

bollettino

Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri Milano



4|2010

ANNO LXIII
OTTOBRE-DICEMBRE

INCHIESTA
Al via il nuovo
Piano
Socio-Sanitario
Regionale

In scienza e coscienza: intervista a Roberto Anzalone
Un ponte tra il Nord e il Sud del mondo
Violenza alle donne: medici e avvocati collaborano
L'Ordine compie cent'anni: cosa rimane di Ippocrate?

 **OMCeO**
Milano

www.omceomi.it

Collegati con l'Ordine

Ricordiamo che, ai sensi dell'art. 16 comma 7 D.P.R. 185/2008, sei tenuto a comunicarci il tuo indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC). Se non lo hai già fatto, segnalalo inviandolo a: segreteria@pec.omceomi.it. Grazie.

I telefoni dell'Ordine

Dirigente

Gabriella SARTONI tel. 02.86471403

Commissione Odontoiatri - Aggiornamento/ECM

Dott.sa Marina CASERTA tel. 02.86471405

Segreteria del Presidente

Segreteria commissioni

Laura CAZZOLI tel. 02.86471413

Segreteria del Vice Presidente

Segreteria del Consigliere Segretario

Giusy PECORARO tel. 02.86471410

Area giuridica amministrativa

Avv. Mariateresa GARBARINI tel. 02.86471414

ENPAM - Pratiche pensioni

Gabriella BANFI tel. 02.86471404

Ufficio iscrizioni, cancellazioni, certificati

Sarah BALLARE' / Aggiornamento ECM tel. 02.86471401

Alessandra GUALTIERI tel. 02.86471402

Silvana BALLAN tel. 02.86471412

Maria FLORIS tel. 02.86471417

Contabilità/Economato

Antonio FERRARI tel. 02.86471407

Fernanda MELIS tel. 02.86471409

Ufficio Stampa

Cinzia PARLANTI tel. 02.86471400

stamp@omceomi.it

Pubblicità sanitaria e Psicoterapeuti

Laura LAI tel. 02.86471420

CED

Rossana RAVASIO tel. 02.86471419

Lucrezia CANTONI tel. 02.86471424

info@omceomi.it

Centralino

tel. 02.864711

Si prega chiamare direttamente i numeri degli uffici per evitare intasamenti sulla linea principale.



Autorizzazione Tribunale di Milano n° 366
del 14 agosto 1948

Direttore Responsabile: Ugo Garbarini
Comitato di Redazione: Valerio Brucoli,
Dalila Patrizia Greco, Maria Grazia Manfredi,
Luigi Paglia, Roberto Carlo Rossi

Redazione e realizzazione

Tecniche Nuove SPA

Via Eritrea 21

20157 Milano - Italy

Redazione: Cristiana Bernini - 02 39090689

Impaginazione: Alessandra Loiodice - 02 39090671

e-mail bollettino.medici@tecnichenuove.com

Segreteria

Cinzia Parlanti

Via Lanzone 31 - 20123 Milano

Tel 02 86471400 - Fax. 02 86471448

e-mail: stampa@omceomi.it

Gli articoli e la relativa iconografia impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori. I materiali inviati non verranno restituiti. Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di apportare modifiche a titoli, testi e immagini degli articoli pubblicati. I testi dovranno pervenire in redazione in formato word, le illustrazioni su supporto elettronico dovranno essere separate dal testo in formato TIFF, EPS o JPG, con risoluzione non inferiore a 300 dpi.

Stampa: Grafiche SIMA, Ciserano (BG)

Trimestrale

Poste Italiane SpA - Spediz. in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1,
comma 2, DCB Milano

Dati generali relativi all'Ordine

Consiglio Direttivo

Presidente

Ugo Garbarini

Vice Presidente

Roberto Carlo Rossi

Segretario

Salvatore G. Altomare

Tesoriere

Angiolino Bigoni

Presidente Onorario

Roberto Anzalone

Consiglieri

Leandro Aletti, Gianpiero Benetti,

Francesco M.A. Brasca, Valerio Brucoli,

Dino Dini, Claudio Gatti, Giovanni Campolongo,

Luigi Di Caprio, Raffaele Latocca,

Maria Grazia Manfredi, Luigi Paglia,

Massimo Parise, Giordano P. Pochintesta,

Ugo G. Tamborini, Maria Teresa Zocchi

Commissione Odontoiatri

Presidente

Valerio Brucoli

Segretario

Ercole Romagnoli

Componenti

Dino Dini, Claudio Gatti, Luigi Paglia

Collegio Revisori dei Conti

Presidente

Giovanni Canto

Componenti

Luciana Maria Bovone, Paola Pifarotti

Tito Pignedoli

Sommario

Anno LXIII - 4/2010 ottobre-dicembre



In copertina
Capitello dorico del tempio
grande di Asclepion III livello
Foto di Annalisa Crespi

Editoriale

Il centenario della fondazione degli Ordini Sanitari

Ugo Garbarini

2

Inchiesta

Al via il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale

Maria Cristina Parravicini

4

Intervista

In scienza e coscienza

Maria Cristina Parravicini

15

Attualità

Un ponte tra il Nord e il Sud del mondo

Pierluigi Altea

16

Violenza alle donne

Maria Teresa Zocchi

22

L'influenza e l'incertezza

F. Pregliasco, D. Cova

29

Punti di vista...

Cosa rimane di Ippocrate

Annalisa Crespi

36

Formazione

Il Laboratorio di Responsabilità Sanitaria

Umberto Genovese

38

Commemorazione

Duno ricorda tre grandi medici

Pierluigi Altea

40

In ricordo di...

Per non dimenticare

Lorena Origo

44

Attualità

Trent'anni di Odontoiatria

Valerio Brucoli

46

Finestra sull'odontoiatria

Linee guida AADR per la diagnosi e la terapia

dei Disordini Temporo Mandibolari

Domenico Viscuso, Massimiliano Di Giosia

48

Corsi ECM

50

Notizie

60

In libreria

64

Ugo Garbarini

Il centenario della fondazione degli Ordini Sanitari

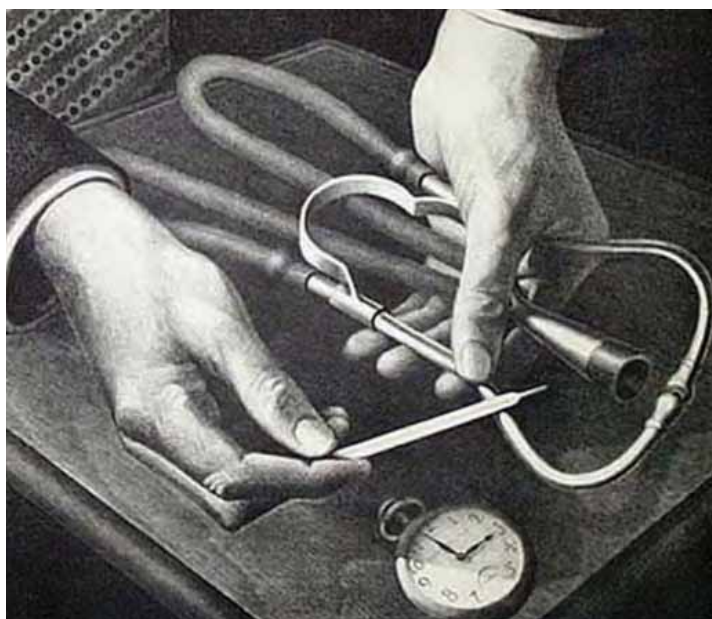
Molte speranze, molte delusioni

Quest'anno ricorre il centenario della fondazione dell'Ordine dei Medici, oltre che di quelli dei Farmacisti e dei Veterinari. Il 10 luglio 1910, la Legge Giolitti n.455, ne statuiva l'esistenza e le funzioni. Tra queste, la tenuta dell'Albo degli iscritti e, tra le vecchie carte dell'Ordine, ho trovato il primo di questi, il dott. Alessandro Boccaletti, nato a Carpi, il 20 luglio 1837, con studio in Milano, corso Lodi 1 che, laureatosi a Modena nel 1863, lasciava la professione nel dicembre 1915. L'Ordine nasceva per la difesa della professione non dei professionisti e del cittadino che a questi si rivolgeva. Questo assunto fu sempre malinteso: l'Ordine fu strumentalmente identificato come difesa della "casta" e qualche sacrosanto motivo c'era anche. Perché a proposito di casta, dobbiamo chiedere e chiederci se ci sia mai stata un'aurea aetas della nostra professione se non nei distorti ricordi di coloro che, alla luce del presente, del loro presente, rimpiangono i tempi che furono. Ma questi conoscono la realtà di quei tempi? La condizione di chi professava la medicina? Non apriamo

il famedio delle solite grandi figure dei medici che illustrarono la Medicina e ne favorirono il progresso né pensiamo a quei colleghi la cui condizione per censo o per fama ne faceva dei privilegiati. Sull' indefinito fondale della ribalta, operava la gran parte dei medici a confronto con la miseria di chi avevano in cura e con la loro, dipendenti con un rapporto di impiego spesso vago e comunque determinato, sottoposti alle angherie di sindaci, sottosindaci, funzionari comunali. La condizione era tale da spingere i colleghi a promuovere Società di mutuo soccorso mentre i condotti cercavano, quanto meno, di ottenere uno stipendio fisso e la costituzione della Cassa pensioni. In questo contesto, i medici aspettavano con ansia la costituzione di associazioni che ne tutelassero il lavoro e la dignità, associazioni che posero le basi alla lunga, sofferta e complessa gestazione degli Ordini. I medici comunali, i condotti veri protagonisti di una medicina il cui valore sociale stentava ad emergere, vivevano, condividendone i disagi, in una società in cui malnutrizione, situazioni ambientali, povertà estrema

rappresentavano l'indotto di quelle note malattie causa di mortalità e di disabilità. Nei primi anni dell'800 fu scritto che la "medicina si è trasformata da religione a mestiere vilissimo" e sarebbe interessante sapere quando mai la medicina fu considerata religione se non in era pre-ippocratica. Nell'Italia pre-unità e ancora dopo questa non è mai mancata l'avversione del potere politico in particolare contro i medici condotti, contro coloro che più di altri rivendicavano migliori condizioni per la società e, perché no, anche per loro. Queste sacrosante richieste sembravano rivestire le caratteristiche di uno strisciante sovversivismo. Pur tuttavia, a nulla valsero le associazioni nel frattempo costitutesi, quella Medica Italiana nel 1862, quella dei medici comunali (ANMC) nel 1874 anche per le abituali risse all'interno della categoria: le Leggi promulgate o i disegni di Legge che tali rimanevano per la caduta dei governi (Crispi, Lanza, Nicotera, De Pretis-Bertani) non soddisfacevano alcuno, né la destra né la sinistra per motivi ovviamente diversi. In queste decisioni, comunque, i medici avevano ben scarso rilievo, essendo al

Grant Wood
Medico di
campagna,
incisione,
prima metà
del XX secolo



più tollerati solo per funzioni consultive. La delusione fu tale che, visto il fallimento dell'associazionismo medico, nacquero volontariamente alcuni Ordini provinciali il primo dei quali fu quello di Milano nel 1887.

L'iniziativa non fu vista favorevolmente dal Governo pro tempore che, giocando su diatribe interne tra i medici, sempre in nome di non privilegiare la "casta", negò a questi la possibilità di "studiare le condizioni dell'assistenza sanitaria e dell'igiene ed esercitare all'occorrenza quell'azione che fosse giudicata necessaria per migliorarle". Come si vede nihil novi sub sole.

