



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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Inizia, con il mese di dicembre, l'Attività Didattica Elettiva che, come è noto, consiste nella quota di "saperi" che lo Studente liberamente sceglie per personalizzare il proprio percorso formativo, ai fini del proseguimento degli studi e del futuro impegno professionale.

L'attività si basa su un'ampia offerta della Facoltà, costituita da Corsi monografici, Forum Multiprofessionali di Scienze Umane, Conferenze Interfacoltà, Convegno annuale e Corso per Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana.

Gli oltre 260 Corsi monografici offerti quest'anno sono altrettanti approfondimenti delle discipline fondamentali che, messi insieme anno dopo anno, permettono allo Studente di soddisfare esigenze culturali e vocazione professionale che gli sono proprie. I Forum Multiprofessionali di Scienze Umane, più volte si è ricordato, hanno due obiettivi, quello di completare la preparazione "tecnica" con quella umanistica – fondamentale in un futuro professionista della Sanità che deve prendersi cura "globale" dei propri assistiti – e quello di mettere insieme, multiprofessionali appunto, Studenti di Corsi di laurea diversi perché, si sa, Medicina è lavoro di squadra e squadra si costruisce per affinità culturali ma anche per consuetudine ad incontrarsi e dialogare.

Le Conferenze Interfacoltà sono la novità dell'anno, grandi temi della Medicina verranno affrontati congiuntamente da nostri Docenti e da Colleghi delle altre Facoltà anconitane, nello spirito di un sapere che non ha confini e della collaborazione interfacoltà necessaria a raggiungere le "nuove frontiere della Medicina".

Si conclude l'attività elettiva con il Convegno di Facoltà che chiude ogni anno la fase di attività didattica frontale, così come la Settimana introduttiva la precede; il Convegno è tradizionalmente destinato ad illustrare "Uomini e luoghi della cultura nelle Marche", riscoperta e valorizzazione di quanto di Scienza questa Regione ha prodotto, ma anche doveroso servizio che la nostra Facoltà rende al territorio che la ospita.

I nostri Studenti hanno già quest'anno espresso le loro preferenze, noi confidiamo che in anche in questo percorso, parallelo e complementare alla didattica curriculare, possano ritrovare pieno appagamento alla loro ansia di sapere e comunicare.

È in distribuzione, in questi giorni una Guida compilata dalla Medicina interna insieme a tutte le altre Specialità di area medica, per la realizzazione del Tronco Comune. E' questa la novità più importante del nuovo assetto dato alle Scuole e che, *si Deus vult*, si applicherà quest'anno. Il Tronco Comune, è noto, è l'insieme dei saperi essenziali, irrinunciabili, che ogni Specialista, medico o chirurgo, generalista o d'organo che sia, deve possedere per poter affrontare come si diceva un tempo, in scienza e coscienza, la propria professione.

Questa competenza, che è fatta di conoscenze, di abilità e di comportamenti, si acquisirà seguendo un percorso che per i primi sei mesi si svolgerà, nel primo anno, nelle strutture di Medicina Interna e nei successivi sei, stratificato in quattro anni, nelle strutture di Pronto Soccorso/Emergenza e di Medicina Specialistica. Si tratta quindi di una innovazione estremamente importante che tende a formare uno specialista nuovo e completo. Il pregevole documento oggi in diffusione, contribuirà alla realizzazione del progetto.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

LETTURA MAGISTRALE 2

La terapia psicofarmacologica cinquant'anni dopo
di *Cesario Bellantuono*

VITA DELLA FACOLTÀ 13

Appunti dal Consiglio di Facoltà - Notizie dalla Biblioteca -
Attività Didattica Elettiva - Dai Poli Periferici - Forum
Multiprofessionali di Scienze Umane
a cura di *Giovanni Danieli*

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 25

a cura di *Ugo Salvolini*

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 26

DIGNITÀ DI STAMPA 27

L'educazione terapeutica nelle malattie autoimmuni
di *Alessia Buglioni, M. Giovanna Danieli, Armando Gabrielli*

MANICOMI MARCHIGIANI, LE FOLLIE DI UNA VOLTA 32

Esorcisti e Psichiatri ovvero mali malefici e mali psichici
di *Marco Belogi*

STORIA DELLA MEDICINA NELLE MARCHE 35

Il colera nell'Ottocento, in Italia e ad Ancona
di *Anna Mariagliano*

OSSERVATORIO 41

La cultura e il lavoro
di *Ugo Sabbatini*

LA POESIA DI PINA VIOLET 47

La terapia psicofarmacologica cinquant'anni dopo

The Man Without Quality

"People with mental disease not only suffer from an inferior health, but also from an inferior disease"

Robert Musil

1. Premessa

Chiunque abbia la curiosità di consultare nel Prontuario Farmaceutico l'elenco degli psicofarmaci disponibili in Italia nel 2008, cioè dopo circa cinquant'anni dalla introduzione del primo composto, scoprirà che, tra antidepressivi, ansiolitici/ipnotici, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore (le quattro categorie fondamentali in cui possiamo suddividere i farmaci in questione), il numero di principi attivi sfiora il centinaio.

Considerando inoltre che uno stesso principio attivo può essere messo in commercio da aziende farmaceutiche diverse (secondo una strategia detta *co-marketing*), si raggiunge un totale di oltre 150 prodotti con nomi differenti, tutti contenenti psicofarmaci singoli o in associazione.

Un mercato di tali proporzioni è ingiustificato per quanto riguarda la numerosità dei prodotti disponibili, ma è indicativo di una richiesta molto ampia. Le ragioni sono evidentemente diverse. Da una parte l'ansia e la depressione, disturbi un tempo sottovalutati e non riconosciuti, sembrano colpire la popolazione in modo sempre più intenso e trasversale, dagli adolescenti agli anziani, dall'altra queste patologie sono sempre più affrontate in prima battuta dai medici di medicina generale, prima che dagli specialisti. Anche la disponibilità di nuovi farmaci, più maneggevoli e sicuri dei precedenti, ha contribuito ad un incremento complessivo della prescrizione e dell'utilizzo di psicofarmaci nella medicina generale ed in altri settori specialistici (gastroenterologia, endocrinologia, cardiologia, in particolare).

Dall'introduzione dei primi composti (Largactil, Tofranil, Valium, Librium, Laroxyl, ecc.), pazienti, familiari, medici di base, psichiatri ed altri operatori nel campo della salute mentale si ritrovano coinvolti in un dibattito sociale sull'uso di queste molecole che è affrontato spesso in modo confuso, superficiale, ideologico, certamente sterile e non costruttivo da un punto di vista scientifico e terapeutico.

Lettura inaugurale del Congresso annuale della Facoltà, Manicomi Marchigiani, le follie di una volta, tenuta nell'Auditorium Montessori del Polo Murri il 6 giugno 2008.

CESARIO BELLANTUONO

Clinica Psichiatrica
Università Politecnica delle Marche

Da una parte, infatti, lo psicofarmaco è caricato d'aspettative eccessive e non realistiche (la "pillola della felicità", "della serenità", ecc.), come se un farmaco potesse dare risposte sempre risolutive a problemi molto complessi di carattere sanitario, psicologico, economico e sociale; dall'altra questi composti continuano a suscitare una diffidenza pregiudiziale, talvolta una vera e propria ostilità (stigma) verso la possibilità di curare con sostanze chimiche i disturbi psichici, per molti dei quali s'ipotizzano sempre di più alterazioni e fattori di rischio predisponenti di tipo biologico.

La posizione oggi largamente condivisa dagli esperti in questo settore, è, di fatto, quella di prescrivere gli psicofarmaci nel modo più razionale possibile, utilizzando al meglio le informazioni che derivano degli studi di Psicofarmacologia Clinica.

Impiego razionale degli psicofarmaci significa essenzialmente rispettare, nel processo decisionale che porta alla prescrizione, una serie di requisiti (es. corretta indicazione clinica, scelta del farmaco più appropriato, accurata individualizzazione del dosaggio, durata adeguata del trattamento).

Per raggiungere tale obiettivo, è opportuno che non solo i medici prescrittori ma anche coloro che assumono gli psicofarmaci ed i loro familiari ricevano informazioni corrette ed aggiornate sui vantaggi terapeutici e sui possibili effetti indesiderati che i trattamenti con psicofarmaci potrebbero causare.

In questo contributo ho, per quando possibile, evitato d'utilizzare un linguaggio ed una terminologia troppo specialistica, proprio per consentire una maggiore comprensibilità degli argomenti affrontati ad un pubblico di lettori più vasto.

Mi auguro, pertanto, che gli argomenti trattati attraverso la formula di semplici domande e risposte, rappresenti un'occasione editoriale per dare informazioni corrette sulla farmacoterapia dei principali disturbi psichici, che evitino, da una parte, la trappola di una rischiosa mitizzazione sul ruolo degli psicofarmaci, dall'altra quella di un'ottusa demonizzazione nei confronti di una strategia terapeutica di indiscussa efficacia ed utilità per tanti pazienti.

Affronterò in particolare due classi, quella degli *Antidepressivi* e quella degli *Antipsicotici*, che oggi rappresentano le classi più problematiche perché sono riservate al trattamento delle patologie psichiatriche più rilevanti e impegnative dal punto di vista clinico e sociale.

2. Gli psicofarmaci

CHE COSA SI INTENDE PER PSICOFARMACO?

La classe degli *Psicofarmaci* comprende quattro grandi



Fig. 1

categorie farmacologiche: *gli ansiolitici/ipnotici, gli antidepressivi, gli antipsicotici e gli stabilizzatori dell'umore* (Fig. 1).

All'interno di queste categorie sono presenti numerosi composti (principi attivi) appartenenti a classi chimiche differenti.

Non sono considerati psicofarmaci le sostanze che siano assunte a scopo voluttuario e non abbiano un ruolo terapeutico definito dalle linee guida internazionali nel trattamento dei Disturbi Psicici (o Malattie Mentali).

Tra le suddette sostanze (definite anche sostanze d'abuso) rientrano: l'*amfetamina* e gli *altri psicostimolanti*, gli *oppiacei* (eroina, cocaina), gli *allucinogeni* (LSD, ecstasy) e i *cannabinoidi* (marijuana).

A differenza degli psicofarmaci, queste ultime provocano una grave alterazione delle principali funzioni psichiche (ideazione, senso-percezioni, umore, affettività), conducendo spesso il soggetto a comportamenti antisociali, per lo più conseguenti alla grave condizione d'abuso e di dipendenza che tali sostanze inducono.

COME FUNZIONANO GLI "PSICOFARMACI"?

Gli Psicofarmaci sono un gruppo eterogeneo di farmaci, in grado di curare molti Disturbi Psicici, attraverso un'azione complessa su specifiche sostanze chimiche, presenti nel nostro cervello; queste sostanze chimiche sono chiamate *neurotrasmettitori* o *neuromediatori*.

I neuromediatori, oggi, riconosciuti come più importanti per il funzionamento della trasmissione cellulare a livello del Sistema Nervoso Centrale (SNC) sono la *serotonina*, la *noradrenalina*, la *dopamina*, il *GABA*, i *neuropeptidi*, l'*acetilcolina*, il *glutammato*. Attraverso queste sostanze chimiche, le cellule nervose (neuroni) comunicano tra loro;

tale processo è definito *neurotrasmissione*. Il sito specifico (localizzato sulla membrana cellulare) dove agisce un neurotrasmettitore si chiama recettore. Sui neuroni sono collocati recettori specifici per i diversi neurotrasmettitori. Esistono, infatti, recettori specifici per la serotonina (*serotonergici*), per la dopamina (*dopaminergici*), per la noradrenalina (*noradrenergici*) e per il GABA (*GABAergici*).

Gli psicofarmaci, agendo sui suddetti recettori, riescono a modificare nel lungo termine (in altre parole dopo alcune settimane) l'attività dei diversi neurotrasmettitori, potenziandola o riducendola. Il meccanismo d'azione attraverso il quale gli psicofarmaci producono gli effetti terapeutici, a livello di specifiche zone del cervello, è naturalmente diverso secondo la classe ed il tipo di psicofarmaco considerato.

GLI PSICOFARMACI CURANO I DISTURBI PSICHICI O NE MIGLIORANO SOLO I SINTOMI?

La causa precisa (eziologia) dei Disturbi Psicici non è nota, anche se si ritiene molto probabile che essa sia "*multifattoriale*"; in altre parole, nell'insorgenza di questi disturbi sono coinvolti diversi fattori sia biologici (genetici) sia socio-ambientali.

Un tentativo di sintesi di essi è il cosiddetto "*paradigma bio-psico-sociale*", attualmente la posizione più condivisa in ambito psichiatrico per spiegare la causa dei disturbi psichici: nell'insorgenza di tali disturbi intervengono situazioni di ordine biologico (danni genetici, alterazioni della neurotrasmissione), psicologico (sviluppo e storia dell'individuo, dinamiche e conflitti inconsci, schemi cognitivi) e sociale (contesto familiare in cui una persona è cresciuta e vive, relazioni interpersonali, ecc.).

In quest'ottica gli Psicofarmaci sono generalmente considerati "*sintomatici*", sono cioè utili per alleviare o controllare sintomi psicopatologici come ansia, umore depresso, deliri, allucinazioni, stati di eccitamento, ecc. In realtà, questi farmaci sono in grado di indurre sia la remissione di singoli sintomi (es. l'insonnia) sia dell'insieme dei sintomi che caratterizzano una specifica malattia (nel caso della depressione tristezza, astenia, apatia, rallentamento ideativo, inappetenza, perdita del desiderio sessuale, ecc.).

Alcuni come il litio, la carbamazepina e il sodio valproato, la lamotrigina, denominati "*Stabilizzatori dell'umore*", sono in grado di prevenire o attenuare le ricadute di gravi disturbi dell'affettività, in particolare del Disturbo Bipolare (o Psicosi maniaco-depressiva).

Grazie al meccanismo con cui tali farmaci agiscono a livello del Sistema Nervoso Centrale, sono anche state formulate importanti ipotesi biologiche sulle cause dei disturbi

psichici. Sebbene non si possa affermare che gli Psicofarmaci siano "curativi" nel senso stretto della parola (ad esempio, come un antibiotico cura la polmonite causata da un batterio), la loro efficacia ed utilità in questi disturbi, soprattutto in quelli di particolare gravità, è oggi - dopo cinquanta anni dalla loro introduzione - fuori discussione.

Non bisogna dimenticare, a questo proposito, che in medicina esiste una numerosa serie di farmaci "sintomatici" e "non curativi" (es. analgesici, antinfiammatori, antipertensivi) ma che sono d'importanza vitale per la qualità di vita di molti pazienti.

Gli Psicofarmaci sono attualmente lo strumento principale per agire, sia nella fase acuta che nel mantenimento, sulla componente più strettamente biologica della malattia; se talora questo intervento può essere risolutivo, altre volte è invece necessario affiancare allo psicofarmacoterapia interventi di tipo psicologico, psicoeducativo, riabilitativo o sociale.

La molteplicità ed il tipo di strategie terapeutiche da adottare devono, di conseguenza, essere sempre personalizzate, tenendo conto del tipo e della gravità del disturbo presentato dal singolo paziente.

GLI PSICOFARMACI HANNO CONTRIBUITO ALLA CHIUSURA DEI "MANICOMI"?

La risposta è sì. Grazie a questi farmaci è stato possibile migliorare in questi anni l'assistenza psichiatrica, dalla chiusura dei vecchi Ospedali Psichiatrici ("manicomi") fino allo sviluppo della moderna *Psichiatria Territoriale*, oggi, dopo la ben nota *Legge Basaglia*, così detta dal suo promotore, il Prof Franco Basaglia direttore dell'OP di Trieste (identificata anche come Legge 180/1978) diffusa su tutto il territorio nazionale (Fig. 2-3).

E' ben noto, infatti, che in era pre-psicofarmacologica l'assistenza psichiatrica nel nostro Paese era quasi esclusivamente basata sul "custodialismo", vale a dire sulla capacità di offrire ai malati di mente solo un luogo, peraltro molto poco confortevole, dove trascorrere la propria esistenza. La terapia, inevitabilmente, spesso prevedeva la "contenzione fisica" del paziente, spesso lasciato in preda ai suoi deliri, allucinazioni, vissuti di morte o di stati di eccitamento. Molto praticato in quegli anni era l'elettroshock terapia, (effettuata senza gli accorgimenti attuali che prevedono tra l'altro anestesia e consenso informato) e la lobotomia prefrontale, praticata soprattutto negli USA, da Walter Freeman (Fig. 4), neurologo vissuto agli inizi del Novecento, e dai suoi allievi.

Nell'era pre-psicofarmacologica veniva utilizzato anche il "coma insulिनico" tecnica di nessuna documentata efficacia che esponeva il paziente a gravi rischi e danni per la



Fig. 2



Fig. 3

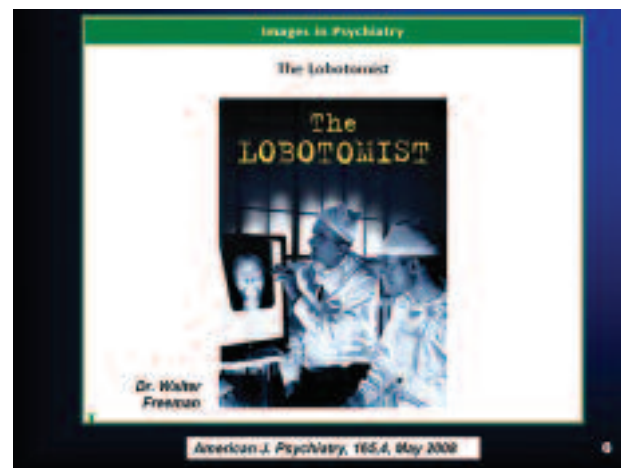


Fig. 4

sua salute fisica, incluso il decesso per irreversibili scompensi glicemici.

COME AGISCONO SULL'ORGANISMO GLI PSICOFARMACI?

In qualunque modo si assuma un farmaco, esso entra nella circolazione sanguigna e si distribuisce diffusamente in tutto l'organismo, incluso il cervello. Il farmaco verrà in seguito metabolizzato, in altre parole, ridotto in molecole più semplici di solito inattive. Il metabolismo dei farmaci avviene prevalentemente nel fegato.

Gli psicofarmaci, come altri farmaci, sono infine eliminati sotto forma di sostanze inattive nelle urine ed in parte nelle feci. Il luogo dove si realizza l'azione psicofarmacologica specifica per i diversi composti è, come già detto, il Sistema Nervoso Centrale ed in particolare i recettori situati sui neuroni.

È utile sapere, tuttavia, che i recettori sono presenti non solo sui neuroni, ma su tutte le cellule dell'organismo. Pertanto, poiché gli Psicofarmaci circolano attraverso il sangue, essi potranno raggiungere ed agire anche a livello dei recettori posti sulle cellule di altri organi come il cuore, l'intestino, i vasi sanguigni, ecc., provocando effetti farmacologici "non desiderati", detti appunto, *effetti collaterali o indesiderati*.

Gli effetti indesiderati degli Psicofarmaci, come vedremo in seguito, sono molto diversi secondo il tipo di composto considerato.

L'obiettivo della ricerca in questo settore è stato negli anni quello di sintetizzare farmaci che, oltre ad essere più efficaci, sono stati anche privi d'importanti effetti collaterali. In realtà dobbiamo constatare che, nonostante alcuni importanti progressi nel campo della cura della depressione e della schizofrenia, non abbiamo a disposizione Psicofarmaci "ideali", cioè molto efficaci in tutte le condizioni patologiche, capaci di risolvere il disturbo in modo definitivo e privi di effetti indesiderati.

QUALI SONO LE FASI NECESSARIE PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DI UNO PSICOFARMACO?

In questi ultimi trent'anni, dopo circa un ventennio dall'introduzione del primo Psicofarmaco, la sperimentazione clinica sia nell'uomo che nell'animale è stata notevolmente migliorata. Nell'uomo, la sperimentazione clinica di uno psicofarmaco (così come di altri farmaci) viene condotta oggi attraverso *quattro fasi* successive.

La *fase I* fa seguito alla sperimentazione nell'animale. In questa fase, il farmaco è somministrato ad un numero ristretto di persone non affette da malattie psichiche od organiche, previo il loro consenso (volontari sani), con l'ob-

iettivo principale di valutarne gli effetti collaterali indesiderati e di stabilirne le principali caratteristiche di cinetica (tempo di assorbimento, tipo di metabolismo, tempo di eliminazione dall'organismo, ecc.). Se il farmaco risulta ben tollerato in questa fase, si passa alla *fase II*, condotta su pazienti selezionati che hanno dato il loro consenso scritto alla sperimentazione (consenso informato). Obiettivi di questa fase sono la valutazione dell'efficacia terapeutica dello psicofarmaco e del dosaggio terapeutico ottimale. Quando è stata definita su piccoli gruppi sia l'efficacia che la tollerabilità del farmaco si passa alla *fase III*. In questa fase l'obiettivo è di confermare i risultati ottenuti nella fase precedente, su di un numero molto grande di pazienti (da 1000 a 3000); inoltre il farmaco è confrontato sia con un placebo sia con un farmaco di confronto. Il gran numero di pazienti in questa fase serve, inoltre, ad individuare altri effetti indesiderati non registrati in fase II. Nella *fase III*, infine, l'efficacia e la tollerabilità del farmaco devono essere valutate, su almeno 100 pazienti, per un periodo di almeno un anno di trattamento.

Questa fase è definita con linguaggio tecnico "*sperimentazione clinica controllata*" e richiede da parte dei medici ricercatori una precisa e rigorosa metodologia di ricerca. Solo dopo aver superato queste tre fasi, il farmaco può essere introdotto in commercio e prescritto.

La *fase IV* rappresenta una fase decisiva per valutare nella pratica clinica reale e su popolazioni numericamente elevate di pazienti, sia l'efficacia degli Psicofarmaci sul lungo periodo (cioè dopo alcuni anni di trattamento) che la loro tollerabilità. Alcuni Psicofarmaci sono stati infatti ritirati dal commercio, in Italia ed in altri Paesi, proprio durante gli studi di fase IV. Di recente sono stati eseguiti studi clinici che adottano misure d'esito e disegni sperimentali più vicini alla pratica clinica quotidiana, questi studi sono definiti studi di *effectiveness* poiché considerano complessivamente sia l'efficacia che la tollerabilità degli Psicofarmaci soprattutto sul lungo termine.

QUAL È L'OBIETTIVO FUTURO DELLA RICERCA FARMACEUTICA NEL CAMPO DEGLI PSICOFARMACI?

La ricerca da parte delle industrie farmaceutiche nel campo degli Psicofarmaci è attualmente diretta alla sintesi di nuovi composti che abbiano le seguenti caratteristiche cliniche:

- a) efficacia terapeutica e rapidità d'azione superiore rispetto ai prodotti disponibili;
- b) capacità di impedire le ricadute durante la terapia di mantenimento, in altre parole maggiore efficacia nella

prevenzione delle diverse malattie psichiche;

c) buona tollerabilità a dosi terapeutiche, che riduca al minimo il rischio di effetti indesiderati sgradevoli e talora pericolosi (ipotensione arteriosa, sedazione, alterazioni della *performance* psicomotoria e cognitiva, disturbi sessuali, aumento di peso, alterazioni all'ECG, ecc.) e migliori la qualità della vita.

d) sicurezza in caso di sovradosaggio, che eviti condizioni di pericolo per la vita del paziente in caso d'intossicazione accidentale o volontaria (tentativi di suicidio);

e) nessun rischio d'interazione farmacologica qualora si utilizzino farmaci in associazione;

f) possibilità di somministrazione del farmaco al dosaggio ottimale, in monodose (cioè in una dose unica giornaliera) fin dall'inizio del trattamento;

g) bassa tendenza a provocare fenomeni di dipendenza e d'abuso. Questo problema, che talora rende difficile o problematica la sospensione di un trattamento interessa, come vedremo meglio in seguito, esclusivamente la classe degli ansiolitici ed ipnotici.

La speranza è quella che nei prossimi anni queste aspettative possano realizzare una realtà terapeutica.

Tra le diverse classi di Psicofarmaci, quelle degli *Antidepressivi* e degli *Antipsicotici* senz'altro oggi meritano le maggiori attenzioni sia per la diffusione sia per la gravità dei disturbi che sono trattati con tali farmaci (Disturbi depressivi e Psicotici).

3. Gli antidepressivi

CHE COS'È LA DEPRESSIONE?

Nel box 1 sono riportati i sintomi che caratterizzano un episodio depressivo.

QUALI SONO E COME AGISCONO I FARMACI PER CURARE LA DEPRESSIONE?

I farmaci utilizzati oggi per curare la depressione sono gli *antidepressivi* (AD).

Come si può notare dalla Tab. 1, nella grande categoria degli AD sono inclusi farmaci appartenenti a classi chimiche diverse. I primi AD (fenelzina e imipramina) sono stati introdotti nella terapia della depressione agli inizi degli anni sessanta. In seguito, altri farmaci appartenenti anche a classi diverse erano sintetizzati e sperimentati nell'uomo. Tutti gli AD, anche se con un meccanismo d'azione diverso, potenziano a livello del Sistema Nervoso Centrale la trasmissione della *serotonina* o della *noradrenalina* o di entrambi questi neurotrasmettitori. S'ipotizza che sia proprio un rallentamento

della funzione di tali neurotrasmettitori la causa dell'insorgenza dei disturbi depressivi, almeno di quelli clinicamente più gravi (depressione maggiore).

Oggi sappiamo che gli AD potenziano la trasmissione della serotonina e/o della noradrenalina aumentandone la concentrazione cerebrale. Questo incremento è ottenuto dagli AD, bloccando la ricaptazione e la successiva inattivazione degli stessi neuromediatrici all'interno del neurone. Si avrebbe, in questo modo, una maggiore concentrazione e disponibilità di questi neurotrasmettitori negli spazi tra i neuroni (spazi interneuroni). Da questo punto di vista, il meccanismo d'azione degli AD potrebbe essere considerato fisiologico. In altre parole, questi farmaci riporterebbero, dopo alcune settimane di trattamento, alla normalità la neurotrasmissione (verosimilmente alterata nel paziente depresso), aumentando la disponibilità dei neuromediatrici che normalmente sono già presenti nel nostro cervello. Inoltre, studi recenti hanno dimostrato che gli AD stimolano la *neurogenesi*, attraverso la stimolazione di fattori *neurotrofici* (BDNF), favorendo pertanto il ripristino della funzione neuronale, precedentemente compromessa nel paziente depresso. (Fig. 6)

È OPPORTUNO TRATTARE CON FARMACI AD UNA DEPRESSIONE SCATENATA DA UN EVENTO DELLA VITA?

Le *reazioni depressive* (dette anche depressioni reattive) sono condizioni di frequente riscontro nella popolazione generale, la cui durata può variare da alcuni giorni a diverse settimane. Nelle persone che presentano queste depressioni è sempre ben identificabile un evento scatenante, di solito rappresentato da una perdita (es. un lutto). La reazione, spesso accompagnata da un notevole stato d'ansia (*rea-*

Triciclici	Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (1)	Inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (2)	Altri farmaci antidepressivi
Amitriptilina	Citalopram	Venlafaxina	Mianserina
Clomipramina	Escitalopram	Duloxetina	Mirtazapina
Desipramina	Fuoxetina		Nefazodone
Dibenzepina	Fluvoxamina		Trazodone
Doxepina	Paroxetina		Bupropione
Imipramina	Sertralina		
Nortriptilina			
Protriptilina			
Trimipramina			

Tab. 1 - Classificazione degli Antidepressivi presenti sul mercato italiano.

(1) Denominati anche: SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

(2) Denominati anche: Dual action o SNRI (Serotonine Noradrenaline Reuptake Inhibitors)

Episodio depressivo

Il termine depressione è utilizzato per esprimere condizioni molto diverse tra loro, che vanno da uno *stato d'animo occasionale* e di breve durata che si può manifestare in qualunque persona in un momento particolare della sua esistenza (sentirsi giù di tono), fino ad arrivare ad una vera e propria malattia (depressione ricorrente). La depressione come malattia può manifestarsi con quadri clinici che differiscono per gravità, decorso, cause scatenanti e risposta al trattamento.

La depressione è, di fatto, una "malattia" conosciuta sin dai tempi di Seneca, vale a dire da circa 2000 anni, anche se non diagnosticata come tale! (Fig. 5)

Questa distinzione è importante per distinguere la depressione che richiede di essere curata con interventi terapeutici (farmaci, psicoterapia) dalla condizione di depressione, demoralizzazione o tristezza che invece esprime una *risposta fisiologica d'adattamento* ad un evento doloroso, rappresentato di solito da una perdita (come un lutto o una separazione). In queste situazioni non è necessario un intervento terapeutico, poiché l'evoluzione verso la normalizzazione del tono dell'umore è, di solito, spontanea.

I sintomi che caratterizzano un Episodio (o stato) depressivo sono:

- Tono dell'umore depresso per gran parte della giornata
- Perdita degli interessi e della capacità di provare piacere (apatia)
- Perdita di forze e facile affaticabilità (astenia)
- Perdita della propria stima e della fiducia in se stessi
- Idee di colpa, d'inutilità e d'inadeguatezza
- Visione pessimistica del futuro e perdita della speranza di guarire
- Facile tendenza al pianto
- Pensieri di morte
- Idee e/o comportamenti autolesivi (rischio di suicidio)
- Disturbi del sonno (prevalentemente insonnia)
- Disturbi dell'appetito (prevalentemente inappetenza)
- Riduzione della concentrazione, dell'attenzione e della memoria
- Disturbi sessuali (perdita del desiderio sessuale, difficoltà nel raggiungere l'orgasmo)

Uno stato depressivo può manifestarsi con insiemi di sintomi differenti per tipo e gravità.

Il livello di gravità è determinato dalla numerosità dei sintomi presenti, dalla loro persistenza nel tempo e dal grado di compromissione che la condizione depressiva produce nelle attività sociali, familiari e lavorative di un soggetto.

Box n. 1

zione mista ansioso-depressiva) rappresenta una risposta fisiologica d'adattamento del soggetto ad una condizione di forte disagio emotivo. L'evoluzione è, in genere, favorevole con remissione spontanea dei sintomi depressivi.

Nei casi in cui la sintomatologia depressiva e/o ansiosa persiste nel tempo (ad esempio oltre le quattro settimane dall'evento scatenante), riveste particolare gravità clinica (ad esempio per la presenza d'idee di morte o di suicidio) e compromette significativamente la vita sociale e lavorativa del soggetto, è indicato un intervento farmacologico con antidepressivi e/o ansiolitici, unitamente ad un sostegno psicologico.



Fig. 5



Fig. 6

COSA FARE NEI PAZIENTI DEPRESSI CHE NON RISPONDONO AL TRATTAMENTO CON FARMACI AD?

Quando un trattamento con farmaci AD viene effettuato con modalità corrette, la probabilità di ottenere una risposta terapeutica favorevole sono abbastanza elevate. Si stima che dal 70% all'80% dei pazienti con un disturbo depressivo di una certa gravità risponde in modo soddisfacente ad un trattamento farmacologico, se questo è condotto in modo corretto. La quota dei pazienti che non rispondono (pazienti così detti "resistenti") si aggira intorno al 20% - 30% del totale delle forme di depressione. Alcuni studi hanno identificato delle situazioni che sembrano associate ad una scarsa risposta ai farmaci AD. Ad esempio, una scarsa e insoddisfacente risposta terapeutica può essere presente: nelle persone depresse anziane o molto giovani,

nei pazienti in cui la depressione è associata ad una malattia organica debilitante, nelle depressioni che colpiscono i soggetti alcolisti o tossicodipendenti.

Nei pazienti in cui la depressione non mostra segni di miglioramento, dopo cinque-sei settimane di trattamento, si possono, in ogni caso, utilizzare strategie terapeutiche più complesse (*strategie di potenziamento*), che vanno attuate in ambito specialistico e sotto stretto controllo medico.

CI SONO DIFFERENZE NELL'EFFICACIA E NEGLI EFFETTI INDESIDERATI DEI DIVERSI FARMACI AD?

Tutti gli AD possono essere considerati sostanzialmente equivalenti per attività antidepressiva. Questo non esclude, tuttavia, che una persona depressa possa rispondere in modo più soddisfacente ad un farmaco piuttosto che ad un altro, anche appartenente alla stessa classe chimica.

La variabilità osservata nella risposta individuale ai farmaci AD non è facilmente spiegabile. In molti casi tale variabilità può essere determinata dal tipo di effetti indesiderati che caratterizzano le diverse classi di antidepressivi, in altri casi la variabilità è data dalla diversa sensibilità di ciascun individuo (risposta determinata dal patrimonio genetico di una persona) verso gli effetti del farmaco a livello dei meccanismi molecolari nel Sistema Nervoso Centrale. I farmaci attualmente considerati complessivamente più maneggevoli dal punto di vista della tollerabilità e degli effetti indesiderati sono gli AD appartenenti alla classe dei *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRI) e dei *Serotonine Noradrenaline Reuptake Inhibitors* (SNRI). Anche questi AD, tuttavia possono indurre alcuni effetti indesiderati. E' stato dimostrato che i suddetti farmaci sono meglio tollerati degli antidepressivi tradizionali (quelli cioè appartenenti alla classe dei triciclici) tanto da migliorare anche la qualità della vita dei pazienti che li assumono per lunghi periodi di tempo.

QUALI SONO GLI EFFETTI DI UN'INTOSSICAZIONE CAUSATA DAL SOVRADOSAGGIO DI FARMACI AD?

Gli effetti di un'intossicazione determinata dal sovradosaggio (cioè di una dose di gran lunga superiore a quella normalmente consigliata) variano secondo il tipo di farmaco AD considerato.

Gli AD *triciclici* (es. amitriptilina, clomipramina) sono i composti che possiedono la maggiore tossicità da sovradosaggio. Infatti, se una persona che ingerisce una dose eccessiva di tali farmaci (ad esempio una scatola intera di compresse a scopo autolesivo) non è trattata tempestivamente, può rischiare di morire, soprattutto a causa delle gravi complicanze cardiache che l'intossicazione compor-

ta. La morte, di solito, è causata dall'insorgenza di una *grave aritmia con successivo arresto cardiaco*.

Per l'elevata cardiotoxicità gli AD triciclici sono attualmente controindicati nel trattamento ambulatoriale dei pazienti con rischio di suicidio; in molti casi il suicidio viene, infatti, messo in atto proprio attraverso l'ingestione di dosi massive del farmaco prescritto per la cura della depressione. L'intossicazione da AD triciclici deve essere trattata in ambiente ospedaliero ed in particolare in reparti di terapia intensiva. Questi farmaci oggi sono stati quasi completamente abbandonati nella pratica clinica.

I farmaci AD così detti "*di ultima generazione*" (in particolare gli SSRI) possiedono, invece, un basso rischio di tossicità letale; l'ingestione massiva di tali AD, in assenza di altri farmaci associati, non comporta, nella maggior parte delle persone, nessun rischio per la vita.

QUANTO TEMPO DEVE PROSEGUIRE UN TRATTAMENTO CON FARMACI AD?

Dopo la remissione della fase acuta, il trattamento farmacologico deve proseguire per altri 3-6 mesi. Questa fase del trattamento (*fase di proseguimento*) ha lo scopo di stabilizzare la risposta ottenuta e di prevenire la comparsa di ricadute o riacutizzazioni della malattia depressiva.

La possibilità di ricaduta è particolarmente frequente nei pazienti che presentano una "*depressione ricorrente*". Nei casi in cui la frequenza di ricadute sia particolarmente elevata (es. due o più nel corso degli ultimi due anni) e la sintomatologia sia particolarmente grave (es. rischio di suicidio) è consigliabile effettuare un trattamento più prolungato, anche per diversi anni. In alcune persone in cui la malattia depressiva data da tempo e presenta frequenti e gravi ricadute sono anche necessari trattamenti *lifetime*.

Questa fase del trattamento (*fase di mantenimento*), che richiede un regolare controllo medico, deve essere intrapresa solo quando la storia di una persona indica frequenti e gravi ricadute, verificatesi subito dopo la sospensione del trattamento farmacologico.

I FARMACI AD POSSONO INDURRE DIPENDENZA FISICA O COMPORTAMENTI D'ABUSO?

A differenza degli ansiolitici ed ipnotici di tipo *benzodiazepinico*, gli AD non inducono una condizione di dipendenza fisica né comportamenti d'abuso. Tuttavia, come nel caso di altri farmaci, è sempre opportuno *sospendere il trattamento in modo graduale*, riducendo il dosaggio progressivamente nell'arco di quattro-sei settimane.

Gli AD possono essere quindi utilizzati anche nei soggetti che potenzialmente sono a rischio di comportamenti di abuso di farmaci.

4. I disturbi psicotici

CHE COSA SONO LE PSICOSI?

Riportiamo la definizione nel Box n. 2

Psicosi

Le psicosi sono gravi malattie che compromettono notevolmente le più importanti funzioni psichiche di una persona, in particolare il pensiero, l'affettività, le senso-percezioni, le funzioni cognitive (attenzione, memoria, capacità di concentrazione e la stessa intelligenza).

Le persone colpite da questi disturbi non sono consapevoli del loro stato di malattia e percepiscono la realtà in modo diverso dal comune. Le alterazioni psichiche presenti nei disturbi psicotici sono diverse e non sono tutte compromesse allo stesso modo. Sebbene esistano differenti forme cliniche di psicosi, quelle più note, per la loro frequenza e gravità, sono rappresentate dalla *Schizofrenia* e dai *Disturbi schizofreniformi*.

Altre forme comprendono le psicosi indotte da malattie organiche (*psicosi organiche*), dall'uso di sostanze alcoliche (*psicosi alcoliche*), da farmaci (es. da uso di alte dosi di cortisonici) e le psicosi che caratterizzano altri gravi disturbi psichici (*psicosi affettive*).

Box n. 2

CHE COS'È LA SCHIZOFRENIA?

La schizofrenia è considerata una psicosi *funzionale* (*non organica*, poiché la sua causa, come quella di altre psicosi funzionali è, al momento, ancora non ben conosciuta, anche se si ipotizza nella schizofrenia una componente genetica).

Questa malattia, come hanno di recente dimostrato ricerche effettuate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è presente in tutti i Paesi sia industrializzati che in via di sviluppo.

La schizofrenia esordisce, nella maggior parte dei casi, tra i 20 e i 30 anni e colpisce circa l'1% della popolazione generale. Contrariamente a quello che si riteneva in passato, la schizofrenia non presenta necessariamente un decorso clinico sfavorevole. Soltanto un terzo dei pazienti presenta, infatti, un'evoluzione della malattia che conduce nel tempo ad una progressiva cronicizzazione dei sintomi e ad un deterioramento delle condizioni psichiche del paziente. Esistono, invece, forme meno gravi di schizofrenia (circa il 30-45% dei pazienti diagnosticati come tali) che insorgono acutamente, hanno un decorso favorevole e sono caratterizzate da una buona ripresa delle normali attività relazionali e sociali del soggetto. In altri casi, il decorso è caratterizzato negli anni da periodiche riacutizzazioni dei sintomi, anche se con intervalli di relativo benessere. L'evoluzione di questa psicosi è, pertanto, molto variabile da persona a persona ed è perciò difficile,

dopo il primo episodio di malattia, prevedere quale sarà l'esito a lungo termine della stessa.

Nella causa della schizofrenia sono state ipotizzate alterazioni biologiche a carico di alcune zone del Sistema Nervoso Centrale che renderebbero il soggetto particolarmente predisposto o vulnerabile nei confronti della malattia. Non si può, ovviamente, trascurare nell'insorgenza di questi disturbi anche il ruolo determinato dallo stress eccessivo o dalla presenza, soprattutto nell'ambiente familiare, di gravi conflitti emotivi. È verosimile che la schizofrenia si manifesti proprio nelle persone più "vulnerabili e fragili" quando esistono gravi e persistenti fattori di rischio (es. un ambiente familiare troppo conflittuale, la mancanza di una rete sociale).

I sintomi che caratterizzano le diverse forme cliniche della schizofrenia si definiscono comunemente *sintomi positivi e negativi*.

Sono definiti "*positivi*" i sintomi che implicano un'attivazione in senso patologico delle funzioni psichiche, in particolare l'ideazione e le senso-percezioni del paziente. Sono tipici delle fasi iniziali della schizofrenia e delle successive riacutizzazioni psicotiche, ma in taluni pazienti possono persistere, nonostante l'uso di farmaci AP, per lungo tempo o per tutta la vita. I sintomi positivi sono rappresentati dalle allucinazioni, dai deliri, dalla disorganizzazione del pensiero e del linguaggio, dai comportamenti bizzarri e dalla catatonìa.

Sono invece definiti "*negativi*" sintomi quali il ritiro sociale, l'appiattimento degli affetti, la mancanza d'interessi e d'iniziativa, l'umore depresso, l'impoverimento del linguaggio e del pensiero, il comportamento così detto "autistico". Queste manifestazioni della schizofrenia sono definite negative, poiché il paziente perde progressivamente la capacità di svolgere le sue normali attività scolastiche, lavorative e sociali, si chiude in se stesso, isolandosi sempre più dal mondo esterno (autismo). Spesso anche la cura e l'igiene della propria persona e della casa sono trascurate tanto che, nelle fasi avanzate della malattia, è necessario garantire a questi pazienti un forte supporto sociale e un'assistenza domiciliare continua. È opportuno inoltre ricordare che questi sintomi possono essere causati o possono peggiorare in seguito ad un trattamento prolungato con farmaci antipsicotici tradizionali.

QUALI TERAPIE SONO ATTUALMENTE DISPONIBILI PER LA SCHIZOFRENIA?

Numerosi studi hanno ben dimostrato che i migliori risultati terapeutici nelle persone colpite dalla schizofrenia sono ottenuti con l'impiego dei trattamenti così detti "integrati". Questi trattamenti prevedono l'uso combina-

to dei farmaci AP con interventi riabilitativi, sociali, psicoeducazionali e psicoterapici.

Nella fase acuta i farmaci AP sono ritenuti indispensabili per ottenere una rapida remissione dei sintomi psicotici, che permetta successivamente di instaurare ulteriori programmi terapeutici

QUALI SINTOMI DELLA SCHIZOFRENIA MIGLIORANO CON GLI AP?

I farmaci AP "tradizionali" (Tab. 2) sono efficaci soprattutto nel trattamento dei cosiddetti sintomi positivi (allucinazioni, deliri, disturbi comportamentali caratterizzati da aggressività, ecc.), mentre hanno scarsa capacità di incidere sulla sintomatologia negativa (ritiro sociale, povertà di linguaggio, scarsa iniziativa, ecc.). Come già ricordato, questi ultimi sintomi possono anche aggravarsi dopo un trattamento prolungato con AP tradizionali. Questi farmaci sono in grado anche di curare, per la loro attività sedativa, gli stati di grave agitazione psicomotoria o aggressività che possono talora manifestarsi nei pazienti schizofrenici. Bisogna tenere conto che, mentre l'attività sedativa si manifesta precocemente, già dopo poche ore dalla somministrazione di una prima dose di farmaco, quella per fare regredire i sintomi psicotici richiede invece un periodo di tempo variabile dalle due alle otto settimane. Purtroppo, non in tutti i casi gli AP riescono ad ottenere, nella fase acuta, un soddisfacente controllo dei sintomi psicotici positivi; in questi casi si parla di pazienti *resistenti* al trattamento farmacologico. Questa fascia di pazienti costituisce, secondo recenti stime epidemiologiche, il 30% dei soggetti schizofrenici trattati con AP tradizionali.

QUALI SONO GLI EFFETTI INDESIDERATI DEGLI AP TRADIZIONALI?

Gli AP tradizionali, possono indurre una serie di effetti colla-

Fenotiazine:	clorpromazina, perfenazina, flufenazina, ecc.
Butirrofenoni:	aloperidolo, droperidolo, benperidolo, ecc.
Dibenzoxazepine:	clotiapina
Tioxanteni:	clopentixolo, zuclopentixolo:
Benzamidi:	sulpiride, levosulpiride

Tab. 2 - Classificazione degli Antipsicotici tradizionali e principi attivi più utilizzati negli anni passati.

terali indesiderati (Tab. 3), che con una certa frequenza (circa 30-40% dei pazienti trattati) sono anche la causa dell'interruzione o della scarsa adesione al trattamento prescritto. Tra gli effetti indesiderati quelli più gravi e frequenti

Tipo di effetto indesiderato	Sintomi clinici
Disturbi extrapiramidali (frequenti)	
Distonie muscolari	Contrazioni muscolari dolorose e involontarie che colpiscono differenti parti del corpo (lingua, collo, tronco, muscoli del viso e dell'occhio)
Acatisia	Stato di irrequietezza motoria accompagnato da ansia e instabilità dell'umore (disforia)
Parkinsonismo	Stato di rigidità muscolare, tremore e lentezza nei movimenti
Discinesia tardiva	Movimenti ritmici, ripetitivi e involontari, in particolare a livello dei muscoli della bocca, delle labbra e della lingua (talora anche degli arti)
Altri disturbi a carico del Sistema Nervoso Centrale (frequenti)	Sonnolenza, depressione, mal di testa, vertigini, convulsioni
Aumento della prolattina (frequente)	<i>Nelle donne:</i> ingrossamento e tensione del seno, comparsa di latte, irregolarità mestruali <i>Nell'uomo:</i> ingrandimento del volume delle ghiandole mammarie e riduzione del volume testicolare, impotenza In entrambi i sessi: diminuzione del desiderio sessuale
Effetti anticolinergici (frequenti)	Bocca secca, disturbi alla vista, ritenzione urinaria, stipsi, confusione mentale
Effetti cardiovascolari (frequenti)	Tachicardia, palpitazioni, ipotensione ortostatica
Effetti ematologici (rari)	Leucopenia (agranulocitosi), piastrinopenia
Altri disturbi (frequenti)	Aumento di peso

Tab. 3 - Effetti indesiderati degli Antipsicotici tradizionali.

sono i *disturbi extrapiramidali* (distonie muscolari, acatisia, parkinsonismo secondario, discinesia tardiva) che in molti pazienti possono essere anche gravi e persistenti e rendere la qualità della vita molto insoddisfacente. Un altro effetto importante degli AP tradizionali, in particolare di quelli appartenenti alla classe delle benzamidi (come la sulpiride e l'amisulpride), è *l'aumento della prolattina nel sangue* (iperprolattinemia), che può determinare con frequenza notevole disturbi quali galattorrea, amenorrea e disturbi mestruali (nella donna), ginecomastia (aumento del volume della ghiandola mammaria) e impotenza (nell'uomo).

QUALI SONO I VANTAGGI TERAPEUTICI DEI NUOVI FARMACI AP?

Da alcuni anni sono disponibili, anche in Italia, *nuovi farmaci AP*, detti anche "atipici" o di "seconda generazione" (risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo) che presentano rispetto agli AP tradizionali una migliore tollerabilità ed efficacia sui sintomi della psicosi.

In particolare questi AP possiedono un rischio molto basso di provocare effetti indesiderati a carico del sistema extrapiramidale. Questo vantaggio consente anche al paziente di non avvertire quella sgradevole sensazione di disagio soggettivo (detta anche *disforia*) legata proprio ai suddetti effetti, che rende difficoltoso il proseguimento del trattamento in molti pazienti. Questi farmaci sono, inoltre, più vantaggiosi poiché non inducono un aumento rilevante della prolattina e quindi, evitano al paziente gli effetti indesiderati secondari all'iperprolattinemia.

I nuovi AP, infine, sono più efficaci di quelli tradizionali nel migliorare la sintomatologia negativa dei pazienti affetti da schizofrenia cronica. Alcuni studi hanno anche dimostrato che questi farmaci sono in grado di prevenire maggiormente le "ricadute" psicotiche sia di migliorare la qualità della vita dei pazienti schizofrenici che il loro inserimento sociale e lavorativo.

I NUOVI AP HANNO EFFETTI INDESIDERATI?

Anche i nuovi farmaci AP non sono privi di effetti indesiderati. Se, nella maggior parte dei casi, questi composti non provocano disturbi extrapiramidali, in alcuni pazienti sono stati osservati alcuni di questi effetti, in particolare tremore ed uno stato di irrequietezza psicomotoria, detta acatisia, sebbene con intensità e frequenza minori rispetto a quelli riportati con gli AP tradizionali.

Un effetto collaterale frequente con questi nuovi farmaci (in particolare con olanzapina e clozapina) è *l'aumento ponderale*, che in alcuni casi, anche dopo pochi mesi di trattamento, può essere considerevole.

Per la *clozapina* è stato riportato, in circa l'1% dei

pazienti trattati, un maggior rischio di *agranulocitosi* (abbassamento dei globuli bianchi) rispetto ad altri AP. Ciò ha reso obbligatorio, nei pazienti che assumono clozapina, un regolare e periodico controllo dell'emocromo, al fine di identificare precocemente i casi di grave riduzione del numero di globuli bianchi (leucopenia), in particolare di quelli della serie dei granulociti (agranulocitosi).

QUAL È IL MECCANISMO D'AZIONE DEGLI AP?

Tutti gli AP agiscono a livello del Sistema Nervoso Centrale rallentando la neurotrasmissione mediata dalla dopamina e dalla serotonina attraverso un blocco dei relativi recettori. Esistono diversi recettori della dopamina chiamati (D1, D2, D3, D4, D5) e della serotonina (5HT1, 5HT2, 5HT3), ciascuno dei quali ha una funzione diversa. Questi farmaci inducono un rallentamento *della trasmissione dopaminergica e serotoninergica*.

Per l'azione antipsicotica sembrano soprattutto coinvolti i recettori D2, D4 e 5HT2, che sono collocati nei neuroni delle zone mesolimbiche e mesocorticali. Gli AP tradizionali, a differenza dei nuovi, bloccano invece a dosi terapeutiche anche i recettori (D2) collocati in altre zone cerebrali, denominate aree nigro-striatali ed ipotalamiche. Questa attività è ritenuta responsabile dell'insorgenza dei disturbi extrapiramidali e dell'aumento di prolattina nel sangue.

PER QUANTO TEMPO DEVONO ESSERE ASSUNTI I FARMACI AP?

In generale, dopo un primo grave episodio psicotico, la terapia deve essere proseguita per almeno sei mesi, talora un anno. Qualora il paziente presenti una o più ricadute negli anni successivi, il trattamento AP deve essere mantenuto per almeno 4-5 anni.

Nella schizofrenia, il rischio di una riacutizzazione dei sintomi (ricaduta) è, infatti, un evento ben conosciuto anche se spesso non prevedibile.

La necessità di una terapia di mantenimento è, di fatto, documentata dall'evidenza (derivata da studi clinici) che il rischio di ricaduta, dopo un primo episodio, è sensibilmente inferiore nei pazienti trattati con AP (30%) rispetto a quelli non trattati (80%).

In molti pazienti affetti da schizofrenia cronica, la terapia di mantenimento con AP non può essere interrotta per il rischio (molto elevato!) di scatenare una grave riacutizzazione della psicosi. La durata nel tempo del trattamento farmacologico deve tenere conto, in ogni caso, della gravità clinica del disturbo e della risposta presentata dal singolo paziente. La decisione di interrompere i farmaci, anche nei pazienti ben compensati, è pertanto problematica e complessa poiché implica un'accurata analisi dei



Fig. 7

benefici e dei rischi del trattamento in atto. Questa analisi deve, ovviamente, coinvolgere non solo lo psichiatra e l'équipe responsabile del caso, ma anche il paziente ed i suoi familiari. In molti casi il trattamento deve essere continuato per molti anni o per tutta la vita.

5. Conclusioni

In attesa che la ricerca biologica sia grado di produrre conoscenze più approfondite sulle cause dei Disturbi Psicici e che la ricerca farmacologica faccia un salto di qualità nella produzione di psicofarmaci ancora più innovativi, è di estrema importanza usare al meglio le conoscenze fino ad oggi accumulate "per un uso razionale" degli psicofarmaci attualmente disponibili.

Pertanto, è fondamentale per gli specialisti del settore, un continuo aggiornamento sulle ultime conoscenze che vengono fornite dalla letteratura internazionale nel settore della farmacoterapia psichiatrica, soprattutto per quanto riguarda i pazienti con problemi più complessi e controversi, quali ad esempio: i pazienti che non rispondono al trattamento (pazienti resistenti), i pazienti con patologie organiche (cardiache, neurologiche, oncologiche, ecc.), gli anziani, le donne in gravidanza e allattamento.

È altresì importante che la Cultura nel settore della Psichiatria, della Psicofarmacologia e delle Neuroscienze in generale si sviluppi ulteriormente, anche nel nostro

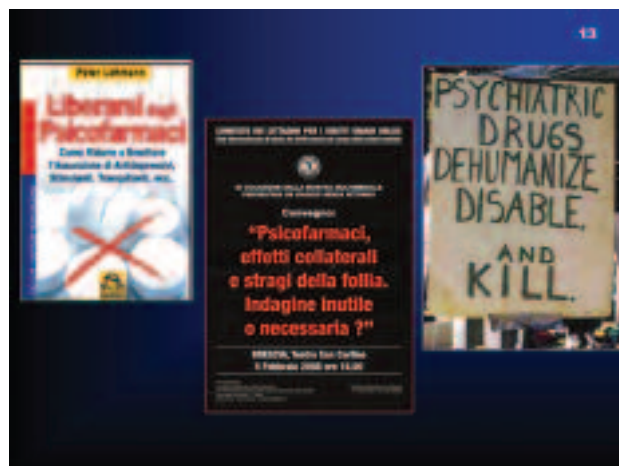


Fig. 8

Paese, per evitare quell'atmosfera di pregiudizio e di sfiducia, che ancora aleggia (soprattutto da parte di alcuni gruppi fortemente ideologizzati) nei confronti di chi opera in questi settori con dedizione ed onestà scientifica. Infatti, nonostante la chiusura dei "Manicomi", esiste ancora in Italia il bisogno di contrastare lo stigma (Figg. 7-8) che tuttora circonda e minaccia la nostra disciplina medica, i farmaci che impieghiamo, e gli stessi pazienti (soprattutto quelli più gravemente malati).

Speriamo che nel prossimo immediato futuro tutto questo possa realizzarsi, in fondo siamo solo agli inizi di un nuovo millennio!!

Bibliografia

- 1) Bellantuono C. & Tansella M. (1985). *Gli Psicofarmaci nella Pratica Terapeutica*. 1°. ed. Il Pensiero Scientifico: Roma.
- 2) Bellantuono C. & Tansella M. (Eds.) (1989). *Gli Psicofarmaci nella Pratica Terapeutica*, 2°. ed. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- 3) Bellantuono C. & Tansella M. (Eds.) (1993). *Gli Psicofarmaci nella Pratica Terapeutica*, 3°. ed. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- 4) Bellantuono C. & Balestrieri M. (Eds.) (1997). *Gli Psicofarmaci. Farmacologia e Terapia*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- 5) Vampini C. & Bellantuono C. (2002). *Psicofarmaci e Anziani*. Il Pensiero Scientifico: Roma.
- 6) Bellantuono C. & Balestrieri M. (Eds.) (2003). *Trattato di Psicofarmacologia Clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- 7) Bellantuono C. & Imperadore G. (2005). *L'Uso degli Psicofarmaci in Gravidanza e Allattamento*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- 8) Balestrieri M., Bellantuono C., Berardi D. & Siracusano A. (Eds.) (2007). *Trattato di Psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.



Appunti dal Consiglio di Facoltà a cura di Loreta Gambini e Antonella Ciarmatori

Tra le comunicazioni date dal Preside durante le riunioni del 5 giugno e del 23 luglio 2008 si evidenziano:

1. la cessazione per limiti di età a decorrere dall'01.11.2008 del Prof. Luigi Rossini e della Prof.ssa Luciana Leone;
2. la nomina dei nuovi rappresentanti degli studenti in seno al Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia per il Biennio Accademico 2007/2009 (D.R. n. 834 del 29.5.2008): "Student Office" Mattioli Gianmaria e Rosettani Giulia; "Gulliver - Sinistra Universitaria" Alesi Nicola, Paolini Luca e Gallone Francesca; il Dott. Gianmaria Mattioli viene designato quale nuovo rappresentante degli studenti in seno alla Commissione per la Didattica mentre la studentessa Giulia Rosettani viene designata quale uditrice;
3. l'European Academy of Sciences ha conferito *The 2008 Blaise Pascal Medal for Biology and Life Sciences* al Prof. Saverio Cinti;
4. il Prof. Saverio Cinti ha assunto l'incarico di Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO) dal 23.05.2008 per i prossimi 2 anni;
5. la conferma nel ruolo di Ricercatore Universitario dei Dott.ri Pasqualina Castaldo (SSD BIO/14 Farmacologia), Monica Mattioli Belmonte Cima (SSD BIO/17 Istologia) e Marco Marzoni (SSD MED/12 Gastroenterologia), i quali entrano a far parte del Consiglio di Facoltà;
6. la nomina dei rappresentanti dei medici iscritti alle scuole di specializzazione in seno all'Osservatorio Regionale per la Formazione Specialistica per il triennio accademico 2008/2010: Dott. Gianmaria Mattioli, Dott.ssa Chiara Massaccesi, Dott. Paolo Garelli;
7. le date delle prove concorsuali per l'ammissione ai corsi di laurea stabilite dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con decreto del 18.06.2008: medicina e chirurgia *3 settembre 2008*, odontoiatria e protesi dentaria *4 settembre 2008*, professioni sanitarie *9 settembre 2008*.

Riunione del 5 giugno 2008

Sono stati proposti i compiti didattici, gli affidamenti gratuiti e retribuiti per i Professori e Ricercatori della Facoltà, gli incarichi da affidare ai Professori delle altre Facoltà di Ateneo, dell'Università di Macerata e al per-

sonale esterno mediante affidamento e/o contratto di diritto privato per l'A.A. 2008/2009 rinviando alla prossima seduta la loro attribuzione e la definizione dei criteri economici di retribuzione.

Sono stati concessi alcuni Patrocini della Facoltà;

E' stato dato parere favorevole alla missione della Prof.ssa Stefania Fortuna per il periodo dal 01.09.2008 al 31.12.2008 presso l'Università di Cambridge (Inghilterra), per collaborare ad un progetto di ricerca sulle edizioni latine delle opere di Galeno, dal 1490 al 1625.

Sono state ratificate le Determine adottate dal Preside per motivi di urgenza e relative:

- all'approvazione degli elenchi dei moduli didattici, che, nell'ambito delle Scuole di Specializzazione, dovranno essere affidati al personale del Servizio Sanitario mediante l'emanazione del bando di concorso;
- all'approvazione del nuovo regolamento, programmazione didattica e piano finanziario del Master di II livello in *La celiachia: dalla clinica al management*.

Sono stati approvati la destinazione dei fondi finalizzati al rinnovo di assegni di ricerca sui SSD MED/12 – Gastroenterologia, BIO/17 – Istologia, FIS/07 – Fisica, BIO/16 – Anatomia Umana.

E' stato espresso parere favorevole alla stipula di una convenzione tra l'Università Politecnica delle Marche e l'A.S.U.R. Azienda Sanitaria Unica Regionale, per l'affidamento della direzione universitaria delle attività dell'U.O.C. di Clinica di Reumatologia nella Zona Territoriale n. 5 di Jesi.

E' stato dato parere favorevole all'atto aggiuntivo del Protocollo di Intesa stipulato tra l'Università Politecnica delle Marche e l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura Anziani "Vittorio Emanuele II" che disciplina i rapporti tra i due Enti.

E' stato deliberato, su proposta del Comitato Esecutivo, di ridurre a 20 i componenti del Consiglio della Scuola di Dottorato in aggiunta al Direttore della Scuola (Preside o suo delegato).

E' stata nominata una Commissione di valutazione dei finanziamenti esterni per posti di professore e ricercatore composta dai Professori Amoroso, Bambini, Boscaro, Fabris, Ferrante, Guerrieri e Valardo.

Sono state approvate alcune Pratiche Studenti relati-



ve al riconoscimento di carriera e ai prolungamenti dei progetti ERASMUS.

Sono state approvate le decisioni assunte dalla Commissione per la Didattica in merito alla rilevazione informatica delle presenze tramite badge elettronico, alla prenotazione agli esami di profitto ed alla ammissione all'esame delle attività di didattica elettiva (ADE).

E' stata approvata la proposta di ampliare la rete formativa della Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica presso le Zone Territoriali n. 5 - Jesi, n. 3 - Fano e n. 12 - S. Benedetto del Tronto dell'ASUR Marche.

E' stato deliberato di destinare ai settori scientifico-disciplinari BIO/09, BIO/10, BIO/14, MED/07, MED/10, MED/18, MED/24, MED/28, MED/37, MED/40, MED/41, n. 11 posti di professore di II fascia e ai settori MED/01, MED/38 n. 2 posti di professore ordinario; per la loro copertura è stata richiesta la relativa procedura di valutazione comparativa.

Riunione del 23 luglio 2008

Sono state approvate le procedure per la copertura di tutti gli incarichi didattici per l'A.A. 2008/2009 ed affidati i compiti didattici e supplenze ai professori e ricercatori della Facoltà.

Sono state approvate le graduatorie per il conferimento di moduli didattici al personale del Servizio Sanitario e, limitatamente agli insegnamenti professionalizzanti, anche al personale universitario convenzionato.

Sono state approvate alcune Pratiche Studenti relative ai *Learning Agreements* degli studenti che beneficiano del programma ERASMUS per l'A.A. 2008/2009 e al Master di II livello dal titolo *Master Internazionale in Nutrizione e Dietetica*.

Sono stati concessi numerosi Patrocini della Facoltà:

È stato espresso parere favorevole all'attivazione, per l'a.a. 2008/2009, del Master di II livello in *La Celiachia: dalla clinica al management* e del Master di I livello in *Citopatologia*, nonché del Corso di Perfezionamento in *Medicina Palliativa*.

Sono stati approvati i Regolamenti di Funzionamento, i Piani Didattici ed i Piani Finanziari dei predetti Corsi di studio. Relativamente ai Master di II livello in *Teledidattica Applicata alla Medicina* e al Master di I livello in *Coordinatori delle Professioni Sanitarie*, la Facoltà, pur esprimendo il proprio interesse di accendere tali corsi di studio, ha rinviato l'attivazione al momen-

to in cui verrà presentata tutta la documentazione amministrativa necessaria.

Sono state ratificate le Determine adottate dal Preside per motivi di urgenza e relative:

all'affidamento al CINECA per l'A.A. 2008/09 della preparazione dei plichi e valutazione delle prove per i corsi di laurea delle professioni sanitarie; all'affidamento e alla nomina della Commissione di Esperti della Facoltà di Medicina e Chirurgia per la predisposizione dei quiz delle Lauree delle professioni sanitarie;

- all'attribuzione dei moduli didattici e all'autorizzazione della modifica del piano finanziario del Master per Coordinatori delle Professioni Sanitarie;

- alla richiesta all'Amministrazione che la presa di servizio del Prof. Alessandro Capucci – Professore di I fascia del SSD MED/11 "Malattie dell'Apparato Cardiovascolare" decorra dal 1 ottobre 2008;

- al giudizio di piena soddisfazione per l'impegno profuso nell'espletamento dei compiti istituzionali dei Professori e Ricercatori: Prof. Paolo Barbaresi, Dott.ssa Mara Fabri, Dott. Marcello Melone, Dott. Maurizio Battino, Dott.ssa Pasqualina Castaldo, Prof.ssa Stefania Fortuna, Dott. Roberto Ghiselli, Dott. Daniele Minardi, Dott. Gabriele Polonara, Dott.ssa Gianna Ferretti, alla designazione, per l'a.a. 2008-2009, delle Commissioni d'Esame e di Vigilanza per i concorsi di ammissione ai corsi di laurea e laurea specialistica/magistrale ad accesso programmato a livello nazionale attivati presso questo Ateneo;

- sono stati espressi i giudizi sull'attività didattico-scientifica per le conferme in ruolo di Ricercatore (art. 31 del D.P.R. n. 382/80) dei Dott.ri Stefano Bompadre (SSD BIO/14), Maria Rita Rippo (SSD MED/04), Augusto Taccaliti (SSD MED/13), Rossella De Angelis (SSD MED/16) e Giovanni Battista Frongia (SSD MED/30).

È stata approvata la proposta di ampliare la rete formativa dei seguenti corsi di studio:

- Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro presso Silga SpA Castelfidardo, New Holland Jesi, ACRAF Angelini Farmaceutici Ancona, API Raffineria Falconara Marittima, Fincantieri Ancona, Gruppo Tod's Diego Della Valle Casette D'Ete, Prada Montegranaro – Ancona, ASSAM Agenzia per i Servizi nel settore agroalimentare delle Marche – varie sedi regionali, Merloni Fabriano, Scavolini Pesaro;



- Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia presso l'ASUR Marche Zona Territoriale n. 9 di Macerata;
- Scuola di Specializzazione in Oftalmologia presso l'ASUR Marche Zona Territoriale n. 11 di Fermo – Unità Operativa Complessa di Oculistica.

È stato espresso parere favorevole all'atto aggiuntivo della convenzione di collaborazione tra il Servizio Sanitario della Marina Militare e l'Università Politecnica delle Marche.

È stato approvato l'attivazione del primo anno della Scuola di Specializzazione in Farmacologia ad indirizzo clinico per l'A.A. 2008/2009.

A seguito della rinuncia presentata dal Prof. Leandro Provinciali sono stati nominati il Prof. Marcello D'Errico Presidente del Corso di Laurea triennale in Infermieristica per la sede di Ancona ed il Prof. Giovanni Principato Presidente per il Corso di Laurea triennale in Infermieristica per la sede di Ascoli Piceno. Sono stati confermati i Professori Salvatore Amoroso, Antonio Benedetti e Mario Castellucci quali Presidenti per i Corsi di Laurea triennali in Infermieristica rispettivamente per le sedi di Macerata, Pesaro e Fermo. È stato attribuito al Prof. Antonio Benedetti la funzione di coordinamento dei suddetti corsi di laurea. E' stata approvata la proposta di assegnare alle sedi periferiche un proprio budget di Euro 5.000,00 per far fronte alle esigenze di funzionamento dei corsi.

Riunione del 1 ottobre 2008

Il Preside comunica al Consiglio:

- la presa di servizio del Prof. Alessandro Capucci – Professore I fascia sul SSD MED/11 Malattie dell'Apparato Cardiovascolare a decorrere dal 01.10.2008;
- la conferma nel ruolo di Ricercatore Universitario dei Dott.ri Giorgia Fattorini (SSD BIO/09 Fisiologia), Federico Moccheggiani (SSD MED/18 Chirurgia Generale), Giovanni Cobellis (SSD MED/20 Chirurgia Pediatrica e Infantile), i quali entrano a far parte del Consiglio di Facoltà;
- lo svolgimento del Meeting d'Autunno della Conferenza delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie nei giorni 3-4 ottobre 2008 a Portonovo di Ancona;
- la richiesta del Prof. Gabriele Borsetti di essere collocato a riposo dalla qualifica di professore associato confermato presso codesta Facoltà per aver compiuto un

quarantennio di servizio a decorrere dall'01.01.2009;

- la entrata in funzione del sistema di controllo per l'accesso ai parcheggi della Facoltà che sarà consentito solo ai possessori di badge a decorrere dal 6 ottobre p.v.;

Il Preside informa infine il Consiglio che verrà organizzata dal Rettorato una cerimonia di commemorazione in onore del Prof. Franco Angeleri, stimatissimo professore ordinario di Neurologia dell'Ateneo e figura di grande rilevanza professionale ed umana.

È stato espresso parere favorevole alla trasformazione, a decorrere dall'a.a. 2009/2010, del Corso di Laurea Magistrale in "Medicina e Chirurgia" Classe di Laurea LM-41, da ordinamento D.M. 509/1999 a D.M. 270/2004 ed alla proposta di Ordinamento, previa consultazione della Commissione Didattica Paritetica e delle Organizzazioni rappresentative nel mondo della produzione, dei servizi e delle professionali ai sensi di quanto disposto dalle disposizioni legislative, statutarie e regolamentari vigenti.

È stato espresso parere favorevole alla documentazione prodotta dalla verifica effettuata sulla procedura informatizzata del Ministero in merito alla trasformazione del corso da ordinamento 509/1999 a D.M. 270/2004 del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

È stata nominata una Commissione di Facoltà preposta all'esame delle richieste di assegni di ricerca composta dai Professori Saverio Cinti, Giorgio Scalise, Adriano Tagliabracci, Alfonso Catalano, Riccardo Sarzani e dal Dott. Giancarlo Balercia.

È stato espresso parere favorevole alla nomina dei Docenti universitari dei corsi ufficiali delle Scuole di Specializzazione per l'A.A. 2008/2009.

Sono state approvate le graduatorie di merito ed è stato espresso parere favorevole alla nomina dei docenti delle Scuole di Specializzazione appartenenti al SSR per l'anno accademico 2008/2009, così come stabilito dal Consiglio di ciascuna Scuola.

Sono state approvate alcune Pratiche Studenti relative al riconoscimento di esami e frequenze conseguiti durante i progetti ERASMUS. E' stata approvata la graduatoria nominativa degli studenti per trasferimenti verso altre sedi universitarie e cambio della sede didattica per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e in Infermieristica. È stato approvato il Regolamento del



Tirocinio Clinico del Corso di Laurea in Infermieristica ed è stata definita, nel 01.10.2008, la data di entrata in vigore.

E' stato ratificato dal Consiglio la concessione del patrocinio concesso dal Preside al *Corso di Epatooncologia: un approccio integrato all'epatocarcinoma*, organizzato dal Prof. Antonio Benedetti della Clinica di Gastroenterologia che si svolgerà il prossimo 9 ottobre ad Ancona.

Sono state ratificate le Determine adottate dal Preside per motivi di urgenza e relative:

- al riassetto delle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna e Fisica Medica in applicazione delle disposizioni ministeriali;
- al trasferimento al bilancio del Centro di Gestione della Presidenza di Euro 30.000 quale fondo di funzionamento *una tantum* per la Scuola di Dottorato di Facoltà – IX° ciclo n.s.;
- all'approvazione della graduatoria unica dei candidati del SSD MED/45 risultati idonei ma non affidatari di incarico;
- all'approvazione delle nuove graduatorie relative ai moduli didattici in "Infermieristica applicata alla Medicina Interna Specialistica" e "Infermieristica applicata alla Chirurgia Generale" del Corso di Laurea triennale in Infermieristica con sede ad Ancona;
- alla proposta di rinnovo della Scuola di Dottorato della Facoltà di Medicina e Chirurgia in Medicina e Chirurgia – 10° ciclo, alla prova di ammissione, fissata per il 26 novembre 2008, ed alle modalità di selezione; alla proposta di attivazione di n. 48 posti della Scuola di Dottorato della Facoltà di Medicina e Chirurgia in Medicina e Chirurgia – 10° ciclo sia almeno di cui almeno 15 finanziate dall'Ateneo e 9 finanziati o cofinanziati da Enti pubblici e privati;
- alla proposta degli incarichi didattici dei moduli oggetto dell'avviso emanato dal Rettore in data 04.08.2008;
- alle decisioni assunte dalla Facoltà in termini di piani web, propedeuticità e internato; all'approvazione dell'elenco definitivo dell'Attività Didattica Elettiva; all'approvazione di alcune modifiche ai compiti didattici ed incarichi affidati ai professori e ricercatori con delibera del CdF del 23.07.2008; all'approvazione dell'attivazione del Corso propedeutico all'iscrizione al Corpo II.VV. presso tutte le sedi del Corso di Laurea in Infermieristica, alle stesse condizioni previste dal rapporto convenzionale oggi in atto.

È stato espresso parere favorevole al congedo richiesto dal Prof. Giovanni Biasi, per un periodo sabbatico

dal 01.01.2009 al 31.10.2009 presso il Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche dell'Università di Padova.

Sono state stabilite le date per gli esami finali dei Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie e designate le relative Commissioni.

È stata approvata l'assegnazione degli spazi al quarto piano del Polo Eustachio della Facoltà di cui alla delibera del Consiglio di Amministrazione del 12.06.2008.

È stato approvato il bando di selezione per titoli per il conferimento di n. 41 assegni per l'incentivazione delle attività di tutorato per un importo di ? 41.000,00; è stata costituita la Commissione preposta all'esame e valutazione delle domande e, per la stessa, sono state nominate le Prof.sse Monica Emanuelli, Laura Mazzanti e Marina Scarpelli.

Sono stati approvati due corsi che saranno tenuti dalla ASUR MARCHE - Zona Territoriale n. 2 di Urbino per il *Corso di Formazione per Responsabile del Rischio Amianto* e dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco per il *Corso su Prevenzione Antincendio* nell'ambito dell'attività didattica elettiva del Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro ed è stato dato mandato al Preside di autorizzare, con propria determina, gli atti necessari alla loro realizzazione.

E' stata concessa al Dott. Gianluca Fulgenzi, ricercatore in servizio presso il Dipartimento di Patologia Molecolare e Terapie Innovative, l'autorizzazione a svolgere una missione di ricerca per il periodo dal 20 ottobre al 18 dicembre 2008 per frequentare il laboratorio Mouse Cancer Genetics NCI-FCRDC di Frederick (USA).

È stato espresso parere favorevole all'avvio della procedura amministrativa necessaria a verificare la fattibilità, sulla base dei requisiti minimi, dell'attivazione di due corsi triennali per Dietista e Biotecnologie Mediche.

È stata approvata la proposta di ampliare la rete formativa della Scuola di Specializzazione in Urologia presso la Zona Territoriale n. 13 di Ascoli Piceno dell'ASUR Marche.

È stato approvata la procedura per permettere agli studenti che hanno avuto interruzioni *in itinere* e che non risultano inseriti nelle procedure informatizzate, la prenotazione della attività di Internato. La stessa prevede che la richiesta dovrà essere presentata al Direttore della struttura che potrà prevedere l'ammissione "fuori quota" e darne comunicazione alla Segreteria Studenti.

È stata modificata la composizione della Commissione



per la Didattica nella parte relativa ai Presidenti dei Corsi di Laurea come di seguito indicato:

- Preside o un suo delegato - Presidente, Prof. Tullio Manzoni, in caso di assenza Prof. Saverio Cinti;
- Presidenti di tutti i Corsi di studio istituiti dalla Facoltà: Professori Saverio Cinti, Maurizio Procaccini, Antonio Benedetti, Salvatore Amoroso, Marcello D'Errico, Mario Castellucci, Giovanni Principato, Andrea Luigi Tranquilli, Francesco Di Stanislao, Guidalberto Fabris, Enrico De Nigris, Lory Santarelli, M. Gabriella Ceravolo, Angelo Putignano, Armando Gabrielli, Ugo Salvolini;
- n. 2 rappresentanti dei Professori associati Francesco Barchiesi, Giorgio Rappelli;
- n. 2 rappresentanti dei Ricercatori, Dott. Maurizio Battino, Dott. Stefano Bompadre;
- n. 2 rappresentanti degli studenti Gianmaria Mattioli, Luca Paolini e Giulia Rosettani quale uditrice.

Il Preside durante il Consiglio ha comunicato che il Prof. Mario Castellucci ha richiesto il nulla osta per l'affidamento dell'insegnamento di "Splancnologia" (SSD BIO/16) presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università del Molise (CB) - Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'A.A. 2008/2009; il Preside fa presente che il nulla osta deve intendersi concesso solo in presenza di deroga da parte del Senato Accademico, in considerazione del superamento del tetto fissato dal predetto Organo per quanto riguarda l'attività didattica fron-

tale in sede e fuori sede.

Sono stati approvati i contratti integrativi in *Innovazione sulle terapie chirurgiche in Oncologia Urologica* (Prof. Stefan C. Muller) e in *Scope and causes of stillbirth* (Prof. Sibai).

A seguito dell'esercizio delle opzioni da parte del personale del SSN, sono state definite le nomine definitive degli incarichi di docenza dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie per l'A.A. 2008/2009.

È stato riassegnato sul SSD BIO/16 "Anatomia Umana" un ruolo di ricercatore ed è stata richiesta all'Amministrazione l'adozione dei provvedimenti necessari per la copertura del posto avvalendosi della procedura di valutazione comparativa.

Il Preside durante il Consiglio ha comunicato che la Commissione di Facoltà preposta allo studio delle proposte di finanziamenti esterni destinati all'attivazione di nuovi posti di ricercatore ha espresso parere favorevole all'accettazione del finanziamento della Ditta SOOFT Italia ed all'assegnazione al settore MED/30 "Malattie apparato visivo" di un posto di ricercatore.

Sono stati nominati i membri interni per le procedure di valutazione comparativa dei posti di Professore Associato e Professore Ordinario richieste dalla Facoltà nella seduta del 5 giugno 2008.

È stato espresso parere favorevole in merito alla nomina nel ruolo di professore ordinario della Prof.ssa Laura Mazzanti – SSD BIO/10 "Biochimica".

Notizie dalla Biblioteca

Avviso a tutti gli Studenti

Si comunica che la versione del Catalogo dei Libri (OPAC) è stata aggiornata con l'aggiunta di *nuovi servizi fruibili da remoto*.

Qui di seguito alcuni chiarimenti sul modo di procedere:

- selezionare l'icona 😊 dalla nuova maschera del catalogo
- autenticarsi (nella maniera spiegata dalla pagina di *login*)

Si potrà così:

- prenotare un volume da casa il giorno precedente la richiesta di prestito
- prenotare un volume in prestito esterno per fruirne al suo rientro
- controllare la propria situazione utente
- segnalare libri da acquistare.

Qualsiasi ulteriore chiarimento sarà dato dal Personale della Biblioteca per agevolare l'attivazione di un servizio utile a tutti gli Studenti.

(Giovanna Rossolini)



Attività Didattica Elettiva

CLM in Medicina e Chirurgia

Forum

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao
I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici

3° Anno

ADE00175 – Patologia Sistemica I – *Lo studio fenotipico dei linfociti e di altre cellule del sangue e dei tessuti. Linee guida all'impiego clinico, alla lettura e all'interpretazione in differenti condizioni morbose.* (10 ore) Prof.ssa M. Montroni
– 1,2,3,4 Dicembre 2008 ore 14.30 Aula O

5° Anno

ADE00034 – Malattie dell'apparato locomotore - *Chirurgia vertebrale* (10 ore)
Prof. F. Greco – 5-12 dicembre 2008, 9-16 gennaio 2009 ore 14.30 Aula S

ADE00191 – Malattie del sistema nervoso - *Neuropsicologia clinica* (10 ore)
Prof. L. Provinciali, Dott. M. Bartolini- 5-12 dicembre 2008, 9-16 gennaio 2009 ore 17.00 Aula S

ADE00195 – Malattie del sistema nervoso - *Radioanatomia del sistema nervoso centrale* (10 ore)
Prof. U. Salvolini – 4-11 dicembre 2008, 8-15 gennaio 2009 ore 14.30 Aula R

ADE00280 – Medicina Legale – *Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale* (10 ore)
Dott.ssa M. D Angelis – 4-11 dicembre 2008, 8-15 gennaio 2009 ore 17.00 aula R

CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum

00005/08 - Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao
I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00206 - *Biotecnologie istologiche per lo studio dell'apparato stomatognatico* (10 ore)
Dott.ssa E. Salvolini – 4 novembre, 1 dicembre 2008, 29 gennaio 2009, ore 14.30-17.30, Aula D

5° Anno

ADE00214 - *Sindromi malformative oro-maxillofacciali* (10 ore)
Prof. Matteo Piemontese – 18-25 novembre, 2-9 dicembre 2008 ore 14.00, Aula F

CLS in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Forum

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao
I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

CdL in Educatore Professionale

Forum

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao
I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

1° Anno

ADE00062 - *Autismo ed intervento educativo* (10 ore)
Dott.ssa M. Di Foglia – 5 Dicembre 2008 ore 9.00-13.00, Aula O; 16-18 Dicembre 2008 ore 14.00-17.00, Aula 3

CdL in Fisioterapia

Forum

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao
I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00073 – Morfologia umana - *Anatomia dell'apparato locomotore* (10 ore)
Prof. M. Morroni 2 dicembre 2008 ore 14.30-17.00 Aula Bib., 4 dicembre 2008 ore 14.30-17.00 Aula Ex Ft, 9 dicembre 2008 ore 14.30-17.00 Aula 1, 11 dicembre 2008 ore 14.30-17.00 Aula 1

ADE00220 – Morfologia umana - *Tessuti di sostegno e contrazione muscolare* (10 ore)
Prof. R. Di Primio – 16-18 dicembre 2008; 8-13 gennaio 2009 ore 14.30-17.00 Aula Ex Ft.

**2° Anno**

ADE00224 – Radioprotezione - *Procedure di diagnostica per immagini nella pratica clinica* (10 ore) Prof. E. De Nigris – 9 dicembre 2008 ore 15.00-19.00 Aula T, 13-20 gennaio 2009 ore 15.00-19.00 Aula D

CdL in Igienista Dentale**Forum**

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao

I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici**1° Anno**

ADE00206 – Morfologia umana - *Bioteologie istologiche per lo studio dell'apparato stomatognatico* (10 ore) - Dott.ssa E. Salvolini – 24 novembre 2008, 1 dicembre 2008, 29 gennaio 2009 ore 14.30-17.30 - Aula G

CdL in Infermieristica**POLO DIDATTICO DI ANCONA****Forum**

00005/08 - Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao

I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici**1° Anno**

ADE00088 - Morfologia umana - *Anatomia microscopica* (12 ore) Prof. M. Castellucci – 10 dicembre 2008, 30 gennaio, 6 febbraio 2009 ore 14.30-18.30, Aula R

ADE00231 – Morfologia umana - *Organizzazione morfo-funzionale dei tessuti umani* (12 ore)
Dott.ssa M. Mattioli Belmonte – 1-5-12-15 Dicembre 2008 ore 15.00-18.00, Aula T

2° Anno

ADE00224 – Radioprotezione - *Procedure di diagnostica per immagini nella pratica clinica* (12 ore)

Prof. E. De Nigris – 9 dicembre 2008, Aula T, 13-20 gennaio 2009 ore 15.00-19.00, Aula D

ADE00236 – Scienze neurologiche - *La qualità del processo assistenziale* (12 ore)

Prof. L. Provinciali - 4 (Biblioteca) 5 dicembre 2008 (Aula 1) ore 14.00-20.00

ADE00092 – Inf.ca applicata alla medicina interna generale - *La professione infermieristica in Italia: etica, deontologia ed evoluzione dell'identità professionale* (12 ore) – Dott.ssa a.

Cucchi, Dott.ssa C. Borgognoni - 2-16 dicembre 2008 (Aula 1), 8 (Biblioteca) 9 gennaio 2009 (Aula 1) ore 14.30-17.30

CdL in Ostetricia**Forum**

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao

I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici**1° Anno**

ADE00255 – Morfologia umana - *Embriologia umana* (12 ore)

Prof. R. Di Primio – 3-10-dicembre 2008 ore 11.00-14.00, 17 dicembre ore 11.00-14.00 e 15.00-18.00, Aula N

2° Anno

ADE00136 – Metodologia clinica in ostetricia e ginecologia - *Comunicazione in Ostetricia* (12 ore)

Prof. A.L. Tranquilli – 1 dicembre 2008 ore 9.00-13.00, Aula Bibl; 15-22 dicembre ore 9.00-13.00 Aula N

ADE00224 – Radioprotezione - *Procedure di diagnostica per immagini nella pratica clinica* (12 ore)

Prof. E. De Nigris 9 dicembre 2008 ore 15.00-19.00 Aula T, 13-20 gennaio 2009, ore 15.00-19.00 Aula D

3° Anno

ADE00257 – Tecniche diagnostiche - *Marker tissutali tumorali in patologia mammaria* (12 ore)

Dott. A. Santinelli – 3-10 dicembre 2008, 14-21 gennaio 2009 ore 15.00-18.00 Aula N

CdL in Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro**POLO DIDATTICO DI ANCONA****Forum**

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao

I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici**1° Anno**

ADE00260 – Anatomia ed istologia - *Bioteologie istologiche nella valutazione del danno ambientale* (10 ore) Dott.ssa A. Pugnali – 16 dicembre 2008-13 gennaio 2009 ore 14.30-

18.00, 20 gennaio 2009 ore 14.30-17.30, Aula I



CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao

I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

3° Anno

ADE00265 - Diagnosi e tipizzazione microbiologiche (10 ore)
Prof.ssa B. Facinelli – 15-16 dicembre 2008 ore 14.00-16.00
Laboratorio Istituto Microbiologia

ADE00137 – Malattie sessualmente trasmesse (10 ore)
Dott.ssa O. Simonetti – 4-11 dicembre 2008 ore 14.00-16.00
Aula I

ADE00234 - Patologie urologiche: diagnosi e terapia (10 ore)
Dott. A. Minardi - 10-17 dicembre 2008 ore 14.00-16.00 Aula I

CdL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum

00005/08 – Organizzazione sanitaria – *Igiene e sanità pubblica*, Prof. F. Di Stanislao

I livelli essenziali di assistenza nella programmazione nazionale e regionale,
10 dicembre (Aula T ore 17.15)

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00269 – Scienze propedeutiche - *Fisica delle radiazioni* (10 ore)

Dott.ssa A. Giuliani – 15 dicembre 2008 ore 13.30-16.00, Aula H ; 12-19-26 gennaio 2009 ore 13.30 -16.00 Aula L

Dai Poli Periferici

Polo Didattico di Ancona

Corso di Laurea in Infermieristica

Quando i nostri studenti viaggiano per l'Europa

Anche per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, nell'anno accademico 2007/2008, è stato attivato il progetto Erasmus. E' la prima volta nelle Marche ed è la prima volta per gli studenti prossimi infermieri. Una bella iniziativa formativa che ha visto la nostra Università porsi a confronto con una prestigiosa Università spagnola quale è quella situata nella ridente città di Valladolid.

L'Erasmus, acronimo di *European Community Action Scheme for the Mobility of University Students*, è un progetto di alta formazione e di cultura nato nel 1987 per opera della Comunità Europea che sancisce la possibilità per uno studente di effettuare un periodo di studio legalmente riconosciuto dalla propria Università presso un altro Ateneo comunitario.

Quattro studenti di III anno, dopo aver partecipato al bando pubblico, indetto dal nostro Ateneo, si sono classificati in posizione utile in graduatoria ed hanno vissuto questa esperienza altamente formativa perché ha permesso il confronto con altre culture di formazione infermieristica. A Valladolid erano, infatti, presenti oltre agli studenti spagnoli anche studenti di infermieristica provenienti dalla Scozia e dal Portogallo.

Per contro cinque studentesse dell'Universidad de Enfermería di Valladolid hanno scelto come sede per la loro esperienza ERASMUS, il nostro Corso di Laurea. Per ognuna di esse abbiamo pianificato un per-

corso formativo personalizzato di tirocinio clinico nell'area dell'Emergenza ed in quella Materno Infantile.

La durata del progetto è stata di tre mesi, da settembre a dicembre 2007. Le studentesse spagnole alla fine della loro esperienza nelle nostre strutture ospedaliere hanno rilasciato le loro impressioni dichiarando la soddisfazione di essere venute a contatto con la realtà universitaria di Ancona. L'esperienza formativa in Italia è stata molto positiva soprattutto per lo scambio di cultura e di linguaggio e per l'arricchimento umano, per aver conosciuto persone nuove, abitudini diverse, stimoli di studio. Anche lo scambio professionale è stato avvincente ed entusiasmante: una avventura su autonomia, competenze e responsabilità professionale con spazi diversi. Gli studenti italiani hanno dichiarato che la progettualità e la pianificazione del-

l'assistenza infermieristica in Spagna è attuata sistematicamente con l'esaltazione della professionalità intellettuale della nostra professione, agevolata anche dal minor carico di lavoro per l'affidamento, in maniera sistematica, degli operatori di supporto e per un'integrazione sinergica tra quello che si apprende in aula universitaria e quello che si esercita nelle stanze di degenza e nei reparti. Per ciò che concerne la clinica e l'organizzazione delle unità operative non esistono molte differenze. Ci auguriamo vivamente che esperienze di questo genere possano ripetersi, coinvolgendo altre Università di altre Nazioni euro-



Il gruppo di studenti iscritti al III anno in infermieristica Canale B, in formazione clinica a Valladolid-Spagna, a seguito dell'attivazione del progetto ERASMUS.

pee, per permettere la trasmissione di conoscenze professionali e linguistiche in un contesto di grande respiro.

Cogliamo l'occasione per ringraziare il Prof. Leandro Provinciali, Presidente del Corso di Laurea per Infermieri fino al 30 settembre 2008 che ha fortemente voluto ed agevolato questo percorso.

Salutiamo il Prof. Marcello M. D'Errico, Presidente del Corso di Laurea dal 1 ottobre 2008, sicuro promotore di importanti progetti futuri.

Invitiamo tutti gli studenti alla partecipazione attiva nella crescita professionale del percorso formativo che hanno scelto. Sul sito dell'Ateneo Dorico vengono pubblicate tutte le notizie utili per cogliere l'opportunità di partecipare al prossimo progetto ERASMUS.

Augusta Cucchi (Coordinatore)

Polo Didattico di Pesaro

Corso di Laurea in Infermieristica

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00231 – Biochimica e Biologia - *Organizzazione morfologica dei tessuti umani* (12 ore)

Dott.ssa M. Mattioli Belmonte – 4-11 dicembre 2008 ore 10.30-13.30; 19 dicembre 2008 ore 11.30-14.30; 9 gennaio 2009 ore 10.30-13.30

2° Anno

ADE00234 – Medicina interna generale e farmacologia - *Patologie urologiche: diagnosi e terapia* (12 ore) Prof. G. Muzzonigro – Dott. Milanese – 3 dicembre 2008, 14-28 gennaio 2009 ore 14.30-18.30

ADE00296 - Infermieristica generale - *Counseling ed assistenza infermieristica* (12 ore)

Dott.ssa Rasori – 16 dicembre 2008 ore 14.30-17.30; 8-15 gennaio 2009 ore 13.00-16.00; 21 gennaio 2009 ore 15.00-18.00

ADE00297 – Metodologia assistenziale – *La qualità dell'assistenza infermieristica* (12 ore)

Dott.ssa P. Colasanti – Dott.ssa T. Benedetti – 3-10 dicembre 2008, 14 gennaio 2009 ore 8.30-12.30

Errata corrige

Nel numero di novembre 2008 è stata erroneamente pubblicato il nome di Grovini, al posto di quello corretto della Dott.ssa Fabiola Droghini; è a questo Tutor che è stato affidato il modulo didattico di Metodologia Infermieristica nel Corso Integrato di Infermieristica Generale, Corso di Laurea Infermieristica, Polo di Pesaro.

Polo Didattico di Macerata

Corso di Laurea in Infermieristica

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00231 – Morfologia umana - *Organizzazione morfologica dei tessuti umani* (12 ore)

Dott.ssa A. Pugnaroni – 15 dicembre 2008 – 8-15 gennaio 2009 ore 9,30-12,30

2° Anno

ADE00029 – Radioprotezione (12ore)

Dott. L. Salvolini 18 dicembre 2008– 15-22-29 gennaio 2009 ore 14,30-17,30

3° Anno

ADE00241 – Chirurgia generale e specialistica - *La ricostruzione della mammella* (12 ore)

Prof. G. Di Benedetto – 5 novembre 2008 ore 10,30-13,30 – 12 novembre 2008 ore 08,30-13,30 – 19-20 novembre 2008 ore 11,30-13,30

Report Attività Didattica Tutoriale realizzata nel II semestre per gli Studenti di I anno

Obiettivo: Realizzazione del laboratorio preclinico finalizzato all'approfondimento delle skills relative alla somministrazione di farmaci per via parenterale con applicazione del metodo OSCE.

"L'esistenza, in una professione, di principi e di un codice etico, fa emergere una pluralità di obiettivi educativi importanti. La formazione di un professionista integro nell'ambito sanitario al corrente della deontologia, che sa applicare intelligentemente i principi ai diversi casi particolari, sinceramente dedito ai fini superiori della sua professione, richiede un programma educativo che miri coscientemente a vari importanti tipi di obiettivi."

Premessa

L'organizzazione della attività di laboratorio pre-clinico richiede che l'intero processo sia pensato e studiato in anticipo rispetto alla sua realizzazione. Per noi tutor e coordinatore delle attività professionalizzanti, è stato necessario individuare, confrontare e produrre per tempo i materiali e gestire le risorse disponibili (umane, tecniche, strumentali), che hanno successivamente consentito di raggiungere gli obiettivi educativi prefissati.

Elemento fondamentale e imprescindibile del personale infermieristico incaricato dell'insegnamento a piccoli gruppi di studenti (laboratori/esercitazioni) è l'impegno nella ricerca e nella implementazione delle più attuali metodologie nel campo dell'apprendimento, delle linee guida, al fine di garantire la migliore preparazione disciplinare specifica per gli studenti affidati.

La scelta relativa alla costruzione del percorso didattico del laboratorio, al fine di consentire agli studenti l'applicazione pratica delle skills durante il tirocinio clinico, è stata caratterizzata dalla costruzione di una serie di "stazioni" mutuata dalla metodologia OSCE. Si è potuto garantire allo studente la possibilità di appropriarsi dei contenuti trattati, in ciascuno degli steps previsti.

Elemento caratterizzante è la coincidenza/unitarietà tra la figura del docente del modulo professionalizzante MED 45" Infermieristica clinica" e uno dei tutor impegnati nella progettazione e sperimentazione del presente laboratorio pre-clinico.

Progettazione del laboratorio pre-clinico: fasi

a. definizione degli obiettivi didattici in relazione alle skills previste dall'ordinamento didattico; b. selezione dei contenuti; c. scelta dei metodi, strategie didattiche, strumenti, luogo di realizzazione; d. definizione dei tempi di realizzazione ed attuazione; e. costruzione delle prove di verifica e di schede operative (check list)

Organizzazione del laboratorio

Come sede del laboratorio pre-clinico è stata utilizzata un' aula libe-

ra dalle lezioni *ex cathedra* e strutturata in modo da ottenere quattro stazioni (I stazione: skill venipuntura, II stazione: skill terapia intramuscolare, III stazione: terapia sottocutanea, IV esecuzione prelievo capillare), ognuna caratterizzata dallo "scenario" relativo a specifiche skills oggetto del percorso di apprendimento; sono stati impiegati due manichini simulatori, dispositivi specifici per le diverse skills, libri di testo, articoli tratti da evidenze scientifiche estrapolati dalle banche dati accreditate.

Realizzazione del progetto

FASE A: DIMOSTRAZIONE DA PARTE DEL DOCENTE TUTORE

Obiettivo educativo cognitivo

Favorire la capacità dello studente a richiamare alla memoria dati, fatti particolari o generali, metodi e processi, classificazione del "sapere" attraverso la dimostrazione delle abilità tecniche esplicitate dal tutore su simulatore, dei principi scientifici teorici che sostengono le stesse gestualità e il raffronto con i contenuti teorici acquisiti nelle lezioni frontali.

Verifica del proprio livello di conoscenze attraverso l'esecuzione di un pre-test.

Metodologia utilizzata: dimostrazione del tutore/docente a gruppi di 20 studenti, studio individuale e di gruppo in aula.

la dimostrazione delle tecniche oggetto di laboratorio è stata proposta dai tutori dando ampia possibilità agli studenti di approfondire gli argomenti e confrontarsi anche con quanto osservato nelle sedi di tirocinio.

In particolare, oltre alla dimostrazione delle corrette tecniche e procedure, è stato posto l'accento sui comportamenti finalizzati alla prevenzione dell'esposizione accidentale agli agenti chimici e biologici.

In questa sede è stato dato mandato agli studenti di approfondire ulteriormente con studio individuale gli argomenti ponendo come indicatore di tale attività la presentazione di un elaborato in forma scritta da presentare in fase di certificazione.

Tempo: 3 ore per ciascun gruppo.

FASE B: LABORATORIO GUIDATO

Obiettivo educativo: lo studente esegue e si esercita nella gestualità in merito alle tecniche oggetto di laboratorio sulla base degli step previsti dalle check list

Metodologia utilizzata: esercitazione nelle varie stazioni (mutuata dal metodo OSCE in piccoli gruppi di circa 5 studenti, studio individuale e di gruppo in aula sotto la supervisione dei tutor).

Ogni stazione è stata gestita da un tutor che in questa sede ha proposto un approfondimento grazie all'analisi di documenti e linee guida convalidate che sono rimaste a disposizione degli studenti.

FASE C: VERIFICA FINALE DEGLI ASPETTI COGNITIVI E ABILITÀ GESTUALI - FASE CERTIFICATIVA

Obiettivo educativo: lo studente esegue correttamente le tecniche con performance valutate in base alle check list dai tutori garantendo un LAP predefinito.

Metodologia utilizzata: esecuzione diretta di ciascuno studente su simulatore delle skills oggetto di laboratorio sulla base della check list elaborata dai tutori.

Dalla correzione dei pre test sono emersi gli studenti che non hanno raggiunto un punteggio sufficiente e quanti hanno raggiun-

Risultati

ATTIVITÀ TUTORIALE - LABORATORIO PRE-CLINICO			
SKILLS I Anno II SEMESTRE A.A. 2007-2008			
FASI DEL LABORATORIO	CALENDARIO	METODOLOGIA	N. TOTALE ORE IMPEGNO TUTORI
1 progettazione laboratorio pre clinico			
a. definizione obiettivi didattici		Ricerca bibliografica *	
b. selezione dei contenuti		Analisi dei bisogni formativi (pre-test)	
c. scelta delle metodologie didattiche (strumenti, risorse)	dal 5.5.08 al 9.5.08	Elaborazione informatizzata delle sedute formative relative ai diversi laboratori	28
d. elaborazione turnistica di laboratorio			
e. elaborazione e perfezionamento degli strumenti verifica check list			
2 organizzazione del laboratorio			
a. I stazione: skill "venipuntura"		Approvvigionamento	
b. II stazione: skill "terapia i.m."	dall' 8.5.08 al 9.5.08	Allestimento dell'aula e delle aree diversificate per le diverse skills	20
c. III stazione skill "terapia s.c."			
d. IV stazione skill "prelievo sangue capillare"			
3 realizzazione del progetto			
a. dimostrazione da parte del docente/tutore	dal 12.5.08 al 19.5.08	n. 4 incontri a piccoli gruppi (n.20 studenti)	12
b. laboratorio guidato	dal 13.5.08 al 12.6.08	n. 13 incontri a piccoli gruppi (n.5 studenti)	82
c. verifica finale, certificazione	dal 15.5.08 al 12.6.08	n. 10 incontri a piccoli gruppi (n. 5 studenti)	64

to un livello minimo di conoscenze. Ai primi è stata ripetuta la prova ed ai secondi si è provveduto alla verifica orale del livello di conoscenze che si è sintetizzato nel giudizio individuale espresso nel modello certificativo. Applicando lo stesso metodo delle stazioni di apprendimento seguite ciascuna da un tutor clinico, si è espletata la verifica delle abilità tecnico manuali attraverso l'utilizzo delle skills di verifica per ciascuna tecnica assistenziale.

L'inadeguatezza causata da "vuoti" cognitivi in merito a contenuti teorici, è stata sanata grazie allo studio guidato da parte dei tutori. Insufficienze nell'apprendimento gestuale hanno determinato la necessità di un'apertura di ulteriore incontro (studente-tutore) al fine di sostenere lo studente nell'approfondimento/studio individuale. La verifica finale certificativa è stata rinviata ad ulteriore appuntamento concordato con lo studente.

Nella fase di certificazione, tutti gli studenti hanno prodotto l'elaborazione delle check list delle skill, oggetto del laboratorio.

Discussione

A fronte delle spinte motivazionali di interesse alla formazione dei futuri professionisti, che hanno contraddistinto il nostro impegno quali tutori e coordinatore del CL in Infermieristica, siamo consapevoli che nel nostro laboratorio pre-clinico, sede di formazione-apprendimento, sono entrati in gioco alcune variabili chiave che hanno coinvolto tutti gli attori del processo: l'identificazione del ruolo cui ci si prepara, gli atteggiamenti verso l'oggetto di apprendimento, i vissuti soggettivi.

Alcune di queste variabili hanno richiesto una convergenza di impegno dei tutori e coordinatore AFPeTC in alcune fasi relative alla realizzazione delle singole attività di laboratorio, convergenza in merito a:

1. organizzazione degli spazi; 2. creazione delle singole "stazioni" il più possibile sovrapponibile alla situazione clinica di prossima espe-

rienza nel tirocinio clinico; 3. inserimento nel laboratorio di alcuni elementi ritenuti da noi tutori essenziali in quanto base della farmacocinetica e della farmacodinamica al fine di garantire un percorso formativo adeguato alla sicura somministrazione dei farmaci.

Conclusione

La fase certificativa con la quale noi tutori abbiamo consentito al singolo studente la possibilità di applicazione "sul campo" di una determinata skill, potrà crescere e "rafforzarsi" grazie alla applicazione in "vivo" nell'espletamento del tirocinio clinico, dove la complessità assistenziale rende reale l'applicazione delle skills. A nostro avviso è fondamentale mantenere un costante feedback con il personale incaricato alla guida, per monitorare/verificare il grado di compliance dello studente alla check list riferite alle skills realizzate in situazione protetta con utilizzo di simulatori.

Giovanna Corsetti (Coordinatore AFPeTC)
Simona Bacaloni, Catia Fiorani, Stefania Stefani (Tutori)

Polo Didattico di Ascoli Piceno Corso di Laurea in Infermieristica

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00088 – Morfologia umana - *Anatomia microscopica* (12 ore)
Prof. M. Morroni
10-15-17 dicembre 2008 - 07-12-14 gennaio 2009 ore 11.00-13.00

2° Anno

ADE00234 – Chirurgia generale e specialistica - *Patologie urologiche: diagnosi e terapia* (12 ore)
Prof. G. Muzzonigro - 3-10 dicembre 2008 ore 14.00-17.00
ADE00288 – Medicina interna generale e farmacologia - *Le immunodeficienze congenite e acquisite* (12 ore) Dott. C. Rasetti
– 15 dicembre 2008 – 12-19 gennaio 2009 ore 9.00-13.00

Polo Didattico di Fermo

Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

3° Anno

ADE00263 - *Corso per Responsabili del rischio amianto* (15 ore)
TdP G. Pieretti, TdP G. Cantarini, Dott. E. Carlotti
TdP R. Rossigni, Ing. G. Giannini, P.I. P. Pazzaglini
1-9 dicembre 2008; 12-19-26 gennaio 2009 ore 14.00-17.00
ADE00264 - *Corso per prevenzione antincendio* (15 ore)
Ing. G. Fantini
11 dicembre 2008 ore 14.00-18.00; 15-22 gennaio 2009 ore 14.00-18.00; 24 gennaio 2009 ore 14.00-17.00
ADE00295 - *La responsabilità professionale dal punto di vista legale del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*
Prof. M. Pesaresi
4-11-18 dicembre 2008 ore 14.00-17.00

Corso di Laurea in Infermieristica

Corsi Monografici

1° Anno

ADE00231 – Morfologia umana - *Organizzazione morfo-funzionale dei tessuti umani* (12 ore)
Dott.ssa A. Pugnali – 15 dicembre 2008, 8-15 gennaio 2009 ore 14.00-18.00
ADE00131 – Infermieristica generale- *Il pensiero etico dell'infermieristica* (12 ore)
Dott. S. Marcelli – 18 dicembre 2008, 9-14 gennaio 2009 ore 9.00-13.00

PBL (Problem Based Learning): appunti da una esperienza di formazione

PREMESSA

E' grazie all'attenzione del Prof. Tullio Manzoni, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e all'impegno dei Coordinatori del Corso di Laurea in Infermieristica di Ancona, Dott.ssa Augusta Cucchi e Dott. Sandro Ortolani, di Pesaro, Dott.ssa Milena Nicolino, di Fermo, Dott. Adoriano Santarelli, che un gruppo di formatori (il coordinatore della sede di Fermo, 1 tutor della sede di Pesaro, Dott.ssa Fabiola Droghini e 2 tutor della sede formativa di Ancona, Dott.ssa Gilda Pelusi e Dott. Maurizio Mercuri) hanno avuto l'opportunità di partecipare ad un corso di formazione diretto dalla Dott.ssa Loredana Gamberoni sulla metodologia didattica del PBL (l'apprendimento per problemi).

L'evento si è tenuto presso la funzione dipartimentale Formazione e Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara ed è stato strutturato in 4 moduli (suddivisi in 4 giornate) più 2 moduli integrativi incentrati sulla formazione permanente e sulla elaborazione dei curricula formativi del Corso di Laurea e di corso integrato col metodo PBL.

Tra gli obiettivi del percorso formativo:

- implementare nuove metodologie didattiche che favoriscano l'apprendimento autodiretto degli studenti attraverso l'insegnamento in piccoli gruppi gestiti da "tutor – insegnanti" che pongono al centro dell'apprendimento lo studente;
- stimolare una riflessione sulla qualità dell'insegnamento dei Corsi di Laurea in Infermieristica, sui percorsi formativi più efficaci a permettere ai discenti di acquisire metacompetenze (cognitive), metodi (di ricerca e di lavoro) e contenuti (mediante obiettivi predefiniti, dichiarati e condivisi).

Perché parlare di apprendimento per problemi?

Chi è coinvolto nella formazione dovrebbe interrogarsi se fornire esclusivamente contenuti o trasmettere anche un metodo. In un periodo storico in cui le conoscenze sono a portata di tutti tramite web, parlare di metodologia didattica può sembrare anacronistico se non si considera che tante informazioni, spesso non controllate, possono non dare conoscenze e non risolvere i problemi. Le metodologie didattiche hanno lo scopo di facilitare l'apprendimento a lungo termine e di fornire strumenti per l'apprendimento tradizionale o

autogestito per la formazione di base e per quella continua. L'apprendimento autogestito è infatti abilità dello studente ad assumere il controllo del proprio processo di apprendimento.

Che cos'è l'apprendimento per problemi?

I metodi didattici possono essere:

- Passivi, centrati sul docente, che attraverso la lezione esprime tutte le sue qualità scegliendo il contenuto-conoscenze. Il docente pianifica la didattica della disciplina, prevede una gradualità dei saperi, dal semplice al complesso e/o la propedeuticità tra i contenuti. Ne risulta privilegiato un ordinamento dei saperi lineare-sequenziale che facilita l'apprendimento dello studente: si trasferiscono le conoscenze al discente in modo tradizionale;
- Attivi, con un apprendimento centrato sullo studente che attraverso la propria consapevolezza, inizia il suo processo di apprendimento come un "fatto personale" e con una motivazione soggettiva. In questo metodo il ruolo del docente tradizionale è diverso, perde la sua natura di "transfert" per assumere il ruolo di "tutor – guida – facilitatore" di un piccolo gruppo di studenti a cui propone "problemi realistici". I problemi stimolano gli studenti alla discussione e alla ricerca delle informazioni utili per risolverlo. Il tutor del gruppo PBL è un esperto del metodo. Tra le sue principali competenze c'è quella di stimolare gli studenti alla riflessione continua attraverso domande (mai risposte) ed infine garantire il raggiungimento degli obiettivi didattici.

I "problemi PBL" rappresentano uno stimolo all'apprendimento. Diventano il veicolo per l'acquisizione di abilità di "problem solving" attraverso lo studio autodiretto. Il metodo PBL permette l'acquisizione di conoscenze integrate che rispettano la struttura epistemologica dei saperi, riconosciuti come reticolari piuttosto che lineari. Il PBL si basa su un lavoro di gruppo che si sviluppa in sette fasi, o passi, in cui gli studenti identificano "Ciò che sanno" e soprattutto "Ciò che non sanno" e debbono "Apprendere" per risolvere un problema.

Le sette fasi sono costituite da:

Fase 1: chiarire il testo e spiegare i termini non comprensibili o condivisi

Fase 2: definire ed analizzare il problema, determinare la natura del mandato

Fase 3: analizzare il problema e proporre ipotesi esplicative

Fase 4: classificare quanto emerso nella fase 3

Fase 5: definire gli obiettivi da studiare ed approfondire

Fase 6: ricercare le informazioni/conoscenze al di fuori del gruppo

Fase 7: fare la sintesi delle nuove informazioni

La gestione del gruppo PBL prevede 3 momenti organizzativi.

Il primo momento è nominato "apertura del PBL": si affrontano le fasi dalla 1 alla 5. Durante tale incontro si identificano i ruoli dei partecipanti:

- il Presidente, un componente eletto a turno dal gruppo, funge da "leader di discussione o moderatore", stila l'ordine del giorno dell'incontro e stabilisce i tempi, garantisce la procedura sistematica delle fasi del PBL, supervisiona i progressi del gruppo, fa attenzione ai contenuti della discussione, assicura la partecipazione a tutti gli studenti;
- il Segretario che verbalizza tutti i progressi del gruppo dalla prima

alla quinta fase fino all'individuazione degli obiettivi didattici;

- i Componenti del gruppo che partecipano, acquisiscono materiale, discutono contenuti e cercano di raggiungere gli obiettivi di studio. Il secondo momento del gruppo PBL, prevede il lavoro di ricerca individuale (fase 6) per il raggiungimento degli obiettivi. Questa fase può durare alcuni giorni o qualche settimana a seconda della complessità del problema.

Il terzo ed ultimo momento è nominato "chiusura del PBL", (la fase 7 del metodo): tutti i membri del gruppo presentano, scambiano e discutono i risultati del lavoro individuale. In questa sede ogni componente si autovaluta rispetto alla qualità della sua ricerca, dei materiali trovati e soprattutto sulla propria capacità di lavorare in gruppo. La valutazione PBL è esclusivamente formativa. In sede di esame disciplinare si prevede la valutazione certificativa sui contenuti.

Questo metodo:

- Abitua gli studenti al rispetto delle dinamiche di gruppo e al lavoro d'équipe, dall'essere puntuali al completare i compiti assegnati e ad effettuare ricerche approfondite;

- sviluppa le abilità di apprendimento: capacità di formulare ipotesi, organizzare ed attuare un piano di studi efficace, ricercare informazioni rilevanti ed analizzarle criticamente, dimostrare capacità di sintesi;
- sviluppa la comunicazione: lo studente dovrà presentare le informazioni in modo ordinato, espresse in maniera chiara e precisa, dovrà partecipare in maniera attiva e pertinente agli incontri;

- abitua alle attività relazionali: dal saper ascoltare al saper aspettare il proprio momento d'intervento, saper accettare le critiche del gruppo, saper presentare il suo stato d'animo al gruppo stesso.

CONCLUSIONI

Il PBL è orientato in modo che lo studente non solo assimili una conoscenza e un'abilità in ambiti specifici, ma soprattutto acquisisca da solo una conoscenza e un'abilità sull'imparare ad imparare e sviluppi tutte quelle abilità fondamentali per le professioni sanitarie che si fondano sulla relazione e sulle capacità del lavoro d'équipe, dove l'integrazione multidisciplinare diventa un valore aggiunto e dove lo scambio delle conoscenze ed esperienze permettono lo sviluppo di tutte le professioni.

Bibliografia

Barrows H.S. Il processo tutoriale, Franco Angeli. Collana della Fondazione Smith Kline 1988

Zannini L, Saiani L, Renga G. Figure e metodi della tutorship nel diploma universitario per l'infermiere. Consensus Conference di S.Miniato. Rivista dell'Infermiere 1998; 3: 139-163.

Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. Il tutor per le professioni sanitarie Roma: Carocci 2003

A.Castellucci e al., "Il Tirocinio e il Processo Tutoriale nelle Professioni Sociali e Sanitarie", Franco Angeli, Milano 1997.

L.Sasso e A.Lotti- Problem based learning per le professioni sanitarie- Mc Grow Hill –Milano 2007

Guilbert J.J. La guida pedagogica per il personale sanitario, trad. italiana a cura di G. Palasciano, A. Lotti, Edizioni dal Sud, Modugno (BA) 2002

*Adoriano Santarelli (Coordinatore)
Fabiola Droghini, Maurizio Mercuri, Gilda Pelusi*

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA



SCIENZE UMANE

Forum Multiprofessionali coordinati da Tullio Manzoni
Polo Murri - Aula T - ore 17,15

Organizzazione Sanitaria - Prof. Francesco Di Stanislao

**I livelli essenziali di assistenza
nella programmazione nazionale e regionale**
10 dicembre 2008

**Programmazione e organizzazione del macrolivello
nospedaliero e delle A.O.**
7 gennaio 2009

**Programmazione e organizzazione
del macrolivello distrettuale**
14 gennaio 2009

Programmazione e organizzazione del long term care
21 gennaio 2009

**Programmazione e organizzazione del macrolivello.
Prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro**
28 gennaio 2009

Le Delibere del Consiglio di Amministrazione Riunione del 14/10/2008

Notizie sulle principali decisioni

Il Presidente ha dato il benvenuto al nuovo rappresentante degli studenti Sig. Mario Pietro Luminoso.

Il Consiglio ha espresso alcuni indirizzi sugli articoli della Legge N° 133 del 06.08.2008 che riguardano l'Università.

Sono state approvate le seguenti autorizzazioni ed individuazioni di procedure di spesa:

- 1) Accesso alle riviste elettroniche per il periodo 2008-2014 con l'editore American Chemical Society.
- 2) Acquisto di un microscopio elettronico (HESEM) per il Centro Interdipartimentale di Servizi di Microscopia delle Nanostrutture.
- 3) Affidamento Servizio Cassa.
- 4) Stagione concertistica '08/'09 Teatro delle Muse e Amici della Musica.
- 5) Approvazione Accordo finanziario tra UPM e INDIRE per mobilità LLP Erasmus.
- 6) Lavori di adattamento per appartamento Via Oberdan 10 - nuovi spazi destinati a uffici amministrativi.
- 7) Rettorato: lavori di modifiche, sistemazioni infiltrazioni e raffrescamento.
- 8) Approvvigionamento energia elettrica e combustibili da riscaldamento per l'anno 2008/2009: indagine di mercato per rinnovo fornitura.

Sono stati approvati i seguenti contratti e convenzioni:

- 1) Modifiche al tariffario dell'Ist.to di Scienze Odontostomatologiche.
- 2) Donazione dalla Ditta ABBOTT S.r.l. al Dip.to di Scienze Mediche e Chirurgiche.
- 3) Convenzione tra l'Ist.to di Scienze Materno Infantili e la Fattoria Petri.
- 4) Convenzioni tra l'Ist.to di Biologia e Genetica e l'ISPR.
- 5) Atto aggiuntivo alla convenzione di collaborazione tra la Marina Militare e l'UNIVPM.
- 6) Accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica dell'UNIVPM.
- 7) Convenzione con l'ASUR Zona Territoriale n. 2 Urbino per corso Responsabile del Rischio Amianto.

È stata approvata la revisione del Regolamento di Ateneo per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza.

È stato espresso parere favorevole al Regolamento interno del Dip.to di Medicina Clinica e Biotecnologie Applicate

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- 1) Presa d'atto modifiche apportate allo Statuto del Consorzio Interuniversitario Nazionale per la Bio-Oncologia (CINBO).
- 2) Adesione all'Associazione "UNISCAPE - Rete Europea di Università".

È stato approvato il conferimento ed il rinnovo di alcuni assegni di ricerca richiesti dalle strutture.

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- 1) Contributo di Euro 25.000,00 dall'Agenzia Congredior di Ancona all'Ist.to di Malattie Infettive e Medicina Pubblica.
- 2) Anticipo di Euro 12.000,00 al CESMI - Convenzione MarchE-Learning.

- 3) Contributo di Euro 18.798,00 dalla Società BINT S.r.L. all'Ist.to di Morfologia Umana e Normale.
- 4) Contributo di Euro 14.098,50 dalla Fondazione Salesi all'Ist.to di Scienze Materno-infantili.
- 5) Rimodulazione piano finanziario Agreement Pennington Biomedical Research Center/Ist.to di Morfologia Umana e Normale e richiesta anticipazione Euro 17.550.
- 6) Dip.to di Medicina Clinica e Biotecnologie Applicate - Proroga fondi Ricerca Scientifica di Ateneo anno 2005.
- 7) Dip.to di Medicina Clinica e Biotecnologie Applicate - borsa di studio per laureati di Euro 6.140,00.
- 8) Resistenza in giudizio specializzandi al Tribunale di Ancona.
- 9) Mancato accoglimento richiesta integrazione risarcimento assicurativo.
- 10) Mancato preavviso assegnisti di ricerca
- 11) Convenzione Ditta Merck & Co. Inc. - Ist.to di Malattie Infettive e Medicina Pubblica.
- 12) Cambridge Esol Examination - CSAL - Certificazioni linguistiche.
- 13) Cofinanziamento CESMI: "Un cappuccino per un PC".
- 14) Richiesta specializzandi: rateizzazione maggiore contributo INPS.
- 15) Autorizzazione assunzione tecnico a tempo determinato su progetto di ricerca Istituto di Morfologia Umana Normale.
- 16) Disciplinare di incarico interno al Centro Interdipartimentale di Servizi Tutela della Salute Legge 81/08.
- 17) Rinnovo conferimento incarico esperto sulla sicurezza.

Appunti dal Senato Accademico Riunione del 24/9/2008

Notizie sulle principali decisioni

Oggetto n. 1 - Comunicazioni del Presidente

In apertura di seduta è stato osservato un breve raccoglimento per commemorare il Prof. Franco Angeleri recentemente scomparso, Rettore dell'Ateneo dal 1979 al 1982, Professore emerito di Neurologia, Direttore dell'Istituto di Malattie del Sistema Nervoso dal 1976 al 2000.

E' stato dato il benvenuto ai rappresentanti degli studenti: Sig. Paolini e Sig. Rebichini.

L'Università Politecnica delle Marche risulta tra le Amministrazioni che sono rientrate nel concorso "Premiamo i risultati" promosso dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione - Dipartimento della Funzione Pubblica.

La situazione delle immatricolazioni studenti non presenta segnali particolari rispetto allo scorso anno.

Oggetto n. 2 - Istituzione 10° Ciclo N.S. Scuole di Dottorato di Facoltà

È stata approvata l'istituzione delle Scuole di dottorato per

il prossimo ciclo.

Sono state distribuite alle Scuole di dottorato di Facoltà le seguenti borse finanziate dall'Ateneo: Facoltà di Agraria: 8; Facoltà di Economia G.FUA: 13; Facoltà di Medicina e Chirurgia: 15; Facoltà di Ingegneria: 25; Facoltà di Scienze: 7.

E' stato inoltre approvato il cofinanziamento di n. 26 borse.

Oggetto n. 4 - Varie ed eventuali

Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- 1) Il Senato Accademico ha approvato l'adesione ad i corsi IFTS per l'a.a. 2008/2009 proposti dalle Facoltà di Economia ed Ingegneria ed ha stabilito che, permanendo le attuali condizioni, dal prossimo anno non parteciperà ai bandi regionali per tali corsi.
- 2) Accordo quadro tra Università Politecnica delle Marche (Facoltà di Scienze), Regione Marche e Dip.to della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- 3) Protocollo d'intesa tra Università Politecnica delle Marche (Dip.to di Architettura, Rilievo, Disegno, Urbanistica e Storia) e la Fondazione Cassa di Risparmio di Fano.
- 4) Rinnovo convenzione con il Consorzio Nettuno per la prosecuzione dei corsi già attivati.
- 5) Convenzione tra Università Politecnica delle Marche e MEDITSILVA (Centro Studi Appennino per la Foresta dell'Area mediterranea).
- 6) Contratti per attivazione corsi ufficiali e integrativi retribuiti a.a. 2008/2009 - Approvazioni e deroghe.
- 7) Carico didattico docenti e deroghe supplenze a.a. 2008/2009.
- 8) Non accoglimento richiesta affidamento fuori sede corso di insegnamento Prof. Mario Castellucci.
- 9) Deroghe attribuzione incarico di coadiutore didattico a.a. 2008/2009.
- 10) Adesione dell'Università Politecnica delle Marche (Dipartimento SAIFET) all'Associazione UNISCAPE.
- 11) Designazione Coordinatore Generale di Biblioteca.
- 12) Designazione Direttore e componenti Comitato Tecnico Scientifico CESMI.
- 13) Regolamento interno Dip.to di Medicina Clinica e Biotecnologie Applicate.
- 14) Regolamento interno Dip.to di Scienze Alimentari, Agro-Ingegneristiche, Fisiche, Economico-Agrarie e del Territorio (SAIFET).
- 15) Attivazione n. 2 borse di studio giovani ricercatori indiani.
- 16) Utilizzo residuo (30 mensilità) borsa di studio dottorato di ricerca Fondazione CARIVERONA.
- 17) Accordo quadro tra CCIIA Ascoli Piceno e UPM per progetti di innovazione.
- 18) Sono state ripartite le seguenti annualità relative ad ulteriori risorse per assegni di ricerca: Facoltà di Agraria: 2; Facoltà di Economia G.Fuà: 4; Facoltà di Medicina: 4,5; Facoltà di Ingegneria: 7,5; Facoltà di Scienze: 2

ALESSIA BUGLIONI, M.GIOVANNA DANIELI,
ARMANDO GABRIELLI

Clinica Medica
Università Politecnica delle Marche

L'educazione terapeutica nelle malattie autoimmuni

Introduzione

Le connettiviti sono malattie croniche infiammatorie su base autoimmune; essendo sistemiche, possono potenzialmente colpire qualsiasi organo e apparato, compromettendone anche gravemente la funzionalità. Ciò comporta una grande varietà di quadri clinici che a volte può rendere difficile la definizione diagnostica della malattia.

La loro patogenesi è complessa, intervenendo sia fattori genetici (non c'è un'ereditarietà mendeliana, ma solo familiarità) che ambientali (raggi solari, agenti infettivi, ormoni...) senza una netta prevalenza degli uni sugli altri. La presenza di questi fattori di rischio, ovviamente, non implica necessariamente la comparsa della malattia, ma descrive solo un fenotipo più suscettibile di altri alla manifestazione di questi quadri patologici.

Tra i fattori che influenzano la prognosi a lungo termine rientrano anche la capacità di autogestione del paziente e la conoscenza che lo stesso ha della sua condizione patologica.

L'Educazione Terapeutica (PTE, *Patient therapeutic education*) è una componente fondamentale della strategia terapeutica delle malattie croniche; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito nel 1998 l'Educazione Terapeutica "un approccio che dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta, di conseguenza, di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente; l'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia ed il trattamento, a cooperare con i curanti, a vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita". Si situa a livello della prevenzione secondaria (che cerca, in presenza del fattore di rischio, di ritardare o evitare il manifestarsi della malattia) e terziaria (che si rivolge ad una popolazione già colpita, per la quale sono messe in atto strategie per ridurre l'insorgenza di complicanze).

Le malattie croniche, in costante aumento di prevalenza per la maggiore sopravvivenza media della popolazione, hanno cambiato radicalmente il concetto di salute ed attribuito al benessere una connotazione globale che coinvolge tutte le dimensioni della persona ammalata ed in particolare quella psicologica. Che cos'è una malattia cronica? È una malattia che

persiste per un tempo prolungato, che non ha sostanziali prospettive di guarigione, che altera le funzioni *psichiche, emotive, intellettuali, sociali o spirituali*; può determinare inabilità parziale o completa e richiedere cure e competenze particolari, rapporti stretti e continui con le strutture sanitarie ed ha, comunque, grande rilievo sulla *vita sociale del paziente e della sua famiglia, sui progetti e sulle aspirazioni*.

Un paziente cronico più facilmente di quello acuto tenderà a sentirsi solo, a cadere in depressione, ad avere bisogno di supporto morale e di stimoli per aver voglia di vivere. Avrà paura di perdere la sua indipendenza e la sua autonomia, schiavo di un disagio crescente ed incontrollabile che lo fa sentire diverso dal resto del mondo e dal se stesso di prima della malattia. Quella cronica è una malattia che con le attuali competenze scientifiche non riusciamo a guarire. Riusciamo a mantenere in buone condizioni di salute la persona, solo grazie a continui interventi e attraverso ripetuti controlli clinici e ricoveri in ospedale.

Più spesso, oggi, l'approccio di medici ed operatori sanitari alla malattia cronica è di tipo biomedico, che indubbiamente è congruo per le malattie a decorso acuto; anche la stessa attività assistenziale è organizzata seguendo questo modello.

Poco sviluppato è invece il ricorso al modello globale (biomedico, pedagogico e psicosociale insieme) che è il più indicato per l'assistenza del malato cronico (Tab.1). Nella pratica clinica si dovrebbe essere capaci di passare da un modello all'altro, talvolta molto rapidamente, a seconda della situazione e contemporaneamente acquisire un nuovo linguaggio, che permetta di entrare in comunicazione con la persona assistita, in un sistema aperto ed interdipendente. Queste abilità, già difficili da sviluppare di per sé, saranno più problematiche da raggiungere se la formazione medica continui a privilegiare il solo modello biomedico.

Da ciò nasce l'esigenza di un nuovo rapporto medico-paziente o meglio medico-persona, di un passaggio dal paternalismo autoritario dei professionisti vecchio stampo ad una relazione che può essere definita "negoziale", destinata a durare per sempre nella sua interattività. I moderni orientamenti etici tendono a riconoscere ad ogni uomo un diritto sempre più ampio ad intervenire direttamente nelle scelte che lo coinvolgono; anche quelle che riguardano la sua salute e che richiedono un livello di competenze non sempre accessibile a tutti.

Un altro fattore all'origine dell'Educazione Terapeutica è la nozione stessa di salute, considerata come un bene di natura complesso, che conduce sempre più pazienti a posizionarsi come "produttori di salute", che operano scelte terapeutiche che da ora in avanti ritengono spettino a loro. Ecco che l'educazione del paziente sta diventando un obiettivo sempre più incalzante per tutelare contestualmente il diritto a decidere e l'effettiva consapevolezza delle implicazioni di ogni decisione da parte del soggetto malato.

L'Educazione Terapeutica, a differenza di altre forme di educazione sanitaria, come l'educazione alla salute che si fonda principalmente su azioni di sensibilizzazione e di comunicazione rivolte alla popolazione generale (concernenti per esempio le

Tesi di Laurea presentata e discussa in Facoltà il 24 luglio 2008, co-Relatore la Prof.ssa Maria Giovanna Danieli, Relatore il Prof. Armando Gabrielli.

Modello biomedico	Modello integrativo globale
La malattia è essenzialmente di natura organica	Oltre alla componente organica, nella genesi della malattia rientrano fattori psicologici, sociali, economici e culturali
Interessa l'individuo	Interessa non solo l'individuo, ma anche la sua famiglia e l'ambiente
Il compito del medico è quello di porre diagnosi e fornire la terapia	L'assistenza è un processo continuo dalla prevenzione alla cura alla riabilitazione che considera gli aspetti sociali oltre che quelli organici
L'assistenza è erogata dal medico	L'assistenza è erogata da team multidisciplinari e multi professionali
L'assistenza è organizzata in centri ospedalieri autonomi	L'assistenza è organizzata in un sistema che coinvolge anche il territorio e la comunità

Tab. 1 - Modelli di approccio alla malattia.

Modificata da M. Bury, 1979 *Les services de psychologie médicale et de psychosomatique: pierre angulaire de l'enseignement des Sciences Humaines en Médecine. Rev Méd Psychosom, 1979; 21 :477.*

sane abitudini, l'alimentazione equilibrata, la prevenzione dell'AIDS, dell'alcolismo, del tabagismo...), si rivolge ai pazienti e al loro *entourage* vicino e si propone di renderli competenti nel curarsi. Si tratta quindi di una formazione, in un certo senso di una scuola, fondata su una *pedagogia*, o meglio *andragogia*, nella quale i pazienti, a partire dalla loro esperienza e messi di fronte a nuovi saperi, imparano a conciliare nella quotidianità gli imperativi della loro vita e della loro malattia.

Il termine *andragogia* viene ufficialmente coniato nel 1833 ed indica una teoria unitaria dell'apprendimento e dell'educazione degli adulti; s'incanta sulla comprensione della diversità dei bisogni e dell'interesse di capire degli adulti rispetto ai bambini. Malcolm Knowles (1913-1997) può essere considerato tra i più noti studiosi di questa teoria.

Per poter apprendere, l'adulto deve sentire in sé il bisogno di conoscere, deve sentire che il proprio concetto di sé viene rispettato dall'educatore e deve essere collocato in una situazione di autonomia e vita reale. Nell'educazione dell'adulto ha un ruolo essenziale l'esperienza, sia come attività di apprendimento sia come pregresso talvolta negativo che costituisce una barriera di pregiudizi e abitudini mentali che fa resistenza all'apprendimento. Le motivazioni più forti che spingono una persona intellettualmente e caratterialmente già formata ad imparare sono quelle interne: desiderio di una maggiore soddisfazione nel lavoro, autostima, qualità della vita... La malattia cronica è stimolo più che sufficiente alla conoscenza della stessa per una persona che ne è colpita, perché compromette quel benessere che da tutti quanti è ritenuto scopo e senso della vita.

Numerosi studi hanno mostrato che la qualità delle cure nelle malattie croniche dipende direttamente della capacità dei pazienti di gestire quotidianamente la loro malattia. I pazienti riconoscono che i curanti che hanno anche competenze pedagogiche contribuiscono a migliorare la loro qualità di vita, il controllo della malattia nel lungo termine e la qualità delle cure nel periodo della crisi acuta, poiché il paziente formato consulta il curante molto prima.

Secondo stime dell'OMS, circa l'ottanta per cento dei pazienti extraospedalieri soffre di affezioni croniche e di essi meno del

cinquanta per cento segue correttamente le prescrizioni dei curanti; altro dato significativo è che nove milioni di Americani sono affetti da una o più malattie croniche e che sette morti su dieci sono causate proprio da questo tipo di affezioni. L'infermità obbliga inoltre il paziente a scelte e comportamenti che riguardano la vita quotidiana e non può quindi meravigliare che per affrontare al meglio la malattia, il paziente possa avvantaggiarsi di specifici interventi educativi.

Esiste una differenza molto netta tra un'educazione del paziente di tipo "informale" e l'educazione terapeutica condotta secondo criteri e metodi pedagogici rigorosi: la prima consiste essenzialmente nel dialogo tra curante e assistito e si basa su un insieme di informazioni, consigli, raccomandazioni e istruzioni; la seconda invece "consiste in un programma di formazione, al termine del quale il paziente diviene capace di esercitare autonomamente delle competenze terapeutiche che, in un altro contesto, sarebbero di responsabilità del curante".

L'Educazione Terapeutica deve basarsi su un approccio sistematico (Fig. 1) in cui il curante svolge i seguenti compiti:

- identifica i bisogni educativi dei pazienti;
- negozia con il soggetto contenuti e obiettivi educativi (*counseling*);
- propone percorsi di apprendimento pertinenti e interattivi;
- controlla qualità e risultati dell'attività educativa.

Ogni pratica educativa deve essere quindi organizzata e pianificata con lo stesso scrupolo riservato alle procedure diagnostiche e terapeutiche ordinarie e la malattia può diventare così un ideale luogo di incontro tra persone. Non bisogna poi dimenticare che l'apprendimento del paziente è collegato al grado di accettazione che egli ha della sua malattia, è quindi difficile immaginare interventi educativi efficaci su persone che non siano consapevoli della propria diagnosi e prognosi.

Le finalità, valide per tutti i gruppi di pazienti, sono quelle di aiutare il malato, in modo proporzionale alla sua volontà e capacità di collaborazione, a capire la natura della sua malattia e lo scopo dei trattamenti, fornendogli le competenze necessarie per collaborare con il personale curante



Fig. 1 - Fasi del processo metodologico dell'educazione terapeutica. Modificata da A. Lacroix, J.P. Assal, *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*, 2005.

e riuscire ad affrontare autonomamente i più frequenti problemi quotidiani posti dalla malattia. Si cerca quindi di favorire l'autonomia di scelta e di rafforzare la responsabilità diretta della persona assistita, aiutandola a sviluppare le conoscenze, l'abilità e le attitudini necessarie a prevenire o ritardare la comparsa delle complicanze evitabili e migliorare la qualità della sua vita quotidiana (*Empowerment*, ossia "aiutare l'altro a ritrovare il suo potere sulla vita").

L'attività di Educazione Terapeutica può anche estendersi ai famigliari per fornire loro le competenze necessarie ad affiancare adeguatamente il loro congiunto malato, ma anche a sostenere se stessi e il resto della famiglia. Inoltre con questo approccio medico-persona si può promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi da parte dell'utenza, migliorando la qualità del servizio, contenendo la spesa e ottimizzando i tempi di gestione dell'assistenza sanitaria.

Nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 si sottolinea che i risultati di salute non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare. Tra le sue idee forti, il PSN 1998-2000 indica il rafforzare

l'autonomia decisionali degli utenti, il promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari, il contrastare le patologie più importanti e l'aiutare a convivere attivamente con la cronicità. Per affrontare la cronicità è anzitutto necessario garantire continuità all'intervento di cura, privilegiando tutti i fattori che contribuiscono a rendere accettabile la qualità di vita a quanti, persone malate e loro familiari, vivono per lungo tempo in situazioni di difficoltà. In particolare è necessario garantire, fin quando è possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti, fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie (qui interviene anche la PTE) e l'assistenza domiciliare integrata.

Numerosi progetti di educazione del paziente sono attivi nel territorio nazionale. Tuttavia solo in pochi casi è possibile identificare con precisione le loro caratteristiche metodologiche. I professionisti coinvolti sono medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e qualunque esperto della malattia in causa (dietologi per diabetici, cardiopatici e obesi, fisioterapisti per le malattie neuro-muscolari...). Le malattie croniche nelle quali si è applicata in Italia e all'estero la PTE sono diverse, tra di esse il diabete mellito tipo I e tipo II, l'obesità (anche pediatrica), i tumori (ad esempio il melanoma cutaneo), i trapianti, la sclerosi multipla, le cardiopatie (infarto, scompenso, impianto di protesi valvolare, trapianto, rivascolarizzazioni chirurgiche o meccaniche), la dermatite atopica, l'asma bronchiale, la fibrosi cistica, la fibromialgia, il lupus eritematoso sistemico (LES) e l'artrite reumatoide.

Sempre più numerose e ampie sono le documentazioni scientifiche che dimostrano chiaramente come l'Educazione Terapeutica da una parte migliori il livello di salute del paziente, preservandone in molti casi la qualità della vita e, dall'altra, contribuisca a rallentare la comparsa delle complicanze riducendone i costi in termini di risorse umane e materiali. Iniziative particolarmente riuscite si cominciano a moltiplicare negli Stati Uniti, in Italia e negli altri stati Europei, e la richiesta di una PTE efficace cresce in tutto il mondo. Da qui l'esigenza di diffondere questa filosofia terapeutica e di farla conoscere ai futuri praticanti fin dagli inizi della loro preparazione.

Una recente metanalisi che concerne gli studi pubblicati sull'Educazione Terapeutica e una sintesi di lavori importanti mostrano che i programmi di educazione hanno un'influenza positiva sui *livelli di conoscenza dei pazienti sulla loro malattia e sulle loro competenze in termini di capacità gestuale, tecniche e presa di decisioni che riguardano la loro salute ed il loro trattamento*.

Il fatto che la PTE non sia sempre praticata in Italia potrebbe dipendere dalla formazione del personale sanitario. La PTE infatti non fa parte del *curriculum studiorum* di medici, infermieri e altri professionisti della salute o almeno non di tutti. In alcune facoltà ci sono lezioni e seminari sulla comunicazione con i pazienti ed i loro familiari e sull'educazione del paziente; in linea di massima però, l'approccio alla malattia cronica e l'accompagnamento a lungo termine che questo comporta sono poco praticati nell'insegnamento pre-laurea. Le competenze psico-sociali, educative e comunicative rischiano a volte di essere trascurate, a

favore di una formazione più tecnica, che aiuta solo in parte nella cura quotidiana del malato cronico.

È importante sottolineare che nel 2002 è stata fondata a Parigi la S.E.T.E. (Société d'Éducation Thérapeutique Européenne), per iniziativa di ricercatori e professionisti in questo campo. Il presidente fondatore è stato il professor Jean Philippe Assal, noto pioniere dell'Educazione Terapeutica.

Soggetti e metodi

La nostra esperienza, sviluppata tra novembre 2006 e aprile 2008 con i pazienti seguiti in Clinica Medica (Ospedali Riuniti di Ancona / Università Politecnica delle Marche), ha avuto lo scopo di verificare se plurimi incontri di Educazione Terapeutica tenuti da personale esperto di malattie autoimmuni (medici, infermieri e ricercatori), potevano risultare utili per migliorare, nei soggetti cronicamente malati, le conoscenze circa la propria malattia ed incidere positivamente sul modo di porsi degli stessi nei confronti della malattia e di tutto ciò che da essa deriva.

Più nel dettaglio, l'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di verificare se i soggetti che hanno partecipato agli incontri di Educazione Terapeutica, rispetto a portatori della stessa affezione non partecipanti, acquisivano una migliore conoscenza della loro malattia (definizione, sintomi, interessamento d'organo, ecc.); maggiore sicurezza nella gestione della terapia (farmaci, dosi, effetti collaterali, controlli a distanza ecc); minore compromissione dello stile di vita, benessere psichico oltre che fisico.

Lo studio si è rivolto a gruppi di soggetti portatori di LES, Sclerosi Sistemica (SSc) e Sindrome di Sjögren (SS). Per assicurare un corretto raffronto, abbiamo curato che consistenza numerica dei gruppi, sesso, durata media della malattia, età media e livello culturale fossero omogenei. Nei gruppi non sono state comprese persone con età inferiore ai diciotto anni.

Le giornate formative sono state organizzate seguendo i principi dell'educazione di gruppo (Fig. 1, differenze tra il metodo educativo applicato al singolo piuttosto che al gruppo). Gli incontri si sono svolti in un'aula della nostra Facoltà. Gli argomenti trattati hanno considerato la conoscenza e le competenze che le persone presenti avevano della malattia, delle metodiche diagnostiche e della terapia; il loro bisogno di apprendimento, il significato attribuito alla loro malattia, le prospettive future; l'influenza della malattia sulla vita personale, familiare, professionale; i comportamenti da assumere.

Al termine degli incontri è stato valutato l'apprendimento dei partecipanti tramite dei questionari appositi, specifici per ogni connettivite, che hanno permesso di appurare le conoscenze acquisite, sia nei riguardi della malattia che dei farmaci utilizzati per curarla.

Abbiamo completato l'indagine utilizzando un questionario, riconosciuto universalmente, efficace per valutare lo stato di salute psico-fisico, la qualità di vita di queste persone ed il loro rapporto con i medici (SF-36).

Infine è stato chiesto ai presenti un giudizio sugli incontri cui hanno partecipato.

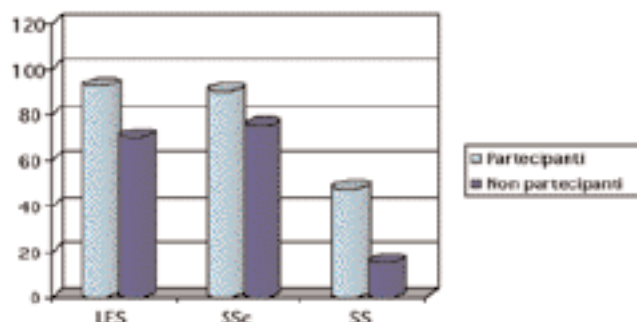


Fig. 2 - Percentuali delle risposte corrette concernenti la conoscenza della malattia intesa come definizione, patogenesi e potenziali organi bersaglio nei soggetti con LES, SSc e SS partecipanti o meno all'attività di ET.

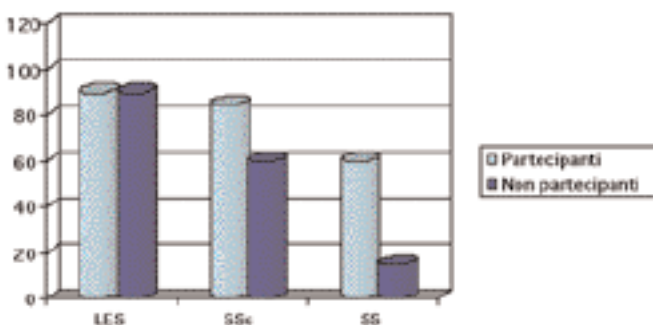


Fig. 3 - Percentuali delle risposte corrette concernenti la conoscenza della terapia intesa come farmaci efficaci, effetti collaterali, durata dello schema terapeutico, nei soggetti con LES, SSc e SS partecipanti o meno all'attività di ET.

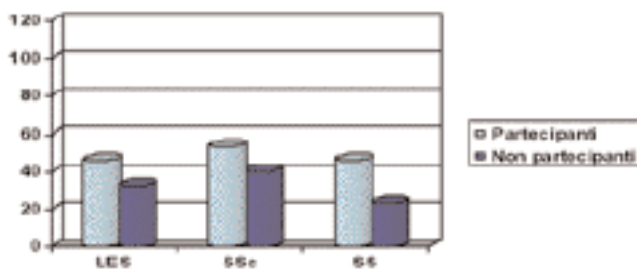


Fig. 4 - Qualità della vita: percentuali di risposte negative, indice di scarso benessere psico-fisico nei soggetti con LES, SSc e SS partecipanti o meno all'attività di ET.

I risultati ottenuti sono stati espressi come frequenze ed esaminati con il test esatto di Fisher per l'analisi statistica.

Risultati e discussione

I risultati dimostrano che nelle tre situazioni patologiche ana-

lizzate l'ET svolge un ruolo importante in diversi ambiti.

Per quel che concerne la conoscenza della propria malattia, sia nei soggetti affetti da LES che in quelli affetti da SSc e SS (Fig. 2) sono apparse più numerose (e in maniera statisticamente significativa) le risposte corrette di chi è intervenuto alle riunioni, rispetto a quelle fornite da coloro che non hanno partecipato.

Anche nei riguardi della conoscenza della terapia (Fig. 3) il nostro programma di ET ha fatto sì che una quantità maggiore di persone partecipanti abbia dato più risposte corrette rispetto ai controlli; una discreta differenza è presente nella SSc (80% vs 60% dei non partecipanti, $p = 0.0032$) ed una differenza ancora più marcata è presente tra i pazienti con SS partecipanti (60%) e non partecipanti (15%, $p < 0.0001$).

Nessuna differenza è invece emersa nei pazienti portatori di LES, nei quali una buona conoscenza della terapia è comune a tutti i soggetti.

Per quel che riguarda l'analisi della qualità della vita (Fig. 4), c'è da dire che la risposta ottenuta non è stata quella attesa; le persone che hanno partecipato agli incontri non riferiscono una qualità di vita migliore rispetto a chi non ha frequentato. Al contrario, sembrerebbe che chi ha partecipato risenta molto di più della malattia nella sua vita privata.

Questo risultato inaspettato potrebbe essere interpretato pensando che, essendo la partecipazione alle riunioni di ET una libera scelta, probabilmente scelgono di intervenire le persone che hanno un valido motivo per presenziare, ossia coloro che sentono più forte bisogno di star meglio, a parità di durata media della malattia, rispetto a coloro che non partecipano. La scarsa qualità della vita sarebbe il fattore che spinge i diretti interessati alle riunioni e non l'attrazione delle stesse.

I nostri dati hanno trovato conferma nei risultati ottenuti con il questionario sullo stato di salute SF-36. L'indice di salute mentale (ISM) è una spia del disagio dei soggetti. Le persone partecipanti agli incontri hanno un ISM più basso sia dei soggetti non partecipanti, che della popolazione Italiana; nel caso dei soggetti sclerodermici c'è un'importante compromissione anche dell'ISF (indice di salute fisica).

In conclusione risulta che chi ha partecipato agli incontri di ET ha una più forte coscienza del suo ruolo nella cura della propria malattia. Questo è un risultato certamente positivo, in quanto scopo dell'Educazione Terapeutica è anche quello di far sentire la persona malata coinvolta in prima persona nelle scelte terapeutiche, consapevole di vantaggi e svantaggi nelle cure e quindi sufficientemente autonoma. È stato chiesto infine, a tutti i soggetti entrati nello studio, di esprimere un giudizio sugli incontri di ET; qui la risposta è stata unanime: tutti i soggetti partecipanti hanno ritenuto utile l'intervento formativo e informativo al fine di acquisire migliore conoscenza della malattia e migliore aderenza terapeutica; questa opinione è condivisa anche dai soggetti che, per motivi diversi, non hanno potuto partecipare agli incontri.

Di notevole importanza per un'efficace attività di educazione è stata la partecipazione di molti medici, ricercatori, infermieri e altri professionisti della salute (fisioterapisti, dietisti), che si sono

resi disponibili per l'attuazione del programma, con evidenti vantaggi anche per loro stessi. Possiamo citare:

- il miglioramento e arricchimento della propria identità umana e professionale;
- un miglior clima nei rapporti interpersonali nel luogo di lavoro;
- una riduzione dello stress emotivo e della possibilità del *burn-out*;
- una maggiore gratificazione professionale derivante dall'opportunità
- il poter approfondire il rapporto interpersonale con i propri assistiti.

Durante ogni riunione, cui partecipavano anche familiari dei soggetti colpiti, il coinvolgimento attivo dei pazienti è stato un obiettivo importante. Oltre a spiegare ed informare, si è cercato sempre il dialogo con gli ascoltatori, favorendone la formulazione di domande e spronandoli a parlare della personale esperienza con la malattia cronica. Il confronto aperto tra persone che vivono situazioni difficili e simili è stato di grande utilità, sia per i malati che per i medici.

Bibliografia

- 1) WHO Europe Working Group, *Therapeutic Patient Education: continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*, WHO 1998. <http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>
- 2) Lacroix A, Assal JP, *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*, Edizioni Minerva Medica, Torino, 2005.
- 3) d'Ivernois JF, Gagnayre R, *Educare il paziente, un approccio pedagogico*, Ed. McGraw-Hill, Milano, 2006.
- 4) Lecimbre E, Gagnayre R, Deccache A, d'Ivernois JF. Role of patient associations in the development of therapeutic education in France. *Santé Publique* 2002; 14(4):389-401.
- 5) Stockl A, Complex syndromes, ambivalent diagnosis, and existential uncertainty: the case of Systemic Lupus Erythematosus (SLE). *Soc Sci Med* 2007; 65(7):1549-59.
- 6) Nived O, Andersson M, Lindgren M, et al. Adherence with advice and prescriptions in SLE is mostly good, but better follow up is needed: a study with a questionnaire. *Lupus* 2007; 16(9):701-6.
- 7) Chen SY, Wang HH, The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behaviour in patients with rheumatoid arthritis. *J Nurs Res* 2007; 15(3):183-92.
- 8) Sweeney B, The place of Humanities in the education of a doctor. *Br J Gen Pract* 1998; 48:998-1003.
- 9) Assal JP, Revisiting the approach to treatment of long-term illness: from the acute to the chronic state. A need for educational and managerial skills for long-term follow-up. *Pat Educ Couns* 1999; 37(2):99-111.
- 10) Jacquemet S, Lacroix A, Perrolini M, Golay A, Assal JP, Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases. New observation method for the continuous training of the healthcare team. *Pat Educ Couns*, 1998; 34(3):201-12.
- 11) Lacroix A, Golay A, Assal JP, The process of accepting a chronic disease. What is the role of caregivers in management of these patients? *Schweiz Rund Med Praxis* 1993; 82(48):1370-2.
- 12) Knowels M, *Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia*. Milano, Franco Angeli, 1997.
- 13) Ferraresi A, Gaiani R, Manfredini M, *Educazione Terapeutica, metodologia e applicazioni*, Carocci Faber, Roma, 2004.
- 14) Funnel M, Anderson R. *Empowerment and Self-Management of Diabetes*. *Clinical Diabetes* 22:123-127, 2004.
- 15) Collins LG, Arenson C, Antony R. Chronic illness care education: longitudinal interprofessional mentor programme. *Med Educ* 2008; 42:1111-1146.
- 16) Riemsma RP, Taal E, Rasker JJ. Group education for patients with Rheumatoid Arthritis and their partners. *Arthr Rheum* 2003; 49 (4): 556-566.

Esorcisti e Psichiatri ovvero mali malefici e mali psichici

Esorcisti e Psichiatri è il titolo di una recente pubblicazione di Gabriele Amorth, esorcista ufficiale della diocesi di Roma, presidente dell'Associazione Internazionale degli Esorcisti, sacerdote della famiglia paolina, già noto per precedenti lavori sul tema *Un esorcista racconta* e *Nuovi racconti di un esorcista*.

Il libro mi è stato donato da un anziano vescovo ammalato che mi invitava, quale medico, a prendere conoscenza su questo tema.

Tema che nella sua attività pastorale, svolta in diverse diocesi del Lazio e delle Marche, aveva dovuto affrontare più volte non senza difficoltà.

Tema che ripropongo oggi come titolo di questo mio intervento sui manicomi marchigiani e le follie di una volta, tra cui trovano giusta collocazione le cosiddette possessioni demoniache. Si tratta di un argomento quanto mai controverso che ha suscitato e continua a suscitare, nonostante le attuali conoscenze sulla psicologia e neurofisiologia, incertezze e incredulità, specie all'uomo delle certezze di oggi, nutrito da una cultura laica che spesso contesta in blocco il cristianesimo ed ogni sua rivelazione, nega gli esorcismi di Cristo definendolo "linguaggio culturale del tempo" e abbraccia il razionalismo e il materialismo, negando ogni forma soprannaturale.

La parte più interessante dell'opera di padre Amorth, giornalista noto anche per aver partecipato a diverse trasmissioni televisive, sono gli atti della conferenza dibattito del 1993 tenutasi nella Clinica psichiatrica dell'Università di Roma, a Tor Vergata, nell'ambito delle attività della Società Italiana di Psichiatria Transculturale che vi ripropongo brevemente. Al convegno erano presenti oltre cinquanta psichiatri, in gran parte direttori di importanti centri specialistici. La domanda cruciale che giunge al cuore del problema, posta quasi in modo provocatorio ai convenuti, è *quando ricorrere all'esorcista invece dello psichiatra?*

Esorcista e psichiatra sono due figure con profili e con metodologie del tutto diverse, che trattano i mali dell'anima e della mente. Realtà spirituali dell'animo umano che ripropongono immutato anch'or oggi l'eterno dilemma tra scienza e fede. Dissidio affrontato da grandi pensatori nel passato, impresa titanica tentata nell'Ottocento da Rosmini che voleva raggiungere l'armonia tra fede e ragione, senza la quale si approda al relativismo.

Lettura tenuta al Congresso annuale della Facoltà, Manicomi Marchigiani, le follie di una volta, tenuta nell'Auditorium Montessori del Polo Murri, il 6 giugno 2008.

MARCO BELOGI

già Primario Medico
Fano (Pesaro Urbino)

Concetto ripreso in pieno dal concilio Vaticano II e di recente da Benedetto XVI nel suo recente discorso all'ONU.

La pubblicazione di Padre Amorth, basata su una decennale esperienza maturata a fianco di grandi maestri, vuol essere un manuale pratico per orientare semeiologicamente quando ci si trovi di fronte alle forze del male. Dopo aver raccomandato, come un bravo medico, la raccolta dei dati anamnestici, il sacerdote deve ascoltare il parere di esperti psicologi e psichiatri. Di fronte a disturbo psichico l'esorcista subentra solo nell'eccezione, cioè in presenza di sintomi del tutto particolari dove la scienza medica è incapace di dare risposta. Sintomi che possono essere così riassunti:

- avversione radicale al sacro;
- reazioni avverse in luoghi sacri particolari come la Santa Casa di Loreto, il collare di S. Vicinio a Sarsina o la grotta di San Michele a Monte S. Angelo del Gargano;
- violenza inspiegabile di fronte a preghiere o oggetti sacri;
- glossolalia (parlare lingue mai conosciute prima);
- lievitazione;
- forza erculeo sopra le proprie possibilità;
- capacità a prevedere e conoscere cose non note.

Le condizioni indispensabili raccomandate prima di procedere all'esorcismo sono:

- non aver tralasciato alcuna cura messa a disposizione dalla scienza medica;
- aver seguito fedelmente il trattamento prescritto dal medico;
- rammentare sempre che sindromi psichiatriche quali la psicosi schizofrenica o la nevrosi isterica presentano sintomi di possessione demoniaca.

Come in un manuale di semeiotica, l'autore delinea le vie più comuni di



penetrazione demoniaca. Esse sono costituite da:
ferite emotive;
peccato grave;
attività occulte (occultismo è la vera religione di Satana).
Si giunge sempre alla certezza di una possessione diabolica?

In alcuni casi il dubbio rimane.

Lo studioso osserva inoltre che le preghiere non provocano danni organici a differenza dei farmaci.

Per raggiungere la guarigione spesso occorrono tempi lunghi sostenuti costantemente da gruppi di preghiera.

Dopo aver fatto una breve analisi del lavoro di padre Amorth, passiamo ad alcune considerazioni volgendo uno sguardo indietro alla nostra storia.



Bartolomeo e Pompeo Morganti, pittori fanesi del XVI secolo: *S. Michele che abbatte Lucifero e la Resurrezione di Lazzaro.*

Gli spiriti del male sono temuti presso le religioni di ogni popolo. Negli ebrei venivano chiamati *dybbuk* mentre negli islamici *Jinn*.

Da sempre è esistita l'intuizione dell'esistenza di spiriti del male da cui era necessario difendersi con mezzi e con forme proprie, consone alla mentalità socio culturale delle varie epoche e delle diverse popolazioni. D'altronde per definizione diavolo è colui che divide. Infatti nella preghiera principale che pronuncia l'esorcista per allontanare le forze del male, Satana viene definito "ladro della vita, avversario della giustizia, radice dei mali, seduttore degli uomini, causa di invidia, avarizia, discordia e sofferenza".

A questo proposito il Vangelo è chiarissimo nell'espone la lotta frontale tra Cristo e il demonio "principe di questo mondo" Giov. 14, 30.

Sempre Giovanni 3,8 afferma che Cristo è venuto al mondo "per distruggere le opere di Satana", fondamento della sua opera di redenzione riassunta nell'ultima invocazione del Padre Nostro "liberaci dal male". Più giusta sarebbe la traduzione "liberaci dal Maligno".

La Bibbia parla del demonio oltre mille volte, mentre nel Nuovo Testamento viene citato oltre seicento volte.

I monaci del primo cristianesimo si ritirano nel deserto non per sfuggire il mondo, ma per combattere il Demonio che ha la sua dimora preferita proprio nel deserto dove meglio si percepiscono i segreti dell'animo umano.

Le più frequenti raffigurazioni di Satana nei luoghi di culto in terra marchigiana sono il drago e il serpente, animali che meglio degli altri simboleggiano le proprietà del Maligno.

La Madonna del Soccorso, devozione sorta in Sicilia nel XIV secolo, divenne l'emblema degli Agostiniani, ordine diffuso capillarmente in tutto il territorio marchigiano specie nei centri più piccoli dove è più rappresentato il mondo rurale. Nel dipinto, la Vergine viene raffigurata nell'atto di scacciare con una clava il demonio con le sembianze del Drago. Rettile raffigurato nelle tante tele di S. Giorgio, santo simbolico in tutto il Medioevo per la vittoria del bene sul male e proclamato patrono dell'Inghilterra e di Genova. Drago che viene raffigurato quasi sepre in antitesi alla schiera degli angeli con S. Michele, principe delle legioni celesti. I Santi Martino e Benedetto, raffigurati e venerati nelle pale d'altare di molte chiese, sono grandi esorcisti, combattenti in prima linea contro le forze del male.

Vade retro satana è infatti la preghiera composta dal santo di Norcia.

S. Giacomo della Marca fu in prima linea su questo fronte tanto che Monteprandone divenne luogo privilegiato per esorcizzare. Nel Seicento è prassi talmente consolidata che una monaca di Fano chiede una sovvenzione al comune per recarsi a Montaprandone in quanto posseduta dal demonio. La religiosa

scrive nella sua petizione che tale pratica è urgente in quanto "sit vexata diabolus".

Anche la strega, figura comune a molte mitologie, fatta propria dal "mondo magico contadino", diventa un fatto indiscutibile accettato da quasi tutti gli intellettuali del Cinquecento, specie dopo la pubblicazione da parte di due religiosi domenicani del *Malleus Maleficarum*, il cui successo può essere confermato dalle dieci edizioni che si susseguirono tra il 1496 e il 1500. E' dei primi anni di quel secolo anche la pubblicazione a Bologna dell'opera *Strix sive de ludificatione Daemonum* di Giovanfrancesco Pico Della Mirandola. Di recente l'archivio storico di S. Miniato ci ha restituito un documento interessantissimo sull'argomento: il processo a Gostanza, la strega di S. Miniato. La donna in tutto il procedimento rifiuta il titolo di strega. Solo alla fine dell'interrogatorio, quando le verrà chiesto se crede di essere una strega, essa risponderà affermativamente, a patto che essere strega significhi andare "alla città del Diavolo" dove "chi vi andava una volta vi sarebbe tornata per sempre" poiché in essa vi erano palazzi dorati dove tutti "ballavano e facevano l'amore". In quel luogo il "Diavolo Maggiore" sedeva su un trono tutto d'oro e lei, sua prediletta, si congiungeva carnalmente con lui, mentre le altre accompagnatrici "riverivano" il "Nimico" con l'offerta di grandi ostie che friggevano in enormi padelle e che poi si mettevano nella "natura". Queste povere donne, sicuramente malate e dissociate, venivano perseguitate e, spesso ritenute colpevoli anche di grandi calamità, salivano al rogo nelle nostre piazze come anche nel resto d'Europa.

Per chi ha esperienza in ricerca storica, in archivi statali e diocesani, sotto il titolo di "malefici" sono raccolti ricchi faldoni, ancora non completamente esplorati, dove è racchiusa tanta parte di storia del nostro territorio.

Pio VII, Barnaba Chiaramonti di Cesena, il pontefice prigioniero di Napoleone, fu grande esorcista. Fu molto legato alla figu-

ra materna che divenne carmelitana nel monastero di Fano città in cui è sepolta. La donna gli aveva predetto il pontificato fin dalla prima infanzia.

Padre Pio, grande lottatore contro il demonio già dai primi anni di vita, perseguitato dai rappresentanti della scienza e ora sugli altari, è uno dei santi più venerati al mondo e in Italia, nazione dove ancora dodici milioni di persone frequentano maghi e cartomanti e dove i cattolici, aventi coscienza esplicita di Chiesa, sono calcolati intorno a quattro milioni.

Qual è il pensiero ufficiale della Chiesa di fronte a questo tema? Ho scelto un passo della Gaudium et Spes 37:

Tutta intera la storia Umana è pervasa da una lotta tremenda contro le potenze delle tenebre; lotta iniziata sin dall'origine del mondo e destinata a durare fino all'ultimo giorno.

L'esorcista va visto quindi come un ministro di grazia che, per incarico della Chiesa, aiuta a demolire l'azione straordinaria del demonio che sfugge ad ogni controllo.

E' un sacerdote dotato di pietà, prudenza, integrità di vita. Egli ha conservato un animo candido e non teme la lotta con il maligno. Pronuncia con voce ferma la nota preghiera che inizia *Praecibio tibi* (comando te ...)

Egli non fa altro che seguire le parole evangeliche: "Andate in tutto il mondo e questi saranno i segni che accompagneranno quelli che credono: nel mio nome caceranno i demoni" ... (Marco 16 15 18). Nei tempi odierni, specie dopo il famoso film del 1971 di William Blatty, l'esorcista è considerato un uomo un po' particolare, fuori della realtà.

A conclusione di queste mie brevi considerazioni su un tema tanto controverso e misterioso, sembrano quanto mai pertinenti le parole di Amleto:

Ci sono molte più cose tra terra e cielo di quante ce ne sono in filosofia.

ANNA MARIAGLIANO

Scuola di Specializzazione in Igiene
Corso di Storia della Medicina
(Prof.ssa Stefania Fortuna)
Università Politecnica delle Marche

Il colera nell'Ottocento, in Italia e ad Ancona

Il colera è tra le malattie che hanno avuto il maggiore impatto tra il XIX e il XX secolo e questo per diverse ragioni: l'alta letalità, la capacità di mettere a nudo passioni e superstizioni, il suo carattere di malattia prevalentemente cittadina, l'agente patogeno che arriva da lontano. Nessuna altra malattia come il colera è altrettanto strettamente associata a un secolo e a una fase storica, quella dello sviluppo delle città europee e con esse delle problematiche relative all'ammasso di uomini, di rifiuti, di germi, di vizi, di prostituzione e di alcolismo. Il colera infatti fece le sue più distruttive incursioni negli antichi quartieri delle grandi città europee durante le 7 pandemie del XIX secolo, sei delle quali colpirono più o meno severamente anche l'Italia: 1835-37, 1849, 1854-55, 1865-67, 1884-86, 1893.

Il *Vibrio cholerae*

L'agente eziologico venne scoperto nel 1883. Già Pouchet a Parigi nel 1849 e Pacini a Firenze nel 1854 avevano visto il vibrione osservando al microscopio le feci dei pazienti affetti da colera, ma le loro premature scoperte passarono inosservate. Invece, quando nel 1883 in Egitto Koch identificò a sua volta il vibrione, i progressi maturati nella microbiologia e nelle tecniche di cultura dei batteri gli permisero di studiarne il comportamento.

L'origine e il percorso

Endemico da tempo memorabile nella regione fra il Gange e il Bramaputra, descritto da Vasco da Gama nel 1490 e successivamente da numerosi altri osservatori, nel 1817 a seguito dei movimenti militari e commerciali degli inglesi, il colera si diffuse per tutta l'India e varcò i confini, propagandosi lento ma inesorabile, verso l'estremo Oriente e verso l'Africa, l'Europa e le Americhe. Il colera raggiunse la Russia nel 1829, poi Polonia, Prussia, Austria e Paesi Baltici. Da Riga fu portato in Inghilterra nel 1831, nel 1832 era in Francia e nel 1835 dalla Francia meridionale passò in Italia. Il colera dunque seguiva gli uomini e le loro cose ma tale palpabile evidenza non bastò a convincere subito le popolazioni, i medici e i governi che si trattasse di una malattia contagiosa. A creare le condizioni migliori alla sua diffusione furono la rivoluzione commerciale e quella dei trasporti

con lo sviluppo della navigazione a vapore e della comunicazione via terra attraverso le ferrovie; questa poderosa catena, rappresentata dai mezzi di trasporto, marittimi e terrestri, ha favorito il transito di microrganismi infettivi, indifferenti alle frontiere umane e capaci di viaggiare con persone e cose ad una velocità superiore che in qualsiasi epoca del passato. Il colera fu dunque la malattia della "rivoluzione commerciale".

Il colera entrò in Europa nel 1830, colpì Londra e Parigi nel 1832 e nonostante avesse investito le grandi città europee in Italia nessuno riusciva a credere che il colera sarebbe davvero arrivato. Per ragioni climatiche e cosmico-telluriche l'epidemia non avrebbe trovato le condizioni climatiche migliori per la sua diffusione; inoltre alcuni studiosi sostenevano che il colera avrebbe trovato il campo occupato da un'altra forma di infezione, la malaria e, secondo la teoria miasmatica allora dominante, l'una avrebbe scacciato l'altra.

Nel 1834 da una nave con a bordo soldati inglesi che attraccò in Portogallo, il colera si diffuse dapprima in Portogallo, poi in Spagna, infine in Provenza. L'allarme per sospetti casi di colera a Nizza e Villafranca (città allora comprese nei confini del regno di Sardegna) si diffuse nei primi giorni del luglio 1835. Il commissario di sanità inviato da Torino il 14 luglio 1835 fu costretto ad ammettere la presenza di casi di colera a Nizza e Villafranca. Da qui la malattia si sarebbe diffusa a tutto il resto d'Italia.

Peculiarità e tentativi terapeutici

Il colera, malattia della sporcizia e della miseria, sembrava incompatibile con l'avanzato Occidente europeo. Il vibrione del colera attivava una strategia di annientamento con altissime percentuali di mortalità nelle città colpite; il male arrivato all'improvviso con una forza devastante faceva crescere nella popolazione il senso di paura e di colpa. Ricompariva quindi, anche in Italia, la rappresentazione della "malattia-punizione", della malattia-castigo che era stata propria della peste del Trecento. A colpire l'immaginario contribuiva la modalità con cui la malattia uccideva: pochissime o assenti erano le avvisaglie del male; quindi diarrea e vomito si succedevano senza sosta con un quadro che sembrava dar ragione alla teoria dello squilibrio degli umori di tradizione ippocratica. La parola greca "colera" significava "flusso di bile", uno dei quattro umori che si riteneva direttamente coinvolto nelle manifestazioni coleriche: iniziava la diarrea, talora accompagnata da dolori addo-

minali, poi le scariche che diventano liquide con il tipico aspetto ad acqua di riso. Contemporaneamente il vomito diventava un liquido acquoso, mentre cessava l'emissione di urina e iniziava per il malato il tormento della sete. La perdita d'acqua determinava il prosciugamento dei tessuti che assumevano una sinistra colorazione cianotica.

Nella fase iniziale del colera (diarrea premonitrice o colerina) gli strumenti di cura erano rappresentati dai mezzi usuali. C'era poi tutta una serie di consigli igienici fra cui sorvegliare la dieta, poche bevande alcoliche, cibi digeribili, non prendere freddo. I medici erano ben consapevoli della loro impotenza e nonostante tutto continuavano a cercare una cura. Sapevano che era solo la forza dell'organismo a decidere della vita e della morte. Fiorì tutta una serie di esperimenti e nessun possibile farmaco rimase intentato: l'oppio in pillole, il laudano a gocce nelle bevande più svariate (limonea, camomilla, anice, tè, tiglio, tamarindo, menta). C'era chi usava salassi e sanguisughe, chi ricorreva ai purganti, clisteri emollienti, generosi sorsi di vino. Tutti compresero che gli ammalati dovevano bere molto e concedevano pezzetti di ghiaccio per combattere la sete. Ma nel periodo algido occorreva riscaldare i malati con panni caldi e bagni in acqua calda. Non mancavano le cure preventive, fra cui comunissima era annusare la canfora.

Dopo la metà del secolo decisivi progressi furono compiuti nel campo profilattico; i consigli dei medici divennero allora efficaci e razionali, sia quelli relativi all'igiene personale, sia quelli di igiene pubblica (disinfettare le latrine con il sublimato corrosivo). Ma nel campo terapeutico i progressi furono più lenti; nel 1865 a Napoli Cantani tentò di ricostituire i liquidi perduti per vomito e diarrea con iniezioni di una soluzione salina, ma per imperfezione degli strumenti usati e dei metodi, i risultati non furono sempre felici. Ed anche nell'84-87 i rimedi correnti erano ancora laudano, etere, miscele eccitanti, olii e unguenti per frizioni, chinino. La farmacopea rispettava il *non nocere* ed era già un progresso dato che alcune delle vecchie terapie erano altamente dannose.

Le reazioni popolari

Gli insuccessi terapeutici non facevano che alimentare la sfiducia nella medicina e nei medici. L'impotenza della scienza medica contribuiva ad accrescere la paura e l'orrore che investivano ogni gruppo sociale. L'epidemia metteva a nudo, da una parte, le debolezze

dell'organizzazione sanitaria, dall'altra la povertà, la disuguaglianza di fronte alla morte, la drammatica arretratezza in fatto di igiene privata e pubblica, portando alla ribalta il problema delle città come veicolo, come territorio privilegiato del contagio e del disordine.

La tensione sociale e l'angoscia di fronte alla morte presero diverse direzioni: in una società che nel primo Ottocento si andava secolarizzando in nome di una nuova fede scienziata, le pratiche della religiosità e della devozione conobbero un nuovo impulso.

Il colera faceva paura a tutti. I signori se potevano fuggivano e vedendo nei poveri delle vittime pericolose cercavano di ripulirne i tuguri, predisponendo ospedali per isolarli, cercavano di vestirli e nutrirli, predicavano sobrietà e pulizia. Le botteghe venivano chiuse, i commerci rallentavano, l'emigrazione temporanea veniva sospesa.

I poveri si ostinavano poi a curarsi da sé, non chiamavano il medico, rifiutavano l'ospedale. Circolava l'idea del benefico: supposti avvelenatori erano non solo i medici, ma i signori in generale.

Condizioni igienico-sanitarie delle città dell'800

Dal punto di vista igienico-sanitario il colera portò all'attenzione dell'opinione pubblica l'arretratezza igienica dell'Italia, soprattutto per quanto riguardava l'approvvigionamento idrico e il sistema delle fognature. In molti grandi centri urbani furono pianificate opere igieniche di risanamento (acquedotti e fognature, cimiteri, riordino urbanistico, abitabilità delle case) e servizi annonari (macelli, mercati ecc). Con tutti i limiti che accompagnarono la concreta attuazione dei programmi; si avviava anche un processo di formazione di una politica sanitaria che assumeva la malattia come problema sociale ed economico di primario interesse pubblico. Così l'evento catastrofe dell'epidemia di colera e l'ossessione del contagio spinsero a un miglioramento delle condizioni igieniche urbane e delle norme di sanità pubblica, ancor prima che l'identificazione dell'agente causale della malattia e della sua modalità di trasmissione portasse sostanziali progressi sul piano terapeutico.

Il colera rappresenta il più potente indicatore dell'ineadeguatezza dei sistemi di approvvigionamento e controllo della potabilità dell'acqua in una città. La popolazione urbana era debole, in cattive condizioni di salute, denutrita, soggetta a coliche e disturbi intestinali, tutte condizioni che favoriscono, ancor oggi, l'insorgere di questa malattia e che allora favorivano l'insorgenza di

altre epidemie (tifo, vaiolo, morbillo, influenza). La popolazione delle città era stipata in case umide, oscure, prive di servizi igienici. La precarietà delle condizioni igieniche (in particolare per quanto riguardava l'approvvigionamento idrico e il sistema fognario) era comune a tutte le città europee, comprese Parigi e Londra. Le fonti di inquinamento delle acque erano molteplici: scarichi di latrine e letamai, infiltrazioni di rifiuti di ogni genere, di materiali fecali e di elementi di decomposizione organica. Strettamente legato a quello dell'acqua era il sistema dello smaltimento dei rifiuti: poche erano le amministrazioni che provvedevano direttamente o dandolo in appalto al servizio di nettezza urbana. Le città dell'Ottocento appaiono quindi in condizioni drammatiche dal punto vista igienico-sanitario; l'epidemia trovava il suo "brodo di coltura" nella sporcizia delle strade e delle case, nei cibi e nelle bevande sottratte a ogni controllo sanitario, nelle acque inquinate.

Contagionisti ed epidemisti: la diatriba

Alla sua prima comparsa – nel triennio 1835-37 – l' "*orribile e misteriosa contagione*" venuta dall'Asia suscitò nei medici il più grande sconcerto. Essi si trovarono di fronte ad una malattia nuova, con notevoli differenze rispetto alle altre malattie intestinali, indicate nella letteratura medica secentesca e settecentesca. Il colera ispirò una vastissima letteratura; non c'è praticamente medico del tempo che non abbia dato alle stampe una pubblicazione con le proprie annotazioni epidemiologiche e cliniche che forniscono un'importante testimonianza dell'indeterminatezza delle conoscenze dei fondamentali meccanismi epidemiologici, della confusione imperante tra "malattie epidemiche" e "malattie da contagio".

Il più grave disorientamento regnava sulle modalità di diffusione e sulla natura dell'agente causale del colera, spiegato con l'azione di una non ben definita entità morbigena. Tra coloro che ammettevano più circuiti di infezione c'era chi sosteneva che il contagio si comunicasse meno dalle persone che dagli indumenti, specie quelli dei poveri. Alcuni ritenevano che fosse più grave se trasmesso dalle cose che non dalle persone, ma c'era anche chi parlava di una sorta di involucro contagioso steso attorno al corpo del coleroso e capace, per chi vi entrava in contatto, anche senza toccare l'ammalato o gli oggetti da lui sfiorati, di trasmettere il morbo. Per alcuni non erano sufficienti gli "effluvi morbosi" trasportati dal vento, dalle acque o giunti attraverso uomini

infetti o cose: era necessario che vi fosse la predisposizione dei corpi. Senza questa combinazione l'epidemia non si manifestava. Non pochi inoltre affermavano che l'epidemia fosse tanto più rapida violenta ed estesa quanto più le cause costituzionali erano simili a quelle del suolo del luogo d'origine, quindi l'India. Taluni medici affermavano che la trasmissione del contagio fosse più frequente all'ultimo stadio, quello "algido-cianotico", mentre qualcun altro lo escludeva. Anche sul periodo di incubazione regnava la più totale incertezza. Numerose peraltro erano le osservazioni pertinenti come quelle che segnalavano una qualche forma di adattamento, capace di rendere meno distruttive le incursioni successive alla prima o quelle sulla maggiore vulnerabilità dei gruppi di popolazione indeboliti da altre malattie, specie gastro-enteriche.

Sul perché l'epidemia colpisse in forma più o meno grave si registravano posizioni divergenti: qui però entrava in campo la variabile "predisposizione individuale"; molti medici insistevano sull'intemperanza e gli eccessi di alcuni colpiti.

Nel solco della tradizione alcuni settori del mondo medico davano rilievo ai fattori geografici e meteorologici.

Il nodo centrale della disputa era fra contagionisti ed epidemisti, in contrasto sulla genesi e la diffusione della malattia. Gli epidemisti spiegavano da sempre le fiammate epidemiche con la presenza di "miasmi" o effluvi nocivi, provocati da acque stagnanti; i contagionisti le attribuivano invece alla trasmissione interumana di germi. Questa teoria era stata formulata parecchi secoli prima, a metà del '500, dal medico veronese Girolamo Fracastoro; egli aveva aperto la strada alla patologia infettiva sostenendo la nuova nozione di "contagio" inteso come trasmissione di un processo infettivo fra soggetti. Nel suo tempo le teorie di Fracastoro non avevano avuto una grande risonanza, anche se avevano contribuito a fornire la legittimazione teorica ai provvedimenti di quarantena, ai lazzaretti e ai cordoni sanitari nei porti dell'Europa mediterranea minacciati dalla peste, e a parte pone le basi di efficaci realizzazioni nel campo della profilassi e dell'igiene pubblica. La nozione di contagiosità del resto, negata da una parte dei medici, era ormai entrata nel senso comune. D'altro canto la teoria miasmatica, con l'aiuto della variabile della predisposizione individuale, era capace di spiegare l'origine di tutte le malattie infettive.

La disputa tra contagionisti ed epidemisti aveva, inoltre, notevoli risvolti pratici a seconda che i governi optassero per la tesi del contagio o per la teoria dei mia-

smi. La prima comportava le misure da sempre adottate contro la peste, e cioè cordoni sanitari, isolamento, quarantena, che esigevano un accentramento delle decisioni e un rafforzamento delle misure di polizia. I liberali consideravano un'intollerabile violazione del libero commercio le norme restrittive della quarantena.

Il sostegno ideologico e medico-scientifico che un paese come la Francia dava alla tesi epidemista finì per conferire un significato politico all'adesione all'una o all'altra scuola di pensiero: erano contagionisti gli stati in cui dominavano governi reazionari, epidemisti, al contrario, quelli liberali.

In Italia prevalsero le tesi contagioniste: i medici presenti nelle magistrature di sanità, fecero sì che i governi quasi dappertutto predisponessero i cordoni sanitari e le misure quarantenarie adottate in tempo di peste. I medici epidemisti in assoluta minoranza erano del tutto isolati.

In realtà i magistrati di sanità più accorti presero delle due teorie gli aspetti più vantaggiosi dal punto di vista della salute pubblica: i cordoni sanitari e le misure quarantenarie raccomandate dai contagionisti, l'allontanamento dei rifiuti dalle strade, gli scoli delle acque, la pulizia delle case e la propagazione di norme di igiene individuale e, in generale, interventi di risanamento dei luoghi invasi dai rifiuti di uomini e di animali, che gli epidemisti indicavano come veicolo di malattie.

Misure di contenimento ed ospedalizzazione

Le strategie adottate dagli Stati italiani per tenere lontano il colera erano l'istituzione di cordoni sanitari marittimi e l'emanazione di regolamenti sulle contumacie, vale a dire i giorni di quarantena per le imbarcazioni provenienti dai luoghi infetti. In qualche Stato si rafforzarono controlli e divieti nei confronti delle merci provenienti dai paesi infetti, ma anche da luoghi particolarmente a rischio e che aggiravano le regole della contumacia. Vennero richiamate leggi che punivano con la morte i violatori dei cordoni sanitari e delle contumacie. Venne stesa in tutta Italia anche una rete di cordoni sanitari terrestri e questo pur nella consapevolezza che tutto ciò sarebbe servito a poco. La programmazione di cordoni e quarantene era enormemente complicata a causa della frammentazione politico istituzionale. La violazione dei cordoni sanitari non era dovuta soltanto a incoscienza o a interesse; i cordoni rappresentavano una rovina per molte piccole economie familiari sia che si basassero sui lavori agricoli stagionali che com-

portavano degli spostamenti, sia che si basassero sui piccoli commerci.

Ad ogni epidemia ovunque furono allestiti ospedali per i colerosi. Lo scopo da raggiungere col ricovero dei colerosi era infatti non tanto quello di prodigare loro cure quanto quello di proteggere isolando gli infetti dal resto della popolazione. Destinatari dell'ospedale erano i poveri, vittime prime e veicolo di ogni infezione. C'era un diffuso rifiuto dell'ospedale sentito come degradante luogo di morte e di emarginazione, dove solo i miserabili e solo *in extremis* ci si rassegnava ad essere condotti. Di regola il ricovero in Italia fu facoltativo.

I provvedimenti presi dagli organismi sanitari, sotto la spinta dell'emergenza, nelle città attaccate dal colera seguirono sostanzialmente questi indirizzi: isolamento, separazione, controllo.

Tutte le magistrature di sanità si preoccuparono di divulgare istruzioni a stampa " per informare la moltitudine circa il modo di preservarsi dal colera", e anche di predisporre regolamenti che riguardavano le inumazioni dei cadaveri e le speciali precauzioni che dovevano essere adottate da color che in un modo o nell'altro – medici, preti, becchini- entravano in contatto con i colpiti e i morti di colera. Non in tutti gli stati i provvedimenti furono adottati con la necessaria prontezza ed efficienza, il governo pontificio fu quello che registrò i ritardi più colpevoli.

L'epidemia del 1835-'37

Atteso e temuto, nonostante i cordoni sanitari ordinati dal re Carlo Alberto, nel luglio del 1835, il colera penetrò nel Regno di Sardegna dalla Francia, pare per via mare. Colpì per prima Nizza, poi Cuneo, Genova, Torino. Da Genova in agosto passò in Toscana e toccò Livorno, Firenze, Pisa. All'inizio di settembre penetrò anche nel Veneto; toccò Venezia e Padova, Vicenza, Verona e poi Bergamo. Nel gennaio 1836 il morbo giunse a Mantova, dilagò anche in Lombardia, a Brescia, Milano, Como, Pavia, Cremona. Passato il confine, penetrò nel ducato parmense, che pure si era accordato coi governi di Torino, Modena e Lucca per una stazione di quarantena che sulla strada di Pietrasanta bloccasse le provenienze da Genova; mentre il severo cordone sanitario attuato da Francesco IV valse a salvare il ducato estense. Era quindi la volta dello Stato Pontificio, dove a Cesenatico il colera giunse via mare da Chioggia e, se Umbria e Lazio non furono toccate, non fu così nelle Marche. Anche Ancona ricevette via mare l'infe-

zione e per mare l'esportò: nonostante il cordone marittimo ordinato da Ferdinando II, in agosto il colera giunse in Puglia coi contrabbandieri. Dalla Puglia, il 2 ottobre 1836 il morbo raggiunse Napoli, per poi passare in Calabria. Alla fine del '36 l'epidemia a Napoli pareva cessata, ma nell'aprile si ripresentò e questa volta non si fermò alla capitale, ma dilagò in tutte le province continentali ed invase la Sicilia, dove devastò Catania, Palermo e Siracusa.

Nel corso di due anni e mezzo il morbo asiatico aveva percorso quasi tutta l'Italia; in certe città si sviluppò per due anni consecutivi (Padova, Napoli, Verona) o persino tre (Genova, Livorno, Pisa, Venezia). L'epidemia ebbe nei singoli luoghi durata variabile da meno di un mese a più di un anno, ma in generale fra un mese e mezzo e tre mesi.

L'epidemia ad Ancona

"....Era svanito per Ancona da qualche tempo ogni argomento di consolazione perché il morbo era sbarcato in Italia, avea rotto la linea del Po e Ancona stessa sedeva in riva al mare..." Così si legge ne "Il colera del 1836 ad Ancona" dell'Abate anconetano Francesco Borioni.

Nella primavera del 1836 il colera era a Venezia, a Trieste e si stava diffondendo lungo il Po. Come ogni anno era prevista la Fiera di Senigallia, evento cruciale per i traffici dell'Adriatico e luogo di riunione per tutti i mercanti, ma essendo Senigallia una città senza lazaretto, il Governo Pontificio decise di annullarla. Nonostante le veementi proteste della popolazione, si decise che la sede della fiera sarebbe stata Ancona.

I reggimenti ecclesiastico e civile si adoperavano insieme per allontanare e prevenire il terribile nemico, ma nonostante le innumerevoli preghiere a Dio affinché placasse la sua ira, il colera arrivò anche ad Ancona. Riporta Borioni *"...ci alzavamo la mattina del 16 agosto...udivamo una voce tremenda che credemmo sbucata dall'inferno...il colera, il flagello indiano è in Ancona!...."*

Il primo caso ufficialmente riconosciuto si ha il 17 agosto 1836, ma sicuramente altri casi erano già presenti, anche se sottovalutati dai medici.

Si fecero le ipotesi più disparate circa la provenienza della malattia: alcuni dicevano che il colera era stato portato da una densa nuvola nera pregna di insetti che il 15 agosto sovrastava la città, a cui seguì lo scoppio di una violenta tempesta; altri attribuivano la colpa ad una

donna che aveva lavato la biancheria di un marinaio nella cui nave mercantile si era registrato un decesso per colera; altri ancora facevano risalire l'origine della diffusione della malattia alla presenza in città di una famosa cantante proveniente da Venezia che aveva rotto i cordoni sanitari. C'era poi chi ne riteneva responsabili le truppe francesi di stanza in città e chi vedeva l'epidemia come una punizione divina.

L'epidemia fu rapida e violenta: nelle prime 24 ore si registrarono 8 casi di colera.

Per definire con certezza la natura della malattia che si stava diffondendo in città, due dottori in medicina, Asdrubali e Bonomi, e i dottori in chirurgia Modesti e Lorenzini si ritrovarono nel cimitero dei Cappuccini, per sezionare una giovane donna di 22 anni, morta presumibilmente proprio per colera. L'operazione fu eseguita dal dottor Lepri e tutti i medici dopo aver preso visione degli *"...interni, concordemente giudicavano esser morta l'infelice di colera indiano..."*. Lo stesso dottor Lorenzini pochi giorni dopo si ammalò e morì.

In pochi giorni il numero dei colpiti e dei morti aumentò notevolmente fino a raggiungere la massima punta il giorno 7 settembre. La risposta delle Autorità e della organizzazione sanitaria fu rapida ed efficiente coinvolgendo le autorità civili, il clero, la guarnigione francese di stanza. Nei primi tumultuosi giorni, Ancona era priva del suo vescovo, il Cardinale Nembrini in villeggiatura a Numana. Al suo rientro il 22 agosto, è accolto da una folla festante. La prima cosa che fece fu quella di avvertire tutti i parroci affinché recitassero alla Beata Vergine Maria le litanie lauretane; poi organizzò la raccolta fondi per il sostentamento dei malati e delle famiglie più colpite, e raccomandò al clero di fare opera di informazione presso i fedeli circa le misure da adottare per la prevenzione e la cura. Il Comune richiede la presenza di altri medici, attivando l'ospedale, ordinando agli uffici sanitari dei rioni di provvedere alla distribuzione di quei farmaci che si ritenevano più efficaci, di organizzare gli interventi dei medici, il ricovero dei colpiti o la sepoltura dei morti, la disinfezione delle case e dei luoghi pubblici, inviando relazioni sanitarie giornaliere al Comitato di Salute Pubblica. Si ritiene la "Lunetta" sul colle Santo Stefano il luogo più adatto dove seppellire i cadaveri dei colerosi, perché abbastanza lontano dalla città. Il 30 agosto, Monsignor Fabio conte Asquini, Delegato Apostolico, dà ad alcuni medici il compito di compilare un regolamento per *"ben condur vita nel tempo del flagello"*. Tali volantini furono affissi in città il giorno 3 settembre e riportavano fra le altre indicazio-

ni: una pulizia scrupolosa della casa e della persona, mangiare solo cibi leggeri e salubri, "carne di pollo, cioccolatte nella mattina, bevanda di thè o camomilla nella sera", lavarsi con acqua tiepida, indossare solo indumenti di lana o di seta. Il popolo reagì a questa indicazione con sgomento e protesta, perché gli si chiedeva di fronteggiare la malattia con mezzi che non aveva.

Nel *"Manuale terapeutico pel cholera indiano ad uso de' medici del circondario e distretto di Ancona"* del medico anconetano Antonio Asdrubali, viene fatta una minuziosa descrizione della malattia. L'autore, che suddivide l'evoluzione della malattia in 4 stadi, nel primo capitolo individua da un lato il carattere essenziale del morbo, dato dai *"vomiti copiosi, scarichi alvini con impeto e frequenza, polsi deboli, sete"*, e dall'altro le sue proprietà esclusive, le contrazioni tonico-cloniche, la voce alterata, il freddo marmoreo, le precordialgie, le macchie rosso-blu. Distingue poi le cause predisponenti, quali *"l'infelice posizione del luogo ove si vive e respira"*, la mancanza di pulizia, la miseria, la pessima qualità del cibo, e le cause determinanti come gli errori dietetici, tra cui *"l'ubriachezza, il grande uso di punch, la gozzoviglia"*, il raffreddamento, i patemi dell'animo. Nel capitolo dedicato alla terapia l'autore si domanda: *"Quale terapia in una malattia rapidissima nel suo corso ed incognita nella sua essenza? Sembra nessuna: eppure l'osservazione ed una retta analisi hanno potuto trarre qualche fonte prezioso per stabilirla ed a bene dell'umanità e ad onore della medicina stessa"*. Seguono, alle prime indicazioni di carattere generale, un dettagliato elenco dei rimedi da utilizzare a seconda dello stadio della malattia. Così nel primo e secondo stadio viene ribadita l'importanza dell'applicazione di sanguisughe per *"l'irritamento dell'epigastrio"* e della somministrazione di ipecacuana come anti-emetico, senza tralasciare l'eventualità di un clistere; negli stadi più avanzati, caratterizzati da *"sommo avvilito vita-le, evacuazioni permanenti e spasmi atroci"*, oltre ai già citati rimedi e ad alcune raccomandazione sulla corretta metodica per eseguirli - in particolare per quanto riguarda la quantità di sangue da salassare - si focalizza l'attenzione sulla sensazione di freddo gelido del malato, per cui si propone l'applicazione di un ferro caldo in

regione epigastrica e di sacchi di cenere calda in cui immergere le gambe.

L'8 settembre iniziano a diminuire i casi in maniera così rapida che il popolo lo considera un miracolo della Beata Vergine, la cui immagine è venerata nel duomo di Ancona. I timori però non cessano e il 20 settembre vengono emanati nuovi provvedimenti per evitare il ripetersi del contagio. Dal 10 ottobre nessun nuovo caso di colera si verifica e il giorno 15 ottobre cessa la pubblicazione del bollettino sanitario giornaliero. Si provvede alla disinfezione generale della città che viene ripetuta l'8 novembre, e viene prolungata anche la durata dei cordoni sanitari, provvedimento non gradito dagli anconetani che vedono così aumentare il danno per il commercio bloccato dall'inizio dell'epidemia. La circolare n° 7900 della Delegazione Apostolica di Fermo del 18 novembre 1836 dichiara infine spenta l'epidemia ad Ancona, e il 24 novembre, con solenne cerimonia, vengono tolti i cordoni sanitari che erano stati istituiti all'Aspio (verso Osimo), a Castelferretti (verso Jesi), a Fiumesino (verso Senigallia) e all'albergo dell'Angiolo (verso Loreto), ed abolite tutte le restrizioni. Secondo un prospetto dell'epoca i colpiti furono 1556, i guariti 840, i morti 716, su una popolazione di circa 38.000 abitanti.

Bibliografia

- 1) Tognotti E. *Il mostro asiatico: storia del colera in Italia*, Editori Laterza, Bari, 2000.
- 2) Forti Messina A.L. *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera in Storia d'Italia*, vol. 7, (Medicina e malattie), Franco Angeli Editore, Milano 1979.
- 3) Scapoli C, Guidi E, Angelini L, Stefanati A, Gregorio P. Sociomedical indicators in the cholera epidemic in Ferrara of 1855, *Europ J Epidemiol* 18: 617-621, 2003.
- 4) Serrani A, Verdoni L, Zurlini F. *Cholera morbus* l'epidemia tra 'marca anconetana' e 'marca fermana' nel XIX secolo in *La geografia delle epidemie di colera in Italia - Considerazioni storiche e medico-sociali* a cura di Tagarelli A, Piro A, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Scienze Neurologiche, Cosenza 2002.
- 5) Asdrubali A. *Manuale terapeutico pel cholera indiano ad uso de' medici del circondario e distretto di Ancona* 1835.
- 6) Asdrubali A. *Preghiere del triduo solenne sacro a nostra signora Maria regina di tutti i santi in ringraziamento dell'ottenuta cessazione del cholera asiatico* 1836.
- 7) Borioni F. *Il colera del 1836 ad Ancona*, Il lavoro editoriale, Ancona 1988.

UGO SABBATINI

RSPP, Cattedra di Igiene
Università Politecnica delle Marche

La cultura e il lavoro

Premessa

Nel vissuto quotidiano, presi come siamo dai numerosi ed inderogabili impegni, molto spesso non troviamo un attimo per riflettere sul lavoro come "fatto culturale"; quasi inconsapevolmente lo de-qualifichiamo ad un "corrispettivo per lo stipendio".

Ma il lavoro, invece, è parte importante della nostra vita e del nostro essere, perché tra l'uomo ed il suo lavoro esiste, palesemente, una diretta e profonda interazione.

Possiamo anche notare come questo collegamento vada sempre più articolandosi, sia con le sue caratteristiche sociali (dimensione "sociotecnica" delle relazioni umane), per giungere poi a una impostazione del lavoro nei termini di "autorealizzazione" personale, esaltando nell'uomo sia la dimensione etica che quella culturale, in quanto fondative della volontà di operare con gli altri, a vantaggio del bene comune.

Ogni persona adulta ha bisogno di lavorare, in quanto il lavoro si costituisce come luogo fondamentale di sé e di ricerca di senso, ma sempre in una comunità di uomini che coopera al raggiungimento del bene comune. Si tratta, allora, di connotare il valore che attribuiamo al lavoro in quanto tale.

Possiamo riflettere, ad esempio, sul significato del lavoro individuale (mai avulso dalla società e dalla ricerca del suo bene); o sul concetto di giusta remunerazione (non più definibile solo in termini meramente economici, ma anche come riconoscimento professionale).

Ecco che, così, l'orizzonte valoriale del lavoro diventa più ampio e si configura come autenticamente e socialmente umano.

Questo *excursus* è nato dalla lettura di un pregevole progetto scolastico della Professoressa Giovanna Loda del Liceo scientifico "Calini" di Brescia [Einaudi - *Home made – Percorsi dalla scuola*], da cui ho attinto a piene mani, che mi è sembrato illuminante e per questo meritevole di ampia diffusione e conoscenza.

La "chiave di lettura" ha riferimenti precisi sia con la letteratura degli ultimi due secoli scorsi, che con l'arte e con il cinema, suddivise in diversi ambiti: lavoro e degradazione, lavoro nei campi, lavoro nel mondo dei pescatori, lavoro in fabbrica e tempi di lavoro, famiglia e lavoro, lavoro manuale e lavoro intellettuale.

Le storie dei vari personaggi di Giovanni Verga, Luigi Pirandello, Paolo Volponi, Italo Calvino e Primo Levi ci accompagneranno in questo itinerario. Poi il cinema, con Charlot e Gian Maria Volontè; ed ancora, la poesia con Berthold Brecht. Addirittura le fiabe dei fratelli Grimm ed un personaggio un po' particolare di Lewis Carroll ci faranno riflettere.

In ultimo, una discussione prettamente culturale, dal punto di vista sociologico, con due visioni "contrapposte": la realizzazione di sé, a tutto tondo, lavoro, vita privata e svago [Domenico De Masi] o la partecipazione dell'individuo ad un mondo del lavoro ben organizzato socialmente [Luciano Gallino].

Lavoro e degradazione

Per quanto concerne il lavoro visto come degradazione dell'individuo, le novelle, *Rosso Malpelo* di Giovanni Verga e *Ciaula scopre la luna* di Luigi Pirandello, sono ideali da prendere in considerazione, perché i loro protagonisti sono significativi di una condizione di lavoro che abbrutisce.

Molte sono le analogie: l'ambiente della solfatara, la durezza disumana del lavoro, la brutalità dello sfruttamento, la fatica bestiale a cui sono sottoposti i due protagonisti, reietti posti all'ultimo gradino della scala sociale.

Ciaula, inoltre, è un minorato mentale, un essere animalesco, un'anima elementare e primordiale che "schiacciata la nuca sotto il carico, andava su e giù per la scala sotterranea, erta, a scalini rotti", schernito da tutti e fatto oggetto di soprusi.



Il lavoro nei campi e tra i pescatori

Il lavoro nei campi è stato analizzato in Nedda, novella tratta dalla raccolta *Vita dei campi*, di Giovanni Verga. La protagonista, una giovane bracciante, lavora duramente come una "povera formica" al dissodamento di poderi e alla potatura di ulivi, per guadagnarsi quel poco che le consente di vivere.





Dello stesso autore, il romanzo */ Malavoglia*, ci consente di affrontare la tematica del lavoro nell'ambito dei pescatori di Aci Trezza, piccolo paesino siciliano, luogo della vicenda della famiglia Toscano.

Il romanzo esalta *in primis* il lavoro quale principio attivo dell'esistenza.

Il riferimento va anzitutto alle fatiche della gente di mare, impegnata in un confronto e contrasto diretto con la natura, da cui trae giorno per giorno il suo sostentamento, con rischi drammatici, superiori a quelli dei contadini.

La fabbrica



Paolo Volponi, con *Memoriale*, (1962) - presenta il lavoro in fabbrica e la condizione del mondo operaio. Il protagonista-narratore, un contadino entrato in una industria meccanica di Ivrea, è un folle oppresso da mania di persecuzione che, con tale ottica distorta, presenta tutta la vita della fabbrica, mettendone in luce la realtà oppressiva ed alienante, dietro la facciata razionale e democratica dell'industria "illuminata".



A differenza della fabbrica ottocentesca, quella moderna si preoccupa del benessere degli

operai, ma in realtà li imprigiona in un sistema produttivistico che li aliena da loro stessi e li trasforma in oggetti privi di individualità e di libertà. Facile, a questo punto, è agganciarsi alla Storia con argomenti come il taylorismo, il fordismo (ed il post-fordismo), quindi le varie teorie economiche e sociali, per arrivare alle storiche lotte del sindacato...

L'avventura di due sposi – da *I Racconti* - Italo Calvino – Einaudi, Torino, 1958

Il racconto descrive la vita quotidiana di due giovani sposi, due operai, con una vita familiare vincolata e condizionata dai rispettivi orari di lavoro: lui, Arturo, è nel

turno di notte e rientra a casa quando lei, Elide, deve svegliarsi per andare al lavoro. L'ambiente operaio delle fabbriche e l'ambiente esterno della città, delle vie, delle botteghe, della fermata del tram non è rappresentato, ma ricostruito e immaginato tramite i pensieri dei protagonisti.

Riguardo ai ruoli all'interno della famiglia, si nota come la donna acquisisca una posizione di parità dalla sua condizione di lavoratrice, che spinge ad una nuova organizzazione della vita familiare e ad un'equa divisione del lavoro domestico.



Contadini e operai

Nel dipinto *Il quarto stato*, di Pellizza da Volpedo, l'autore intendeva rappresentare non solo una scena, molto importante, della vita sociale del proprio tempo, cioè un evento di sciopero e di protesta... Ma qualcosa in più!



Il quarto stato (1901). Giuseppe Pellizza da Volpedo Olio su tela, 293x545 cm. Milano, Civica Galleria d'Arte Moderna.

Vi compaiono, infatti, delle figure che avanzano verso la piena luce, mentre sullo sfondo c'è un tramonto: è la chiara allegoria sociale del popolo che avanza verso un futuro nuovo e radioso, affrancato dall'oppressione.

In ambito cinematografico l'aggancio ci è dato dal film *Tempi moderni*, di Charlie Chaplin.



Charlot, un semplice operaio di un grande complesso industriale, estenuato dal ritmo frenetico di lavoro, perde la ragione.

Recensione critica - (Segnalazioni Cinematografiche)
Il film, uno dei capolavori in senso assoluto espressi da Chaplin e dall'arte del cinema, non ha perso, a distanza di tanti anni dalla sua uscita, la freschezza inventiva, l'attualità tematica e l'afflato poetico che l'hanno reso giustamente famoso.



1971 - Fonte: RAI International Online.

un operaio metalmeccanico campione del cottimo: per questo, mentre è benvoluto e vezzeggiato dal padrone (anche sul piano delle gratifiche), è odiato dai compagni che si vedono imporre i suoi frenetici ritmi produttivi.

Quando però perde un dito, in seguito ad un incidente sul lavoro, Lulù cambia atteggiamento nei confronti della fabbrica: aderisce alla contestazione sindacale e sostiene lo sciopero ad oltranza.

Il "cottimo" era un sistema di retribuzione in base alla quantità di prodotto effettivamente realizzato.

Il cottimo trovò largo impiego con la meccanizzazione del lavoro e per i lavoratori di limitata qualificazione, le cui mansioni potevano essere più facilmente predefinite

Scritto da Elio Petri con Ugo Pirro, *La classe operaia va in Paradiso*, con Gian Maria Volontè, Salvo Randone e Mariangela Melato, è il primo film italiano che entra in fabbrica, analizzandone il sistema e mettendo a fuoco i rapporti tra l'uomo e la macchina, tra il sindacato e le lotte operaie, l'ottica padronale ed il progresso tecnologico.

Ludovico Massa (Lulù), è

dall'azienda attraverso il cronometraggio (analisi tempi e metodi). A partire dalla fine degli anni settanta trovò un impiego sempre più limitato, fino a diventare desueto.

Lavoro intellettuale e lavoro manuale

Il confronto tra il lavoro intellettuale e quello manuale è ottimamente descritto da *La chiave a stella*, di Primo Levi, dove si parla di valore morale del lavoro.

Faussone, il protagonista del romanzo, è un montatore piemontese, orgoglioso di essere un tecnico, di fare, di costruire, di realizzare tutti quei progetti "cartacei" che gli ingegneri gli sottopongono.

Per lui il lavoro è appagamento e realizzazione esistenziale e il suo criterio di giudizio del valore degli uomini deriva esclusivamente dal lavoro che essi compiono.

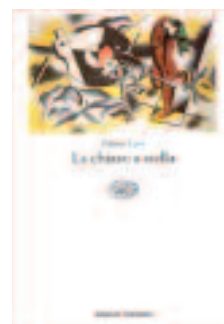
Sostenendo la moralità assoluta del lavoro, *che è soprattutto un onere per chi vuole il cambiamento, il progresso, la rivoluzione liberatrice*, Primo Levi in questo romanzo afferma che *amare il proprio lavoro costituisce la migliore approssimazione concreta alla felicità sulla terra*.

Levi supera i rischi del mestiere di scrittore, adeguando in modo sperimentale il linguaggio al personaggio e al suo ambiente.

In questo libro ci sono moltissimi termini specifici e tecnici, ma anche molti dialettismi piemontesi e – tra le righe – si svela ai lettori la differenza tra il lavoro dello scrittore e quello dell'operaio: lo scrittore manca di strumenti sensibili cui delegare il giudizio sulla qualità della materia scritta, così che se una pagina non va, se ne accorge chi legge, quando ormai è troppo tardi.

L'uomo, la fatica e la poesia

Tra le opere di Bertolt Brecht, si annovera quella che il poeta e drammaturgo tedesco scrisse nel



Domande di un lettore operaio (B. Brecht).



1935, e che si intitola *Domande di un lettore operaio* (*Fragen eines lesenden Arbeiters*). Ne citiamo alcuni versi.

*Chi costruì Tebe dalle sette porte?
Nei libri ci sono i nomi dei re.
Sono stati i re a trascinarli i blocchi di
pietra?*

*Dove andarono la sera che fu finita la Grande Muraglia
i muratori?*

*La grande Roma è piena di archi di trionfo. Chi li
innalzò?*

*Il giovane Alessandro conquistò l'India. Lui solo?
Cesare batté i Galli. Non aveva neanche un cuoco, con
se?*

*Federico Secondo vinse la guerra dei Sette anni. Chi
vinse oltre a lui?*

*Ogni pagina una vittoria. Chi cucinò il banchetto della
vittoria?*

Ogni dieci anni un grande uomo. Chi pagò le spese?

Quanti resoconti.

Quante domande.

Ecco il "messaggio" di questa poesia: restituire a se stesse le persone comuni (la gente semplice, gli operai e gli impiegati); fare da antidoto al "grande fascino dei potenti"; renderle avvertite che sono loro, magari anche inconsapevolmente, con la loro presunta piccolezza, a innalzarli sui piedistalli, facendosi esse stesse piedistallo, e a pagare tutte le spese - materiali e morali - dell'altrui "grandezza", spesso a tassi da usura.

Le fiabe e le conseguenze del lavoro



Le tre filatrici (Jacob e Wilhelm Grimm).

Le tre filatrici (F.lli Grimm) - Una ragazza assai pigra non sapeva filare. La Regina, ingannata dalla madre di lei, l'aveva portata con sé al castello, credendo che fosse una esperta filatrice. Dopo alcuni giorni improduttivi, però, la Regina le disse: "domani devi iniziare a lavorare". La fanciulla non seppe più cosa fare e, nella disperazione, si avvicinò alla finestra. Così vide arrivare tre donne, la

prima aveva un largo piede piatto, la seconda il labbro inferiore tanto grosso che le pendeva sopra il mento, e la terza aveva un gran pollicione. Erano tre fate, che diventarono le sue madrine, e l'aiutarono a filare tutta la canapa, come la Regina aveva richiesto.

Il resto della fiaba lo tralasciamo, ma ci interesserà sapere che...

quella col largo piede piatto pestava sull'arcolaio, quella col labbro inferiore che pende inumidiva il filo e la terza aveva un pollice così grande a forza di torcere il filo. Tipici e chiari esempi di tecnopatie.

Verso la fine del 1700, il mercurio era impiegato in Gran Bretagna nell'industria dei cappelli per trattare il feltro, ed i lavoratori che lo usavano mostravano spesso sintomi psichici di severo ritardo mentale, da intossicazione da mercurio, nota fin dai tempi dei romani e causa di malattia per un'infinità di persone.

Da qui nacque il termine "matto come un cappellaio", e quindi il Cappellaio Matto, dal famosissimo libro di Lewis Carroll, *Alice nel Paese delle Meraviglie*.



Il Cappellaio Matto, Alice nel Paese delle Meraviglie (Lewis Carroll).

Altra letteratura in tema di lavoro

Il rischio biologico

Il dottor Semmelweis (Celine), La morte di Basarov (Turgenev)

Il rischio biomeccanico

Gente di risaia (Vassalli)

Il rischio chimico

Salviamo gli uccelli (Fo), Piombo (Levi)

La fatica fisica

Le sofferenze non si vedono (Neruda), La lavanderia a vapore (London), E le stelle stanno a guardare (Cronin)

Il rischio rumore

Viaggio al termine della notte (Celine), Mammuto (Pennacchi)

L'alienazione da lavoro

Il treno ha fischiato (Pirandello)

Il rischio infortunistico

Le vedove di Osseg (Brecht), I feriti del lavoro (De Amicis), Cristo fra i muratori (Di Donato), L'Azteco (Jennings), La morte di Pallesi (Pratolini), Atrazina (Sereni), Il vecchio pozzo del diavolo (Dickens), Il vec-

chio e il mare (Hemingway), L'Antimonio (Sciascia)
I rischi da organizzazione del lavoro
 Treno di panna (De Carlo), Mauro (Don Milani)

Due tesi sociologiche a confronto

Possiamo essere felici lavorando... se il lavoro è *Ozio creativo* - Rizzoli, Milano, 2000 - Isbn 88-17-86418-8



Questo concetto si evince dalla lettura di un saggio di Domenico De Masi, docente di sociologia del lavoro all'Università di Roma. La sua tesi, in sostanza, è la seguente: il lavoro può portare al rispetto sociale e al benessere economico, ma anche alla conflittualità, all'e-



marginazione, all'isolamento; è pure evidente che investire tutte le proprie energie nella carriera porta a perdere il gusto dello svago e a trascurare, per mancanza di tempo, la cura dei propri cari, degli amici e di se stessi.

Se l'obiettivo principale dell'uomo è raggiungere la felicità, quale mezzo migliore del lavoro creativo? E il tempo libero aumenta, poiché mezzi di trasporto, telefono, fax, Internet consentono di annullare le distanze e trasformare il lavoro in telelavoro.

Analizziamo, ora, l'opinione contraria di Luciano Gallino, che nel suo saggio



Se tre milioni vi sembran pochi. Sui modi per combattere la disoccupazione - Edizioni Einaudi, Torino - EAN: 9788806143633 -, definisce utopico il futuro proposto da De Masi.



Nel libro il sociologo affronta il problema della disoccupazione e afferma che le idee correnti sul modo di combatterla non possono funzionare, perché partono da presupposti sbagliati.

Considerando che il lavoro è l'essenza dell'uomo (e qui ci torna in mente *La chiave a stella* di Primo Levi, sopra citato), ne diviene il fattore principale di integrazione

sociale, purché abbia determinate caratteristiche: una certa stabilità, una dignitosa retribuzione, un discreto interesse, e sia compatibile con i diritti della persona alla salute, alla sicurezza, al rispetto.

L'autore sostiene quindi la necessità sociale di elaborare una politica dell'occupazione e della qualità del lavoro a lungo termine.

Gallino, di più, mette in discussione – e persino ridicolizza, stigmatizzandolo, quello che definisce "PEC", il Pensiero Economicamente Corretto.

Nota di "riflessione": progetto scolastico del liceo scientifico "Calini" di Brescia

Riguardo alle due tesi contrapposte (di De Masi, sostenitore di una ecologia del lavoro organizzato e di nuove forme creative di ozio, e di Gallino, propugnatore di una seria politica dell'occupazione), gli alunni hanno optato per quest'ultimo; la professoressa, al contrario, per "la nuova sfida, che segnerà il ventunesimo secolo... come inventare e diffondere una nuova organizzazione, capace di elevare la qualità della nostra vita e del lavoro, facendo leva sulla forza silenziosa del desiderio di felicità" (De Masi).

Questo dato non può lasciarci indifferenti. Occorre impegnarsi nell'ambito "cruciale" della formazione dei ragazzi, cercando di intercettare i loro bisogni e le loro aspettative e, nel contempo, raccordarsi ed operare con la classe docente.

In conclusione, voglio citare Pierpaolo Donati, con il suo libro *Il lavoro che emerge*, ecc... (Bollati Boringhieri, Torino 2001). "...il lavoro rimanda a una sfera sociale (...) tanto che, nelle nostre società complesse, diventa un *medium* simbolico generalizzato di interscambio sociale e culturale" (p. 172). E poi propone un acronimo sui "Vecchi e nuovi significati del valore lavoro" - lo schema AGIL - a cui mi permetto di aggiungere un punto valoriale (E):

- (A) lavoro come capacità di prestazione (valore di scambio)
- (G) lavoro come valore politico (valore meta-economico)
- (I) lavoro come valore di scambio sociale (relazione di servizio reciproco)
- (L) lavoro come valore d'uso (produzione di beni e servizi per i bisogni umani)
- (E) lavoro come emancipazione (singola e collettiva, valore di crescita professionale).

La poesia di Pina Violet

Calpesto il pavimento

(Visita ad Alfredo Trifogli)

Lungo il corridoio,
fissi gli occhi,
sorrisetto strano,
vuoto,
indecifrabile,
di nuovo bambino? Forse no.
Passetti veloci,
similmente ignari,
verso la porta, che
sorda non s'apre più.
Lungo il corridoio,
senti il tuo morire!?!?
Maestro, ed amico
già nella storia di questa città.

Le tue parole
scolpite nella mente,
pensate e dette nei giorni remoti
di vigoroso geniale intelletto,
ricordi di eventi pressanti
che neanche la notte
lasciavano indenne,
nulla dell'oggi vivente.
E noi: "Professore!!! Vede?
Cammina benino! E senza bastone!"
E un tocco al cuore,
lieve,
come piuma,
ci coglie al tuo dire:
"Più che camminar, calpesto il pavimento!".

Ivo Pannaggi (1922) - *Treno in corsa* - Fondazione Cassa di Risparmio della Provincia di Macerata



Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Conferenze interfacoltà sulle nuove frontiere della Medicina

Coordinatore: Tullio Manzoni

1. Medicina-Agraria (28 gennaio – ore 17,15)

Alimenti e salute: i segreti dell'olio e del vino

Prof. G.N. Frega, Prof. A. Benedetti

2. Medicina-Ingegneria (4 marzo – ore 17,15)

Bioingegneria e Medicina

Prof. G. Latini, Prof. R. Burattini, Prof. A. Rappelli

3. Medicina-Scienze (1 aprile – ore 17,15)

Dimmi di che cromosoma sei

Se il futuro è scritto nei nostri geni, come prevederlo

Prof. E. Olmo, Prof. G. Principato, Prof.ssa F. Saccucci

4. Medicina-Economia

(6 maggio – ore 17,15)

Spendere di meno, guarire di più
Qualche principio di farmacoconomia
e l'uso intelligente dei farmaci

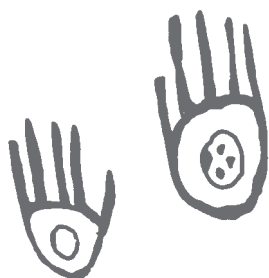
*Prof. E. Pesciarelli, Prof. S. Amoroso,
Prof. F. Fiorillo, Prof. A. Gabrielli*

5. Convegno annuale della Facoltà

(5 giugno ore 17,15)

Storia della Medicina nelle Marche

Polo Murri Auditorium Montessori



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

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XI - n° 12
Dicembre 2008
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato Editoriale
Francesco Alò, Fiorenzo Conti, Giuseppe
Farinelli, Stefania Fortuna, Loreta Gambini,
Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

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

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli