



# Notiziario On-Line

della  
Facoltà di Medicina e  
Chirurgia



Anno III N. 8 - Ottobre 2005

## Sommario

---

**Novità: Notiziario versione PDF**, per poter stampare e leggere il notiziario off-line

### Didattica e Ricerca

- Il Centro della Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'Alta Formazione e la Ricerca Traslazionale in Medicina Generale: presentazione, obiettivi, finalità
  - L'Università sul tetto d'Europa
  - Gravidanza, nascita e sviluppo: la musica una parte integrante nella crescita del bambino
  - Uno studio multicentrico sui disturbi del comportamento alimentare: ruolo dei fattori genetici
  - Docet, lezioni interattive - questionari interattivi in rete per non vedenti
  - Prima Lezione Prof. Mugelli
  - Il prof. F. Chiti è stato invitato a far parte del' EMBO
  - Verso una comprensione dell'effetto di mutazioni nell'aggregazione proteica di tipo amiloide
- 

### Manifestazioni Scientifiche

- Il ruolo della comunicazione nel rapporto medico-paziente. Approccio multidisciplinare al malato reumatico
-

## Info Careggi

- Il censimento dei Fondi librari dei Dipartimenti di area Biomedica
- Lo screening per il tumore del Polmone con TAC a basso dosaggio: il progetto ITALUNG\_CT
- Flying doctors: Medicina per la prima volta vincitrice nel torneo di pallavolo

## Recensioni

- Atul Gawande
- Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari

## Extra-News

- Il sistema gusto-olfattivo: uno studio a cavallo tra medicina e filosofia

## La voce degli Studenti

- Un centinaio di croci del Sud
- I dottori volanti, parte del sogno australiano
- Un (nuovo) inizio anno 2005-2006
- Il Corso ADE di Medicina Narrativa: è possibile una diversa comunicabilità tra medico e paziente?
- I dottori volanti, parte del sogno australiano

## *Il Centro della Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'Alta Formazione e la Ricerca Traslazionale in Medicina Generale: presentazione, obiettivi e finalità.*

In data 4 luglio 2005, nella sala del consiglio di amministrazione (Università degli Studi di Firenze) ed alla presenza del Magnifico Rettore Prof. Augusto Marinelli, è stato ufficialmente presentato il Centro di Facoltà per l'Alta Formazione e la Ricerca Traslazionale in Medicina Generale.

Il Rettore, nel congratularsi con tutti gli artefici del nuovo Centro, ha evidenziato che la sua costituzione rappresenta un passaggio metodologico ed operativo unico nel suo genere, per come è teso alla diretta collaborazione tra Ateneo e Medicina Generale. Il Rettore ha sottolineato come questo passaggio sia perfettamente consensuale con la politica dell'Ateneo volta alla massima collaborazione con le istituzioni territoriali.

Il ruolo e le attività del Centro sono state illustrate dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, Prof. Gian Franco Gensini, e dal Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, Prof. Antonio Panti. Il Prof. Gensini ha ricordato che il neonato Centro di Facoltà è stato istituito presso i locali della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze (Viale Morgagni 85), e che di esso fanno al momento parte le seguenti unità amministrative ed enti: la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia, l'Ordine dei Medici di Firenze, il Dipartimento di Sanità Pubblica, il Dipartimento di Medicina Interna, il Dipartimento di Farmacologia Preclinica e Clinica, il Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, il Dipartimento di Anatomia, Istologia e Medicina Legale. Il Preside Gensini ha ricordato che la Facoltà medica fiorentina ha privilegiato, già durante la presidenza del suo predecessore Prof. Giovanni Orlandini (anch'egli presente all'incontro) una logica di interazione con interlocutori coinvolti nel campo della ricerca e della didattica. Il Preside ha fatto presente che la direzione del Centro è congiuntamente affidata ad un professore di ruolo, nominato dalla rappresentanza universitaria del Comitato di Coordinamento, ed al Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze o a suo delegato, ricordando anche che il Centro della Facoltà

medica fiorentina è il primo Centro di insegnamento della Medicina Generale all'interno della Università in Italia ed il primo frutto di un accordo organico e formalizzato.

Il Presidente dell'Ordine Prof. Panti ha manifestato tutto il suo apprezzamento per l'apertura dell'Università a sinergie didattiche in un periodo di grande trasformazione, quale è quello attuale, ed ha sottolineato che è la prima volta in Italia che la Medicina Generale viene così introdotta tra le discipline accademiche. In effetti la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo fiorentino e l'Ordine dei Medici di Firenze hanno, come ricordato congiuntamente dal Preside e dal Presidente dell'Ordine, l'obiettivo comune di sviluppare e promuovere attività didattiche all'interno dei corsi universitari, nonché di organizzare e coordinare i tirocini di Medicina Generale, che permettano allo studente di acquisire un'adeguata conoscenza della medicina di famiglia e del territorio, acquisita anche mediante una attenzione selettiva alla dimensione socio-culturale, alla capacità relazionale con il paziente ed a esperienze pratiche di formazione sul campo.

Sono quindi intervenuti alcuni dei numerosi medici di Medicina Generale presenti all'evento, ed in particolare il Dottor Bussotti, il Dottor Giovannoni ed il Dottor Mugnai. Questi Colleghi hanno evidenziato come il Centro di Facoltà abbia carattere interdisciplinare e sia teso quindi al sostegno della formazione e della ricerca e al trasferimento dei risultati nel campo della Medicina Generale, in armonia con gli indirizzi della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con particolare attenzione all'area delle Scienze Umane. Bussotti e Giovannoni hanno sottolineato che finalità peculiari del Centro sono la ricerca nelle aree di competenza della Medicina Generale, con specifico riferimento all'organizzazione delle cure primarie e dei modelli di cura; l'organizzazione e coordinamento dei tirocini di Medicina Generale degli studenti dei corsi di laurea e laurea specialistica afferenti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e la formulazione di proposte sull'attività didattica presso il corso di laurea in Medicina e Chirurgia (anche attraverso l'organizzazione di Attività Didattiche Elettive - ADE), le scuole di specializzazione ed i corsi di perfezionamento.

Ha quindi ripreso la parola il Preside per sottolineare che il Centro si prefigge inoltre di stabilire collegamenti tra Medicina Generale e molte altre discipline quali, in particolare, la sanità pubblica in generale e la medicina di comunità e il management sanitario in particolare, l'area critica medico chirurgica, la medicina interna, la psicologia clinica, la farmacologia clinica, le scienze infermieristiche, le scienze umane. Il Prof. Gensini ed il

Prof. Panti hanno inquadrato le attività del Centro nella consapevolezza che i contenuti d'insegnamento della Medicina Generale devono essere complementari al programma del corso di laurea ed integrarsi con i tradizionali contenuti degli studi universitari, per far sì che ogni laureato in Medicina, indipendentemente dal settore professionale in cui opererà, prenda piena conoscenza e coscienza della Medicina Generale come disciplina autonoma.

Il Dottor Bussotti ha sinteticamente illustrato le tecniche didattiche del Centro, che privilegeranno le lezioni integrate con casi clinici simulati per i seminari di gruppo e le dimostrazioni seguite da esperienze sul campo in situazione reale e protetta col tutor, in una ottica di insegnamento tutoriale. In particolare la tecnica didattica del caso rappresenterà un cardine dell'insegnamento, con lezioni improntate alla analisi guidata di un "caso" che dovrà contenere "piste di dibattito" costruite sulle caratteristiche della Medicina Generale, suddivise in metodologia clinica ed evidence based medicine, relazione medico-assistito, aspetti burocratici ed organizzativi, atti e comportamenti professionali. I Colleghi della Medicina Generale hanno proposto, già in sede di presentazione del Centro, alcune tematiche potenzialmente oggetto di valutazione nella cornice delle ADE (Attività Didattiche Elettive) di Facoltà, e specificamente i controlli medici sulla persona sana in Medicina Generale, le infezioni delle vie aeree, il mal di schiena.

Riprendendo la parola, il Preside ed il Presidente dell'Ordine hanno ricordato che il Centro di Facoltà si propone di fare fronte ad una serie di bisogni didattici sia nel campo formativo che della ricerca, bisogni che in questi anni si sono venuti a creare nel settore delle cure primarie.

Il Dottor Mugnai ha poi presentato la bozza del logo del Centro di Facoltà.

Nel rispondere alle numerose domande dei giornalisti, il Preside ha approfondito il senso che il Centro darà alla alta formazione ed alla ricerca traslazionale, ricordando che una delle sue missioni sarà quella di prevenire e limitare il più possibile la cosiddetta "Sindrome del Radar". Come si può leggere nei più recenti rapporti sulla salute della Organizzazione Mondiale della Sanità, in effetti, un pericolo costante per i pazienti è quello che, una volta usciti dallo schermo del radar (ossia dalle sedi istituzionalmente deputate alla assistenza) non siano più rintracciati e seguiti. Al contrario, una efficace ed efficiente rete quale quella costituita dalla Medicina Generale fiorentina, sostenuta da

iniziative come quella del neonato Centro di Facoltà, deve proprio farsi carico di identificare in ogni momento il soggetto malato che necessita di sostegno.

La formazione in Medicina Generale non deve pertanto essere lasciata soltanto alla fase post-laurea degli studi medici, ma con il Centro di Facoltà essa entra decisamente nel corso di laurea per potenziare l'approccio preventivo, la medicina anticipatoria ed una sempre più diffusa medicina basata su evidenze applicabile sul territorio.

Nel concludere, il Preside della Facoltà medica fiorentina ed il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, alla presenza dei numerosi Colleghi universitari e della Medicina Generale in sala per la presentazione del Centro di Facoltà e per la successiva conferenza stampa, hanno sottolineato come la maggiore articolazione degli interventi sanitari a livello delle attività territoriali abbia comportato e sia destinata a comportare sempre di più nel futuro la creazione di un'area professionale delle cure primarie in cui i presupposti epistemologici, le modalità di intervento, la casistica appaiono diversi da quanto viene affrontato in ambiente ospedaliero.

Le risposte formative che il Centro di Facoltà saprà dare alle esigenze emergenti nell'area della Medicina Generale costituiranno il presupposto operativo di una medicina territoriale di ancora più elevato profilo, ed ancora meglio adeguata agli standard europei.

*Gian Franco Gensini, Andrea A. Conti, Antonio Conti.*



## *L'Universita' sul tetto d'Europa*

Nell'estate 2004 la Clinica Medica dell'Universita' di Firenze ha organizzato, in collaborazione con l'Istituto Auxologico Italiano, e con la Clinica Medica dell'Universita' di Milano una spedizione al rifugio piu' alto d'Europa, il Rifugio Capanna Regina Margherita, sul Monte Rosa a quota 4559 metri. Lo scopo era di studiare i meccanismi coinvolti nella risposta all'ipossia e nell'adattamento cardiovascolare e renale alla permanenza in alta quota.

Per raggiungere la Capanna Regina Margherita sono necessari due giorni con una sosta intermedia al rifugio Gnifetti. Da Alagna Valsesia si prendono gli impianti di risalita per Punta Indren. Da Punta Indren ci si incammina verso il Ghiacciaio di Indren percorrendo un tratto pietroso abbastanza breve. Si prosegue sulla traccia battuta che, praticamente in piano, attraversa il Ghiacciaio. Terminata la neve si procede con un sentiero misto (terra, pietre e neve) che dopo alcuni tornanti giunge alla base di un breve passaggio attrezzato. Corde fisse ed altro facilitano la salita di questo ripido tratto. Raggiunta la sommità di questo passaggio si vede in alto la Capanna Gnifetti, a quota 3647 m. dove si trascorre la prima notte.

Il rifugio Gnifetti ha e' un grande rifugio-albergo con locali molto ampi. La mattina seguente all'alba, dopo avere messo i ramponi, si parte per la destinazione finale. Si sale in cordata seguendo tra i crepacci la traccia di neve sempre evidente, risalendo il ghiacciaio del Lys e costeggiando dal basso la Piramide Vincent e il Corno Nero sempre tenendosi a distanza da alcuni seracchi sulla destra. In circa 5 ore si arriva a quota 4559 m. al Rifugio Capanna Regina Margherita.

Il Rifugio Capanna Regina Margherita e' un edificio a tre piani. L'ultimo piano e' dedicato alla ricerca scientifica. Il CAI di Varallo, che aveva vagliato il progetto ci aveva dato la disponibilita' ad accogliere la nostra spedizione nel mese di luglio. Il rifugio e' sul confine Italo - Svizzero e nei giorni di bel tempo si vede tutto l'arco delle alpi, la val padana fino alle alpi Apuane. Il rifugio è dedicato alla Regina Margherita, all'epoca sovrana d'Italia e fu costruito per essere dedicato alla ricerca scientifica. I lavori di costruzione iniziarono nel 1890 e la capanna, predisposta a valle, fu montata sulla vetta. Il rifugio fu inaugurato il 4 settembre 1893. Qualche giorno prima vi aveva pernottato la Regina. Nel 1899 fu aggiunta la torretta destinata ad osservatorio meteorologico. Nella disposizione di oggi al piano terra dopo l'ingresso c'e' il locale ristorante con la biblioteca e la cucina. Le stanze del primo piano sono riservate agli alpinisti di passaggio. All'ultimo

piano i laboratori e le stanze del personale di ricerca non proprio dotate di tutti i confort. La visibilita' non e' stata sempre perfetta ma il vitto e l'accoglienza sono stati ottimi. Il soggiorno e' fornito di una biblioteca dedicata alla montagna e allo sci estremo. Questo rifugio e' infatti meta degli alpinisti che da qui raggiungono le piu' alte vette delle alpi. Questa e' anche la zona piu' nota in Europa per le discese fuori pista.

Lo scopo della spedizione non era turistico ma di studiare i meccanismi coinvolti nella risposta all'ipossia e nell'adattamento cardiovascolare e renale alla permanenza in alta quota. Se le quote elevate vengono raggiunte troppo in fretta, senza una adeguata acclimatazione la bassa pressione parziale di ossigeno nell'aria, e' spesso responsabile di una serie di disturbi anche negli alpinisti esperti.

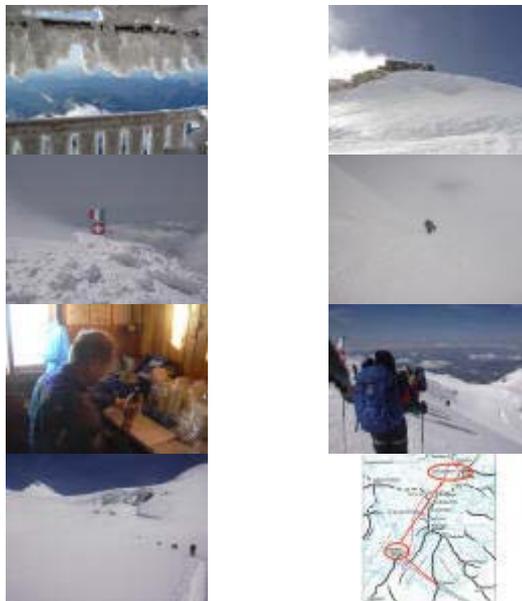
La nostra spedizione ha coinvolto circa 60 partecipanti divisi in tre scaglioni. Arrivati al rifugio e' iniziata la fase di studio della risposta di adattamento e per cinque giorni tutti i momenti della giornata sono stati occupati da test e controlli medici effettuati con apparecchiature che erano state trasportate in alta quota in elicottero. La fase piu' critica dell'adattamento sono state le prime 24-48 ore quando la saturazione di ossigeno scende a valori molto bassi (anche inferiori al 75%). In questa fase e' stato misurato anche un importante aumento della pressione polmonare. La pressione polmonare era misurata in maniera non invasiva con un ecocardiogramma. Di solito si avverte un mal di testa, e possono comparire nausea e vomito. Ma in circa il 2% degli alpinisti che raggiungono rapidamente quote oltre i 3500 metri, possono pero' comparire segni piu' gravi come tosse e dispnea, segni di edema polmonare, o disturbi dell'equilibrio, segni iniziali di edema cerebrale, che possono progredire in uno stato di confusione mentale e richiedere la somministrazione immediata di ossigeno. Questa condizione e' la causa principale di intervento dei mezzi di soccorso in alta quota per una evacuazione rapida

Tutti i momenti della giornata sono stati occupati dai vari test ed i tempi erano scanditi dai controlli medici. Il ruolo della attivita' del sistema nervoso simpatico nella risposta di adattamento e' stato studiato dai colleghi di Milano con una tecnica che studia la frequenza dei battiti cardiaci. In questa fase si ha un lieve aumento della pressione arteriosa che e' stata misurata con apparecchi automatici portatili che consentono la misurazione ad intervalli di 15 minuti nell'arco di tutte le 24 ore. Gli strumenti, applicati prima della partenza con la seggiovia hanno anche permesso di studiare gli effetti dell'esercizio fisico durante l'ascensione. La raccolta delle urine ha messo in evidenza un marcato aumento della diuresi nei primi giorni in alta quota. Per indagare nel dettaglio i meccanismi responsabili di questa risposta i campioni sono stati immagazzinati per essere esaminati al ritorno in Clinica. Tutti i partecipanti erano sottoposti a prelievi di sangue la mattina al risveglio per lo studio degli adattamenti ormonali. Anche in questo caso ciascun campione era poi catalogato e conservato in ghiaccio per essere analizzato in laboratorio.

Lo studio ha quindi permesso di raccogliere numerosi dati che potranno essere utili per conoscere in dettaglio i meccanismi responsabili di disturbi dell'adattamento in alta quota. Queste conoscenze potranno essere impiegate per cercare di prevenire le patologie da alta quota piu' gravi che sono la principale causa di intervento dei mezzi di soccorso in alta quota.

Conclusa l'esperienza alpinistica, e' adesso iniziata la parte piu' importante per i ricercatori con l'interpretazione dei dati raccolti e la loro diffusione scientifica.

*Pietro Amedeo Modesti, Giovanni Raugeri, Marco Morabito*



## *Gravidanza, nascita e sviluppo: la musica una parte integrante della crescita armonica del bambino*

Conoscendo l'interesse dell'Ospedale Meyer per la musica come momento importante di relazione con i bambini ospiti della struttura, il relatore Maestro Professor Andrea Apostoli, Presidente dell'Associazione Italiana Gordon per l'Apprendimento Musicale, ha preso in esame il tema delle emozioni e/o associazioni che determinate musiche possono produrre nel bambino. Quali sono, alla luce delle ricerche svolte dal Prof. Edwin E. Gordon, i processi di apprendimento del linguaggio musicale e come un ambiente ricco dal punto di vista degli stimoli musicali può contribuire allo sviluppo dell'attitudine musicale innata in ogni individuo? La Music Learning Theory di Gordon mette in luce l'importanza di un accostamento del bambino alla musica durante l'età neonatale e, al tempo stesso, la necessità che questa diventi strumento di relazione più che oggetto di insegnamento o di intrattenimento. Durante la sua lezione il Maestro Apostoli ha dimostrato come il linguaggio musicale viene paragonato al linguaggio parlato e pensato attraverso esempi pratici che favoriscono nei partecipanti la riflessione sui temi della sintassi musicale, delle risposte spontanee alla musica del bambino in età neonatale e di un sorgere di una vera e propria "lallazione" tonale e ritmica. Il bambino osservato da un adulto che non interviene si manifesta immediatamente in tutta la sua musicalità: lancia gli oggetti sul pavimento coordinando gesto, respiro ed emissione sonora; sbatte ritmicamente gli oggetti fra di loro emettendo suoni ritmici; gioca con gli oggetti accompagnando ogni evoluzione motoria con suoni che presentano una grande varietà espressiva; emette suoni mentre corre, salta o si butta a terra e, successivamente, dice il suo nome usando suoni che tendono a formare piccole melodie. Il Maestro ha poi sottolineato come la relazione primaria, l'universo sonoro materno e il dialogo tonico attraverso la voce sono esaminati e messi in relazione con la naturale vicinanza del bambino alla musica e una spontanea ricerca della dimensione sonora e ritmica per calmarlo, consolarlo e contenerlo emotivamente - cosa che egli fa anche autonomamente durante quei "fenomeni transizionali" splendidamente descritti da Winnicott, "...possiamo sicuramente affermare che il bambino nei suoi primi anni di vita sia spontaneamente protagonista di una comunicazione dalle modalità molto vicine alla musica e che, allo stesso tempo, risponda alla musica con una soglia di attenzione molto alta. Questo è senz'altro dovuto alla predominanza della vibrazione sonora nella vita prenatale che non a caso Tomatis definisce una vera e propria immersione in un "universo sonoro"".

Affrontando poi il tema del rapporto feto-madre, il Maestro ha illustrato come il corpo della mamma fa risuonare nel liquido amniotico i suoni che emette e quelli prodotti dal

suo corpo (battito cardiaco, respirazione, rumori viscerali ecc.), il bambino li ascolta e fin da quei momenti il suono è un mezzo privilegiato di relazione fra mamma e figlio. Successivamente, durante i primi mesi di vita, quasi a garantire un tratto di continuità, il neonato viene fatto oggetto di una comunicazione che ha caratteristiche sonore - musicali evidenti; la madre (tutte le madri del mondo), nella comunicazione intima "vis à vis" col neonato accompagna le sue espressioni facciali con vocalizzazioni di suoni, piccole melodie o ritmi che vanno a costituire quel repertorio comunicativo definito mirabilmente da Stern "coreografia" del comportamento materno. "Questa naturale vicinanza a forme primitive di linguaggio musicale - ha continuato il Maestro - non comporta però automaticamente la crescita di un adulto in grado di comprendere la musica e di esprimersi musicalmente con la voce o con uno strumento; anzi, al contrario, possiamo affermare che queste capacità siano patrimonio di pochi nella nostra società."

La causa di questa "promessa" non mantenuta e del grande spreco di potenzialità umane che ne consegue consiste semplicemente, secondo Gordon, "nel fatto che i bambini non ricevono un'adeguata educazione musicale prima di giungere alla scuola dell'infanzia o alla prima elementare, ed è impossibile sperare di veder migliorare la scarsa considerazione di cui gode la musica fino a quando i bambini non avranno lo stesso tipo di educazione che ricevono dai loro genitori nell'apprendimento della lingua madre durante i cinque anni che precedono la scuola. Il Maestro ha poi concluso la sua lezione con una considerazione su come la letteratura, il teatro e il cinema per bambini si sono affrancati dall'idea che il bambino debba confrontarsi soltanto con emozioni considerate "positive" e che invece sia importante lasciare che la musica svolga per il bambino l'importante servizio che le espressioni artistiche in generale svolgono per l'uomo: esprimere le emozioni e i sentimenti in una dimensione simbolica in cui, specialmente quelli che ci fanno più paura, trovano modo di essere vissuti ed esorcizzati

*Marisa Benagiano*

## *Uno studio multicentrico sui disturbi del comportamento alimentare: ruolo dei fattori genetici*

Il gruppo di ricerca del Prof Sandro Sorbi, afferente al Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Firenze ha recentemente pubblicato un lavoro in collaborazione con altri sette centri europei grazie ad un progetto multicentrico, finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del Quinto Programma Quadro.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA), quali l'anoressia nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) sono disturbi psichiatrici complessi ad eziologia multifattoriale con coinvolgimento di fattori genetici e ambientali. Numerose linee di ricerca indicano che il BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) ha un ruolo importante nel comportamento alimentare e che alterazioni in questo sistema neurotrofico sono implicate nella suscettibilità all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa.

Anche gli studi caso-controllo suggeriscono un contributo del BDNF nell'eziologia dei Disturbi del comportamento alimentare. Nel 2004 il gruppo fiorentino ha partecipato ad uno studio in collaborazione con cinque centri Europei ( *Ribases et al Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European populations Hum Mol Genet. 2004 Jun 15;13(12):1205-12* ) che ha mostrato una associazione positiva tra due polimorfismi a livello del BDNF (Val66Met e -270C/T) ed i disturbi del comportamento alimentare in sei differenti popolazioni europee.

Per poter replicare questi risultati, sono state analizzate 453 triadi (pazienti e genitori) raccolte in otto centri europei (Spagna, Italia con Firenze e Milano, Francia, Slovenia, Germania, Inghilterra Austria) e sono stati condotti studi di associazione basati su famiglie confermando un'associazione positiva . Nel 2005 sono stati pubblicati i risultati di questo studio multicentrico confermando il coinvolgimento del BDNF nel comportamento alimentare( *Ribases et al Association of BDNF with restricting anorexia nervosa and minimum body mass index: a family-based association study of eight European populations, Eur J Hum*

*Genet. 2005 Apr;13(4):428-34* ) e suggerendo il contributo del BDNF alla suscettibilità genetica ai disturbi del comportamento alimentare.

*Benedetta Nacmias*

## *Docet, lezioni interattive - questionari interattivi in rete per non vedenti*

E' stato presentato lo scorso 22 giugno presso l'aula di informatica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze il software DOCET, LEZIONI INTERATTIVE - QUESTIONARI INTERATTIVI IN RETE PER NON VEDENTI, sviluppato da Tecnoing srl. su incarico dell'ufficio accoglienza studenti disabili.

Erano presenti il Preside, Prof. Gian Franco Gensini, il Prof. Giovanni Orlandini, il Prof. Giulio Masotti e numerosi altri Docenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Ha aperto e coordinato i lavori la Prof.ssa Sandra Zecchi, delegato del Rettore per i problemi della disabilità.

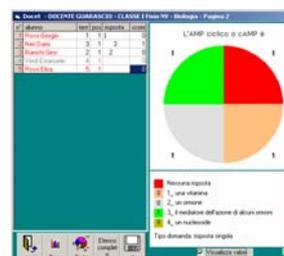
Il software DOCET, realizzato e presentato dall'ing. Giuseppe Guarascio e dall'ing. Vincenzo D'Abundo, è un sistema integrato di programmi che trasforma una rete locale in una efficiente aula didattica, poiché permette di raccogliere e di elaborare in tempo reale le risposte di un gruppo di studenti a singole domande o interi questionari interattivi. Tale strumento consente al docente di apportare immediatamente alla sua lezione modifiche, integrazioni, correzioni, in modo da mettere in atto interventi di recupero "in itinere".

Docet è strutturato in tre moduli:

- **modulo autore**, mediante il quale il docente crea la sua lezione multimediale integrandola con le domande di un questionario;
- **modulo server**, attraverso cui la lezione viene somministrata agli studenti, che occupano le varie postazioni del laboratorio, e le risposte ai questionari vengono acquisite e memorizzate;
- **modulo client**, mediante il quale lo studente (non vedente, ipovedente o vedente) interagisce "in diretta" con il docente

Il programma è stato testato, nell'occasione, da un gruppo di studenti non vedenti o ipovedenti del corso di Laura per Fisioterapisti. L'efficiente sistema di sintesi vocale perfettamente implementato al software ha consentito di effettuare con successo una simulazione di test, suscitando vivo interesse ed apprezzamento nei presenti.

*Ferdinando Paternostro*





***Prima lezione Prof. Mugelli***

Vedere PDF sul [Notiziario Online](#)





## *Il Prof. Fabrizio Chiti invitato a far parte dell'EMBO*

Il prof. Fabrizio Chiti, associato di biochimica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ha ottenuto l'invito nell'EMBO Young Investigator Programme, un programma di finanziamento dell'European Molecular Biology Organisation rivolto a giovani ricercatori dell'Unione Europea che presentano progetti di ricerca di grande rilevanza scientifica.

Il prof. Chiti, che opera all'interno del Dipartimento di Scienze Biochimiche, da tempo si occupa dell'aggregazione proteica, con particolare riferimento allo studio dei determinanti strutturali implicati nel processo di formazione delle fibrille amiloidi. Gli studi più recenti condotti dal prof. Chiti (di cui una breve descrizione in altra parte del presente notiziario) sono stati pubblicati su riviste scientifiche prestigiose come *Nature* e *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*.



## *Verso una comprensione dell'effetto di mutazioni nell'aggregazione proteica di tipo amiloide*

Le cause di un numero crescente di condizioni patologiche sono da ricercarsi nella conversione di una proteina specifica (o peptide) dal suo stato solubile ad una forma di aggregati fibrillari con struttura ben precisa. Questi stati patologici comprendono sia condizioni neurodegenerative, quali la malattia di Alzheimer, il morbo di Parkinson e la malattia di Creutzfeldt-Jacob, sia condizioni in cui l'aggregazione coinvolge tessuti diversi dal sistema nervoso centrale (amiloidosi da catena leggera, amiloidosi associata ad emodialisi, diabete mellito di tipo II, ecc.). Alcune di queste patologie, come la malattia di Alzheimer e il morbo di Parkinson, sono prevalentemente sporadiche anche se si registrano alcuni casi di forme ereditarie. Altre sono quasi esclusivamente ereditarie, come l'amiloidosi da lisozima o la corea di Huntington. Altre ancora sono associate a specifici trattamenti medici, come l'amiloidosi da  $\beta$ 2-microglobulina, un'inevitabile conseguenza del trattamento prolungato di emodialisi. Infine, le encefalopatie spongiformi possono anche essere infettive come la ben nota "sindrome della mucca pazza".

Gli aggregati proteici fibrillari che caratterizzano queste malattie prendono il nome di "fibrille amiloidi" anche se un comitato della società internazionale sulle amiloidosi ha stabilito che il termine "fibrille amiloidi" dovrebbe essere utilizzato solo per quelle condizioni in cui la deposizione avviene in ambiente extracellulare, riservando il termine "inclusioni intracellulari" o "fibrille simil-amiloidi" a quei disordini in cui l'aggregazione avviene all'interno della cellula.

Il crescente interesse che sta riscuotendo l'aggregazione proteica non è limitato all'importanza che questo fenomeno riveste in tutte queste condizioni debilitanti, ma anche all'utilizzo di certi peptidi a scopo terapeutico. Un esempio a tale proposito è fornito dalla calcitonina, un ormone di natura peptidica che potrebbe essere efficacemente impiegato come farmaco per la cura di certe patologie ossee come l'osteoporosi o la malattia di Paget. L'utilizzo della calcitonina in qualità di farmaco è tuttavia limitato dall'aggregazione stessa a cui questo peptide va incontro dopo l'iniezione nel paziente.

Nel nostro laboratorio stiamo da tempo studiando i determinanti chimico-fisici del complesso fenomeno dell'aggregazione proteica. Punto di partenza della nostra attività di ricerca è l'osservazione che le fibrille amiloidi o simil-amiloidi che si formano nei pazienti affetti da queste patologie, o che possono essere riprodotte *in vitro* a partire da proteine purificate, hanno caratteristiche comuni che non dipendono dalla sequenza né dalle caratteristiche strutturali o biologiche delle catene polipeptidiche originarie. Questi tratti comuni comprendono una morfologia fibrillare data dall'assemblaggio di 2-6 protofilamenti, la presenza di una struttura secondaria a

foglietto  $\beta$  che si propaga lungo l'asse maggiore della fibrilla (con i filamenti  $\beta$  che risultano perpendicolari all'asse della fibrilla) e l'affinità per il rosso Congo.

Inoltre è ormai chiaro, che anche proteine che non hanno apparentemente alcun legame con malattie di tipo amiloide sono in grado di formare questi aggregati ordinati *in vitro* se sottoposte ad opportune condizioni sperimentali.

Una linea di ricerca del nostro gruppo è volta al tentativo di comprendere l'effetto di mutazioni (sostituzioni aminoacidiche) sul processo di aggregazione proteica a partire da stati conformazionali delle proteine destrutturati (*unfolded*). L'importanza di studiare stati conformazionali *unfolded* deriva in primo luogo dall'osservazione che molte delle proteine o dei peptidi precursori di fibrille amiloidi adottano normalmente, nel loro stato solubile, una conformazione di questo tipo. In aggiunta, è ormai chiaro che la maggior parte delle proteine globulari dotate di una certa struttura tridimensionale possono generare fibrille amiloidi solo dopo una destrutturazione totale o parziale (e in quest'ultimo caso le porzioni destrutturate sono i tratti trascinatori del processo). Dopo aver osservato che anche la proteina oggetto dei nostri studi, l'acilfosfatasi muscolare umana, era in grado di formare fibrille amiloidi strutturalmente simili a quelle associate a condizioni patologiche (Chiti et al. 1999), abbiamo osservato che singole sostituzioni aminoacidiche di questa proteina sono in grado di favorire il processo dell'aggregazione amiloide a partire dallo stato *unfolded*. Questo avviene quando le mutazioni (1) aumentano l'idrofobicità al sito di mutazione, (2) aumentano la propensione a formare foglietto  $\beta$  al sito di mutazione o (3) diminuiscono al carica netta globale delle proteina. Questo studio (Chiti et al. 2003) ha condotto ad un'analisi quantitativa che ha portato a sua volta all'elaborazione di un'equazione matematica in grado di fare predizioni sull'effetto di mutazioni sull'aggregazione di una proteina o peptide destrutturati. L'equazione, derivata esclusivamente dall'analisi di mutazioni di acilfosfatasi muscolare umana, ha dimostrato di avere valore predittivo anche sulle mutazioni di altri sistemi patologicamente rilevanti, quali il peptide  $\beta$  amiloide associato alla malattia di Alzheimer, la proteina tau associata alla demenza frontotemporale e l' $\alpha$ -synucleina associata al morbo di Parkinson (Chiti et al. 2003). L'equazione è stata oggetto di brevetto.

Questo algoritmo matematico non è servito solo per svelare i determinanti chimico-fisici del processo di aggregazione amiloide o per razionalizzare la natura patogena di certe mutazioni ereditarie. Ha altresì avuto un valore applicativo essendo stato recentemente utilizzato per generare mutazioni aminoacidiche di calcitonina umana. L'impiego di calcitonina umana come farmaco è fortemente limitato dall'aggregazione istantanea del peptide dopo l'iniezione nel paziente, fenomeno che, di fatto, impedisce il raggiungimento del tessuto bersaglio. Per superare questo problema si è inizialmente ricorso alla calcitonina di salmone, un peptide con un potenziale aggregante di gran lunga inferiore dovuto ad una significativa diversità di sequenza amminoacidica rispetto alla forma umana. Tuttavia, è attualmente chiaro che neppure questa forma costituisce una valida alternativa, a causa della risposta immunitaria contro il peptide da parte del paziente stesso.

Sulla base di queste premesse e in considerazione del fatto che la calcitonina è un peptide piccolo e come tale privo di una struttura tridimensionale stabile, il nostro algoritmo ha trovato un'utile applicazione. Come apparso recentemente in letteratura (Fowler et al. 2005), abbiamo dapprima sintetizzato alcune varianti di calcitonina umana recanti una o più sostituzioni aminoacidiche che, sulla base del nostro algoritmo, ne riducevano il potenziale aggregante. Dopo aver constatato che c'era una buona corrispondenza tra la riduzione teorica della capacità aggregante e quella sperimentale, uno studio condotto su cellule in coltura ha rivelato che molte delle varianti ingegnerizzate erano anche biologicamente attive. Mostravano infatti, nonostante le mutazioni, una capacità inalterata di legare il recettore della calcitonina e di trasdurre il segnale all'interno della cellula (Fowler et al. 2005). Il brevetto sull'equazione è stato concesso in licenza ad un'azienda farmaceutica britannica che sta utilizzando l'algoritmo per generare una possibile variante di calcitonina da utilizzare come farmaco. L'approccio consiste nel generare computazionalmente in maniera casuale le sequenze di migliaia di varianti di calcitonina umana, tutte recanti una o più mutazioni, di selezionare quelle con un basso potenziale aggregante e, solo in seguito a questo screening computazionale, selezionare ulteriormente quelle varianti con il minor numero di sostituzioni aminoacidiche possibile affinché queste possano ancora essere biologicamente attive e scarsamente immunogene.

*Fabrizio Chiti e Niccolò Taddei*

### **Riferimenti bibliografici:**

Chiti *et al.* (1999) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 96, 3590

Chiti *et al.* (2003) *Nature*, 424, 80.

Fowler *et al.* (2005) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 102, 10105.

## ***Il ruolo della comunicazione nel rapporto medico-paziente. Approccio multidisciplinare al malato reumatico***

*I Congresso Associazione Italiana Donne Medico – Sezione di Firenze*

*8 ottobre 2005 – Hotel Baglioni – Firenze*

*Coordinatori scientifici: Prof. Adriano Fabris, Dott.ssa Susanna Maddali Bongi, Prof. Marco Matucci Cerinic*

Nella pratica quotidiana del medico assume sempre maggiore rilevanza il problema della comunicazione, tematica che, invece, è stata a lungo trascurata in ambito sanitario. L'antica, ippocratica, idea di medico, infatti, accentuava l'importanza della competenza e dell'autorità dello scienziato rispetto all'ignoranza del paziente che si presentava come oggetto passivo nelle mani del terapeuta; in questo modo la comunicazione tra medico e paziente diveniva qualcosa di assolutamente superfluo: il medico poteva operare direttamente sul corpo del paziente senza mettere quest'ultimo a parte delle sue scelte, che in ogni caso il paziente non avrebbe avuto i mezzi per comprendere.

Tale posizione risulta oggi del tutto insostenibile: non solo per il crollo di quell'idea forte di autorità da cui derivava la visione ippocratica, ma anche perché ci si è progressivamente accorti dell'importanza del buon rapporto comunicativo tra medico e paziente ai fini della riuscita della terapia.

Per questo motivo è necessario soffermarsi a riflettere sulla tematica della comunicazione da molteplici punti di vista, integrando la pratica sanitaria ad una riflessione teorica portata avanti in ambito filosofico e di teoria della comunicazione.

Questo è l'obiettivo primario del congresso che avrà, infatti, come relatori i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti, dei Medici di medicina generale, degli specialisti reumatologi, dell'Associazione Donne medico, dei fisioterapisti e degli infermieri insieme ai Docenti di Filosofia esperti in Comunicazione sanitaria e al segretario nazionale dei diritti del malato.

L'idea è quella di dare spazio ad un reale confronto tra esperienze diverse in modo tale che ne possa derivare un concreto arricchimento.

Innanzitutto si cercherà di mettere a tema le difficoltà della comunicazione tra medico e paziente analizzando il punto di vista dei pazienti, ancor oggi troppo spesso ignorati nella scelta dei percorsi terapeutici; si metterà poi a confronto questo punto di vista con quello di medici di diversa esperienza, i generici, gli specialisti in varie discipline, tra cui in particolare i reumatologi, sviscerando anche le problematiche comunicative peculiari del rapporto medico-paziente reumatico. Ci si interrogherà poi sul linguaggio dei medici e sull'etica che lo dovrebbe guidare e di rispondere

così alla domanda: perché è preferibile assumere determinati atteggiamenti comunicativi piuttosto che altri?

Inoltre, con la partecipazione al congresso delle Donne Medico che operano in settori specialistici diversi, si cercherà di analizzare quale possa essere l'apporto alla problematica in questione di un approccio femminile. Va infatti sottolineato che l'iniziale idea ippocratica di medico si è sviluppata in un contesto decisamente maschile e che da qui deriva il modello autoritario che impoverisce all'estremo la comunicazione; un'idea di medico al femminile (e non soltanto di medico-donna) potrebbe contenere in sé una grande ricchezza per quanto riguarda questa tematica.

Tra i fisioterapisti, infine, J.P. Resseguier presenterà il metodo di riabilitazione da lui creato che è un interessante modello di relazione con il malato per qualsiasi operatore sanitario.

*Susanna Maddali Bongi*

ECM: sono stati assegnati 5 crediti.

Iscrizione da inviare entro il 20 settembre. Rivolgersi alla

*Segreteria Organizzativa:*

GEO CONGRESS

Via Cavour 164 R – 50129 Firenze

Tel. 055/5520518-561030

Fax 055/5522028 - E.mail: [sabrina.pinzani@geocongress.com](mailto:sabrina.pinzani@geocongress.com)

## *Il censimento dei Fondi librari dei Dipartimenti di area Biomedica*

E' stato ultimato il censimento dei Fondi librari presenti presso i Dipartimenti di area biomedica, da cui è emersa la presenza di alcuni volumi antichi, rari o per altri versi pregiati. Tale operazione costituisce solo la prima tappa nel recupero di una fetta del patrimonio dell'Ateneo, se non del tutto sconosciuta, spesso non adeguatamente tutelata e valorizzata.

Grazie allo spirito di iniziativa della prof.ssa Donatella Lippi, docente di Storia della medicina e grande amante nonché esperta di libri (in particolare di “quei” libri), è stato avviato e portato recentemente a termine con successo il progetto di censimento dei Fondi librari dell'area biomedica dell'Università di Firenze, realizzato dalla collaboratrice esterna dott.ssa Maria Chiara Flori con il finanziamento della Regione Toscana (Dipartimento delle politiche formative e dei beni culturali, Servizio biblioteche, musei e attività culturali), il supporto della direzione della Biblioteca biomedica (dott.ssa Laura Vannucci) e il tutoraggio di personale bibliotecario (dott.ssa Roberta Barsanti).

L'obiettivo era quello di approfondire la conoscenza del patrimonio bibliografico di interesse storico del suddetto settore, ai fini di una conseguente valorizzazione e migliore fruizione da parte dell'utenza.

L'attività svolta dall'incaricata, con il prezioso aiuto del personale amministrativo dei Dipartimenti, è stata principalmente quella di visionare il materiale librario depositato nelle varie strutture coinvolte nel progetto e di redigerne una descrizione sommaria (salvo eccezioni in cui si è presentata la necessità di catalogare puntualmente pezzi singoli di particolare interesse), secondo una scheda guida contenente i seguenti elementi: anno in cui la collezione è pervenuta alla struttura, provenienza (acquisto/dono/comodato/lascito, etc.), consistenza, tipologia del materiale, epoca, discipline coperte, particolarità, condizioni di conservazione, tipologia di catalogazione, fruibilità, breve biografia del possessore, timbri e note di possesso apposte sui volumi, bibliografia sul Fondo. Ovviamente quasi mai è stato possibile rilevare tutti questi elementi per ciascun Fondo, tuttavia i risultati dell'indagine sono più che soddisfacenti in quanto hanno comunque evidenziato l'esistenza di volumi assai interessanti e meritevoli di maggiore valorizzazione, nonché di nuclei di materiale bisognoso di migliore tutela; alcuni solerti impiegati o docenti di grande sensibilità sapevano dell'esistenza di certi tesori e avevano anche messo in atto varie soluzioni per impedirne il degrado, ma quasi sempre era mancato il tempo da dedicare ad operazioni prettamente biblioteconomiche.

La Biblioteca Biomedica ha per Regolamento, oltre a tanti altri compiti, anche quello di fornire assistenza catalogografica ai Fondi librari dei Dipartimenti; purtroppo, però, a causa

della grave carenza di organico che da alcuni anni affligge questa come molte altre unità amministrative e che ha necessariamente spinto verso una riorganizzazione tale da concentrare il personale nei servizi indicati come prioritari dagli organi politici dell'Ateneo, sinora non si era ancora potuto procedere ad una catalogazione vera e propria dell'intero patrimonio dei Fondi librari e in molti casi la conoscenza di tali Fondi era rimasta limitata alle riviste correnti in abbonamento e ai manuali più recenti.

Questo censimento rappresenta pertanto solo una prima tappa nel percorso di approfondimento della conoscenza del patrimonio librario di area biomedica, che dovrà culminare nella messa in sicurezza e nella valorizzazione del materiale di maggiore pregio. A tale scopo, in virtù di una sinergia tutta nuova fra la Biblioteca biomedica e altre strutture didattiche e amministrative (in primis la Presidenza della Facoltà di Medicina e chirurgia e il Polo biomedico) è in fase di allestimento una zona della sede centrale della Biblioteca biomedica, che potrà ospitare - qualora i Dipartimenti ne autorizzino il trasferimento - i pezzi più pregiati, pur non essendo tuttavia così capiente da poter risolvere il problema del deposito di materiale librario anche antico ma doppio rispetto al posseduto della Biblioteca stessa o della Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze.

*Laura Vannucci, Maria Chiara Flori*



## *Lo screening per il tumore del Polmone con TAC a basso dosaggio: il progetto ITALUNG\_CT*

### **INTRODUZIONE**

In Italia il cancro del polmone è ancora la causa più importante di morte per tumori maligni e i tassi di incidenza stanno crescendo nelle donne. Durante gli anni '90 i Registri Tumori in Italia hanno mostrato, come in altri Paesi occidentali, che l'incidenza e i tassi aggiustati per l'età stanno diminuendo per il sesso maschile. Questo cambiamento è riferito alla ridotta abitudine al fumo del sesso maschile. Comunque l'incidenza e i tassi di mortalità nel sesso femminile stanno ancora aumentando, a causa della loro modificata abitudine al fumo negli ultimi decenni.

I tassi di sopravvivenza per il cancro del polmone sono bassi, circa il 10% a 5 anni, e non si ha evidenza, comparando le stime degli anni '80 con quelle più recenti, di alcun miglioramento. Questo dato è ben correlato con la costante proporzione di soggetti non operati o studiati come malattia avanzata nei registri Italiani.

Comunque, è anche noto che la diagnosi precoce del tumore polmonare si associa a una buona prognosi (stadio I).

I Trials Clinici Randomizzati (TCR) eseguiti fino ad ora per valutare l'efficacia della diagnosi precoce per la riduzione della mortalità del cancro del polmone, che hanno utilizzato la radiografia del torace (RT) con o senza esame dell'espettorato, non hanno mostrato una riduzione della mortalità. Recenti pubblicazioni di esteso follow-up di uno di questi studi (trial della Mayo Clinic) hanno confermato risultati negativi con 16 anni di follow-up. Nello stesso tempo, è sorto l'interesse sulla presenza di un numero superiore di tumori in fase iniziale riscontrato nel braccio in studio, suggerendo la possibilità di un bias di "overdiagnosis", cioè di individuazione di forme non aggressive.

Il National Cancer Institute ha promosso un largo RCT chiamato PLCO, ancora in corso, che sta testando l'efficacia della RT nella popolazione statunitense tra i 60 - 74 anni.

Le linee guida esistenti in Italia, in accordo con le maggiori Agenzie Internazionali, non suggeriscono lo screening per il cancro del polmone.

Nel 1999, C. Henschke e il suo gruppo alla Cornell University hanno dimostrato che la TC spirale (a basso dosaggio) era capace di identificare tumori polmonari iniziali (Stadio I)

con una sensibilità più elevata della RT. Questi risultati, analoghi a quelli di un grosso studio non controllato eseguito in Giappone, sono stati considerati come un nuovo punto di partenza per lo screening per il cancro del polmone.

L'approccio della Henschke ha avuto un'elevata sensibilità utilizzando la TC a basso dosaggio e richiamando per un follow-up diagnostico con TC ad alta risoluzione i soggetti con noduli. Con questo mezzo è stata capace di ottenere un rapporto molto alto di biopsie maligne-benigne nei casi esaminati.

Lo studio della Henschke e Coll, e quello di Sone, erano però trial non controllati e non sono stati capaci di misurare il possibile impatto dello screening sulla mortalità ed in generale sulla salute pubblica in assenza di un gruppo di controllo con cui confrontare i risultati ottenuti.

Mentre la politica di cessazione del fumo dovrebbe essere considerata la parte più essenziale di ogni campagna di lotta contro il cancro del polmone, dovrebbe essere valutata l'efficacia dello screening del cancro del polmone in tempi brevi visto il peso di questa letale malattia.

A Firenze, è stato condotto dalla Azienda Ospedaliera di Careggi uno studio pilota su 60 soggetti. I risultati ottenuti, in termini di tassi di falsi positivi, sono comparabili a quelli dello studio della Henschke (dati non pubblicati). Studi clinici randomizzati di ampie dimensioni sono stati avviati dal National Cancer Institute e dall'ACCRIN negli Stati Uniti, mentre è attiva una collaborazione US/UE alla quale partecipano diversi paesi che stanno realizzando anche in Europa studi clinici randomizzati [US-UE Core Protocol].

## **STUDIO ITALUNG\_CT**

---

Nella Regione Toscana è stato avviato lo studio multicentrico randomizzato ITALUNG\_CT con TC a bassa dose che ha come obiettivo la valutazione dell'efficacia dello screening eseguito per quattro anni nel ridurre la mortalità per tumore del polmone.

Aderiscono allo studio i seguenti Centri: a) A.O.U. Careggi Firenze (Sezione di Radiodiagnostica - Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze; SOD Radiodiagnostica 1 - Dipartimento Diagnostica per Immagini; SOD Pneumologia 1 - Dipartimento Specialità Medico-Chirurgiche), b) Ospedale di Pistoia USL 3, c) A.O. U. di Pisa d) Centro di Studio e Prevenzione Oncologica di Firenze.

Lo studio è parte di una collaborazione internazionale UE/USA all'interno della quale sono condotti studi sperimentali sia randomizzati che non randomizzati. Nello studio italiano, come nella maggioranza degli studi randomizzati europei, il gruppo di controllo viene inserito nell'*usual care*, che è in larga parte affidata al medico di medicina Generale.

In questo studio sono coinvolti tutti i settori specialistici (radiologi, pneumologi, chirurghi, patologi, epidemiologi) che partecipano alla complessa realizzazione della diagnosi e

trattamento del tumore del polmone e i MMG che rappresentano la base organizzativa e di competenza necessaria per fornire ai soggetti coinvolti nello studio la necessaria assistenza e supporto informativo e comunicativo.

Lo studio ha ricevuto l'approvazione del Comitato Etico dell'A.O. Careggi, Pisa e di quello della ASL di Pistoia .

Tutte le procedure utilizzate sono state sviluppate al fine di mantenere massima la possibilità dei soggetti di partecipare volontariamente allo studio, di poter sospendere in qualsiasi momento la propria adesione e di proteggere la confidenzialità del dato.

*Andrea Lopez Pegna*



## *Flying doctors: Medicina per la prima volta vincitrice nel torneo di pallavolo*

Non hanno come allenatore Gian Paolo Montali, né possono vantare la statura di Bas van de Goor o Kazakov, ma sono, comunque, campioni.

La squadra Flying Doctors, della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ha vinto per la prima volta il torneo di pallavolo, il cui motore organizzativo è gestito da Alberto Benci.

Detronizzata dal primo posto in classifica, a cui era affezionata da tantissimo tempo, la squadra della Facoltà di Chimica ha dovuto cedere al gruppo di Medicina, che esibiva la “divisa” della Facoltà, con il logo in campo bianco.

Una notevole soddisfazione per il capitano, il Dr. Mario Milco D’Elios, e per i giocatori, tra cui anche alcuni studenti: neo-infermiera, Eleonora Del Rosso Balzer, punta di forza sotto rete, ha totalizzato un ricchissimo patrimonio di “punti”, “ricucendo”, metaforicamente, questa antica “ferita” sportiva.

*Donatella Lippi*



## *Atul Gawande*

Atul Gawande è *assistant professor* di chirurgia alla Harvard Medical School di Boston. Scrive di medicina e scienza per il *New Yorker*, come egli stesso riferisce nella sezione dei ringraziamenti alla fine del libro. *Salvo complicazioni* è il suo primo libro.

Attraverso l'avvincente racconto di casi da lui vissuti anche in prima persona, ci mostra l'emozione delle imprese di un tirocinante al primo anno, racconta la sua esperienza, fin dalle prime incisioni con il bisturi. Non esita a sottolineare l'estrema incertezza che caratterizza questa scienza così umana, basata su speranze ed errori, gettando coraggiosamente lo sguardo, senza reticenze, sulla chirurgia, una scienza in continua evoluzione ma soprattutto un'attività umana, che si basa su informazioni imprecise e su individui che possono sbagliare. Quello che affascina Gawande sono le zone di confine, le aree grigie dove le conoscenze evidence based sfumano e si infrangono sugli scogli delle incertezze o della variabilità umana. "Ho scoperto che la medicina è una scienza strana e per molti versi inquietante" scrive, e in questo risiede il suo fascino, la magia e il mistero che portano anche l'intuito a giocare un ruolo importante. "Vorremmo che la medicina fosse una disciplina ordinata, regolata dalle conoscenze e dalle procedure. Ma non è così. È una scienza imperfetta, un'impresa che si basa su conoscenze in continua evoluzione, su informazioni imprecise e su individui che possono sbagliare proprio quando la vita delle persone è in pericolo". Un'affermazione, questa, che molti hanno fatto fatica ad accettare e potrebbe mettere anche in crisi il rapporto medico-paziente che via via sta assumendo così tanta importanza.

Il libro è suddiviso in tre sezioni: "fallibilità", "mistero", "incertezza" tramite le quali l'autore cerca di spiegare in che cosa consiste la pratica medica. Dai nomi delle sezioni si intuisce subito quale sia il taglio che l'autore ha voluto dare al suo lavoro: è un uomo, prima che un chirurgo, a parlare, nella sua umanità e nella lotta di ogni giorno per la vita, contro il dolore che è ancora oggi per molti versi un mistero. "Da quello che ho imparato guardando dentro la gente, sono giunto alla conclusione che gli esseri umani sono una via di mezzo tra un uragano e un cubetto di ghiaccio: per certi aspetti continuano a rimanere misteriosi, per altri -con gli strumenti scientifici giusti- sono assolutamente conoscibili". Questo è quello che ci dice un medico ormai con molta esperienza, ed è un ammonimento per tutti coloro che vogliono ridurre la medicina ad un'arida scienza, ma anche un incitamento a nuove menti a cercare di svelare nuovi misteri.

*Letizia Macconi*

**AA.VV., *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari, a cura di Gian Franco Gensini, Paolo Rizzini, Marco Trabucchi e Francesca Vanara, Bologna, Il Mulino 2005, pp. 584, 45.40 euro. ISBN 88-15-10764-9.***

Martedì 27 settembre, all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, è stato presentato il *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, curato dalla Fondazione Smith Kline.

Ha introdotto l'incontro il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Presidente della Fondazione Smith Kline, Prof. Gian Franco Gensini, seguito dal Prof. Marco Trabucchi, Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Responsabile Area Politiche Sociali e Sanitarie Fondazione Smith Kline.

Il Presidente dell'Ordine, Dr. Antonio Panti, ha coordinato la tavola rotonda, a cui hanno partecipato relatori di formazione diversa, i cui interventi hanno inquadrato in modo critico e complementare la molteplicità degli argomenti presentati nel volume (A.Bavazzano, A.Bussotti, G.Masotti, C.R.Tomassini).

Il testo è diviso in due parti: la prima, *Bisogni, scelte e risorse*, analizza le problematiche legate alla epidemiologia dell'invecchiamento, nei suoi risvolti sociali, sanitari e umani; la seconda, *La rete geriatrica ed i suoi nodi*, affronta il problema gestionale.

La complessità delle problematiche assistenziali dell'anziano è stata al centro degli interventi, ma anche dei commenti dei presenti, che hanno partecipato alla discussione, dando vita a un dibattito e a un interessante momento di confronto.

I punti cruciali dell'assistenza all'anziano sono stati evidenziati con lucidità, sottolineando, in particolare, la necessità di un collegamento mutuo e costante tra lo specialista, la struttura e il medico di base.

“Gestione della complessità”: con questa espressione, è stato posto l'accento sulla importanza di una condivisione, da parte delle diverse figure coinvolte nell'assistenza all'anziano, del momento della valutazione, della gestione, dell'informazione.

Gli aspetti affrontati durante il dibattito riflettono, in realtà, le problematiche che il volume propone in questa silloge di testimonianze, attraverso una riflessione multidisciplinare, che coinvolge esperti di settori diversi.

Le conclusioni, formulate da Aldo Ancona, in sostituzione dell'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana Enrico Rossi, hanno confermato questo approccio: la presentazione del volume ha rappresentato, infatti, l'occasione per riflettere sui diversi problemi, legati all'organizzazione dei servizi per le persone anziane.

Da un punto di vista squisitamente socio-sanitario, anche in una prospettiva dinamica di valutazione, il testo costituisce un punto di riferimento fondamentale, offrendo, in calce ad ogni capitolo, quegli elementi bibliografici, che danno la possibilità di approfondire gli argomenti e contestualizzarli.

Impianto scientifico e approccio critico sono frutto di un impegno, che si proietta nella quotidianità della programmazione e nella complessità delle situazioni, traducendosi in una riflessione propositiva anche a livello operativo.

*Donatella Lippi*



## ***Il sistema gusto-olfattivo: uno studio a cavallo tra medicina e filosofia***

*“Il tema è forse meglio caratterizzabile come “la qualità soggettiva dell’esperienza”: quando percepiamo, pensiamo, agiamo, c’è un “ronzio” di processi causali e di elaborazioni di dati che tuttavia usualmente non resta nell’ombra. C’è anche un aspetto interno, qualcosa come l’effetto che fa l’essere un agente cognitivo. Questo aspetto interno è l’esperienza cosciente. Le esperienze coscienti variano dalle vivide sensazioni di colore alle più sottili percezioni di aromi, dai dolori lancinanti ai pensieri difficili da formulare, dai suoni e odori ordinari all’avvolgente grandezza dell’esperienza musicale, dalla banalità di un fastidioso prurito al peso di una profonda angoscia esistenziale, dalla particolarità del gusto della menta piperita alla generalità dell’esperienza del sé. Ciascuna di queste possiede una distinta qualità di esperienza, tutte sono parte importante della vita interiore della mente”\**

Il sistema gusto olfattivo sta vivendo solo adesso un periodo di riscoperta e valorizzazione: le ragioni di tanto clamore derivano in gran parte da un forte recupero del significato del buono e del cattivo, del gradevole e dello sgradevole, del gustoso e del disgustoso; in altre parole vi è stato ed è tuttora in atto un processo di apprendimento e acquisizione di consapevolezza da parte di un numero sempre maggiore di individui nella capacità di distinguere, riconoscere e descrivere anche quelle percezioni che derivano dall’apparato gusto olfattivo. Con questo studio, riportato qui di seguito solo nei passaggi chiave, si è tentato di indagare con gli strumenti più all’avanguardia della scienza neurologica e con i ragionamenti ben più macchinosi della ricerca filosofica, la “vita interiore della mente”; l’auspicio inoltre è quello di impegnarsi nella ricerca scientifica e umanistica anche con metodi che provengono da ambiti disciplinari e contesti culturali diametralmente opposti, nella speranza di contribuire ognuno con la propria sensibilità a stimolare e favorire riflessioni approfondite.

La degustazione del vino richiede innanzitutto una concordanza sul significato che si deve attribuire al termine *degustazione*: l’osservazione per mezzo dei sensi, la descrizione delle percezioni, il confronto secondo le norme codificate e il giudizio motivato.

Il semplice atto del bere, istintivo, si distingue nettamente dalla *degustazione*, che è invece un atto volontario sul quale riflettiamo seguendo una metodologia e una classificazione delle impressioni. Il vino costituisce un perfetto modello di riferimento per la nostra *degustazione fenomenologica* poiché sollecita tutte le quattro fasi potenzialmente implicate nell’analisi sensoriale gusto-olfattiva: analisi visiva, olfattiva, gustativa, somatosensoriale.

Fondamentale, pertanto, è stabilire un'iniziale condivisione di regole comuni per arrivare, per quanto possibile, ad un'*oggettiva*<sup>1</sup> descrizione delle percezioni. Già da questa prima necessaria attività si comprende l'importanza della condivisione di un vocabolario terminologico adeguato che faciliti la descrizione analitica delle sensazioni provate.

Nella degustazione le modalità sensoriali sono strumenti di misura, vedremo poi quanto attendibili.

L'assaggiatore professionista non deve considerare la propria affettività e non è tenuto a dire se un determinato vino gli piace. Egli deve soltanto studiarlo, descriverlo, giudicarne le qualità organolettiche positive e/o negative e trarne le conclusioni. Saranno conclusioni soggettive, ma non dovranno rispecchiare l'amatore, il cui giudizio è prettamente emotivo.<sup>2</sup>

Ciò non giustifica l'annullamento *tout court* della sfera personale, ma piuttosto lascia intendere come un'assunzione di consapevolezza mentale sugli elementi che costituiscono la struttura sensoriale di cui siamo forniti aumenta sensibilmente il margine di conoscenza consapevole, a scapito della conoscenza dell'impressione, sfuggente e inafferrabile. In altre parole, salvaguardando certamente l'ambito soggettivo, fulcro su cui ruota tutta l'esperienza gusto olfattiva, si può affermare che è possibile un accordo tra soggetti attorno ad uno "zoccolo duro" di elementi percettivi, più numerosi e distinguibili di quanto normalmente si possa essere consapevoli. L'aumento di tale margine oggettivo deve senz'altro fare leva su un aumento di capacità ( che si acquisisce con la conoscenza e lo studio) del soggetto di *conoscere, riconoscere e distinguere*.

Il sottile confine che divide *l'atto del bere ordinario*, che non pensa, non riflette, ma semplicemente compie un' operazione che assolve una necessità e/o un desiderio e *l'atto del bere/degustare* che invece conosce, riconosce e distingue, introduce questioni filosofiche sia riguardo al modo in cui la mente può intendere il medesimo atto, sia alla differente risposta della coscienza alla percezione/sensazione e alla natura delle sensazioni che scaturiscono dall'atto. Che tipo di sensazioni sono? Possono essere quantificate con criteri di controllo e verifica oppure hanno solo un carattere legato ad un punto di vista soggettivo, peculiare delle *qualità fenomeniche*? Si tratta d'esperienze soggettive a tutto tondo oppure possiamo avanzare una *teoria dell'intersoggettività* che salvaguardi uno sfondo comune, pur differenziato dalla carica emotiva che tale sensazione acquisisce di volta in volta nel singolo individuo?

L'obiettivo del nostro lavoro, indirizzato sostanzialmente allo studio dell'apparato sensoriale (con un resoconto dettagliato delle funzioni, della relazione funzionale tra gusto e olfatto, della localizzazione anatomica delle attività cerebrali), ha mostrato come, con un'*impostazione teorica* delle modalità della

degustazione e con la consapevolezza delle difficoltà del linguaggio descrittivo ( in riferimento a quelle stesse sensazioni), sia possibile attribuire una connotazione oggettiva maggiore alle percezioni sensoriali dei sensi del gusto e dell'olfatto.

Il nostro studio ha posto sullo stesso piano un'analisi in terza persona ed un'analisi in prima persona dell'attività gusto - olfattiva, cercando da una parte di capire fin dove la scienza è in grado di arrivare con gli strumenti che gli sono consoni e dall'altra invece di procedere attraverso un'esperienza diretta, in prima persona, alla conoscenza di elementi utili per comprendere in profondità un apparato sensitivo che storicamente è stato ritenuto di seconda categoria.

Il riconoscimento di un carattere, anche forte, alla *dimensione quantitativa* delle percezioni sensoriali permette di isolare e definire con maggiore precisione anche una connotazione soggettiva della *dimensione qualitativa* di tali percezioni.

Anche la ricerca scientifica effettuata con la fMRI sottolinea come l'attivazione in entrambi i gruppi del complesso ippocampo – amigdala, che fa parte del sistema limbico, denoti comunque l'attribuzione di un *tratto peculiare* alla percezione, un tratto derivante dal proprio *vissuto emozionale*<sup>3</sup>, il cui centro di elaborazione quasi si *confonde* con la base di controllo delle sensazioni gusto - olfattive.

Questo punto è cruciale per comprendere in quale momento dell'elaborazione cerebrale l'innesto del *vissuto emozionale* sul carattere quantitativo conferisce alla percezione la dimensione soggettiva, qualitativa, emotiva, caratteristica solo ed esclusivamente di quel particolare ed ineliminabile *punto di vista soggettivo*. L'elemento del *vissuto emozionale*, che anche la scienza neurologica riconosce, rappresenta per noi il "marchio distintivo" di quella percezione, che in quel momento *si fa unica* per quel soggetto che ne fa esperienza. La connotazione oggettiva che avevamo riconosciuto alle percezioni, rimane tuttavia sullo sfondo e la *descrizione analitica* delle caratteristiche può comunque permettere l'isolamento e la specificazione degli elementi quantitativi.

Abbiamo spiegato in termini di *funzioni* l'elaborazione dei dati e in termini *riduzionisti* la correlazione tra attività cerebrale e attività mentale: il risultato è che anche nell'ambito delle sensazioni gusto – olfattive possono essere isolati caratteri quantitativi, oggettivabili e descrivibili che non devono contrapporsi al riconoscimento dell'effetto che fa *quell'esperienza* al soggetto che la vive.

Il luogo della coscienza appare ora enucleato proprio dai limiti conoscitivi dell'indagine scientifica: la scienza, infatti, si arresta con il vago processo di *binding* dinnanzi al fondamentale traguardo della *consapevolezza*<sup>4</sup> dell'esperienza.

L'esperienza, conscia di tali sensazioni, rimane invece misteriosa nel passaggio dalla descrizione delle *funzioni* ed *elaborazione dati* all'*innesto del vissuto emozionale* e dell' effettiva consapevolezza del soggetto.

La nostra indagine ha quindi posto sullo stesso piano una descrizione in terza persona, scientifica, e una descrizione in prima persona dell'*esperienza* soggettiva, mostrando in definitiva la necessità di un'integrazione reciproca piuttosto che di una reciproca esclusione.

In base alle considerazioni finora fatte, emerge che indubbiamente il carattere emotivo è strettamente connesso alla percezione sensoriale di questi stimoli e che ciò, per la nostra analisi, è sufficiente a dimostrare che tali sensazioni non potranno mai essere compiutamente descritte con metodi scientifici che adottano una prospettiva "in terza persona".

La matrice impressa dal fuoco delle emozioni rimane la ragione fondamentale per cui, in ultima analisi, l'esperienza della percezione senso- gusto-olfattiva è solo di chi la compie, nei suoi risvolti prettamente qualitativi. Tuttavia, proponiamo di salvaguardare una dimensione comunque quantitativa delle percezioni, che permetta così una tutela della condivisione e una base oggettiva di riferimento, per far fronte all'insanabile relativismo e soggettivismo contenuto nella fatidica frase: "*De gustibus non disputandum est*"

*Paolo Marchionni*

## *Un centinaio di croci del Sud*

Non è mia abitudine fare delle premesse a quello che scrivo perché ritengo che generalmente distolga molto dall'immergersi nel 'nocciolo' del discorso, ma stavolta ho ritenuto doverose queste righe introduttive per aiutarmi a dipanare la matassa dei miei ricordi e permettere così a chi avrà la pazienza di leggere quanto segue di godere di una vista panoramica quanto più possibile priva di nubi. Quelli che proverò a narrare qui sono i 28 giorni trascorsi tra luglio ed agosto in Bolivia, quelli che mi spaventa definire come i più belli della mia vita perché potrebbe suonare a tratti offensivo nei riguardi delle situazioni di cui sono stata testimone, a tratti riduttivo per le esperienze che ho vissuto e hanno rovistato impietosamente nelle mie cosiddette certezze, riportando all'impietosa luce del sole tutte le falle di una *forma mentis* ingannevole.

Quello che mi sta a cuore mettere in chiaro è che quello che segue non è che un ben misero sunto di quanto vorrei mettervi a parte ( quando mi piacerebbe poter trasformare la mia testa in un maxischermo e lasciare che la 'pizza' si snodi...) e che sarò costretta a sorvolare o ad accennare a malapena a luoghi, fatti e persone magari molto importanti. Semplicemente, spero che uno spiraglio della forte luce del sole dell'America Latina filtri dalla schermata e vi riscaldi un po' dentro.

Sono partita con altre tre ragazze da Roma, di due di loro conoscevo appena il nome ma tramite un comune contatto ci siamo ritrovate tutte sullo stesso volo diretto a Santa Cruz de la Sierra, ed ho trascorso questo periodo di tempo principalmente a Camiri - città petrolifera nel sud del Paese - in un *Hogar del Menor*, una casa famiglia ( o meglio, una ' casa-dolce-casa famiglia') per bambini abbandonati, talvolta orfani, spesso maltrattati, in genere provenienti da ambienti che le scartoffie occidentali definirebbero molto diplomaticamente "problematici", "instabili" o "precari". Le parole che a mio parere vi si adattano meglio suonano più come "disperanti", "pericolosi", "paurosi".

A questo Hogar si dedica anima, corpo e salute una fenomenale sorella francescana sarda, Suor Grazia Cerri, che vive in Bolivia da 16 anni e che ama questi bambini esattamente come fossero suoi figli. E, vi assicuro, sarebbe impossibile non fare lo stesso dopo aver passato una ventina di minuti con loro.

Bolivia... questo nome non ha nemmeno avuto il tempo di cominciare a gattinare nella mia testa che già la mia bocca aveva risposto "Sì!" ad una vaga proposta di viaggio pronunciata da un'amica. Dalle reminiscenze storiche liceali ricordavo che il nome della Nazione fu apposto in onore del liberatore Simon Bolivar che proclamò l'Indipendenza a Sucre nel 1825, ma la localizzazione geografica più precisa che sapevo dare a quelle tre sillabe, passeggiando sul corso di

Arezzo in quella tarda serata novembrina, era 'Altra-faccia-della-Terra'. E, proprio come un bimbo muove i suoi primissimi passi incauto, incosciente e temerario, così questo sogno sgambettante ha tracciato la sua rotta verso le Ande indipendentemente da tutto il resto, e la nebulosa volontà di partire si è trasformata in vaccini, passaporto, biglietti di carta e bagagli da preparare (O cosa potrà mai servire per un mese in Bolivia?!) con le ginocchia sulla valigia stracolma che la mano sinistra cerca di chiudere e la mano destra che -sì, sì, sì - firma l'ultimo verbale d'esame dell'A.A. 2004\05.

Prima del volo per Buenos Aires c'è giusto il tempo di fare scorta di rullini, medicinali, diario penne gomme matite, una mail veloce a tutti e via verso la porta d'imbarco con le altre tre avventuriere, loro con i passaporti strabordanti di visti ed io con il mio ancora da inaugurare...

Sull'aereo il maxischermo mostra la traiettoria da percorrere in 14 ore con un tracciato rosso che attraversa il Mediterraneo, sorvola l'Africa, guarda l'Atlantico ed accarezza il Brasile prima di atterrare di soppiatto a Buenos Aires. Lo scalo previsto di tre ore ci costringe invece a terra per mezza giornata in un aeroporto in subbuglio a causa di uno sciopero dei piloti; abbiamo ovviamente impiegato metà del tempo a capire cosa diamine stesse succedendo, non solo perché nessuna di noi fosse in grado di masticare la lingua spagnola oltre un *Hola* poco convinto, ma anche grazie all'accoglienza particolarmente rude del personale di terra.

La situazione si sblocca nel pomeriggio e dopo altre tre ore a bordo del Tappeto Volante buchiamo le nubi basse e chiare che aleggiano su Santa Cruz ed atterriamo su una pista circondata da palme.

Avete presente le nuvolette dei fumetti dove compaiono i pensieri inconfessabili dei personaggi? "Ma... veramente, noi dovevamo andare in America Latina, non in Sudafrica. Bolivia, ha presente, lì è inverno..."

Ed invece no. Cioè, sì, è inverno, ma le aspettative di noi involtini di poncho di alpaca multistrato si sono sciolte alla temperatura mite di questa città dalla struttura ad anelli concentrici che della Bolivia è il terzo centro economico. All'uscita ci aspettava Jamily, la ragazza da cui avremmo passato la notte per poi prendere il bus diretto a Camiri di buon mattino; fuori dell'aeroporto con una rapida contrattazione strappiamo quello che ci parve un buon prezzo ( 25 pesos bolivianos, ovvero due euro e mezzo, da dividere in 5 passeggeri) ad uno dei sei o sette tassisti che si erano offerti di accompagnarci al *segundo anillo*. Mi piacerebbe spendere 5000 battute sulla sola descrizione del tragitto sino al centro, ma devo mio malgrado dare un colpo di machete alla mia logorrea e vi do solo qualche elemento su cui ricamare -lasciate libero sfogo alla fantasia, ed il risultato sarà molto prossimo alla realtà- : quaranta minuti di strada per la maggior parte sterrata, polvere rossa come di campi da tennis, segnaletica inesistente, fatiscenti veicoli a motore di taglie disparate dotati tutti di freni seminuovi, di clacson sovraeccitati e di luci di posizione discrete (attenti, non 'discrete luci di posizione'!) con tutto questo non alludo ad officine efficienti, ma rispettivamente al *non uso\abuso\disuso* delle suddette componenti meccaniche; case basse fatte di

mattoni, con le facciate intonacate dai colori degni di Burano su cui campeggiano scritte di vernice, perché qui si pone ancora l'accento sul *mestiere*, e non sulla bottega dove questo viene esercitato, quindi bastano una manciata di lettere ed un coadiuvante di merci appese alle grondaie per fare pubblicità; palme e alberi di mango e papaya ogni tre metri e bambini scorrazzanti in libertà, e man mano che ti avvicini al centro della città si aggiungono alle casine alte due metri e mezzo i grattacieli delle multinazionali ed i prefabbricati dei fast food, i grandi cartelloni pubblicitari nel mezzo delle rotonde stradali, le strisce pedonali e i semafori. Al rosso, la strada davanti a te viene invasa da giocolieri che girano tra le macchine ferme con i loro birilli e le palline, e questo la dice più lunga di quanto non sembri sulle diverse priorità... In mezzo a tutto questo marasma di immagini d'altri tempi ti giri e ti rigiri senza sosta per non perderti nulla, anche mentre cammini - ed inevitabilmente inciampi- per le stradine sconnesse di periferia, per le larghe *avenidas* del centro, sotto i portici e nei mercatini incastrati nei cortili tra i palazzi, nella splendida, splendida piazza che davvero profuma di Sud, quello vero, e di caffè, quello -buonissimo!- che venditori ambulanti in uniforme bianca ti offrono per pochi spiccioli, mentre vedi la gente che gremisce la cattedrale alle nove di sera, mentre digerisci il *pollo frito* che hai buttato giù per educazione vagolando per le stradine intorno alla casa di Jamily.

Ad onor della cronaca, ti giri e ti rigiri anche nel letto improvvisato per sfuggire alle zanzare che sembrano aver sviluppato un particolare amore per l'Autan di cui ti sei generosamente cosparsa.

La mattina seguente, dopo un caffè solubile ingoiato turandoci il naso, una corsa in taxi col bagagliaio aperto ci deposita al terminal Bimodal, da dove si parte con la prima *flota* trovata alla volta di Camiri, previa scorta di bevande e *cuñape* (focaccine calde ripiene di formaggio filante; preferiamo ignorare le gelatine colorate nei bicchieri di plastica), lasciandoci Santa Cruz ed il suo cielo dalle nuvole connaturate alle spalle: una metropoli impregnata di un caos tranquillo che ha poco da spartire con le nostre capitali perennemente *fast forward*, forse dieci volte più disorganizzata, 50 volte più rumorosa, 1000 volte più povera ma infinitamente meno misera, grigia e disumana. A Santa Cruz esiste anche un'attiva Facultad de Medicina, di cui avrei incontrato in seguito un gruppo di studenti impegnati in un progetto di informazione sulla prevenzione di gravidanze indesiderate e di malattie sessualmente trasmissibili nella plaza di Camiri.

Il paesaggio lussureggiante fuori dal finestrino scorre al ritmo delle grasse risate del pappagallo pazzo appollaiato sulla testa della padrona qualche sedile più avanti, e solo ora assaggio la Bolivia e le sue (perdonate il neologismo) ipercromasie. Tutto a bordo strada tripudia, straborda colore da far male agli occhi non avvezzi: la terra rossa dello stesso colore del tono caldo della pelle dei boliviani, il verde carico, alberi per metà verdi per metà lilla, il cielo di un blu tanto intenso da sembrare ritoccato, falchetti che planano beati in questo mare di blu, la luce abbacinante di un mezzogiorno invernale che bacia campi di mais ormai secchi e lagune e fiumi che costeggiano la strada. Di tanto in tanto incontriamo una manciata di case con venditrici che aspettano il passaggio degli autobus per tendere bottigliette e panini alle mani che si sporgono dai finestrini; più

frequentemente il bus stoppa a posti di blocco militari, botteghini sul ciglio dell'asfalto con un filo teso sulla carreggiata ad indicare di fermarsi; l'autista talvolta mostra un foglio, talvolta porge dei soldi, talvolta basta anche solo un cenno di saluto e si riparte. La velocità sostenuta di 60 km/h mi permette di scorgere sulla facciata di una casetta la scritta rossa "RAYOS X" e mi viene da sorridere pensando alla gente all'altro capo del mondo, in quel preciso istante, stesa su un lettino asettico, e la sua lastra pronta dopo qualche minuto. Avrei avuto modo di constatare che qui i raggi X sono effettuabili solo di giorno per mancanza di personale addetto di notte. Ovviamente, a pagamento.

Dopo cinque ore di viaggio le case cominciano a farsi più numerose, attraversiamo strade larghe e brulicanti di bambini e ragazzi in cravatta, camicia bianca e pantaloni neri, il bus si ferma in un imprecisato di Camiri, lasciandoci davanti ad un gommista dove vecchine eccitate dalle quattro novità appena approdate parlottano tra loro euforiche, rivolgendoci grandi sorrisi e domande che non capivamo. Un taxi ci accompagna all'Hogar e poi si allontana sollevando una nuvola polverosa dietro di sé, e siamo sole in quella strada, più o meno pronte ad affrontare il muro di diffidenza dei bambini.

Ciascuna con la propria valigia e i propri pensieri muove i primi timidi passi nel cortile di asfalto tra costruzioni in mattoni. Da non molto distante giungono vocine di bambini, finché il primo che ci avvista dà il via al tam-tam "Las italianas!" che fa uscire Madre Grazia dall'edificio. Ricordo che sentire un'altra persona parlare italiano in quel momento mi sembrò un regalo inatteso: ero - eravamo- troppo esauste per intraprendere una nuova estenuante conversazione in una lingua ancora sconosciuta, e l'abbraccio energico della suora fu solo l'aperitivo del benvenuto. Lasciate le valigie nel cortile, ci condusse al refettorio dove i bambini erano a pranzo.

Batto più forte sui tasti tentando di esorcizzare la nostalgia di quella prima impressione, le posate improvvisamente ferme a mezz'aria o nei piatti, le guance piene, il vociare che si congela e tante, tante paia di occhi che si posano su di te e ti studiano curiosi. Non credo di aver fatto una figura dignitosa in quel momento, un fagotto esausto e moderatamente sudicio, con l'espressione idiota che assumo quando qualcosa mi colpisce particolarmente. Non penso di aver mai visto volti di bambini più belli dei loro. Dopo qualche secondo di imbarazzante e disorientato scambio di sguardi Madre Grazia ci riconduce in cortile per spiegarci la nostra sistemazione e le linee generali dell'Hogar: 98 bambini dai 4 ai 16 anni, tre arrivati solo tre giorni prima del nostro arrivo, i dormitori in due strutture separate (noi saremmo andate ad alloggiare in una camerata tutta per noi all'*hogar de las chicas*) la zona cortile-cucina-refettorio-cappella in comune. Nel bel mezzo delle spiegazioni, i bambini iniziarono a uscire dal *comidor* ancora con la bocca piena per riversarsi correndo nel cortile dove eravamo noi e le nostre valigie.

Un paio di volte l'anno, nelle rare occasioni in cui torno a casa, vado a trovare le mie maestre di scuola materna quando sono in classe con i bambini tra i tre ed i cinque anni, e non saprei dirvi se

dopo ripetute esortazioni da parte delle maestre più di due o tre di loro mi abbiano mai rivolto un "ciao" stentato o un sorriso. Era scontato, per me, aspettarmi un'accoglienza simile anche in Bolivia, d'altronde avrei fatto irruzione nella vita di questi *niños* senza alcun preavviso, magari risultando antipatica. Ebbene, se erano circospezione e diffidenza quelle che mi aspettavo, sono stata "delusa" nel modo più radicale e stupendo possibile.

Un'onda anomala di risate, sorrisi e richieste ci si riversò contro con irruenza inaspettata, abbattendo i nostri argini di automatica, involontaria cautela con una marea di domande, strattoni ed abbracci. E proprio tu che non ne hai nessun diritto, proprio tu che non eri pronta, tu che non meritavi questo regalo ti ritrovi subissata da un'ordalia di amore da parte di bambini che si affidano, si fidano e si confidano, e tutte le immagini ed i racconti di cui ti seppelliscono fratturano i muri di pietra che questa grigio Occidente ti aveva costruito attorno al cuore. D'improvviso mi sono riscoperta persona, vulnerabile, vicina, e sono tornata a ridere come non facevo forse da quando ancora non appiccicavo una sillaba all'altra.

Non conoscere la lingua in cui la gente si esprime aumenta il sentirsi fuori posto; i bambini hanno saputo ovviare brillantemente alla difficoltà con estrema disponibilità, sillabando le parole, ripetendole lentamente e con pazienza come si fa con un pappagallo particolarmente tonto che si rifiuta di apprendere, rotolandosi in terra dalle risate a sentire gli strafalcioni che ci uscivano di bocca e costringendoci ad esprimerci in qualcosa progressivamente sempre più simile allo spagnolo. Quando per la prima volta sono riuscita a sostenere una intera conversazione con una señora al mercato, oltre ad ottenere esattamente quello che avevo chiesto (olè!) ho avvertito il passaggio da estranea ad ospite; la Bolivia è un paese dall'anima molto, molto accogliente nonostante la sua estrema povertà -specie nelle zone più rurali dove ancora vige il baratto- e tranne che in un paio di occasioni (contadini ubriachi-tassista iracondo) mi sono sempre sentita ben accetta. L'esperienza del mercato è un vero e proprio 'battesimo', sia in senso culturale che culinario. Osservavo il fermento di quello che lì è ancora il principale centro commerciale e sociale del paese, dove si fa colazione, la spesa, il pranzo e la pausa mentre affogavo i sensi di colpa e le raccomandazioni di mio padre di evitare i cibi on the road nella mia prima vera *ensalada de fruta* (macedonia: attenti, qui la cosa si fa seria. Papaya, banane, mele, arance, irrorate da frappè, yogurt e gelatina di frutta. Praticamente un pasto, anche se io usavo prenderla come anticamera della colazione. Unica 'pecca', le norme igieniche dell'anteguerra... diverse volte ho ringraziato il vaccino contro l'epatite!) All'interno del mercato si snodano la stradina delle scarpe, quella delle verdure, quella delle spezie, quella della lana e dei vestiti, quella dei materiali cartacei, quella della carne di pollo e quella delle carni rosse, e non ultima in importanza quella delle sigarette e foglie di coca, che lì sono un po' come qui le gomme da masticare. A Potosì (bella, bellissima cittadina mineraria a 4196 metri) abbiamo constatato l'uso che ne fanno i minatori d'alta quota, abbinato ad alcool puro diluito con acqua e a sigarette artigianali, per anestetizzare la bocca e non avvertire il senso di fame e la fatica che assale dopo una quindicina di ore di lavoro, e la mia domanda non posta sugli effetti di questi abusi ricevette risposta con un commento buttato lì dalla guida che ci

aveva portato nella miniera “E’ inutile temere quello che non farà in tempo ad ammazzarci”. La silicosi uccide dopo una decina d’anni di lavoro d’estrazione del minerale a colpi di piccone e dinamite.

Ci sono altri e più piacevoli intermezzi del succhiare foglie di coca, come la *yerba mate* ( un infuso che si beve con una *bombilla* -cannuccia- da un bicchiere di legno detto *poro*), il *jugo de caña* (estratto di canna da zucchero) e l’*api* (amido di mais con cannella e zucchero), inoltre la frutta è un bene di largo consumo per la sua diffusione ed il suo basso valore commerciale (mangiavamo le papaye dell’albero in giardino), e ne esistono alcuni tipi pittoreschi e gustosissimi che qui non sono nemmeno annoverati nelle enciclopedie. Ananas alte mezzo metro e dolcissime, canna da zucchero da succhiare, cocomeri dalla buccia color prugna e limoni arancioni sono stati i risultati dello scandagliare i fornitissimi banchetti della frutta del mercato di Sucre, e proprio lì ci siamo imbattute nella *chirimoya*, uno stranissimo frutto grande più di un melograno con buccia liscia dal disegno pitonato e polpa che sa di vaniglia (ok, mi sto autoflagellando). Sucre, incantevole capitale dello Stato -e non andate a dire loro che i nostri libri indicano La Paz! A noi hanno risposto indignati che ‘a Sucre è stata ottenuta l’indipendenza e che lì ha sede il governo, quindi la capitale vera è quella! La Paz è solo un centro commerciale!’- si è rivelata un pozzo senza fondo di storia e cultura: il sito archeologico più grande del mondo con migliaia di impronte di dinosauri, il Castello

ora chiuso per restauro in cui si sentono risuonare rumori di catene, scalpitare di cavalli e colpi di cannone, la Casa de la Libertad dove si segnarono le sorti della Bolivia libera, El Mirador -il belvedere- con il suo locale all’aperto gestito da Marco, valdostano trapiantato lì da dieci anni (come vi sentireste ad arrivare stanchi morti ad ammirare un tramonto in Bolivia su sedie sdraio di legno sorseggiando un frullato alto trenta centimetri, mentre l’impianto hi-fi diffonde le note di Rimmel?!) il Museo Universitario dove ho scoperto un fac-simile del Progetto Medici che aveva per oggetto di studio un esiguo numero di mummie rannicchiate del 200 DC... e taccio gli altri innumerevoli posticini incantevoli amorevolmente custoditi nella mie circonvoluzioni cerebrali. Purtroppo, gli spostamenti in Bolivia richiedono tempi lunghissimi a causa delle condizioni della rete viaria, miserrime quanto basta per rendere la SA-RC una superstrada 5 stelle deluxe al confronto. Un esempio? Camiri-Sucre non saranno più di 350 km, ma il viaggio si compie su mulattiere a tornanti sulle montagne, costeggiando canyon di notte e dura la bellezza di 16-17 ore. Anni fa, una persona saggia ed imperfetta ha scritto un incantevole diario al ritmo del poderoso macinar di chilometri su due ruote, ed avrebbe percorso anche quella strada, anni dopo.

Benché il viaggio a Sucre e Potosì ci avesse portato via solo quattro giorni, complice anche uno sciopero prolungato che ci ha bloccato a Santa Cruz una notte non prevista (direi quasi che ne è valsa la pena, solo per ascoltare la banda dell’esercito in pompa magna suonare Verdi e *Guantanamera* nella piazza principale!) la nostalgia dei bambini si stava facendo pressante, e con

essa la consapevolezza che, insieme a Lucia, non mi sarei più mossa da Camiri fino alla fine del viaggio rinunciando senza rimpianti al giro programmato verso La Paz.

I giorni passati con i bambini, uno diverso dall'altro e uno più bello dell'altro (libera interpretazione: tanto i giorni quanto i bambini!) avevano tutti una cadenza tranquilla, ritmata dalla campana dei pasti e della cappella, dai compiti insieme e dalle lunghe chiacchierate, dalle partite di calcio e basket a piedi nudi nel campo di asfalto, dalla colazione al mercato e dal caffè con Suor Grazia, dai piccoli grandi casini (buste di caramelle scomparse nottetempo) e dalle piccole grandi dolorose confidenze ("Il mio papà domenica prossima viene a trovarmi, mamma no perché vive in un altro posto perché papà la picchiava sempre"), dalle frasi disarmanti ("Lo sai che sei alta come la mia mamma?") e dalle scoperte sul loro passato. Non avrei mai pensato che solo una minima parte di loro è realmente orfana, ed invece tutti gli altri semplicemente non possono essere mantenuti dalle famiglie e quindi vivono nell'Hogar, con la meravigliosa possibilità di poter studiare ed imparare anche a gestire diversi mestieri. Quando arrivavamo la mattina del giovedì o del martedì il profumo del pane che Walter, Samuel e Bernardino stavano togliendo dai forni aleggiava per tutta la strada, e la sera dopo cena vedevi sempre Ariel in macelleria ascoltare attento Don Julio, un atipico adulto sudamericano: acculturato, serio, sposato ed innamorato della sua señora che ci presentò con orgoglio quando lei lo venne a trovare in occasione di un riconoscimento che i ragazzi hanno ricevuto da parte delle autorità locali per questo impegno nel lavoro di macelleria (e lì io e Lucia abbiamo tirato fuori l'asso nella manica del tiramisù!). I bimbi più piccoli erano un concentrato di argento vivo e pietre preziose incastonate, sempre in fermento, sempre ad aggrapparsi al primo angolo di maglia disponibile, sempre a pronunciare il tuo nome come fosse la parola più bella del mondo, perennemente arrampicati sulla tua schiena o a giocare con i tuoi capelli, sempre con il sorriso stampato sul volto. Non smetterebbero mai di farsi fotografare, come se quel restare impressi da qualche parte potesse ripagarli di una vita di negligenze subite da chi più avrebbe dovuto amarli, ma la sera sotto le lenzuola si sciolgono in singhiozzi che li sconquassano per mezz'ora, alle prese con i loro personalissimi mostri dai volti familiari (quante cicatrici sopra e sotto la pelle...). I bambini più piccoli andavano a letto molto presto, qualcuno lo portavamo generalmente in braccio perché si addormentava nel piatto di minestra con l'ultimo boccone in pane ancora in bocca, e poi restavamo con i più grandi a studiare ancora un'oretta e a parlare, a raccontarci delle rispettive vite, a creare passo passo un rapporto particolarissimo che mi lega a loro come a dei fratelli minori. Il trascorrere dei giorni ha ingranato la quinta ed in un battibaleno ero al giorno prima della partenza, e mentre ero attorniata da tutti i miei stupendi bambini e la mia mente vagava sulle opzioni 'restare', 'anno sabbatico', 'strappare biglietto' i ragazzi mi dicevano che volevano che restassi lì con loro, ma che invece dovevo tornare qui per studiare, dalla mia famiglia che mi aspettava e... ed io ho agito con il raziocinio cieco che mi è sempre appartenuto, impedendomi di infilare due o tre dei piccoli nella valigia vuota che riportavo in Italia, impedendomi di dire "Io resto qui" e mettendo un piede avanti l'altro nella direzione più difficile.

Avevo lasciato Firenze dopo un anno di affannoso esistere –assolutamente non privo di soddisfazioni, ma che mi aveva ridotto ai minimi termini; ho rimesso piede in Italia, stanca, sconvolta e un po' pesce fuor d'acqua esattamente un mese fa, e nello specchio non ho più rivisto la persona che prese il volo per Buenos Aires. Ero diventata un fattore ansiogeno per chi mi stava intorno, ed eccomi tornata a gustare la bellezza del prendermi un intero giorno per scrivere con lentezza, con l'accuratezza ottenuta senza affannarmi. Ciò che prima era improrogabile, indispensabile, irrinunciabile si rivela ora accessorio, corollario di un obiettivo più grande e profondo che non potrei mai raggiungere senza serenità.

Il nuovo battito che la mia galassia di 98 Croci del Sud ha imposto al mio ritmo circadiano ha cadenze della salsa, rughette d'espressione e risate.

Ogni volta che telefono nella Maiuscola America e sento le voci dei niños che mi salutano, ogni volta che leggo una mail che mi hanno scritto, ogni volta che racconto di loro a qualcuno come sto facendo ora sono presa d'assalto dalla nostalgia di bambini dal sorriso di madreperla che profumano di terra ed erba e pane. Nessuno ha più pronunciato il mio nome con lo stesso loro amore da quando sono tornata.

Scrivo queste parole in quello che tuttora considero l'emisfero in cui, forse, non dovrei trovarmi; quello che mi ha realmente spinto a tornare è stato l'amore per ciò che studio e l'entusiasmante possibilità di poter essere, poi, molto più utile. E perchè nel mio privatissimo cielo ho un centinaio di punti fermi a cui dimostrare che sto facendo la brava.

*Laura Lippa*

## *Un (nuovo) inizio anno 2005-2006*

18 Agosto 2005: più di 1000 persone si sono ritrovate al Polo didattico in viale Morgagni dove anche quest'anno si sono svolti i precorsi per la preparazione ai test di ammissione ai vari Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Il Preside ha aperto i lavori tenendo una conferenza clinica introduttiva per poi lasciare la parola al prof. Conti, nonché vicepresidente e responsabile dell'organizzazione dei precorsi, che s'è occupato delle lezioni di Logica e cultura generale.

A fianco dei professori di Chimica, Biologia, Fisica, etc., che per più di due settimane si sono resi disponibili per tenere le lezioni delle rispettive materie, i ragazzi del Per l'Appunto Matricole, in collaborazione con i rappresentanti degli studenti di Lista Aperta, si sono dati da fare nell'organizzazione di vari tipi di iniziative. Tutti i pomeriggi venivano chiamati studenti da varie Facoltà dell'Ateneo per tenere "corsetti" di Chimica, Fisica, Biologia, Matematica e Anatomia affrontando i vari argomenti a partire dallo svolgimento dei quiz. Nelle pause e all'uscita delle lezioni, nell'atrio del Polo didattico era allestito un banchetto regolarmente affollato di gente a cui, studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia fornivano informazioni sulla Facoltà, i Corsi di Laurea, il test di ammissione, distribuivano dispense utili per lo studio e soprattutto offrivano la loro amicizia.

Ma dopo tante ore di studio è necessario una verifica del proprio apprendimento: ecco che allora più di 500 ragazzi decidono di partecipare alle due simulazioni del test di ammissione tenutesi i venerdì 26 agosto e 2 settembre. Al termine della prova, i quiz delle varie materie sono stati corretti e spiegati dagli stessi studenti dei "corsetti".

Come proseguimento di questo intenso periodo di studio, sabato 3 settembre 44 matricole con altrettanti studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia si sono dati appuntamento per studiare insieme nelle vicinanze di Careggi, anche questa volta aiutati dai ragazzi dei "corsetti".

6 e 8 settembre: finalmente arriva il giorno del tanto temuto test. Con grande stupore i reduci dall'ardua impresa vengono accolti dai ragazzi del Per l'Appunto Matricole con un rigenerante aperitivo e un volantino che spiegava il perché del loro impegno durante i precorsi e li invitava alla seconda fase di questo inizio anno. Dopo i risultati, infatti, per chi ce l'ha fatta, cominciano le immatricolazioni: moduli e moduli da consegnare allo Student Point 1 dentro la Biblioteca Biomedica e allo Student Point 2 dentro il C.E.P. Anche in questa occasione, ad attendere i nuovi arrivati - ancora spaesati - i banchetti di

accoglienza dove raccogliere informazioni utili, cominciare ad orientarsi all'interno della "città Careggi", ma soprattutto conoscere i futuri compagni di corso. Proprio per prendere familiarità col nuovo ambiente universitario, decine di matricole, sotto la guida di studenti di Medicina, sono andati a visitare i luoghi tipici della Facoltà fino al Museo di Anatomia, dove li ha accolti il Prof. Paternostro. A conclusione del pomeriggio hanno potuto assistere ad un esame di Anatomia rivelatosi poi una messa in scena organizzata dai "perfidi" ragazzi del Per l'Appunto Matricole.

Ultimo momento di ritrovo per quest'inizio anno, una ricca e animata cena dal titolo "Dr. DinnER - Medici senza linea" ambientata nello scenario delle colline in Chianti che ha visto la partecipazione di più di 60 studenti della Facoltà, matricole e non.

Il motivo che ci ha spinto ad impegnarci così in questo ultimo mese è il riconoscimento che la condivisione di un particolare della realtà, quali ad esempio il test di ammissione e l'inizio anno, ci permette di poter condividere con ciascuno non solo un momento particolare; perché quello che non possiamo permetterci di fare, nell'affrontare tutto ciò che ci capita, è di non andare a fondo della domanda grande che la realtà suscita in noi. Ed ecco che nella condivisione di questa circostanza diventa possibile arrivare a condividere ciò che ci accomuna, il desiderio del proprio cuore, desiderio di felicità che freme in chi inizia adesso l'avventura dell'Università così come in chi in Università c'è già da svariati anni. In ogni momento siamo stati presenti perché ci interessa la vita di coloro che incontriamo e perché stimiamo come positivo il desiderio grande e l'aspettativa grande che soprattutto le matricole hanno e che le ha mosse a cominciare l'Università. Vivere in questo modo, percependo la realtà come strada in cui questo desiderio comincia a trovare risposta è desiderabile anche per noi, che iniziamo l'ennesimo anno di Università. La nostra presenza non è per un tentativo di convincere di qualcosa ma per suggerire un metodo per vivere tutto ciò che ci capita: paragonare tutto quel che ci accade con le aspettative del nostro cuore e andare a fondo di quel che, senza riuscire a spiegarselo neanche molto bene, cominciamo a presentire come interessante per noi.

*Agnese Grazzini, Alessandro Circelli*



## ***Il Corso ADE di Medicina Narrativa: è possibile una diversa comunicabilità tra medico e paziente?***

Venerdì 20 Maggio 2005 presso l'aula della Clinica Medica III si è tenuta la lezione del corso Ade sulla Medicina Narrativa.

Sono intervenuti Donatella Lippi professore associato di Storia della Medicina presso la facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze e Sara Casati ricercatrice di bioetica presso il Policlinico di Milano.

L'incontro con gli studenti è stato gestito con un taglio decisamente diverso da quella che è una normale lezione frontale, ha assunto piuttosto i connotati di un dialogo aperto, con una dinamica interattiva relatore-studente.

La tematica della Medicina Narrativa è stata introdotta partendo dalla lettura di alcuni brani estratti dal libro di Tiziano Terzani *Un altro giro di giostra-Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo*, Longanesi, 2004 e da quello di Ludovico Guarnieri *La cosa più stupefacente al mondo-Avventure di un malato esperto*, Anima Editore, 2004. L'analisi di questi estratti si è poi intrecciata con la proiezione di alcune immagini dei film *Son Frère* di Patrice Chereau e *The hours* di Jane Campion sottolineando così l'essenza e l'intento della Medicina Narrativa, che è poi quello di raccontare e comunicare il caso clinico o meglio l'esperienza della malattia attraverso la drammatizzazione di testi e l'analisi di testimonianze. La discussione nata dalla lettura dei brani estratti dal libro di Terzani ha fatto emergere l'immagine di un mondo, quello della "medicina tradizionale", sempre più inadeguato a supportare non tanto la sofferenza fisica quanto quella interiore del malato. La "medicina occidentale" così analitica, formale, distaccata, rigorosa nell'approccio al processo patologico è la culla nella quale viene plasmato "il medico aggiustatore", un ottimo esperto, un abile tecnico che cura la malattia, ma spesso non è altrettanto abile nel curare il malato.

Ecco allora la necessità del viaggio fatto da Terzani, che non è tanto un viaggio della speranza quanto un viaggio alla scoperta di ciò di cui, forse, il malato ha veramente bisogno e cioè l'umana comprensione, l'empatia che ha la necessità di instaurare con il suo "guaritore" per estinguere prima di tutto la paura della sofferenza. Raggiunto questo è poi molto più semplice decidere di lottare per riconquistare la propria vita e la voglia di andare oltre la malattia.

Viene allora spontaneo chiedersi, come può una medicina così tecnologica, così sofisticata ed efficiente essere anche così terribilmente inadeguata a supportare interiormente il malato?

La risposta sta nel fatto che spesso i “medici aggiustatori” non vedono o si dimenticano che il malato è prima di tutto un uomo e l’uomo non è solo ragione, pragmatismo e razionalità, è anche paura, emozione, fragilità, follia. E’ proprio questo “imponderabile emotivo” che poco si concilia con la dimensione meccanicistica nella quale la “medicina occidentale” cerca di far entrare il malato e l’uomo.

Purtroppo per come funziona oggi il sistema sanitario è abbastanza semplice accorgersi che l’ospedale non è concepito per un malato cronico, ma solo per il malato acuto. Il sistema, infatti, non lo permette. In parte, forse, perché le parole *efficienza, manager, azienda e salute* stanno tutte sullo stesso piano e quindi *aziendalizzare*, ossia permettere troppo spesso che la programmazione ospedaliera obbedisca alla politica e non al medico, può porre qualche problema nell’individuare e soddisfare le necessità del malato.

Un inizio verso la sensibilizzazione del problema è testimoniato dal fatto che proprio in questi giorni a Bologna è stata scritto un decalogo proposto al Ministro della Sanità per la riforma del Sistema Sanitario al fine di *umanizzare la Medicina*. Vi hanno partecipato il prof. Francesco Sartori, chirurgo toracico, direttore della chirurgia ricostruttiva dell’Università di Padova ed esperto della chirurgia tracheo-bronchiale, il prof. Lucio Gullo, internista, esperto mondiale delle patologie pancreatiche e direttore del reparto Sant’Orsola di Bologna, il prof. Sandro Bartoccioni, cardiocirurgo e leader nella tecnica del bypass coronarico senza circolazione extra corporea e il prof. Gianni Bonadonna, oncologo e direttore dell’Istituto Nazionale Tumori di Milano. L’aspetto interessante di questa iniziativa è che i primi tre medici sono stati e sono attualmente pazienti oncologici, mentre il prof. Bonadonna è stato colpito da ictus. I cosiddetti *medici-pazienti*, come loro stessi si sono definiti, hanno voluto mettere a disposizione la loro esperienza personale e la loro malattia al fine di creare una più facile comunicazione tra medico e paziente che permetta da un lato al malato di comprendere che spesso l’assenza di coinvolgimento per il medico è necessaria al fine di garantire la massima efficienza e dall’altro che consenta al tecnico esperto di essere un buon medico senza necessariamente dover esser stato prima paziente.

Il “medico aggiustatore” che rifugge l’empatia col proprio paziente è forse il primo problema da affrontare perché pone inevitabilmente il malato in una posizione non collaborativa. E’ necessaria piuttosto una “coproduzione di saperi” ossia, laddove c’è un processo di cura è indispensabile che

medico e paziente si vengano incontro affinché l'esperto veda l'uomo e il malato riconosca un alleato.

Cosa può fare allora un malato per aiutare un "medico aggiustatore" ad essere semplicemente un medico? Forse un buon traguardo sarebbe quello di rendere partecipi i pazienti delle scelte e dei protocolli di ricerca, quanto basta per abbattere quella linea di demarcazione e di incomunicabilità che separa la tecnologia dall'essere umano.

La meta auspicabile da raggiungere sarebbe quella di riuscire a preparare in ambito universitario dei medici nei quali siano inscindibilmente coniugati due requisiti, ottima esperienza e rispetto del paziente.

*Cecilia Fanciulli*



## *I dottori volanti, parte del sogno australiano*

Quella sabbia, quella terra rosso fuoco che, nei giorni illuminati dal sole, è terribilmente bella a contrasto con il celeste acceso del cielo, con il verde, seppur inaridito degli alberi che sembrano spruzzi viventi di giochi d'acqua nel deserto...e con il giallo, il bianco, il rosa intensi di tutti quei fiori che, sfidando il buonsenso dell'uomo europeo, si adagiano come soffici tappeti su quelle immense distese che vanno perdendosi all'orizzonte...

Se qualcuno mi chiedesse di riassumere il viaggio in Australia.. gli parlerei di un sogno.

Gli direi anche che l'Australia è la terra dei contrasti, dove a una metropoli, seppur tanto verde e ridente come Sidney, si contrappone la foresta pluviale e il deserto rosso, dove alle grandi città, così tanto concettualmente diverse dalle nostre però, con grattacieli-uffici e tenere casette monopiano con giardino-abitazioni, si contrappongono praterie infinite, solcate da rare strade per lo più diritte e molto poco frequentate, di cui l'occhio può nettamente distinguere il loro perdersi all'orizzonte.

E parlerei senza mai stancarmi della gentilezza e della tenera accoglienza degli abitanti di questo meraviglioso paese, anche di quelli che vivono maggiormente isolati nelle rosse e polverose fattorie dell'outback, raggiunti solo dalle sporadiche visite degli amici su "aerei" biposto o da mastodontici camions, anche con quadruplo rimorchio e con strani tubi di scappamento sul davanti che gli conferiscono quasi un aspetto da sub, carichi di rifornimenti.

Qui la natura è regina incontrastata e i sudditi privilegiati gli animali locali... qui il tempo e la distanza assumono una concezione diversa da quella Europea, e sembrano dilatarsi nella immensità degli spazi sconfinati ...

E di sicuro parlerei del Royal Flying Doctor Service of Australia, una specie di "autoambulanza volante" che ha permesso di portare la medicina e in certi casi la salvezza in quelle zone maggiormente lontane dalla cosiddetta civiltà.

La storia del Royal Flying Doctor è in pratica la storia di come medicina ,aviazione e radio sono state utilizzate insieme per il bene di tutte quelle persone che vivono,lavorano e viaggiano nelle zone remote dell'Australia.

Il fondatore fu il reverendo John Flynn che incominciò il suo lavoro di missionario proprio in queste regioni nel 1912, quando un'area di 1.800.000 Km<sup>2</sup> era, potremmo dire, "servita" da soli due medici!

Per quanto la densità di popolazione fosse, come è ancora, veramente bassa, ovviamente la situazione non era sostenibile e ogni incidente più serio o malattia più grave spesso significavano morte.

Flyn intuì che l' utilizzo congiunto della radio e del trasporto aereo poteva essere la soluzione per riuscire a fornire a tutti un' adeguata assistenza medica.

Sia l'aviazione che la radio erano però agli esordi, e i tempi non erano ancora maturi per un progetto del genere.

Ma lui non si arrese, e con tenacia e forza di volontà estrema continuò a lottare per vedere realizzato il suo sogno e, non esitando a coinvolgere persone influenti e a sollevare l'opinione pubblica, vi riuscì nel 1928, quando fu istituito l' "Aerial Medical Service".

Questa organizzazione nel corso degli anni si allargò, si espanse, e dopo aver cambiato più volte nome, nel 1955 acquisì la denominazione odierna di Royal Flying Doctor Service. Ad oggi conta 23 basi sparse per tutto il paese, 45 aerei (comprati ed interamente equipaggiati grazie a donazioni di privati), 609 dipendenti (fra piloti, ingegneri, personale medico ed altri, tutti stipendiati dallo stato)... che servono un'area di 7.150.000 Km<sup>2</sup>, con annualmente una distanza sorvolata di 19.520.367 Km e con un numero di 9.997 pazienti!

Io ho visitato la base di Alice Springs, con la sua centrale radio operativa 24 ore su 24.... arriva la segnalazione e via... la macchina di salvataggio viene messa in movimento.. l'equipaggio salta veloce sul velivolo, che ecco già decolla ...Magari le condizioni del tempo non sono tanto buone, ma loro non hanno paura, o almeno non lo danno a vedere.. l'obiettivo è salvare quell'essere vivente che li sta aspettando.... non importa che sia aborigeno o di pelle bianca... solo deve essere salvato!

I servizi d'emergenza sono però solo una parte di quelli che questa associazione offre, e tutti sono erogati "free of charge" a chiunque ne abbia bisogno... vengono ad esempio organizzati voli con una stabilita frequenza temporale, per portare medici a fare ambulatorio nelle zone più sperdute, e tramite radio o telefono vengono fatte consultazioni mediche: il paziente descrive i suoi sintomi, il medico rivolge opportune domande e una volta fatta la diagnosi indica al paziente il numero del farmaco che deve essere preso fra i cento che sono stati consegnati gratuitamente ad ogni famiglia dell'outback dal "Department of Health and Family Service".

Ma la cosa più bella è vedere l'emozione vera negli occhi dell'equipaggio appena tornato da una missione e quell'espressione fiduciosa e stupita sul volto dei bimbi che hanno atteso e ricevuto aiuto dagli uomini del cielo, i "dottori volanti".

Tutto questo è meravigliosamente parte  
del  
sogno Australiano.

*Valeria Selvi*





## KALGOORLIE FLYING DOCTOR

Like an angel of mercy  
He soars through the sky  
His mission is healing  
And he never asks why.  
No matter the patient  
Be he coloured or white  
He goes in the daytime  
He flies through the night.  
He lands by a car light  
To save a young life  
He takes off at midnight  
To help a mans wife.  
He is never a man  
Who studies the cost  
For while he is thinking  
A life may be lost.  
To keep this man flying  
The bush folk roll up  
They never stop trying  
To keep his plane up.  
They know not the day  
When their turn comes around  
So they forgo their pleasure  
To help raise the pound.  
So the next time they ask you  
Pay up with a smile  
No matter how little  
The cause is worthwhile.  
Leave not the trying  
To only a few  
A man may be dying  
THAT man may be you.

*Kalgoorlie Flying Doctor Poem*  
On Sale *HERE*  
20cents per copy

D'Arcy McNamara  
Kunadah Station