La costituzione degli Ordini con la citata legge Giolitti in una certa qual misura codificò molti pregiudizi prevedendo, tra le funzioni ordinistiche, quella notarile, aspetto rimasto e vieppiù accentuatosi anche dopo la loro ricostituzione del 1946, essendo stati sciolti dal Regime Fascista nel 1935 a conferma di un'esistenza non gradita da ogni autorità politica. Ci fu un momento, breve, in cui i rappresentanti della professione erano convocati ai tavoli delle trattative delle convenzioni e dei contratti

Dentista seda un paziente con protossido di azoto nel 1920



per vigilare che l'aspetto normativo non confliggesse con le norme deontologiche. L'abrogazione della Legge 244, la cosiddetta legge tariffaria, interruppe questa importante funzione e non v'è chi non veda come oggi la mancanza di questa abbia impoverito la professione riducendone gli aspetti etici: i medici sono costretti a fare di tutto e di più per soddisfare gli aneliti burocraticamente perfezionistici dei reggitori la cosa pubblica. Per finire, tanto per esemplificare quanto sopra scritto, in occasione

del condendo Piano Socio-sanitario Regionale (PSSR), sono stati in via consultiva sentiti tutti (Infermieri tramite il loro Collegio, psicologi, farmacisti con i loro Ordini) fuorché l'Ordine dei Medici che ha fatto notare l'assurdità del comportamento, ottenendo finalmente un'audizione. Questo dimostra che, comunque la si pensi, i vecchi, gli antichi pregiudizi sono ben radicati nei politici del 2000 come del 1900 e del 1800: la nostra presenza, di cantanti fuori dal coro non è, ieri come oggi, gradita.

Al via il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale

Maria Cristina Parravicini

Il documento, approvato dalla Giunta regionale e in attesa della ratifica da parte della III Commissione del Consiglio regionale, detta le linee programmatiche per il periodo 2010-2015

Potenziamento dei servizi territoriali di assistenza per la cura della cronicità per evitare inutili ricoveri ospedalieri; attivazione di strutture di ricovero intermedie tra l'ospedale e il domicilio in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero (low care hospital), con la riconversione di posti letto già esistenti in alcune strutture; forte investimento nelle nuove tecnologie (telemedicina, e-health ecc., Siss, FSE) in grado anche di assicurare maggiore facilità di accesso al servizio per i cittadini che potranno, per esempio, consultare da casa gli esiti dei loro esami; nuove regole per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie con l'abolizione di qualunque automatismo sui rimborsi delle prestazioni; rinnovata attenzione alla prevenzione, soprattutto nei confronti dei giovani e giovanissimi, rispetto al consumo di alcol e droghe. Lo sviluppo del terzo settore e la riforma dei consultori familiari sono tra i punti più qualificanti di questo Piano che rappresenta, negli intenti della Giunta regionale, un riferimento fondamentale per le politiche dei prossimi anni.

(N.d.R. Per discutere dei contenuti del PSSR avremmo desiderato incontrare la Dott.ssa Margherita Peroni, Presidente della III Commissione del Consiglio Regionale della Lombardia, ma la nostra pur reiterata richiesta di incontro non ha mai avuto seguito).

Ripensare la Convenzione nazionale?

«Se il precedente Piano Sanitario ha centrato l'80% dei suoi obiettivi – dichiara **Carlo Lucchina**, Direttore Generale Sanità Regione Lombardia – nella stesura del Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2015 si sono dovuti valutare i cambiamenti che nel frattempo si sono registrati, con il conseguente aggiustamento in senso migliorativo degli obiettivi. In quest'ottica, i cambiamenti dovuti al progresso clinico e all'emersione di bisogni sanitari specifici hanno portato alla presa di coscienza di tre aspetti fondamentali: quello della prevenzione, dell'acuzie, del post acuto e dell'assistenza territoriale. Per quanto riguarda la prevenzione, il piano puntava l'attenzione sulla prevenzione secondaria (screening del tumore al seno, utero, prostata ecc.)

con il raggiungimento sostanziale degli obiettivi, nel senso che le attività di screening hanno permesso di intercettare più tumori nella fase iniziale e, conseguentemente, più guarigioni. Abbiamo però evidenziato nell'ambito della prevenzione – che resta un argomento di primo piano – la necessità di porre molta più attenzione agli interventi sugli stili di vita. L'orientamento nel sociale è tale per cui la vecchia teoria che “prevenire è meglio di curare”, mai come in questo momento storico è valida soprattutto nella prospettive di lungo periodo. Bisogna cercare di superare il concetto, per altro sacrosanto, di monitorare le persone a seconda della loro età in base alla circostanza che, dal punto di vista clinico/epidemiologico, a determinate età aumenta il rischio di tumore al seno, colon ecc., ma bisogna partire dall'età giovanile per fare un discorso di prevenzione sugli stili di vita. Questo significa, per esempio che, se è pressoché inutile fare campagne contro i danni del fumo rivolgendosi a chi ha 45/50 anni, diverso è il caso degli adolescenti che, se informati correttamente sulle ricadute del fumo sulla salute, non solo non diventeranno



fumatori, ma diventeranno se mai un mezzo per traslare questo principio in ambito familiare. Lo stesso vale per quello che si mangia e quello che si beve. Ed è proprio l'intervento sugli stili di vita che è alla base del nuovo piano; si tratta cioè di intervenire nel modo più determinato possibile sulle classi giovani della popolazione»
 «Sulla fase acuta – sottolinea Lucchina – come Regione Lombardia partivamo da una situazione oggettivamente buona che ci ha permesso di raggiungere tutti gli obiettivi, compreso anche quello di una maggiore attenzione alle alte specialità; avevamo però la necessità di organizzarci meglio. Se nel Piano precedente l'idea originaria era quella delle Rete di patologie, nel

nuovo Piano questa idea è ancora più accelerata: il fondamento della fase acuta sarà sempre più la Rete (rete oncologica lombarda, rete ematologia lombarda, rete nefrologica lombarda), la possibilità cioè di mettere in rete i vari centri che curano le diverse patologie per fare in modo che si scambino le informazioni, che abbiano la possibilità di crescere seguendo i centri di eccellenza. Questo farà sì che i pazienti, a seconda della propria patologia, non debbano subire disagi inutili dovuti al peregrinare dalla propria residenza al centro di riferimento, ma che possano, dopo i primi interventi diagnostici, essere curati nell'ospedale o nelle strutture più vicine collegate in rete con il centro di riferimento».

Venendo all'assistenza per intensità di cura la cui filosofia organizzativa (*Modello Toyota*) avrebbe come base fondante la centralità del paziente Lucchina, respingendo l'ipotesi del paziente "prodotto", cioè oggetto processato da una catena di montaggio il cui scopo precipuo è quello di abbattere i costi ottimizzando i tempi, osserva che «il problema va diviso. Il *Modello Toyota*, ammesso e non concesso che sia un modello valido se applicato agli ospedali, attiene a un modello organizzativo di funzionamento che nulla ha a che vedere con l'aspetto terminale del funzionamento dell'ospedale, che è e rimane la cura della persona. Il modello organizzativo Toyota è quello che dovrebbe occuparsi di ottimizzare



Carlo Lucchina,
Direttore
Generale
Sanità Regione
Lombardia



**Adriano
Bampa,**
Vice
Presidente
del Consiglio
Provinciale
SNAMI Milano



**Roberto
Carlo Rossi,**
Vice
Presidente
dell'Ordine
dei Medici
Chirurghi
e degli
Odontoiatri
di Milano

la logistica ospedaliera, non il paziente; il rapporto con il paziente è del medico e, per la parte di competenza, dell'infermiere e dei tecnici di radiologia, di laboratorio ecc. Di più, l'auspicio che si evince dal nuovo PSSR

per quanto riguarda la formazione, è che ci sia più umanizzazione e che ci si ricordi che il compito della Sanità è curare le persone e per i medici di curare i propri assistiti; sicuramente non in un modo fuori regola, ma tenendo presente che le risorse finanziarie che lo Stato mette a disposizione della Sanità sono definite, non infinite. Si tratta quindi di trovare un equilibrio tra la necessità prioritaria di curare i pazienti e le risorse disponibili che vanno ottimizzate su questo obiettivo, che non è certamente quello della catena di montaggio. È comunque evidente che ogni attore del sistema deve però rispettare alcune regole: il medico non deve sentirsi stressato perché ritiene che sia l'amministrativo a comandarlo. L'amministrativo si limita a far presente la propria corresponsabilità di un governo complessivo di risorse che sono quelle assegnate». Quanto al venir meno nell'ospedale per intensità di cura a quello che è il rapporto fiduciario tra il medico e il paziente Lucchina, escludendolo, porta l'esempio del *Modello Toyota* inserito su Como, «un esempio di modello organizzativo dell'ospedale sotto il profilo logistico, non di cura della persona. Il cosiddetto *Modello Toyota* va applicato al medico e all'ospedale allorquando si parla di lavoro di squadra».

«Per restare in tema di acuzie – prosegue Lucchina – poniamo particolare attenzione alle malattie rare. Se oggi infatti facciamo la somma di tutte le patologie definite come rare replicate per il numero di persone che ne soffrono, arriviamo a un numero che comincia ad essere significativo: se in Lombardia siamo intorno al 2-3%,

questo significa che circa 400mila residenti sono affetti da malattie rare su cui esiste un problema di supporto alla ricerca, di supporto alla diagnostica oltre che alla terapia, che è uno degli obiettivi irrinunciabili del sistema. Questo comporta investimenti in formazione e ricerca che hanno le loro basi nel rapporto di collaborazione con il mondo dell'Università che per noi è assolutamente strategico». «Esaminando i diversi punti del PSSR, la voce che riguarda la fase post acuta è quella su cui, come asserisce Lucchina «si concentra veramente la delicatezza della questione sia in termini economici che di numeri supportati dal cambiamento demografico e, di conseguenza, delle cronicità.

Circa l'aumento dell'età ci troviamo in un momento di stasi che ci vede, in Lombardia, tra i più longevi al mondo. Questo fa sì che, inevitabilmente, si abbia a che fare con patologie croniche che, a maggior ragione, rimettono in gioco le motivazioni legate alla prevenzione e agli stili di vita; diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco ecc. sono certamente patologie croniche da cui non si guarisce – ma non si muore neppure – che vanno però intercettate a livello di prevenzione. E questo ci crea un problema per due ordini di motivi che, per altro, il PSSR affronta: la prima riguarda l'assistenza sub-acuta, la fase che subentra quando il paziente viene dimesso dall'ospedale, sia che la patologia del ricovero sia chirurgica o medica. Le dimissioni non significano che il paziente sia necessariamente guarito, solo che non necessita più dell'assistenza ospedaliera. Ed è in

questo momento che si apre una fase successiva in cui il sub-acuto va stabilizzato in modo tale da eliminare tutti i passaggi che possono riportare all'acuzie.

Il PSSR, come ho detto, si concentra su questo aspetto che è una via di mezzo tra l'ospedale e l'ospedale territoriale con dei contenuti di assistenza ospedaliera ancora specifici, con un'ipotesi di riorganizzazione di alcuni letti ospedalieri.

L'area sub-acuta, che è sostanzialmente ancora un momento di ricovero a intensità medio-bassa, serve a non mettere in difficoltà il nucleo familiare – là dove è presente – dopo l'intervento, o a supportare il paziente che, diversamente, dovrebbe ricorrere al privato in termini assistenziali. In queste aree, che possono essere sia nell'ambito dell'ospedale, ma separate fisicamente, sia fuori dall'ospedale, l'assistenza medica potrà essere fornita anche dai MMG».

Quanto al personale medico impiegato in queste aree per sub-acuti, Lucchina specifica che «l'Ordine dei Medici, nella sua veste istituzionale, è stato interpellato e ascoltato dalla Commissione. Per quanto riguarda i MMG il Piano, ancora una volta, dà alla Medicina territoriale una chance». Osserviamo che il MMG lamenta una crescente burocratizzazione dei suoi adempimenti (dai certificati on-line per l'INPS, al FSE, agli adempimenti come CUP presso il proprio studio ecc.) spesso a scapito delle prestazioni di cura al paziente. Preoccupa anche il ruolo di subordine che il MMG si troverebbe ad avere nell'ambito delle Farmacie territoriali...

«È vero che ci sono degli adempimenti burocratici» e a parere di Lucchina



«anche fin troppi, ma nel momento in cui possono creare disagio ai medici, i medici non dovrebbero limitarsi a evidenziare il loro disagio. È evidente infatti che c'è qualcosa che andrebbe – probabilmente – affrontato con grande coraggio. Ma in presenza della disposizione sui certificati di malattia on-line, noi ci stiamo dando da fare perché gli strumenti informatici a supporto dei medici non creino disagi. Fatto meno semplice di quanto possa sembrare perché stiamo parlando di una platea di 10 milioni di persone assistite e di quasi 8 mila MMG. Su questo aspetto e non solo, c'è il nostro impegno, come c'è il nostro impegno a fare in modo che la Medicina Generale rappresenti un punto di riferimento.

Ma il vero punto è un altro, e cioè che il problema dell'Assistenza territoriale che si evidenzia dal Piano, non può essere quello del '78, quello cioè della Legge di riforma che istituì la Medicina territoriale, perché sono passati 32

anni. Questo non toglie che l'assistenza e il monitoraggio degli assistiti cronici, a mio modo di vedere, andrà sempre più verso l'Associazione dei MMG.

Il bisogno sanitario attuale richiede un numero di ore maggiore di apertura degli studi professionali. Gli assistiti lamentano che non riescono a trovare il proprio medico quando ne hanno bisogno e noi, come sistema, dobbiamo aumentare la fiducia sulla continuità assistenziale. Sono fatti che dovrebbero far riflettere tutti».

Quanto alle equipe sanitarie integrate e alla conseguente possibilità del venir meno della figura di riferimento nell'ambito della Medicina Generale, Lucchina conferma che «il cittadino ha bisogno di un punto di riferimento, ha il suo Medico ma, in questo modello organizzativo, se non trova il suo medico, troverà il suo collega. Va però fatta una riflessione complessiva: se il MMG ha 1.500 assistiti e non ce la fa, l'atto di coraggio vero è quello di ripensare la Convenzione nazionale. E

ancora, l'atto di coraggio vero è capire se ha ancora un senso la Convenzione nazionale, oppure se la Convenzione nazionale non dia neanche gli indirizzi – perché gli indirizzi di assistenza sono nel PSR – si faccia una valutazione regionale, anche a livello di contenuto del servizio.

Se invece si ritiene che la tutela della Medicina territoriale passi per una Convenzione nazionale che ogni volta che si aggiorna comporta mesi di lavoro che si traducono in centinaia di pagine che valgono da Sondrio a Pantelleria e Lampedusa... va bene così? A distanza di 32 anni non si può pensare che un modello si possa definire ancora attuale!»

«Con l'Assistenza territoriale – conclude Carlo Lucchina – si affronta un bisogno emergente della popolazione; si tratta di un segnale di bisogno che la popolazione manda nel suo vivere la condizione di cronicità, di malattia oncologica, psichiatrica ecc. e il compito delle istituzioni è quello di fare tutto il possibile per soddisfare quel bisogno sanitario/sociale o, se non riesce a soddisfarlo nella totalità, almeno nella maggior percentuale possibile. Gli attori del sistema sono strumenti, a incominciare da me, per arrivare a soddisfare questo bisogno, e sono strumenti tutti non esclusivi. Non c'è bisogno sanitario che possa essere soddisfatto solo dalla Medicina territoriale, o solo dall'ospedale o solo dalla prevenzione: nessuno può rivendicare l'esclusività nel soddisfacimento del bisogno».

Snamì: tra perplessità e timori

Analizzando i diversi tasselli che compongono il mosaico del PSSR 2010-2015 e soffermandosi sugli

aspetti che riguardano specificamente la semplificazione amministrativa e normativa e la razionalizzazione delle risorse, **Adriano Bampa**, Vice Presidente del Consiglio Provinciale SNAMI Milano, osserva che «gli intenti sono buoni ma, in realtà, pochissimo di quello che viene scritto allo stato attuale è realizzabile. Non si tratta infatti del Primo Piano Regionale e, guardando ai precedenti, gli sviluppi previsti si sono di fatto dimostrati aleatori, più di immagine che di sostanza. Venendo nel merito, sulla razionalizzazione delle risorse non possiamo che essere tutti d'accordo nel senso che ci "piacerebbero", e insisto sul condizionale perché – allo stato – siamo le vittime sacrificali, almeno lo siamo noi medici di medicina generale. Il problema dei controlli in ambito sanitario è un problema grave, soprattutto alla luce di fatti che sono all'ordine del giorno sulla stampa, per cui il controllo è necessario sia per la società ma anche per gli operatori. Alcuni "reati minori" sono dovuti a errori procedurali che discendono da contratti che vengono imposti senza tenere conto delle osservazioni degli organi (sindacato-ordine) che sono i tesori dell'esperienza e delle conoscenze della Medicina nella sua evoluzione storica.

Venendo ad esempi pratici, noi tramite il SISS riceviamo tutti i contatti che avvengono tra il Sistema Sanitario e i nostri pazienti. Tutte queste informazioni (sia patologiche che non), rappresentano un eccesso di informazioni che devono essere analizzate e archiviate all'arrivo sui nostri PC e, successivamente, recuperate e analizzate di nuovo in presenza del paziente. Il risultato è



che dobbiamo fare due volte lo stesso lavoro».

«Altro punto dolente – prosegue Bampa – è che il nostro diretto interlocutore sono le impiegate degli uffici prenotazione esami. Spesso dobbiamo prescrivere esami o visite non contemplate nel database del Siss e che ci vengono imposte dagli istituti ospedalieri. Queste prescrizioni sono scritte a mano perché non previste dal Siss e spesso vengono contestate dalle segretarie degli sportelli degli uffici prenotazione che rimandano i pazienti ai nostri studi con discussioni che mi fanno ricordare, per le banalità, i film



di Fantozzi.

Tra i compiti nuovi a noi destinati, cito, a titolo esemplificativo, il certificato di invalidità civile. Il problema non è tanto quello di compilare un certificato on line, ma è la connessione (connettività): molto spesso il paziente è in studio, ma l'INPS non ci da la connessione. In più c'è il problema della password che scade dopo un certo tempo di ingresso nel sistema, e anche questo è un aspetto che potrebbe essere irrilevante per il sistema globale, non per il medico di medicina generale che deve agire nell'ambito del suo studio, affollato

di pazienti con problemi di salute. La situazione è peggiorata recentemente con la «legge Brunetta» che ci obbliga a spedire on line, tramite Siss, anche il certificato di malattia INPS che, in certi giorni, non c'è verso di riuscire a portare a compimento a causa dell'impossibilità di connettersi, o di trovare i dati anagrafici del paziente o, ancora, di trovare una diagnosi corrispondente nel database del Siss. Questi difetti delle procedure informatiche ci esporranno a problemi medico legali gravi o a immeritate sanzioni comminate dalla legge Brunetta».

Circa la revisione degli assetti organizzativi e relativi processi di razionalizzazione e integrazione tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale, Bampa rileva che «noi stessi abbiamo difficoltà in quanto non riusciamo ad attivare i servizi sociali per una serie di ragioni, anche banali, come gli orari (dopo le 17 gli uffici chiudono) o le carenze di organico di questi uffici».

Per quanto attiene al «completamento del servizio di prenotazioni (CUP e altri canali)», Bampa afferma che «noi ci rifiutiamo di fare le prenotazioni perché come Snam abbiamo sempre affermato che non è compito professionale e quindi non di nostra pertinenza. Quel tempo che dovremmo occupare per le prenotazioni, con un ulteriore aggravio dei pur ampi e incombenti aspetti burocratici che sempre più caratterizzano la figura del medico di medicina generale, andrebbe molto più proficuamente utilizzato per il paziente nella sua reale accezione».

Là dove il PSSR parla di politiche del personale (équipe sanitarie integrate)

Bampa, più che soffermarsi su quella che ritiene l'inefficacia del progetto, preferisce riferire i «commenti di alcuni pazienti che, in un primo tempo erano rimasti positivamente impressionati davanti al profluvio di spazi, segretarie, medici...

Successivamente, dopo aver appurato che riuscivano con difficoltà a vedere il proprio medico e tutt'al più a parlare con la segretaria, quelli che avevano veramente delle necessità, sono tornati indietro... Il paziente infatti ha bisogno di aprirsi col proprio medico, raccontando magari delle «sciocchezze», ma proprio tra quelle sciocchezze io trovo il particolare che mi allerta. Capita così che il paziente che viene da me lamentando un problema, io lo faccio curare o ricoverare per tutt'altra patologia. Con la segretaria o con l'assistente di studio tutto questo non è possibile perché viene persa una parte importante del lavoro che è il rapporto di fiducia medico/paziente».

Proseguendo nell'analisi al PSSR, in particolare al punto inerente la Scuola di Formazione in Medicina Generale, Bampa osserva che «la Medicina Generale non è la Medicina universitaria né quella ospedaliera: se si vuole quindi diventare Medici di Medicina Generale si dovrebbe frequentare una scuola di Medicina Generale in grado di orientare i futuri colleghi. Ma c'è anche un altro problema e cioè che oggi assistiamo a un cambiamento della popolazione che vede un grande incremento di scolarizzazione anche ai livelli più alti; questo impone un salto di qualità nella relazione con il paziente nel senso che un tempo noi dovevamo curare i pazienti, mentre ora io mi

ritrovo a insegnare ai pazienti a curarsi per la maggior parte delle patologie croniche. Ed è questo l'approccio che dovrebbe essere trasmesso alle nuove leve: sul territorio non basta più curare ma bisogna responsabilizzare i pazienti alle cure».

«Per quanto riguarda il punto relativo alla prevenzione e promozione del benessere – precisa Bampa – si tratta di un tema molto vicino alla sensibilità della Snam: molte patologie croniche infatti non esisterebbero se venisse fatta della vera prevenzione radicale con il contributo di tutti, soprattutto con quello dei MMG, ripristinando al più presto la Medicina Scolastica al passo con nuove metodologie. Occorre quindi prevedere progettualità che coinvolgano il medico in una capillare azione finalizzata a far emergere e correggere i fattori di rischio, talvolta misconosciuti, che possono comportare compromissione della aspettativa di vita (obesità, fumo, alcoolismo, tossicodipendenze, farmacodipendenze, dislipidemie, ipertensione, diabete)».

In merito alle Reti di Patologia e alla ROL (Rete Oncologica Lombarda) Bampa, dopo aver constatato il mancato coinvolgimento dei MMG nella stesura delle reti di patologia, in riferimento alla gestione globale del paziente terminale afferma che «anche questo è un punto dolente; noi abbiamo chiesto più volte alle ASL di coinvolgerci ma, anche sotto il profilo economico siamo stati penalizzati. Mentre infatti l'Ospedale per inviare all'esterno un proprio medico percepiva migliaia di euro, nel caso nostro non ci siamo mai mossi dai 20 euro lordi ad accesso; Mi rendo conto che questo tipo di discorso possa

sembrare orrendo ma, ahimè, rientra nella realtà del quotidiano»; Nel contesto territoriale modellato sulle reti di patologia, punto di forza dovrebbe essere l'integrazione tra ospedale e territorio con il coinvolgimento dei MMG e dei PLS. «Quando un paziente viene dimesso con i tempi attualmente previsti – puntualizza Bampa – si ritrova praticamente abbandonato a se stesso nel senso che non ci sono infermieri, non ci sono assistenti sociali ecc. Ci sono i voucher che però hanno tempi di attivazione abbastanza lunghi... Quanto al coinvolgimento dei MMG e dei PLS, direi che è rimasto solo sulla carta».

Corre l'obbligo, a questo punto, di affrontare il tema dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura che molto preoccupa lo Snam che, in questo modello, vede lo svilimento del paziente a prodotto, un oggetto da far uscire processato dalla catena di montaggio (*Modello Toyota*). Per Bampa «il fatto di aver eliminato la Medicina Generale e la Medicina Interna dall'assistenza ospedaliera è stato un errore che ha portato a un "ripensamento" ora riproposto come un'idea nuova. Ma in questo ripensamento della Medicina Generale Ospedaliera che, ahimè, non possiamo cancellare perché il paziente con gli anni presenta più patologie, c'è il problema del budget che deve essere tagliato. Le decisioni sul paziente verranno prese da un manager che, se va bene, sarà un infermiere, se va male sarà una figura amministrativa con il compito di ottimizzare tempi e, soprattutto, costi».

Il contesto di progressiva crescita delle cronicità, con il conseguente



assorbimento di risorse, contestualizzato dalla Regione nello strumento informativo chiamato Banca Dati Assistito, negli intendimenti del legislatore dovrebbe consentire di definire i fabbisogni e i percorsi dei pazienti. A questo proposito Bampa dichiara di essere venuto a conoscenza di fatti allarmanti: «alcuni medici, per esempio, sono stati accusati di avere fatto poche prescrizioni secondo una banca dati mentre, secondo un'altra, ne avrebbero fatte troppe. Questo significa che ci sono due banche



dati in regione Lombardia che non comunicano tra di loro, ma non solo. Ci sono pazienti che risultano iscritti presso un medico ma, secondo un'altra banca dati, sono iscritti presso un altro medico. Tutto questo mi spaventa perché quando sarà effettivo il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) i problemi medico-legali saranno di portata drammatica (sindrome da indennizzo).

Pensiamo a una malattia che viene collegata al codice fiscale di un paziente diverso da quello che è il reale

portatore. Succede spesso che arrivi una mail via Siss sul mio PC per le dimissioni o il ricovero di un paziente e subito dopo arrivi la rettifica...».

«La Patient Summary che dovrebbe essere una sintesi della situazione clinica del paziente aggiornata, come pure il FSE (sembra che dovremmo controllarli noi) al momento non hanno una copertura economica, come non l'hanno i certificati on line che dovremmo fare sempre noi... sono tutte attività nuove che impegnano il medico da un punto di vista burocratico e che richiederebbero la presenza di personale amministrativo. Personalmente sono contrario alla intromissione di personale paramedico nel rapporto medico-paziente, anche se riconosco che in questo momento non esiste spazio per una trattativa sindacale seria. Resisteremo per sostenere il "medico di famiglia", anche se tutto questo comporta una quantità enorme di lavoro burocratico a fronte di nessuna copertura economica, non intesa come guadagno, ma come spesa.

Quanto al progetto DOTE, che negli intenti del legislatore dovrebbe modificare significativamente la prospettiva della medicina territoriale posizionando al centro il paziente e la sua dotazione di risorse annuali attese (specialistica ambulatoriale e farmaceutica), a sua volta ha il solo scopo di risparmiare con una copertura economica inadeguata, che fa riferimento sempre al senso di responsabilità del MMG a cui per altro non riconosce nulla».

Bampa esprime poi molta preoccupazione sulle farmacie territoriali e sui nuovi servizi che dovranno erogare ai cittadini e,

a titolo esemplificativo rileva che «con l'ingresso dei farmaci generici alcune farmacie, spinte dai maggiori guadagni, hanno sostituito la confezione di alcuni principi attivi con altri equivalenti. La sostituzione della confezione "scatoletta" ha portato alcuni pazienti anziani a incorrere in errori di posologia con conseguenti danni alla salute già precaria per l'età. Il fatto che le farmacie possano diventare un centro in cui il medico entra in subaffitto, con un rapporto di subordinazione in virtù dei nuovi compiti assistenziali previsti per il farmacista, ci trova del tutto contrari. Questo processo porterà solo guai e certamente non sarà diretto a realizzare l'interesse del cittadino. Il farmacista ha un'attività commerciale che, giustamente, deve fruttare. Il MMG Convenzionato è invece spinto da altri obblighi e ha altri obiettivi che coincidono innanzi tutto con la salute del proprio paziente».

«L'angustia economica, la rigidità amministrativa e la pressione penale nella Medicina – conclude Adriano Bampa – porterà alla distorsione della Medicina in "Medicina difensiva". Desidero ricordare, in proposito, la battuta di un vecchio sindacalista che sussurrava che non si può comprare una Ferrari con i soldi per una Fiat 500. I nostri amministratori sappiano che i contratti a costo zero o addirittura a meno risorse stanno dando i primi risultati negativi».

Ordine dei Medici e PSSR: un non rapporto

Come osserva **Roberto Carlo Rossi**, Vice Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano, «nel Piano Socio Sanitario della

Regione non viene mai citata la figura dell'Ordine dei Medici, un vulnus alla nostra rappresentatività in quanto medici, ma soprattutto un danno per i cittadini. Infatti, l'Ordine rappresenta un potere dello Stato che tutela innanzi tutto il paziente sorvegliando sulla deontologia (e sull'etica) dell'atto medico. A mio modo di vedere poi, gli Ordini dovrebbero diventare nel futuro garanti della qualità professionale, cosa che oggi non è per la vetustà della legge, ma ugualmente sarebbe auspicabile che questo si verificasse. È quindi naturale che ci intristisca un po' il constatare che l'Ordine, in tutte le pagine dedicate al Piano Socio Sanitario regionale, non venga citato nemmeno una volta, nonostante il suo ruolo *super partes* e di garante, grazie al quale potrebbe esercitare, in collaborazione con la Regione Lombardia e tutte le altre associazioni, un ruolo molto importante. Pensiamo all'aspetto che riguarda l'appropriatezza delle cure, e cioè a un qualcosa che viene erogato perché ritenuto giusto a fronte di qualcos'altro che non viene dato perché ritenuto non "appropriato". In questo modo si spostano volumi di denaro, è inutile negarlo, nel senso che si dà corso ad alcune richieste del cittadino mentre altre non vengono soddisfatte. È logico che in questo processo, se si vuole evitare che ci sia un economicismo spinto, l'unico garante etico è l'Ordine dei Medici; la parte pubblica infatti ha tutto l'interesse a risparmiare, mentre per le Associazioni Sindacali – come è giusto che sia – ci possono essere delle ragioni per spingere il sistema verso determinati punti che possono eventualmente non essere

perfettamente in linea con quella che è la migliore appropriatezza per il cittadino, almeno in linea teorica. L'unico che non ha nessun interesse, né in un senso né in un altro, è l'Ordine dei Medici che può contribuire a scegliere indicatori di processo e di risultato di un determinato progetto in sanità nella sua funzione di garante a tutela dell'interesse dei cittadini». Procedendo nella sua disamina, Rossi osserva che «noi come Ordine dei Medici siamo impegnati su numerosi fronti: con l'Università degli Studi di Milano e con l'Università Vita e Salute del S. Raffaele per organizzare una serie di corsi, per esempio per l'insegnamento della Medicina Generale al V e VI anno del corso di Laurea in Medicina; contribuiamo – come da legge – alle Commissioni per gli Esami di Stato e abbiamo sempre collaborato (e auspichiamo quindi che questa collaborazione continui) con IReF per quanto riguarda il Triennio di Formazione in Medicina Generale. Detto questo stupisce che l'Ordine, per quanto riguarda la formazione, non venga mai citato, neppure per quello che riguarda l'istituzione Scuola regionale di Medicina Generale. Anche in questo caso, basta solo pensare a quanto incide la formazione professionale su quello che poi è il servizio dato al cittadino, cioè la professionalità del medico. È logico che, in una visione di sistema, indirizzare la formazione professionale in un senso o in un altro significa indirizzare/influenzare il futuro medico o il medico che già lavora sul campo (e le sue scelte professionali) in un senso o in un altro. Ad esempio, a mio modo di

vedere, oggi andrebbe maggiormente valorizzata la buona deontologia professionale e la componente etica della professione medica. Valori che, nella pratica, si incarnano in quella che deve essere l'alleanza terapeutica che sempre deve scoccare tra medico e paziente. Concetti che in un passato remoto erano ben chiari a tutti ma dai quali oggi si è un po' troppo deviato in una pericolosa deriva di stampo ingenuamente illuministico. Concetti che oggi, magari, potrebbero far sorridere qualcuno, come se si trattasse di ciarpame del passato. Mentre invece, un comportamento professionale corretto da un punto di vista etico e deontologico è probabilmente l'unica garanzia all'erogazione di una buona prestazione professionale. Noi vorremmo che questi valori fossero «infusi» nel Piano Socio Sanitario della Regione, ma non li vediamo». Per quanto attiene al ruolo delle farmacie rispetto alla Medicina Generale, come previsto dal PSSR, Rossi tiene a sottolineare che «il rapporto con l'Ordine dei Farmacisti è sempre stato eccellente, quindi non è colpa loro, ma è colpa di quello sciagurato Decreto Legislativo 153/2009 che, per altro e chissà come mai, è stato oscurato quasi completamente dal dibattito sul Decreto sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici (il D Lgs 150/2009) che ha fatto grande scalpore e che, probabilmente, ha creato una spessa cortina fumogena che ha impedito di approfondire nella sostanza il Decreto 153. Il 153 è un decreto legislativo che, tra le altre cose, si occupa del ruolo del Farmacista riguardo alla sua potestà



di organizzare l'assistenza domiciliare, l'educazione sanitaria e molti altri compiti che invece dovrebbero essere affidati al Medico di Medicina Generale. Recentemente abbiamo pubblicato sul Bollettino un articolo a mia firma in cui riportavo ampi stralci di questo decreto là dove recita che il medico, per alcune attività, è sostanzialmente "alle dipendenze" del farmacista.

Nel Piano Socio Sanitario se ne parla, e non possono non parlarne perché è una legge nazionale, ma si dovrebbe in qualche modo scrivere come renderlo inoffensivo, ma soprattutto se ne dovrà trovare una applicazione etica quale che sia. Il rapporto medico/farmacista è infatti un rapporto rischioso. È vero che noi viviamo in un mondo di brave persone, ma fra queste brave persone se ne nasconde qualcuna meno brava... (l'occasione fa l'uomo ladro).

Fuor di metafora, è evidente che, se io farmacista devo organizzare l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e tu sei nella circostanza il medico che poi lo deve fare a domicilio del paziente, se io addirittura come farmacista – cosa incredibile – devo organizzare l'educazione sanitaria ecc. come previsto dal decreto, è logico, ripeto, che si profili un notevole conflitto di interessi! Sarebbe quindi auspicabile una collaborazione tra l'Ordine dei Farmacisti e l'Ordine dei Medici perché sono certo che i "colleghi" farmacisti sarebbero dalla nostra parte dal punto di vista della tutela dell'eticità e della deontologia professionale. Queste considerazioni vanno però scritte, altrimenti temo che da questa situazione venga fuori solo un grosso pasticcio».

Un altro punto assente nel Piano regionale, come sottolinea Rossi, è

quello del precariato medico. «Bisogna sempre utilizzare bene le risorse a disposizione, è vero, ma è giusto tenere dei giovani in Pronto Soccorso, in Chirurgia d'Urgenza, in Medicina d'Urgenza, quindi in posti chiave per la salute di tutti noi, con compenso libero-professionale, per pochi euro? Con "quattro" euro questi giovani medici si devono pagare anche la Previdenza perché nell'ambito di questi incarichi professionali non c'è la tutela. E ancora, è giusto tenerli senza un contratto da dirigenti medici in posti così importanti come molti Pronto Soccorso?

Io credo di no, nel senso che un collega che lavora in questi ambiti non deve essere lasciato nelle condizioni di avere un rapporto professionale instabile e precario, al fine di non essere in alcun modo ricattabile dalla struttura. Bisognerebbe fare in modo

che questi colleghi possano avere un rapporto professionale e di lavoro che li renda più tranquilli e quindi ancora più efficaci nell'assistere i pazienti che hanno in carico e di avere una remunerazione che non sia al di sotto del decoro professionale che l'Ordine ha il dovere di salvaguardare. Purtroppo queste situazioni sono diffusissime sul territorio della Regione Lombardia e bisogna che in qualche modo ci si metta mano; anche in questo caso ritengo che l'Ordine possa rappresentare un punto di riferimento».

«I campi in cui l'Ordine può contribuire a lavorare in sintonia e in modo proficuo con la Regione Lombardia – specifica Rossi – sono quindi molti ma, quando si fa ricorso ai canali ufficiali, al di fuori cioè da quelli che possono essere i buoni rapporti personali, il dialogo è praticamente nullo e non c'è sintonia. Personalmente amerei che, nel PSSR, la consultazione dell'Ordine fosse considerata un passaggio istituzionale indispensabile ogni volta che si debba scrivere un provvedimento di Giunta o di Consiglio Regionale che vada ad incidere sull'assistenza sanitaria erogata ai cittadini lombardi. Perché, ancora una volta, tutto questo non è scritto? La nostra disponibilità l'abbiamo sempre offerta in tutte le circostanze in cui ci è stata chiesta, e ci addolora constatare l'assenza di dialogo, se non altro in virtù di quello che l'Ordine rappresenta».

Quanto alla imperversante «burocratizzazione» della figura del Medico, Roberto Carlo Rossi osserva che, «il PSSR profila una serie di futuri provvedimenti, come l'intensità di cura piuttosto che lo sviluppo così spinto

della sanità elettronica, che possono diventare veramente un pericolo anziché un vantaggio. Una cosa deve essere chiara: l'Ordine non è contrario alle novità e l'Ordine applica la legge esattamente come un qualsiasi altro potere dello Stato.

Questo significa che se anche una cosa non piace, la dobbiamo applicare in virtù del nostro ruolo istituzionale; il che però non ci esime dal poterla commentare criticamente al fine di migliorarla. Inoltre, anche nella applicazione delle leggi nazionali e regionali, esistono dei passaggi estremamente delicati ove poter intervenire: pensiamo solo alla tutela della privacy per quanto riguarda la Sanità elettronica.

Il FSE, per esempio, determina dei grossi problemi perché probabilmente è scarsamente fruibile da chi dovrebbe fruirne, il cittadino in primis, il suo Medico poi, ma può diventare una pericolosa messe di doviziosi dati per altri soggetti interessati (banche, assicurazioni ecc.). Nel Patient Summary poi, si va a scrivere quella che è la storia personale del paziente. Questa operazione dovrebbe essere svolta con rigorose garanzie che vanno necessariamente scelte con l'organismo tecnico più adatto a questo ruolo e cioè, ancora una volta, l'Ordine. Nel caso specifico del Patient Summary: si vuole dire cosa è stato fatto per rendere lontana l'ipotesi che questi dati vengano utilizzati anche per altri scopi?

Altri scopi che possono anche essere di natura economica: se infatti si utilizzano i dati del Patient Summary con lo scopo di far prescrivere di meno, si commette un illecito. E chi è il garante in questo caso? In altri termini:

è logico che la parte pubblica, nella persona dei suoi amministratori che in Lombardia, per inciso, fanno bene il loro mestiere, deve fare quadrare i bilanci.

Proprio per questo, ci vuole una figura di riferimento che faccia da garante; in questo senso credo che l'Ordine sia cruciale come punto di riferimento per portare in Regione anche la voce della gente. La mia sensazione è, infatti, che alle volte vengano presi dei provvedimenti che sono completamente scollegati dalla realtà».

«Quanto al discorso socio sanitario – conclude Roberto Carlo Rossi – la Regione tiene molto a sottolineare che questa è l'*innovazione* di questo Piano ma, anche in questo caso, per indirizzare il processo in un campo così nuovo – nel senso che il sociale non è mai stato inquadrato nell'ottica del sanitario – sarebbe necessario che questa innovazione venisse sfruttata in modo che il medico non si trasformi in assistente sociale, ma abbia la possibilità di segnalare i pazienti fragili agli organismi competenti. Ancora mi chiedo come è possibile introdurre questa innovazione senza il controaltare dell'Ordine dei Medici che è il solo in grado di fornire il polso della situazione?

Come è possibile indirizzare, con queste premesse, il cittadino verso una migliore assistenza socio-sanitaria? Ripeto quello che ho già detto, e cioè che mi stupisco che nemmeno una volta nel PSSR sia citato l'Ordine dei Medici. Queste cose le abbiamo dette nel corso dell'audizione svoltasi presso la III Commissione del Consiglio Regionale il 22 settembre: speriamo che ne tengano conto nell'ambito della stesura definitiva». ■

In scienza e coscienza

Maria Cristina Parravicini

Roberto Anzalone, presidente dell'Ordine negli anni compresi tra il 2000 e il 2008, ripercorre le tappe del suo lungo e battagliero impegno di medico teso a rivalutare l'aspetto clinico della professione e l'indissolubilità del rapporto col paziente

*“*N*ei primi 50 anni – racconta Roberto Anzalone – la medicina generale si avvaleva in toto della figura del medico di famiglia. Ho iniziato la mia attività di libero professionista facendo capo ad ogni tipo di situazione, coprendo un'estesa zona del territorio lombardo sia di giorno che di notte: ricordo che la guardia medica non esisteva e il cittadino, in situazioni di urgenza, faceva capo al proprio medico. Ed è proprio questo rapporto “indissolubile” tra il paziente e il proprio medico che maggiormente ricordo e rimpiango, un rapporto di fiducia, di rispetto reciproco, di responsabilità, di stima. L'entusiasmo poi non mancava mai!»*

Come si è evoluta, nel tempo, la figura del medico di Medicina Generale?

Scienza-coscienza, libertà-autonomia-indipendenza, decoro, dignità della professione. Questi a mio parere erano e sono i baluardi da difendere. Da sempre hanno avuto una importanza determinante la conservazione del libero rapporto di fiducia, la difesa dell'atto medico sotto il profilo

normativo, economico e previdenziale, la lotta alla burocrazia. Oggi il medico si è informatizzato a discapito della clinica, viene dato più peso al risparmio delle risorse e alle capacità organizzative e meno rilevanti appaiono le competenze professionali. Ricordo che la buona sanità la fa “un buon medico”.

Ci parli del periodo che l'ha visto presidente dell'Associazione Milanese Medici, degli “anni di piombo” e delle battaglie contro i compromessi

Dall'aprile del '73 al 1998 ho ricoperto la carica di presidente dell'AMMM e dal 1979 dello SNAMI. Nell'aprile del '73 si preparava un accordo con l'INAM che prevedeva per i medici di famiglia incompatibilità, limitazioni, l'introduzione della scheda sanitaria: norme inaccettabili. Iniziarono le nostre agitazioni a difesa di quella libertà professionale che ha da sempre caratterizzato le mie battaglie. Aumentavano gli atti burocratici, l'attività certificatoria e le guardie diventavano una imposizione. Nell'aprile del '74 fu presentato al Circolo della Stampa a Milano un



Roberto Anzalone,
presidente
dell'Ordine
tra il 2000 e il 2008

progetto di riforma sanitaria che suscitò vasta eco. In primo piano la medicina preventiva, la specialistica domiciliare, un servizio per lo snellimento burocratico, la libera professione al di fuori degli impegni di servizio, un corpo di guardia medica sul territorio, misure di responsabilizzazione degli assistiti. Bene, Milano riuscì a far partire la guardia medica scorporandola dall'attività dei medici di famiglia. Seguirono scioperi per quella riforma che voleva il medico burocrate del sistema e assoggettato a organismi politici. I medici infatti volevano dedicare tutto il loro potenziale professionale non alla burocrazia (tema oggi sempre più attuale), ma a chi necessitava veramente di assistenza, in un clima di autonomia, sgombro da

qualsiasi impostazione demagogica. Nel maggio dell'75 sul piano fiscale si ottenne una prima vittoria: su ricorso dell'AMMM il ministro delle finanze Visentini annunciò l'abolizione dell'ILOR. Nel febbraio del '76 nacque a Bologna lo SNAMI dall'esigenza di una forza nazionale che coordinasse e affrontasse i grandi problemi dell'assistenza sanitaria (tempo pieno obbligatorio, blocco contrattuale, libera professione al di fuori degli impegni col servizio, diritto dei cittadini alla libera scelta del curante e del luogo di cura). Nel luglio del '76 ricordo l'incursione di alcuni terroristi della "volante rossa" negli uffici dell'Ordine dei Medici e, nello stesso anno, un attacco armato alla sede dello SNAMI. Nel giugno del '77 io stesso fui "gambizzato" in nome di una libertà professionale. L'unità della categoria, l'accordo con il ministro Aniasi, l'abolizione del certificato di fine malattia, una medicina più umana che detta regole allo stato, l'incompatibilità sono tutti temi che ci hanno visti protagonisti per anni. Come dimenticare il braccio di ferro con il ministro Bindi: non è possibile che il medico diventi poliziotto dei propri pazienti e contemporaneamente riesca a conservare il rapporto di fiducia, non è possibile che si possa, con risorse sempre più riscaldate, rispondere alle crescenti domande di assistenza. Più Stato, diceva la Bindi, più autonomia

e libertà andava urlando lo SNAMI. E ancora la "folle" idea delle UTAP con la conseguente distruzione del rapporto personale di fiducia.

Negli anni in cui lei è stato membro del Comitato Centrale della FNOMCeO, quale l'apporto – e su quali punti sostanziali – dell'ordine di Milano?

Come membro del Comitato Centrale della FNOMCeO non posso dimenticare la strepitosa vittoria in merito all'ONAOSI, di cui, andando anche in controtendenza con gli altri Ordini, riuscimmo ad abolire l'obbligatorietà del tributo.

SNAMI e impegno sindacale: quali gli avvenimenti più significativi sul piano istituzionale?

La conservazione del rapporto giuridico di lavoro di tipo libero professionale, il no alle UTAP che snaturavano il rapporto personale di fiducia, il compenso nazionale del 100%, rivalutato e i compensi aggiuntivi su base regionale, il potenziamento della continuità assistenziale e dell'emergenza, ADI-ADP.

Come Presidente dell'Ordine di Milano lei ha attivato la Commissione Pari Opportunità per favorire il medico donna nella realtà lavorativa



Negli ultimi anni si è riscontrato un grande aumento dei medici donna ed è per questo che abbiamo attivato una Commissione per le pari opportunità che ha portato alla luce problematiche quali il raggiungimento del medico donna di ruoli apicali di carattere sanitario, organizzativo, direttivo e medico assistenziale. Sul bollettino venne dedicata una pagina appositamente al medico donna.

La comunità di intenti da lei promossa tra la Regione, l'Università, il Provveditorato agli Studi e l'Ordine dei Medici per la realizzazione di un progetto di insegnamento di Educazione Sanitaria nelle scuole ha avuto i giusti riscontri dalle istituzioni coinvolte?

Alla proposta di educazione sanitaria nelle scuole lanciata dall'Ordine dei Medici, l'assessore Borsani disposto a



stringere una collaborazione Ordine-Regione-Università per poter realizzare il progetto.

L'Ordine incaricò la propria commissione di aggiornamento e formazione di predisporre in modo organico le varie tematiche da affrontare sicuri di poter contare su un appoggio anche del ministro Veronesi.

Come si è evoluto nel tempo il rapporto tra l'Ordine e le istituzioni regionali?

Durante tutto il periodo della mia presidenza all'Ordine dei Medici di Milano (2000-2008), riunivamo mensilmente una commissione alla quale partecipavano tutti i presidenti d'Ordine della Lombardia intervenendo sulle varie problematiche. Con le istituzioni regionali i nostri rappresentanti sono sempre stati presenti in Regione.

Oggi, diversamente da un tempo, il

rispetto delle istituzioni nei confronti del medico è andato via via scemando.

Quale la sua posizione sulla Formazione Continua del Medico e sui corsi ECM nella loro globalità?

Per quanto riguarda la Formazione Continua del medico e i corsi ECM non reputo necessaria un'opera di indirizzo "centralizzato" delle opportunità di aggiornamento dei medici. Credo che la professione medica, in quanto tale, deve rimanere libera di indirizzare l'aggiornamento nell'autonomia propria dell'attività professionale.

La tutela della collettività è fondata sulla responsabilità etica e scientifica del medico. La formazione continua è sì indispensabile, ma può trasformarsi in un grande affare che significa linee guida, soldi, spazi per l'aggiornamento. Ciò detto, credo che una maggiore presenza dell'Ordine dei Medici possa superare questo punto debole. A suo tempo, fu stilato un documento nel quale si proponeva che la nomina degli esperti (referee) fosse di esclusiva pertinenza degli Ordini professionali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Recentemente alcuni Presidi di Facoltà si sono pronunciati circa l'opportunità del numero chiuso alla Facoltà di Medicina denunciando carenze di organico. Quale la sua idea in merito?

Il numero chiuso alla Facoltà di Medicina non esiste in tutti i paesi, non c'è in Austria, in Francia si effettua il test dopo il primo anno. Negli altri stati l'opportunità di studiare medicina è soggetta a restrizioni. In Italia attualmente risulta che ogni anno vengono immessi circa 6200 medici che risultano essere la metà rispetto a quelli che si ritirano. Il mio pensiero a riguardo si può riassumere in una attenta valutazione della domanda e dell'offerta, con un innalzamento degli iscritti programmati e una revisione del test nella sua forma.

Quali sono e, ancora di più, quali saranno le principali sfide che l'Ordine dovrà fronteggiare?

È di vitale importanza difendere gli spazi di libera professione. Non è accettabile che le carenze del sistema ricadano sui sacrifici e sullo spirito caritatevole dei medici. Non è accettabile, con l'alibi del ruolo centrale, accollare ai medici nuove gratuite aree di intervento.

Il medico deve riprendersi il ruolo di *protagonista* per poter rispondere adeguatamente alla domanda di salute della gente. Occorre rivalutare l'aspetto clinico della professione, evitare ricoveri di comodo, prestazioni inopportune, affollamenti in PS. Una tecnologia al servizio del medico e non il medico al servizio della tecnologia. ■

Un ponte tra il Nord e il Sud del mondo

È questa in sintesi l'opera realizzata dalla Fondazione Ivo de Carneri Onlus, nata nel 1994 come strumento per la lotta alle malattie parassitarie e infettive nei Paesi in via di sviluppo

Pierluigi Altea

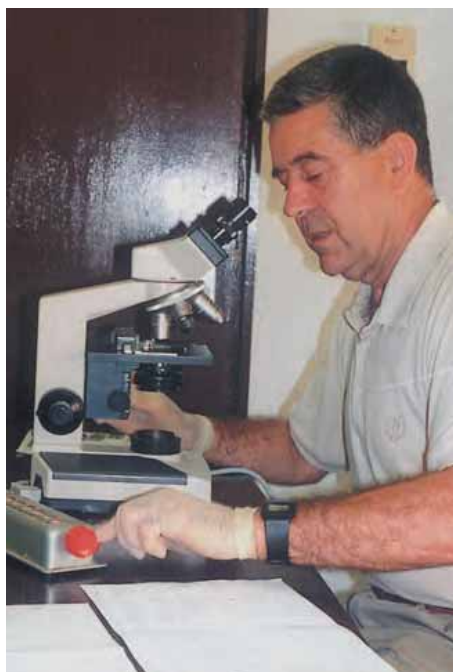


A sinistra Valeria Confalonieri, insieme ad Alessandra Carozzi e ad alcuni operatori del Laboratorio di Pemba

*S*ono numerose le istituzioni che in questi primi sedici anni di vita della Fondazione Ivo de Carneri di Milano, intitolata alla memoria di Ivo de Carneri, noto docente universitario italiano e ricercatore di parassitologia, hanno sostenuto le attività dell'Organizzazione non Governativa avente per obiettivo la promozione della salute attraverso la lotta alle malattie parassitarie e infettive nel Sud del mondo, ma anche lo sviluppo degli studi in questo settore della medicina. Sono molte infatti le

calamità sanitarie causate nelle aree più povere della terra da malaria, tubercolosi e AIDS, insieme alle cosiddette malattie dimenticate, quali schistosomiasi, parassitosi intestinali, filariosi, leishmaniosi, tripanosomiasi che colpiscono duramente le comunità abbandonate e che costituiscono l'anello più importante della catena della povertà. È in questo ambito, in una zona particolare dell'Africa sub sahariana, che la Fondazione Ivo de Carneri opera attraverso interventi di cooperazione internazionale, mirati allo sviluppo sostenibile, ma anche di

sostegno alla ricerca e alla formazione, gli altri due elementi su cui già Ivo de Carneri aveva posto l'attenzione quando nel 1988 si era recato per conto del Ministero degli Affari Esteri a Pemba, un'isola dell'arcipelago di Zanzibar, dove la cooperazione italiana era già attiva da tempo. È proprio qui che lavora da alcuni anni la Fondazione Ivo de Carneri: in una delle aree del mondo più colpite dalle malattie parassitarie e infettive. Ma è anche un'altra la ragione che ha spinto l'OnG a destinare le proprie risorse a Pemba: Ivo de Carneri, al termine della sua missione destinata a valutare i risultati di una campagna per il controllo della schistosomiasi, l'aveva individuata come sede ideale per un futuro Laboratorio di Sanità Pubblica e Centro di coordinazione degli interventi sanitari di cui il Paese necessitava. Disporre di un territorio ben circoscritto come quello di un'isola, infatti, avrebbe permesso di misurare con più facilità i risultati



IL RITRATTO DI IVO DE CARNERI

Nato nel 1927 a Cles, in provincia di Trento, Ivo de Carneri si era laureato in Chimica nel 1950 all'Università di Pavia, come allievo del Collegio Borromeo. Entrato all'Istituto di Ricerche Terapeutiche della Carlo Erba di Milano, divenne Direttore delle Ricerche Microbiologiche. In quegli anni frequentò il Tropen Institut di Amburgo e il National Institute of Medical Research di Mill Hill, UK, dove seguì corsi di specializzazione. Nel 1954 assunse l'incarico di professore associato all'Istituto di Igiene della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia, dove qualche anno dopo fu nominato Ordinario di Parassitologia. Fu il professor Samuele Pessoa dell'Istituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, in Brasile, a spingerlo ad approfondire il suo interesse verso le osservazioni "sul campo" e l'impatto sociale delle malattie parassitarie. Nel 1960 e nel 1963, per conto del Ministero della sanità brasiliano, si recò nell'alto Xingù (Mato Grosso) per studiare alcuni focolai di Leishmaniosi tegumentaria tra gli Indios Waurà, identificandone alcuni ceppi nel Nord del Mato Grosso. Ha pubblicato oltre 300 lavori nei settori della protozoologia, dell'elmintologia e della chemioterapia ed un testo universitario divenuto noto, Parassitologia generale e umana. Autore di alcuni documentari sulla parassitologia, Ivo de Carneri dal 1988, sino alla sua scomparsa avvenuta prematuramente nel 1993, è stato consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per le campagne di controllo dei parassiti intestinali in particolare in America Latina e in Africa.

delle azioni mirate al controllo delle malattie, con la possibilità poi di estendere le campagne di prevenzione anche ad altri Paesi. Quel laboratorio, grazie al lavoro della Fondazione Ivo de Carneri e a quanti a vario titolo l'hanno sostenuta, è divenuto realtà. Ma le cose da fare a Pemba e nelle aree più povere del mondo sono ancora molte, come spiegano Valeria Confalonieri, responsabile della comunicazione scientifica della Fondazione, e Alessandra Carozzi, presidente dell'OnG intitolata al marito Ivo de Carneri.

Come rompere la catena della povertà

Si stima che circa un sesto della popolazione mondiale sia affetto dalle cosiddette malattie dimenticate, patologie che nascono e si sviluppano nei luoghi più poveri del mondo e che

divengono poi esse stesse causa di povertà. «È un vero e proprio circolo vizioso quello legato alle malattie tropicali dimenticate che non sono soltanto tipiche delle aree tropicali – spiega Valeria Confalonieri, medico, giornalista, dal 2008 responsabile della comunicazione scientifica della Fondazione – ma sono anche legate alle condizioni igienico-sanitarie scadenti in cui vive la popolazione. Si tratta di patologie le cui conseguenze vanno a interferire con le capacità lavorative delle persone che ne sono affette, con conseguenze croniche e possibile disabilità. Nei bambini interferiscono con lo sviluppo fisico e intellettuale: deficit che condizionano l'intera esistenza di questi soggetti, così destinati a restare in uno stato di povertà permanente».

«Purtroppo – denuncia Confalonieri – le problematiche che colpiscono

le fasce particolarmente deboli della popolazione sembrano interessare meno la politica, apparentemente più sensibile a patologie come AIDS, tubercolosi e malaria. Eppure, nel mondo, la vita di circa un miliardo di persone è segnata da una o anche più malattie dimenticate». È questa la ragione che ha spinto la Fondazione a promuovere la nascita di un Laboratorio a Pemba, proprio come aveva suggerito qualche anno prima Ivo de Carneri. Attivo dal giugno del 2000, il Laboratorio – che è parte integrante del sistema sanitario di Zanzibar, nonché centro di riferimento per il monitoraggio e la valutazione dei piani nazionali per il controllo delle malattie endemiche e per le ricerche applicate allo sviluppo di nuovi mezzi di controllo – nel 2005 è stato riconosciuto Centro di collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della

Sanità per la schistosomiasi e le parassitosi intestinali. «All'interno del Laboratorio – spiega Confalonieri – si svolgono principalmente tre attività: il controllo e la sorveglianza delle malattie endemiche, la ricerca applicata e la formazione».

Ma quali sono i problemi che hanno caratterizzato l'insediamento del laboratorio nell'isola? «All'inizio è stato difficile far comprendere alla popolazione l'importanza della sanità pubblica – dice Confalonieri – è più facile capire il ruolo di un ospedale che cura le malattie. Poi, però, col tempo, è stato sempre più chiaro il valore di questo strumento, che per esempio in occasione di un'epidemia di colera scoppiata qualche anno fa, ha permesso di intervenire in modo tempestivo e puntuale». Sono numerose le problematiche di cui si occupa il Laboratorio: la schistosomiasi, le parassitosi intestinali, la malaria, la tubercolosi, ma anche l'acqua come veicolo di trasmissione delle malattie.

«Il Laboratorio ha partecipato anche a un progetto per il controllo della

rete idrica di Pemba – aggiunge Confalonieri. – Sono stati eseguiti controlli sulla qualità dell'acqua e, in collaborazione con l'Università di Milano (Dipartimento di sanità pubblica, microbiologia e virologia) e di Trento (Ingegneria senza frontiere), sono stati portati avanti progetti per garantire un'acqua più sicura: un intervento che arriva oggi alla sua terza fase, estendendosi alla piccola isola di Kojani, vicino a Pemba dove le epidemie di colera sono frequenti». Si tratta comunque, nella maggior parte dei casi, di progetti a medio-lungo termine, anche se non mancano gli interventi mirati a raggiungere risultati immediati, soprattutto per risolvere problemi strutturali, per una miglior gestione del laboratorio. Come quelli per l'energia, ricorda Confalonieri: «Per ridurre le spese ed evitare i continui black out nel Laboratorio sono stati installati alcuni pannelli solari per rendere la struttura autonoma dal punto di vista energetico. Tra i progetti futuri, è importante ricordare quello che punta a rafforzare il ruolo della struttura

nell'ambito degli esami di laboratorio in stretto collegamento con gli ospedali, per divenire strumento di supporto per la diagnosi corretta delle malattie delle persone ricoverate nei nosocomi della zona, dove purtroppo mancano i medici, quelli su cui si dovrà puntare in futuro per rendere più forte il sistema sanitario di Zanzibar».

Ma quale insegnamento si può trarre dall'esperienza ultradecennale della Fondazione de Carneri a Pemba? «Non ci si può recare in Africa pensando che la nostra cultura e la nostra scienza siano sufficienti a risolvere i problemi – dice Confalonieri – portare formazione e apparecchiature, lavorare in prima persona non basta: bisogna farlo insieme alle comunità locali che conoscono le priorità e le potenzialità del Paese, le vere artefici del loro presente e futuro. La conoscenza dei luoghi e della cultura è l'altro elemento indispensabile per rendere efficaci gli interventi che altrimenti finirebbero per rimanere isolati con il rischio di non avere un futuro sostenibile». ■

LE DATE SALIENTI DELLA FONDAZIONE

- **1994** - Atto costitutivo della Fondazione Ivo de Carneri.
- **1995** - Prima riunione ufficiale tra il Ministero della sanità di Zanzibar e la Fondazione per la costruzione a Pemba del Laboratorio di sanità pubblica che, per volontà delle autorità di Zanzibar, verrà intitolato al professor Ivo de Carneri (Public Health Laboratory Ivo de Carneri - PHL-IdC).
- **1996** - La Fondazione ottiene il riconoscimento del Ministero della Sanità italiano.
- **1997** - Firma dell'accordo tra la Fondazione e il Ministero della sanità di Zanzibar per la costruzione e l'utilizzo del PHL-IdC; costituzione di una speciale Commissione (formata da due membri del Ministero della sanità di Zanzibar, due della Fondazione ed un consigliere tecnico esterno dell'OMS) per la gestione del PHL-IdC.
- **1999** - In Italia la Fondazione ottiene il riconoscimento di Onlus dal Ministero della Sanità; a Ginevra, presso l'OMS, ha luogo la prima riunione della Commissione del PHL-IdC per definire missione, piano strategico ed organizzazione del futuro Laboratorio di Sanità pubblica.
- **2000** - Inaugurazione del PHL-IdC e avvio a Zanzibar di una sede della fondazione registrata localmente come Organizzazione non Governativa.
- **2002** - Riconoscimento alla Fondazione dello status di OnG anche da parte del nostro Ministero degli Esteri.
- **2003** - In collaborazione con la charity scozzese St Andrew's Clinics for Children, avvio a Gombani, una località non molto lontana da dove ha sede il PHL-IdC, di un Dispensario per la cura delle madri e dei bambini.



LA SOLIDARIETÀ, UN VALORE INSITO NELLA COSCIENZA DEL MEDICO

Nonostante siano molti i partner della Fondazione Ivo de Carneri che sino ad oggi hanno contribuito a mantenere in vita l'OnG, l'opera di reclutamento di nuove risorse non può fermarsi qui. E non si tratta solo di risorse economiche, quelle indispensabili al sostentamento dei progetti in atto e di quelli futuri, ma anche di risorse umane, di donne e uomini disposti a investire parte del loro tempo e delle loro competenze professionali nei progetti dell'OnG, come spiega Alessandra Carozzi, presidente della Fondazione intitolata al marito scomparso nel 1993 con cui ha condiviso molti anni di vita e la sensibilità nei confronti delle popolazioni più svantaggiate colpite dalle malattie parassitarie.

Dottoressa Carozzi, è facile immaginare cosa rappresenti per lei la Fondazione Ivo de Carneri...

È un progetto che ho seguito a tutto campo sin dall'inizio per continuare la missione iniziata da mio marito: studiare e combattere le malattie che creano povertà nei Paesi già svantaggiati...

Qual è l'idea portante della Fondazione?

La nostra missione è sostenere le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo attraverso progetti che coinvolgano in prima linea gli operatori locali. Non vogliamo creare isole felici, ma costruire ponti, relazioni, tra il Nord e il Sud del mondo. Con un'adeguata formazione le comunità locali possono realizzare quello che noi da soli non riusciremmo mai a fare. Costruire le condizioni affinché possano essere autonomi su questo fronte sanitario, è questo il nostro obiettivo.

Che rapporti intrattiene la vostra OnG con le istituzioni di Zanzibar?

Un rapporto molto stretto sin dall'inizio, scritto anche nel nostro atto costitutivo. I progetti di cooperazione promossi dalla Fondazione non possono prescindere dal coinvolgimento delle istituzioni locali. Il Laboratorio di Sanità Pubblica e un dispensario materno-infantile, ad esempio, sono nati da un accordo tra la Fondazione e il ministero della Sanità di Zanzibar, mentre la collaborazione con l'ospedale da accordi con enti ministeriali locali. Non abbiamo mai voluto fare, per così dire, "doni estemporanei", ma creare qualcosa insieme.

È stato difficile trovare terreno comune su cui costruire il rapporto di collaborazione?

Sì, dopo quindici anni e più di lavoro, si fa ancora fatica. Ma i problemi non riguardano i rapporti umani, che sono ottimi, quanto l'organizzazione, sulla quale lavoriamo con costanza e con impiego di risorse umane ed economiche che dovrebbero essere maggiori per consentire la realizzazione dei tanti progetti allo studio.

Veniamo all'Italia, in che modo possono le istituzioni, le aziende, ma soprattutto i medici e gli altri operatori sanitari contribuire ai progetti promossi dalla Fondazione Ivo de Carneri?

In vari modi, innanzitutto cercando di creare cultura intorno a queste problematiche. Un compito che per poter essere realizzato richiede un consenso ed un coinvolgimento vasto, a partire dagli studenti di medicina. C'è bisogno del contributo di tutti, ma dei medici in particolare, figure queste che mancano a Pemba.

Qual è dunque il messaggio per i medici di Milano e provincia?

Sarebbe bello se si riuscisse a creare un gruppo di medici italiani disponibile a rafforzare le strutture mediche locali. Attualmente abbiamo già alcuni chirurghi che si sono resi disponibili, anche se non è facile per un medico in Italia poter disporre di tempo per queste iniziative. Anche perché si tratta sempre di progetti a medio-lungo termine.

Il futuro lo si costruisce pian piano. Attualmente un giovane di Pemba sta studiando a Dar es Salaam, grazie al sostegno della Fondazione e potrebbe essere lui il futuro responsabile di un gruppo di altri medici che si formeranno in futuro o che dall'Italia decideranno di offrire la loro collaborazione. Sono ottimista. A differenza di quello che viene spesso detto o percepito, sono convinta che la coscienza medica sia molto più sviluppata di quanto si creda tra chi ha scelto questa professione. Sul sito della Fondazione (www.fondazionedecarneri.it) si possono trovare tutti i dettagli della nostra attività.

Per chi fosse interessato ad approfondire la conoscenza siamo sempre disponibili a incontrare medici singolarmente o a gruppi, anche già organizzati, desiderosi di collaborare con la Fondazione Ivo de Carneri.

Violenza alle donne

Nasce la collaborazione tra medici e avvocati

La Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Milano ha avviato, nei primi mesi del 2010, una collaborazione con il Comitato Pari Opportunità dell'Ordine degli Avvocati di Milano, della quale si è già parlato su questo bollettino (n.1/2010). Nel corso di numerose riunioni comuni abbiamo lavorato con impegno alla creazione di una rete professionale interdisciplinare di collaborazione, che auspichiamo possa dare frutti importanti nel lungo cammino verso una professione che da un lato tenga conto delle differenze di genere, e dall'altro offra realmente pari opportunità a tutti. La rete, integrando le rispettive capacità e competenze e attingendo ai patrimoni di più punti di vista, vuole offrire prestazioni professionali di qualità, addentrandosi in una conoscenza più completa della realtà sociale; ma anche si pone l'obiettivo ambizioso di cercare di ridisegnare il ruolo femminile nell'ambiente lavorativo.

La nascita della rete

La rete è ufficialmente nata il 1° ottobre 2010 nell'Aula Magna di Palazzo di Giustizia, con il Convegno "**Violenza alle donne – Studio per una rete**

professionale interdisciplinare di collaborazione e sostegno alle esperienze sul territorio", corso

di formazione per medici ed avvocati nell'ambito dell'aggiornamento professionale obbligatorio. In una sala affollatissima, il consigliere OMCeOMI dott.ssa **Maria Teresa Zocchi**, referente della Commissione Pari Opportunità, ha aperto i lavori rammentando come, partecipando ad un evento sulla violenza contro le donne nei primi mesi del 2010, si fosse trovata a disagio come Medico di Medicina Generale nel constatare la scarsità di strumenti a sua disposizione per affrontare il problema in modo adeguato: da qui l'esigenza di aggiornamenti ed approfondimenti, condivise con la Commissione stessa e con le amiche del Comitato Pari Opportunità Avvocati. Entrambi gli Ordini Professionali di appartenenza hanno poi mostrato un significativo interesse ed offerto un sensibile appoggio e partecipazione nell'affrontare il tema.

Violenza sessuale e violenza domestica – Lo stato dell'arte

Dopo il caloroso benvenuto del presidente vicario della Corte d'Appello di Milano,

Dott.ssa Maria Teresa Zocchi

(referente della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Milano)

Con la collaborazione delle dott.sse **Maria Grazia Manfredi**, **Luciana Bovone** e **Maria Rosa Marcianesi** e dell'avv. **Silvia Banfi** (presidente del Comitato Pari Opportunità dell'Ordine degli Avvocati di Milano)

dott. **Giuseppe Tarantola**, i presidenti dei due Ordini, dott. **Ugo Garbarini** ed avv. **Paolo Giuggioli**, hanno espresso il loro apprezzamento per la collaborazione tra i due Ordini Professionali, particolarmente importante ed attuale in questo momento storico che vede le libere professioni alla ricerca di nuove norme regolatrici. Quindi la dottoressa **Maria Grazia Manfredi**, anch'essa consigliere OMCeOMI, ha iniziato a coordinare la prima parte del Convegno "**Violenza sessuale e violenza domestica – Lo stato dell'arte**".

La prima relatrice è stata la dott.ssa **Alessandra Kustermann**, direttore UO Pronto Soccorso ed Accettazione Ostetrico Ginecologico IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano, e fondatrice nel 1996 del Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVS e SVD), servizio che offre la prima accoglienza alle donne vittime di violenza. La dott.ssa Kustermann, dopo avere presentato alcuni dati epidemiologici agghiaccianti (vedi box), ha affermato che "*la violenza contro le donne diventa allarme sociale in occasione di eventi eclatanti: la violenza domestica fa notizia quando porta alla morte della vittima, mentre la violenza contro i*

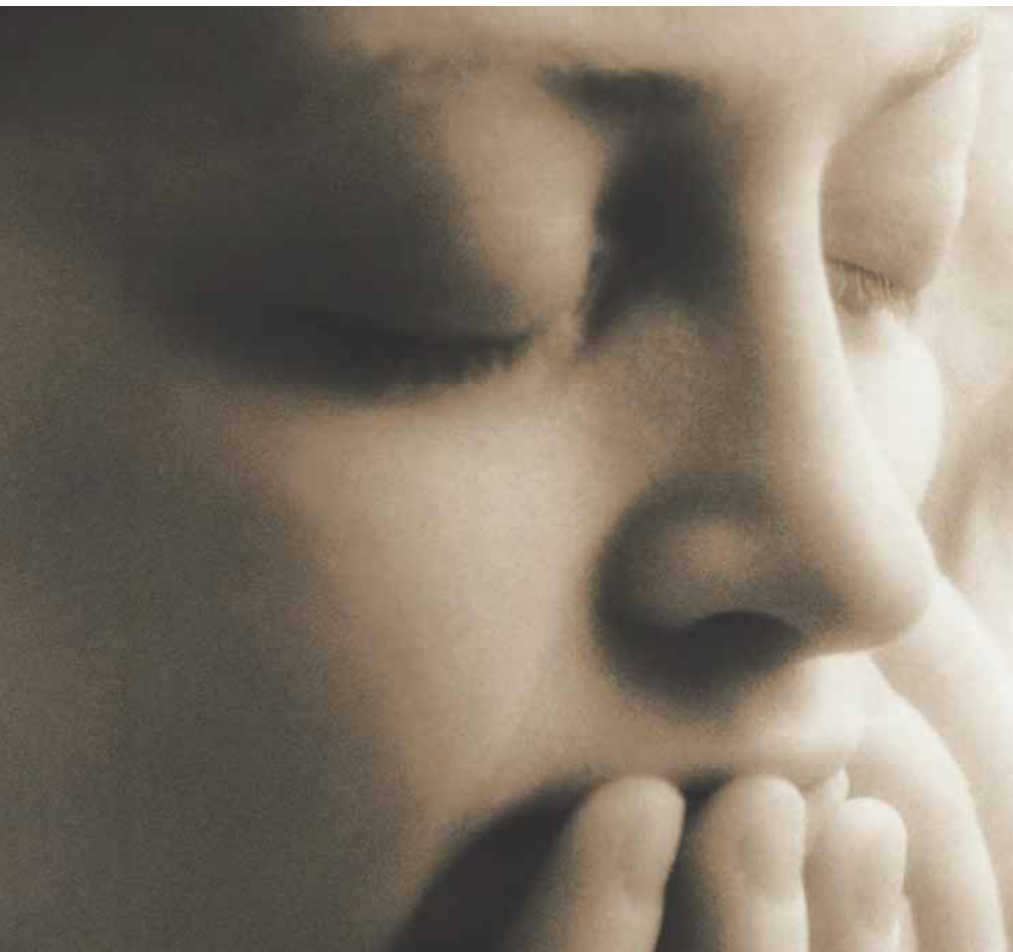


Pietro Berrettini, detto Pietro da Cortona, *Ratto delle Sabine*, 1627-29, Roma, Pinacoteca Capitolina

bambini ha risonanza quando riguarda indagini su gruppi di pedofili o casi di infanticidi. Le campagne di stampa allora svegliano le coscienze, creando un clima di straordinarietà rispetto al fenomeno. Successivamente si assiste ad un progressivo spegnersi dell'attenzione. La violenza, che tutti condannano come un crimine odioso, torna poi tendenzialmente invisibile, specie quella quotidiana che avviene nell'ambito della sfera privata contro donne e minori...". In realtà, poi, leggiamo i numeri allarmanti che emergono e sappiamo che *"l'esperienza di abuso sessuale è alla base del 4-5% dei casi di depressione, alcolismo e tossicodipendenza negli uomini e del 7-8 % dei casi tra le*

donne...". Ed ancora, tornando ai dati statistici, vediamo come pochissime siano le donne che denunciano la violenza subito o addirittura che solo la confidano: hanno paura o vergogna a parlarne, addirittura a volte si sentono corresponsabili. *«Il sommerso emergerà quando gli operatori impareranno a raccogliere le esigenze non espresse, specie se le donne si percepiranno come vittime».* La difficoltà a superare l'idea di dominanza di genere, l'ancora troppo diffuso diritto diseguale alla sessualità, il senso di possesso all'interno della coppia e la perdita del dominio sulla donna sono alcune tra le possibili cause del fenomeno, come pure l'aver avuto un padre violento o avere assistito a violenze in età infantile.

L'avvocato **Manuela Ulivi**, del foro di Milano e vicepresidente dell'Associazione Casa delle Donne Maltrattate Onlus – alla cui fondazione ha partecipato nel 1986 – ha sottolineato come fino al 2001 non esistessero, in pratica, strumenti legali contro la violenza alle donne. Allora, infatti, l'unico mezzo a disposizione era quello previsto dall'art. 572 cod. pen, che configurava il reato di "Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli" nell'ambito dei delitti contro l'assistenza familiare (e non contro la persona). La svolta è avvenuta successivamente tramite diversi punti: l'1° con la L.154/2001 che, con l'introduzione degli art. 342 bis e ter cod. civ. "*Ordini di protezione contro gli abusi familiari*", applicabili peraltro anche alle famiglie



di fatto, consentono di poter presentare domanda direttamente al Giudice Civile (senza dover ricorrere alla denuncia penale) per ottenere immediatamente l'applicazione di una misura cautelare a tutela del soggetto che subisce violenza; II°) con la L.38/2008, che punisce gli atti persecutori (*stalking*) introducendo con l'art. 612 bis cod. pen. la possibilità di una doppia fase di intervento: quella dell'immediato provvedimento amministrativo (ammonizione) e quella successiva della denuncia.

Il dott. Pietro Forno – Sostituto Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Milano con l'incarico di coordinare il III Dipartimento, Soggetti Deboli – ha parlato della rete già esistente a Milano da anni, che ha permesso una grossa collaborazione tra Istituzioni, forze dell'Ordine, Associazioni di volontariato, Servizi sociali; ha inoltre descritto il

proprio entusiasmo nel tenere i corsi agli operatori, ora in grado di affrontare una donna maltrattata o violentata con maggiori sensibilità e professionalità. Ha evidenziato che i reati di maltrattamento sono aumentati: nel 2008 i procedimenti per violenza a carico di persone note presso il Tribunale di Milano erano 983, mentre nel 2010 sono 1.310. Per ciò che riguarda il reato di *stalking*, invece, i casi denunciati presso la Procura di Milano dal 1.07.2009 al 30.06.2010 sono stati 574. Il PM Forno ha concluso il proprio intervento con un invito ad applicare le norme esistenti, e a far sì che i reati di maltrattamenti, violenza e *stalking* vengano denunciati tempestivamente, sia dalle vittime sia da coloro che ne vengono a conoscenza. La tempestività è, infatti, essenziale per tutelare le vittime (non dimentichiamo che lo *stalking* può condurre alla morte).

Il ruolo degli operatori

È iniziata, a questo punto, la seconda parte del Convegno, coordinata dall'avv. Silvia Banfi, Presidente del Comitato Pari Opportunità dell'ordine degli Avvocati. Il tema della sessione era **“Il ruolo degli operatori”**. La dott.ssa **Paola Pifarotti**, Revisore dei Conti dell'OMCeOMI, Ginecologa e Dirigente Medico di I livello nella Clinica Ostetrico Ginecologica L. Mangiagalli Milano, ha parlato del SVS, realizzato in collaborazione con l'Istituto di Medicina Legale, Asl e Comune di Milano, e dell'obiettivo del servizio di *“offrire un'attenzione e un'accoglienza che vadano al di là della cura del corpo violato e che comprendano i molteplici aspetti e bisogni della persona che vi si è rivolta”*: l'equipe del SVS è costituita, infatti, da differenti professionalità: personale sanitario (ginecologhe, infermiere/ostetriche e medici legali), assistenti sociali e psicologhe; viene inoltre offerta una consulenza legale civile e/o penale. Anche il Soccorso Violenza Domestica (SVD) è realizzato in collaborazione con il Comune di Milano e si rivolge a *“tutte quelle donne vittime di una relazione violenta che, dopo una prima accoglienza di carattere psico-sociale, vengono prese in carico dall'equipe del SVD, costituita da assistenti sociali e psicologhe specializzate, nell'affrontare gli aspetti sociali, psicologici e legali inerenti alla violenza domestica”*. Il SVD ha l'obiettivo, *“grazie alla collaborazione con il personale sanitario del pronto soccorso del Policlinico, di entrare in contatto con quelle situazioni “sommerse” di violenza domestica che vanno a costituire il “numero oscuro”, ossia quella quota di casi che non vengono registrati dalle agenzie di controllo e che non finiscono nelle statistiche ufficiali,*

portando pertanto ad una sottostima del fenomeno “. Il dott. **Claudio Mencacci** – psichiatra, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e di Neuroscienze presso l’Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano – ha evidenziato innanzitutto come il più delle volte gli uomini violenti sono

uomini che, a loro volta, da bambini hanno subito violenza o hanno avuto un genitore violento in famiglia. