della sanità può essere scritta in molti modi. C'è una storia "interna" alla salute, scritta da chi ha una formazione medico-biologica, che si interessa soprattutto alla storia delle scoperte scientifiche, dell'avanzamento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, della vita dei personaggi celebri. Ma si può scrivere anche una storia "esterna" o "sociale", fatta soprattutto da chi ha una competenza storica, che si interessa al contesto storico e sociale del manifestarsi delle forme morbose, alle risposte socio-sanitarie, in termini di pluralità di risposte terapeutiche, di organizzazione dei servizi socio-sanitari, di conseguenze sulla vita sociale. Le malattie dei zolfatari del Montefeltro nell'800*

*Comunque sia, ogni ricerca storica nasce da un interrogativo preciso che individua degli attori, dei luoghi, dei tempi e delle modalità di svolgimento di specifiche azioni. Ogni risposta si deve fondare su documenti (scritti e non) attinti da fonti.*

*Le fonti possono essere molteplici: dirette e indirette; volontarie e non volontarie; scritte e non scritte, dotte e popolari; qualitative e quantitative. Le fonti dirette su una persona sono le parole che escono dalla sua bocca (come le deposizioni in tribunale), oppure la sua autobiografia. Le fonti dirette di un avvenimento sono quelle dove l'avvenimento è descritto direttamente da chi lo ha visto o vissuto. Le fonti indirette su una persona sono quelle dove il soggetto viene presentato attraverso intermediari che parlano di lui. Le fonti indirette di un avvenimento sono quelle dove quel fatto viene descritto da chi non era presente al suo compiersi e perciò ne parla in maniera indiretta, mediata da altre testimonianze. Le fonti volontarie sono quelle lasciate con l'intenzione di rappresentare una precisa testimonianza, quelle involontarie sono le tracce che si lasciano senza volerlo, informazioni che si leggono tra le righe.*

In questo breve contributo cercherò di rispondere a questo interrogativo: quali erano le malattie più frequenti e gravi dei minatori dello zolfo nel Montefeltro e in Romagna nella seconda metà dell'Ottocento? Utilizzerò parte delle informazioni pubblicate nel libro *Mal di zolfo. Minatori, medici e malattie nella valle del Savio e nel Montefeltro nella seconda metà dell'Ottocento*, scritto con Pierpaolo Magalotti ed edito nel dicembre 2017, a Cesena, presso l'editrice Stilgraf.

Le informazioni che darò sono state ricavate da numerose fonti: relazioni e inchieste sanitarie, testi e riviste di medicina, fascicoli giudiziari (di

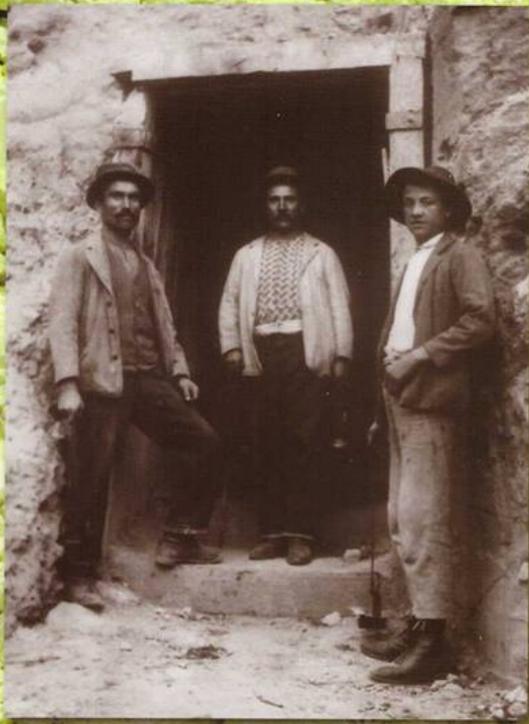
tribunali, Corti d'Assise, etc.), leggi, decreti e regolamenti, informative di Prefetti, Sindaci e Autorità di P.S., relazioni economico-amministrative delle miniere, fonti letterarie come autobiografie, romanzi, racconti, poesie, etc., periodici locali e nazionali, riviste storiche e tesi di laurea, memorie orali, ma anche filmati, foto, cartoline, manifesti, disegni, stampe, quadri, etc.

I documenti sono stati reperiti soprattutto negli archivi (Archivi di Stato di Forlì e Cesena, Archivio arcivescovile di Cesena, Archivio Comunale di Mercato Saraceno, Archivio Genio Minerario di Bologna e Ancona, Archivio Società Miniere Zolfuree di Romagna, Archivio Mu-

seo Sulphur di Perticara, Archivio Diplomatico Min. Aff. Esteri a Roma) e nelle biblioteche (Biblioteca Camera dei Deputati, Biblioteca College of Physician di Philadelphia, Biblioteche Comunali della Romagna, Biblioteche Nazionali di Firenze e di Roma) e in siti internet.

La fonte primaria per conoscere le patologie che affliggevano i lavoratori delle miniere di zolfo del Montefeltro e della Romagna nella seconda metà dell'Ottocento è costituita dalle statistiche compilate dai medici. Dato che non esistevano villaggi di minatori e non ci sono pervenuti i registri delle infermerie e degli ospedali dei siti minerari in esame, le sorgenti d'informazioni più importanti

SOCIETÀ DI STUDI ROMAGNOLI



GIANCARLO CERASOLI

PIER PAOLO MAGALOTTI

## MAL DI ZOLFO

MINATORI, MEDICI E MALATTIE  
NELLA VALLE DEL SAVIO E NEL MONTEFELTRO  
NELLA SECONDA METÀ DELL'OTTOCENTO

sono le relazioni che scrissero i condotti che operarono nei comuni dove le miniere erano dislocate.

Si possono trovare informazioni utili anche nelle inchieste sanitarie statali, che però quasi sempre si limitano a dare notizie generali, senza approfondire la descrizione della situazione nei siti minerari e dei lavoratori ivi impiegati.

Nei *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno*, che si svolse nel 1855, ad esempio,

sono ricordate in modo molto sommario anche le malattie professionali e fra queste quelle che affliggevano i minatori: «morti accidentali», «infiammazioni dell'apparato respiratorio» e «febbri da malaria».

Negli *Atti dell'inchiesta agraria Jacini*, del 1877, le «malattie dell'uomo» rilevate nel Cesenate erano Le febbri infettive e reumatiche e la pellagra, però non sembra in proporzioni gravi. La pellagra era molto diffusa anche nel territorio della provincia di Pesaro-Urbino, e

nella relazione statistica del prefetto Giacinto Scelsi del 1881 era imputata all'alimentazione prevalentemente a base di mais praticata nelle campagne.

Per il comune di Cesena possiamo contare sulle precise informazioni fornite da Robusto Mori, Primario Medico di quella città e direttore della sezione medica dell'ospedale dal 1860 al 1899.

Nelle sue dettagliate relazioni sanitarie è ricordata più volte la patocenosi di quel comune: «da noi sono endemiche le febbri da malaria (nelle zone adiacenti alle risaie del Cervese), la pellagra (nelle zone collinari), il tifo addominale e i processi tubercolari (soprattutto polmonari e linfoghiandolari)».

Va ricordato che la malaria era presente anche in alcune località della vallata del fiume Marecchia, favorita dalla presenza delle risaie, dove si moltiplicavano facilmente le zanzare anofeli vettrici del plasmodio. Oltre alle patologie sopra ricordate, le altre malattie infettive epidemiche più diffuse erano: la difterite, il morbillo, la scarlattina, la pertosse, la parotite, il tifo petecchiale, l'influenza e la varicella. Il vaiolo non ebbe vasta diffusione anche per merito delle efficaci campagne di vaccinazione. Il colera colpì soprattutto durante l'epidemia del 1855, quando a Cesena causò una mortalità del 15,4 per mille abitanti e a Mercato Saraceno del 28,9 per mille, più elevata della media della Legazione di Forlì che era del 21,37 per mille. Dall'Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie eseguita nel 1885 si evidenzia un quadro nosografico della provincia di Forlì sovrapponibile a quello descritto da Mori e vi compare, per la prima volta, la segnalazione tra gli «scavatori dello

zolfo nelle miniere di Formignano» di «una grave anemia con anchilostomiasi», che Mori aveva descritto nel 1881.

In alcune relazioni compilate dai medici o dai proprietari delle miniere, sono presenti notizie precise su alcune delle patologie «professionali», ossia che colpivano specificamente o in maggiore misura i lavoratori delle miniere di zolfo.

In primo luogo vanno ricordate le patologie di origine traumatica, dovute agli incidenti avvenuti sia sottoterra che sopraterre, poi la prima vera e propria patologia professionale, ossia l'anchilostomiasi, e inoltre i danni dei polmoni, del cuore, dell'apparato muscolo-scheletrico, della cute, degli occhi e dell'apparato neuro-psichico.

In questo breve saggio verranno prese in esame soltanto le patologie traumatiche poiché sono quelle che mietevano il maggior numero di vittime.

### **Gli incidenti in miniera**

Gli incidenti erano la causa più importante nel determinare malattie e morti tra i minatori. I siti minerari del Montefeltro e della Romagna erano considerati, subito dopo quelli della Sicilia, quelli che presentavano «condizioni intrinseche maggiormente pericolose».

Gli infortuni più frequenti in miniera erano i seguenti:

1. *Distacco di roccia*: costituiva l'incidente più frequente e temuto. Masse rocciose distaccatesi dalla volta delle gallerie e dei cantieri di lavorazione, rovinavano pesantemente sui minatori, schiacciandoli e ostruendo le vie di uscita.
2. *Scoppio e inalazione di grisou*. Questo gas (idrogeno proto

carburato), tipico delle miniere di carbone, è composto in prevalenza da metano. È molto più leggero rispetto all'aria, quindi si trova nelle volte delle gallerie ed ha un odore fetido. I danni causati dal suo scoppio erano rilevanti, dato che i minatori lavoravano quasi nudi per l'alta temperatura e gli elevati tassi di umidità e la fiammata, rapida ad accendersi ed esaurirsi, bruciava la superficie cutanea esposta e la sua inalazione causava ustioni nelle mucose dell'apparato respiratorio. Allo scoppio del gas poteva conseguire la frana della galleria, e allora la causa del danno era duplice.

3. *Inalazione di idrogeno solforato o acido solfidrico*: si tratta di un gas velenosissimo, che determina stato confusionale e sordimento prima ancora che se ne avverta l'odore caratteristico. La vittima, cadendo a terra, muore rapidamente respirando quantità elevate del gas e anche i soccorritori spesso fanno la stessa tragica fine. Se investe gli occhi può determinare una cecità temporanea che dura due o tre settimane.

4. *Intossicazione da anidride solforosa*: è dovuta a un gas sviluppatosi per combustione dello zolfo, dannoso per tutti gli esseri viventi, comprese la flora e la fauna. Solubile in acqua, si può resistere a esso per un tempo limitato respirando attraverso un panno inumidito o inzuppato con particolari composti chimici. Era chiamata «fumo di zolfo» e si sprigionava durante il brillamento delle mine, gli incendi nei cantieri e con la combustione delle rocce solfuree nei calcaroni, i cumuli di rocce solfifere che venivano incendiati per ricavare lo zolfo.

5. *Asfissia da anidride carbonica e altri gas nocivi chiamati «tufo*

mortale»», un «liquido volatile», non infiammabile, costituito da carbonio, idrogeno e zolfo.

6. *Inalazione del fumo di mine e di pulviscolo*.

7. *Caduta nei pozzi*:

8. *Caduta di materiale dai pozzi*.

9. *Traumi da schiacciamento*: per incauto utilizzo dei carrelli, vagoni e degli altri mezzi per il trasporto delle rocce e del metalloide fuso.

10. *Scoppio intempestivo delle mine*

11. *Caduta in un calcarone in caricamento o in scarico*.

12. *Caduta in una vasca di raccolta delle acque o inondazione delle gallerie*.

13. *Scoppio di una caldaia a vapore*.

La fonte ufficiale più autorevole per ricavare i dati di mortalità e morbilità riferiti agli incidenti verificatisi nei siti minerari è la serie di pubblicazioni periodiche edita a cura del Reale Corpo delle Miniere. In essa sono riportate statistiche molto dettagliate dalle quali emerge che nelle miniere di zolfo presenti in Italia, la mortalità nel periodo tra 1874 e 1893 ebbe una media di 2,2 operai su 1000 e oscillò tra lo 0,55 e il 6,06 per mille, con incremento soprattutto tra il 1880 e il 1886.

Le denunce d'infortunio, invece, riguardarono in media 3,5 operai su mille con valori oscillanti tra lo 0,2 e il 13,6 per mille e punte massime tra il 1881 e il 1889.

Questa mortalità risulta superiore a quella delle più pericolose miniere carbonifere inglesi (media 1,82 per mille), francesi (2,07 per mille) e belghe (1,77 per mille) e pari solo a quelle prussiane (2,63 per mille).

Nelle miniere di zolfo del Montefeltro e della Romagna, nel ventennio 1874-1893, la mor-

talità media risulta del 2,09 per mille, con un picco nel 1881 del 5,3 per mille.

La quota media dei feriti è del 2,53 per mille, con una punta del 6,70 per mille nel 1887 e con il 16 per cento degli incidenti che risultano «prevedibili», ossia frutto d'imperizia o negligenza.

Per gli anni dal 1884 al 1898, i dati di mortalità per mille lavoratori delle miniere di zolfo delle provincie di Forlì e di Pesaro mostrano un calo rispetto a quelli degli anni precedenti, oscillando dallo 0,28 (del 1886), al 3,39 (del 1896), con un massimo del 4,59 nel 1890.

Il numero dei feriti oscilla dall'1,1 per mille occupati (nel 1884-85) fino al 2,5 (nel 1892), con una punta isolata del 4,59 nel 1890.

In alcuni casi è possibile attingere a documenti non ufficiali che indicano i morti, i feriti e i relativi giorni di cura. In questo caso i dati di mortalità sono simili a quelli riportati nelle statistiche ufficiali, ma i dati di morbilità sono di gran lunga più elevati. Nel 1864, ad esempio, nelle miniere del Cesenate, su 286 lavoratori ben 166 (il 58 per cento) mancarono in servizio per «malattia» e 74 (il 26 per cento) per «ferita».

Anche dagli «specchi dimostrativi» compilati dal direttore Pietro Pirazzoli per le miniere di Marazzana, Perticara, Formignano e Busca dal 1865 al 1876, si ricava una percentuale di minatori infortunati, molto superiore a quella denunciata dagli ingegneri del Reale Corpo delle miniere.

I dati sull'aspettativa di vita e sulla vita media dei minatori, laddove disponibili, evidenziano chiaramente che la durata dell'esistenza del lavoratore

delle miniere era in quei decenni più breve rispetto a quella di altri lavoratori. Nel 1864, per fare un esempio, gli operai con un'età superiore ai 55 anni ancora impiegati nelle miniere di Marazzana e Perticara erano 34 su 839, pari soltanto al 4 per cento del totale.

Una delle cause della differente stima della prevalenza e gravità degli incidenti in miniera, è senza dubbio il fatto che le statistiche ufficiali riguardavano soltanto gli incidenti con le conseguenze più gravi, mentre le rilevazioni non ufficiali, soprattutto quelle di alcuni amministratori minerari e gestori delle Casse di soccorso tra i minatori, consideravano anche gli infortuni più lievi.

Bisogna ricordare che, fino al 1899, quando entrò in vigore la legge nazionale che prevedeva l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, nessuna utilità veniva all'operaio nel denunciare la patologia della quale era affetto.

Questo, anzi, sarebbe stato per lui controproducente poiché i gestori della miniera avrebbero di certo scelto un altro al suo posto. Inoltre verso di lui, in caso d'incidenti dovuti a imperizia o negligenza nella messa in opera delle misure di sicurezza prescritte, si sarebbero aperti dei procedimenti di tipo giudiziario volti a evidenziare le mancanze e quindi comminare punizioni piuttosto che risarcimenti.

Si deve tenere presente, inoltre, che in alcuni casi, i morti in miniera erano subito portati lontano dall'ambiente di lavoro, per non far risultare che il decesso era dovuto a incidenti causati dalla imperizia o negligenza dei sorveglianti e dei dirigenti.

Nel caso di contusioni e infor-

tuni lievi, le subdole resistenze delle amministrazioni minerarie alla denuncia delle lesioni diventavano talora fortissime per timore che gli ispettori del Corpo delle miniere nel corso della visita, rilevassero altri spiacevoli inconvenienti e facessero chiudere la miniera.

Gli stessi lavoratori, inoltre, richiedevano raramente l'intervento dei medici per la difficoltà di sostenere le spese per l'acquisto dei medicinali, molti dei quali, va ricordato, avevano scarsa efficacia terapeutica. Quando poi l'infortunato si decideva a denunciare il danno subito, i medici stipendiati dalle società assicuratrici e minerarie, talvolta, cercavano di ridurre al minimo i periodi di assenza o di convalescenza.

Il fatto che nel 1886 fosse entrata in vigore la Cassa nazionale di assicurazione, che prevedeva risarcimenti anche per infortuni leggeri, non provocò, come invece si temeva, un reale aumento delle denunce d'incidenti.

Oltre alle statistiche del Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio, e a quelle pubblicate nella «Rivista del Servizio Minerario», altre fonti importanti d'informazioni a loro volta «ufficiali» sugli incidenti in miniera sono: le denunce fatte dagli esercenti delle miniere, i referti dei medici e dei chirurghi che esaminavano le vittime, i verbali redatti dagli ingegneri del Corpo Reale delle Miniere, le ispezioni dei carabinieri e gli atti giudiziari che si riferiscono ai processi intentati ai minatori infortunatisi o deceduti. Questi procedimenti avevano per lo più lo scopo di dimostrare come gli incidenti fossero dovuti all'imperizia e alla negligenza dei lavoratori, escludendo in

tal modo la responsabilità degli esercenti delle miniere.

Le relazioni più dettagliate sono quelle compilate dagli ingegneri del corpo delle miniere, dove risultano analizzate in maniera meticolosa le dinamiche degli incidenti, la messa in opera delle idonee misure di prevenzione e di soccorso e sono indicate le responsabilità e i provvedimenti da adottare al fine di ridurre il rischio della ricorrenza di quegli incidenti. Informazioni meno dettagliate si possono trarre anche dai verbali giornalieri e dai riepiloghi inviati periodicamente ai prefetti dai carabinieri nei quali, erano sottolineati: il non uso delle necessarie cautele, la «lavorazione troppo abbondante», la poca diligenza dei sorveglianti e la ventilazione inefficace delle gallerie sotterranee.

Alcune testimonianze di minatori vittime di infortuni che subirono processi, dimostrano come anch'essi subirono quel sistema di «vessazione delle vittime» che, oltre a non riconoscere il danno patito, li condannava a sanzioni anche gravi per non aver messo in opera le misure di sicurezza prescritte (a volte di difficile attuazione) e la necessaria vigilanza.

Accanto alle fonti ufficiali vanno citate altre sorgenti d'informazioni capaci di darci anche altri punti di vista. Si tratta delle notizie contenute nelle cronache delle città, nei giornali, nei Libri dei morti custoditi nelle parrocchie e nelle sup-

pliche, invocazioni e preghiere scritte dai sacerdoti.

A volte essi contengono la descrizione meticolosa e partecipata di avvenimenti luttuosi non riportati nelle statistiche ufficiali, più vicina alla «mentalità popolare».

### **Le norme di prevenzione degli incidenti e le cure prestate agli infortunati**

Per ridurre il numero e la gravità degli incidenti in miniera, nel tempo vennero messe in opera precise misure di prevenzione.

Un primo nucleo di queste disposizioni riguardava l'impiego di strumenti meno pericolosi: come le mine conservate in casse di ferro e dotate di micce più sicure, le lampade e le cinture di sicurezza e i carrelli trasportatori dotati di dispositivi capaci di fermarli in caso di sganciamento non previsto.

Altre norme riguardavano il comportamento dei lavoratori proibendo che raggiungessero le gallerie calandosi nei pozzi lungo le funi, percorressero gallerie pericolose e facessero brillare mine in posti non sicuri. Vennero date precise regole da seguire in caso di incendi o sviluppo di gas o di altri infortuni per dare l'allarme e allontanarsi in gruppo, in modo da ridurre i rischi di soffocamento o di smarrimento.

Un'altra serie di misure riguardava il miglioramento delle maschere di protezione dai gas venefici delle quali erano dotate le squadre di soccorso: dal

«Sacco Galibert» alla «fiasca di salvamento» alla «scatola del solfataio».

Contemporaneamente venne migliorata l'organizzazione del soccorso prestato agli infortunati. A partire dal 1840, alcuni proprietari delle miniere stipendarono, attraverso trattate sul salario dei lavoratori, i medici o i chirurghi che dovevano prestare loro le cure. Dal 1872 vennero costruite nei siti minerari più grandi apposite infermerie, o piccoli ospedali, dotati di letti, scorte di farmaci e strumentazione chirurgica. Venne, inoltre, predisposto un miglior servizio di trasporto dei feriti più gravi verso gli ospedali civili più vicini.

### **Riflessioni conclusive**

Dalle informazioni presentate in questo breve contributo è possibile constatare come, anche in Montefeltro e in Romagna, nella seconda metà dell'Ottocento sia stato messo in atto nei confronti dei lavoratori delle miniere una sorta di silenzioso genocidio, che né le deboli proteste dei filantropi, né le autorevoli prese di posizione di alcuni corpi scientifici e della parte più sensibile dell'opinione pubblica riuscirono ad impedire.

Solo nel Novecento, il «secolo dell'Assicurazione sul lavoro» furono messe in opera misure di profilassi, cura ed assistenza più efficaci che alleviarono le sofferenze di molti minatori.

## Violenza e società

## 4. Comunicazioni di massa e violenza nella società contemporanea

## Prima parte

Alberto Pellegrino

Sociologo

*È ormai accertato che i media possono produrre degli effetti non sempre positivi, per cui sarebbe opportuno che i messaggi contenessero esempi positivi e creativi, invece di messaggi futili, inopportuni o violenti, che potrebbero provocare atteggiamenti negativi e inappropriati. È presente nei mass media una rappresentazione dilatata della violenza con il risultato di provocare un senso di paura e di frustrazione, di portare a confondere la violenza “reale” con la violenza “virtuale”.*

È ormai accertato che i media possono produrre degli effetti non sempre positivi, per cui sarebbe opportuno che i messaggi contenessero esempi positivi e creativi, invece di messaggi futili, inopportuni o violenti, che potrebbero provocare atteggiamenti negativi e inappropriati. È presente nei mass media una rappresentazione dilatata della violenza con il risultato di provocare un senso di paura e di frustrazione, di portare a confondere la violenza “reale” con la violenza “virtuale”.

Quando si usa il termine mass media si è soliti parlare di quei mezzi di diffusione di massa attraverso i quali è possibile diffondere un messaggio a una pluralità di destinatari, secondo le caratteristiche proprie di ogni mezzo e senza una necessaria interazione tra emittente e ricevente. È un dato di fatto che attualmente l'intera popolazione mondiale passa gran parte del suo tempo a contatto con i mass media e che difficilmente potrebbe farne a meno, per cui questi mezzi finiscono per influenzare la cultura e la percezione della realtà, proponendo modelli e stili di vita

che hanno dei riflessi sulla vita individuale e sociale. I principali mezzi di comunicazione di massa oggi operanti nel mondo sono: la stampa, la televisione, il telefono cellulare, internet e gli strumenti che utilizzano applicazioni di comunicazione digitale (smartphone, tablet, blog, social website, web tv).

#### **Gli effetti dei mass media sull'individuo**

È ormai accertato che i media possono produrre determinati effetti sulla personalità degli individui, effetti non sempre positivi e non sempre consapevoli, per cui sarebbe opportuno da parte delle emittenti diffondere soprattutto dei messaggi che trasmettano esempi positivi e creativi, tralasciando invece

quei messaggi futili, inopportuni o violenti, che potrebbero indurre le persone ad assumere atteggiamenti negativi e inappropriati.

Numerose ricerche condotte soprattutto negli Stati Uniti hanno indagato gli effetti che i messaggi dei media producono sui comportamenti delle persone. La cosa più rilevante è la tendenza imitativa che si sviluppa in soggetti portati a imitare i comportamenti di coloro che vedono e ammirano in televisione con effetti che in alcuni casi possono risultare negativi. I principali mass media sembrano avere questa capacità imitativa, perché forniscono informazioni dettagliate su un determinato comportamento e sui risultati che questi comportamenti possono produrre; perché inducono a credere che i vantaggi ottenuti da un determinato modello si possano ottenere da chiunque agisca in quel modo; perché suggeriscono l'idea che certi comportamenti possano considerarsi legittimi. Si è anche constatato che i mass media possono condizionare l'attività immaginativa favorendo una condizione onirica e nello stesso tempo

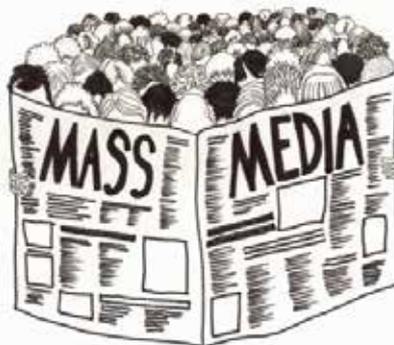


Fig. 1 - La voce di Taranto

inibendo l'immaginazione creativa, ossia la capacità di generare idee nuove e originali.

Le capacità persuasive di un messaggio sono il risultato di un processo che riesce a modificare l'atteggiamento mentale o addirittura il comportamento di coloro che lo ricevono. Il livello di persuasività di un messaggio può dipendere dall'importanza della fonte, dal contenuto dell'informazione, dall'organizzazione degli argomenti persuasivi, dalla predisposizione del ricevente ad accogliere il messaggio secondo le componenti della sua personalità e secondo il peso del contesto sociale nel quale si trova a interagire. Un'importanza particolare assume la credibilità e il prestigio del trasmittente, soprattutto se questi in grado di conferire prestigio sociale, perché il riconoscimento dei media accresce l'autorità degli individui e dei gruppi con la legittimazione del loro stato, in quanto la presenza nei media testimonia che una persona è abbastanza importante per distinguersi dalla massa ano-

nima, che le sue opinioni e il suo comportamento sono abbastanza significativi da richiedere la pubblica attenzione e quindi influenzare la pubblica opinione.

A questo proposito il politologo americano Harold D. Lasswell ha proposto la teoria dell'ago ipodermico, nella quale il messaggio dei mass media è assimilato a uno "stimolo" che, se opportunamente formulato, può indurre il ricevente a una risposta nella direzione voluta dalla fonte emittente (indurre a un acquisto, modificare un risultato elettorale).

### **Le principali teorie sugli effetti mediatici**

Negli anni Cinquanta il sociologo Paul Felix Lazarsfeld ha avanzato l'ipotesi che l'influenza dei media non poteva prescindere dall'influenza del contesto sociale e dalle opinioni pregresse dei fruitori, ma negli anni Sessanta la crescente diffusione dei mezzi di comunicazione di massa, l'indebolimento del senso comunitario e della funzione di mediazione svolta dai gruppi sociali portarono

alla conclusione che stava aumentando il potere e l'influenza dei mass media. Il sociologo Marshall McLuhan ha elaborato la teoria del "villaggio globale" secondo la quale l'evoluzione dei mezzi di comunicazione ha consentito comunicazione in tempo reale a grande distanza, per cui il mondo è diventato più "piccolo" tanto da assumere le dimensioni di un villaggio. Dice McLuhan: "Tutti i media ci investono interamente. Sono talmente penetranti nelle loro conseguenze personali, politiche, economiche, estetiche, psicologiche, morali, etiche e sociali, da non lasciare alcuna parte di noi intatta, vergine, immutata".

Da parte sua il sociologo Jurgen Habermas sostiene che lo sviluppo dei mass media ha soffocato il dibattito democratico, per cui l'opinione pubblica non può formarsi liberamente, ma è sottoposta, al controllo, alla mistificazione, alla manipolazione.

Mentre il sociologo Zygmunt Bauman teorizza la società liquida, dove finirà per perdersi l'individuo sempre più solo



Fig. 2 - Blog di Giacomo Palumbo



Fig. 3 - Descriptiva.it

e prigioniero del consumismo (homo consumens), il politologo Giovanni Sartori sostiene che i media visivi e in particolare la televisione diseducano non solo i bambini ma anche gli adulti, producendo una mutazione che investe la natura stessa dell'homo sapiens e porta alla nascita dell'homo videns, il quale non legge ed è prigioniero della torpidità mentale, in quanto dipende dall'uso dei media tradizionali e dei nuovi media digitali. Il maggiore pericolo è quello di una politica videoplasmata, capace di generare un'opinione pubblica di bassa qualità.

Attualmente la teoria più accreditata è quella del costruttivismo sociale, secondo la quale i media "costruiscono" la realtà selezionando determinate immagini e contenuti; da parte sua il pubblico costruisce una propria visione della realtà mediandola con le "costruzioni" offerte dai media. I principali effetti prodotti sono: l'effetto di conversione per cui i media provocano un cambiamento d'opinione nel ricevente se-

condo le finalità dell'emittente; l'effetto di conferma secondo il quale si verifica la conferma di opinioni, convinzioni o comportamenti preesistenti nel ricevente; l'effetto boomerang che consiste nel cambiamento del fruitore in direzione opposta a quella voluta (vedi campagna elettorali).

Altri effetti da considerare vanno indicati il processo di identificazione che può far nascere in un soggetto il desiderio di prendere il posto di un determinato personaggio per assumere il suo modo di vivere, arrivando fino all'imitazione del proprio "eroe". Un altro effetto abbastanza comune è costituito dal processo di proiezione, che consiste nel vivere in modo immaginario sentimenti e situazioni che il soggetto non può realizzare nella realtà, finendo con il "proiettare" per traslazione i propri desideri su un personaggio che ama e che odia, che pratica la violenza e che risulta sempre vincente, come il soggetto vorrebbe amare, odiare, aggredire, trionfare.

Si è a lungo discusso sull'ef-

fetto denominato disfunzione narcotizzante (P. F. Laziersfiel e R. Merton), il quale sarebbe causato da un'eccessiva esposizione al flusso d'informazione dei mezzi di comunicazione di massa: una notevole quantità di tempo dedicata alla fruizione dei messaggi si rischia di ridurre lo spazio riservato alla partecipazione diretta alla vita sociale e politica, per cui il cittadino crede di essere "informato" e pensa di avere una profonda conoscenza dei problemi, mentre può essere soggetto a una passività mentale prodotta da un assorbimento acritico dei messaggi che finiscono per corrompere la sua sensibilità e per frenare la sua immaginazione.

L'effetto opposto a quello della "narcosi" è la catarsi che serve ad assicurare nel soggetto un rilassamento; a stimolare l'immaginazione; a provocare una distensione emotiva; a sostituire un'integrazione sociale inadeguata soprattutto per chi vive nell'isolamento, dando la sensazione di essere inseriti nella società; ad assicurare una base comune ai contatti socia-



Fig. 4 – Lorita Tirelli



Fig. 5 – iralibri.wordpress.com

li, offrendo l'occasione per uno scambio d'idee tra coloro che hanno usufruito dello stesso messaggio comunicativo.

Questa funzione catartica si può effettuare quando si è in possesso di una capacità critica che consenta di rigettare quei messaggi ritenuti poco fondati, irrazionali o mancanti di obiettività, quando si ha una maggiore capacità di trarre delle conclusioni nell'interpretazione dei messaggi e di vedere delle implicazioni palesi o latenti nei loro contenuti.

### **Comunicazioni di massa e violenza**

Nella società contemporanea si registra nei mezzi di comunicazione di massa una tendenza a trasmettere una rappresentazione dilatata della violenza nelle sue forme più diverse con il risultato di provocare un senso di paura e di frustrazione negli individui. Si tratta di modelli di comportamento che acquistano un peso rilevante nell'immaginario collettivo, portando a confondere spesso la violenza "reale" con la violenza "virtuale", la quale finisce per assumere aspetti molto più concreti e drammatici di una semplice spettacolarizzazione. Il legame tra violenza, aggressività e mass media è stato oggetto di studi approfonditi e di numerose ricerche che sono però arrivate a conclusioni complesse e a volte contraddittorie. Alcuni studiosi hanno cercato di dimostrare i legami esistenti tra aggressività e i messaggi di violenza, arrivando alla conclusione che soggetti sottoposti a stimoli frustranti memorizzano meglio di altri le scene di ag-

gressività e possono provocare un desiderio d'imitazione. Altre ricerche hanno dimostrato che soggetti frustrati appaiono più calmi dopo la rappresentazione di scene di violenza (effetto catarsi), rispetto a soggetti che non hanno potuto scaricare la loro collera attraverso una rappresentazione.

Si è giunti pertanto ad alcune conclusioni fondamentali: la violenza rappresentata nei media non è mai univoca, perché può suscitare una tendenza all'imitazione, un'inibizione oppure una spinta all'azione secondo la qualità dei messaggi, delle diverse componenti sociali, culturali e psicologiche dei riceventi, per cui l'aggressività stimolata dai media si presenta come un insieme di meccanismi diversi e contrapposti. Tali effetti sono resi più complessi dalla capacità dell'individuo di reagire alla proposta di messaggi violenti, attraverso una percezione selettiva, che produce una differenziazione tra gli effetti immediati e gli effetti che incidono sui valori e sui comportamenti.

La violenza reale, ripotata dai media, produce di solito più disgusto che suggestione, ma non si può escludere che una ripetizione degli stessi messaggi di violenza può produrre un'assuefazione alla violenza stessa. Si ritiene, infatti, che la rappresentazione di atti violenti e criminali nei mezzi di comunicazione di massa possa rafforzare atteggiamenti e comportamenti preesistenti, possa favorire l'identificazione e l'imitazione in soggetti disadattati o affetti da frustrazioni, possa costituire uno stimolo a compiere azioni

aggressive e violente, mentre questi messaggi risulterebbero innocui in soggetti con un buon equilibrio psichico.

Allo stato attuale delle ricerche, nella valutazione degli effetti diretti dei messaggi violenti sul comportamento degli spettatori, si tende a prendere in considerazione le variabili sociologiche e psicologiche che possono influenzare la visione del mondo dei recettori, proprio perché questa visione rientra in una più vasta gamma d'influenze che la società esercita sugli individui. In ogni caso bisogna considerare che la violenza nei mass media è la risposta a una società che produce e consuma violenza.

I media (in particolare la televisione) tengono conto dell'audience, cioè del numero di fruitori, per cui si crea un circuito tra utenti e prodotti mediatici. Per catturare una vasta audience si producono spettacoli, dove la violenza è mescolata alla sessualità, oppure si fa ampio ricorso alla cronaca per rappresentare in forma spettacolare guerre, massacri, torture, attentati, efferati omicidi spesso collegati ad autentici drammi familiari e individuali, persino eventi catastrofici che non sfuggono a questo processo di spettacolarizzazione.

Questo genere di avvenimenti diventano oggetto reiterato di trasmissioni e talk show, dove si celebrano "processi televisivi" ancora prima dei processi reali, dove s'imbastiscono dibattiti tra "esperti" con il risultato di trasformare la realtà in una fiction.

*(Nell'articolo successivo saranno presi in esame gli effetti della violenza nella televisione e nei nuovi media digitali)*

*Poeti in Facoltà*  
**Loreta Gambini**

**I giorni di te**

Ci sono giorni in cui la felicità mi inonda il cuore  
 ed altri in cui i miei occhi, come finestre bagnate di pioggia,  
 si aprono al mondo aspettando il sole.

Ci sono giorni in cui l'intensità di uno sguardo mi emoziona  
 ed altri in cui una semplice attesa mi distrugge.

Ci sono giorni in cui, di fronte a tutti, mi sento un guerriero  
 ed altri in cui, la lontananza, mi toglie il respiro.

Ci sono giorni in cui odio la mia freddezza  
 ed altri in cui la cerco per farmene scudo.

Ci sono giorni in cui il correre mi dà vita  
 ed altri in cui il nulla mi imprigiona.

E poi, finalmente, ci sono giorni di te;  
 i giorni in cui il mio cuore  
 non riesce più a contenere l'amore che ha dentro.

**A Voi miei amati**

Ci desiderano,  
 ci accolgono con amore  
 e, con amore, ci insegnano a vivere.

Per loro, nonostante gli anni,  
 restiamo sempre bambini  
 da proteggere e coccolare.

Sanno leggere dai nostri occhi le parole non dette  
 Sanno capire dalla nostra voce le nostre ferite.

Gioiscono delle nostre gioie  
 e ci amano di un amore immenso.

Donandoci amore invecchiano.  
 Lo fanno in silenzio e senza far rumore  
 per non svegliarci dai nostri sogni  
 e non disturbare il nostro cammino.

Ma mentre noi camminiamo  
 pensandoli forti ed invincibili  
 loro si siedono, stanchi,  
 ad aspettare il nostro ritorno.

Poi arriva il giorno in cui,  
 con un sospiro leggero, se ne vanno  
 amandoci ancora  
 e lasciando in noi  
 un vuoto immenso ed un grido:  
 Mi manchi!!

## Medicina 2020. La Facoltà che vorremmo

**Gabriele Zanoli**

Quinto anno nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

*Nell'imminenza del rinnovo dei Rappresentanti degli Studenti nei vari Organi di Facoltà vengono citati i progressi realizzati in questo biennio nel percorso formativo grazie anche alla partecipazione attiva ed all'azione incisiva dei Rappresentanti. Per il futuro viene sottolineata l'esigenza di un ulteriore sviluppo di eventi culturali dedicati alla Scienze umane essenziali quanto quelle naturali alla formazione di un vero medico, al riequilibrio dei crediti tra attività formativa formale e professionalizzante, alla realizzazione di una laurea completamente abilitante. Su questi ed altri temi lo Spazio Studenti attende altri efficaci interventi.*

Il 14 e 15 maggio scorsi si sono tenute in tutto l'Ateneo le elezioni universitarie per il rinnovo delle rappresentanze studentesche. Per i Dipartimenti della nostra Facoltà si sono presentate quattro liste di studenti (Student Office, Azione Universitaria, Start e Gulliver), ciascuna con le proprie proposte elettorali che rendono ragione della propria visione in ambito universitario. La lista che ha ottenuto più voti a Medicina è stata Gulliver – Sinistra Universitaria (71%), assicurandosi così per altri due anni la maggioranza negli organi di Facoltà (tutti i risultati sono visionabili a questo link: <https://prodapps.econ.univpm.it/risultati/>). I rappresentanti eletti nei Consigli di Corso di Studio e Consigli di Dipartimento prenderanno ufficialmente l'incarico a partire dal 1° novembre p.v. e contestualmente avrà luogo anche l'elezione indiretta dei rappresentanti in seno al Consiglio di Facoltà.

*Ma la rappresentanza studentesca serve davvero a qualcosa?*

Questa è una domanda più che legittima, specialmente in un'epoca – la nostra – che ha visto entrare in crisi il concetto stesso di rappresentanza: per ri-

spondere può forse essere utile prendere in considerazione innanzi tutto i risultati del lavoro di rappresentanza del mandato biennale appena trascorso.

L'ambito di intervento è stato piuttosto ampio, per citarne solo alcuni:

- Estensione dell'orario d'apertura della Facoltà e della biblioteca.

Istituita l'assicurazione per frequenza volontaria nei reparti.

- CSAL finalmente anche a Medicina, con aula didattica propria e corsi in Lingua.

Eliminato il blocco di Fisiologia per il CdLM in Medicina e Chirurgia.

- Estensione degli appelli straordinari anche alle Lauree delle Professioni Sanitarie.

- Apertura nuove mete Erasmus+ e del nuovo bando Erasmus Traineeship per Medicina, con annessa progettazione a lungo termine per miglioramenti in ambito internazionale. Altre migliorie logistiche e didattiche (potenziamento rete Wi-Fi, riapertura aule primo piano Polo Eustachio, rinnovo manichini Odontoiatria etc.).

A questo va aggiunto anche il costante lavoro di supporto in-

dividuale ai singoli problemi giornalieri degli studenti, sia dal punto di vista didattico che burocratico e amministrativo.

Tutto ciò è stato fatto senz'altro con il massimo impegno, su iniziativa dei rappresentanti nei vari organi di Facoltà (Consiglio di Facoltà, Consigli di Dipartimento, Commissione Paritetica e Consigli di Corsi di Studio), ed è stato reso possibile dalla disponibilità dei docenti (*in primis* il Preside – prof. D'Errico) e di tutto il personale tecnico e amministrativo, in un lavoro di continuo confronto volto a dare forma a un'idea di Università che sia veramente libera, pubblica e di qualità.

*È veramente possibile conciliare studio e crescita culturale in uno spazio comune?*

Per chi scrive, questo rappresenta un punto cardine del lavoro svolto in Facoltà negli ultimi due anni. Vivere gli anni di Università come momento di crescita su tutti i fronti è forse un'aspirazione comune tra chi si iscrive a qualsiasi Corso di Studio, ma a volte si può pensare – vista anche l'ingente mole di studio che la contraddistin-

gue – che la nostra Facoltà non sia il luogo più adatto per attività di approfondimento culturale extra-curricolare, né tantomeno di eventi a scopo ricreativo.

In questi ultimi due anni (e a dire il vero già da qualche tempo – per citare solo un esempio, il ciclo “incontri di Scienza e Filosofia”, lanciato più di 15 anni fa dai professori Conti e Angeleri) si è appunto cercato di dimostrare il contrario, a diversi livelli e a più riprese, con l’organizzazione di incontri annuali sul premio Nobel per la Fisiologia o la Medicina, aperitivi di benvenuto alle matricole, cineforum e incontri nel contesto di ‘Medicina di sera’, ciclo di eventi sulla corruzione in Sanità, caffè letterari su temi di attualità sanitaria (come il rapporto Medicina ufficiale – Medicina omeopatica), incontri con Emergency e tanti altri ancora.

Questi appuntamenti, spesso organizzati interamente da studenti o con l’aiuto di professori e patrocinio UNIVPM, hanno avuto lo scopo di approfondire aspetti del sapere medico e non solo, con l’obiettivo forse ambizioso di dare una risposta a chi taccia la classe medica di essere sempre più alla ricerca di una specializzazione delle conoscenze in senso negativo, esclusivista e meramente nozionistico (con conseguente buona pace anche del caro vecchio rapporto medico-paziente, che viene a essere necessariamente sacrificato in un deserto culturale arido e sterile).

*Cosa manca alla nostra Facoltà e come si fa a migliorarla?*

Non è affatto semplice dare risposta a questo tipo di domanda, ma sicuramente la nostra Facoltà si troverà – e in parte già

si trova – ad affrontare cambiamenti e sfide molto importanti per quanto riguarda il percorso didattico degli studenti.

È già stata avviata, come noto, la riforma dell’attività formativa professionalizzante, in linea con le più recenti direttive europee, e anche da noi questo ha avuto un forte impatto sul carico didattico, con un significativo aumento del monte ore di formazione pratica, a cui per ora non ha fatto seguito una revisione profonda della didattica teorica frontale, che si rende necessaria per conciliare al meglio i due aspetti del sapere e saper fare medico.

Questo problema andrà sicuramente affrontato al più presto, poiché necessita di una scelta di fondo sull’impronta che si vuol dare alla formazione medica – se più fedele alla storica visione teorica, o più affine alla diffusa tendenza moderna della pratica professionalizzante.

Altro aspetto fondamentale che andrà affrontato quanto prima, alla luce proprio dei recenti adeguamenti normativi a una Laurea che sembra volersi fare sempre più professionalizzante, sarà senz’altro l’opportunità o meno dell’obbligo di frequenza alle lezioni teoriche, che rappresenta ormai un quasi unicum a livello comunitario.

Anche sul tema poi della nuova abilitazione di Stato per i neo-laureati in Medicina c’è un discreto fermento, dal momento che significative novità sono state introdotte già a partire da quest’anno e negli anni a seguire comporteranno verosimilmente un cambio drastico per tutti gli studenti di Medicina. Certamente poi ci sono tante altre piccole modifiche o integrazioni che potrebbero

impattare significativamente sulla qualità di Facoltà, su tutte una revisione della proporzione carico didattico/CFU per i Corsi di insegnamento e la distribuzione e ripartizione nei vari anni dei singoli esami. A queste possiamo aggiungere interventi strutturali più importanti che necessiterebbero di un aiuto da parte dell’amministrazione centrale, come l’adeguamento già in parte programmato di aule didattiche e spazi collettivi.

Tutto questo andrà discusso e concordato insieme agli organi di governo della Facoltà, in primis alla figura del Preside, che è stata recentemente rinnovata e da cui tutti gli studenti si aspettano continuità nel processo migliorativo.

In realtà il margine di intervento per quanto riguarda la componente studentesca è più ampio di quanto non si creda, qualora vi siano buona volontà e spirito collaborativo e propositivo; spesso infatti si è portati a credere che “dall’altra parte” chi amministra Facoltà e Ateneo non sia disposto ad ascoltare la voce dei diretti interessati, ma questo non corrisponde al vero. A fronte di un maggiore impegno collettivo da parte degli studenti – che si rende necessario non soltanto come blando imperativo morale a guardare oltre al proprio orticello, ma in quanto strumento della partecipazione democratica efficacissimo nel miglioramento del nostro ambiente – si possono infatti raggiungere risultati che per quanto i singoli individui possano sforzarsi sarebbero impensabili: questa probabilmente è la caratteristica propria del lavoro di Rappresentanza, al tempo stesso confortante, impegnativa e bella.



# LETTERE dalla FACOLTÀ on line

---

*Direttore editoriale* Marcello M. D'Errico

*Comitato editoriale* Fiorenzo Conti, Roberto Di Primio, Gian Marco Giuseppetti,  
Adriano Tagliabracci

*Comitato di Redazione* Pamela Barbadoro, Anna Campanati, Francesca Campolucci,  
Francesco Di Stanislao, Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Alessandra Giuliani, Maurizio  
Mercuri, Barbara Osimani, Alberto Pellegrino, Maria Rita Rippo, Giovanna Rossolini,  
Andrea Santarelli, Cecilia Tonnini

*Direttore responsabile* Giovanni Danieli

*Consulenza tecnica* Giorgio Gelo Signorino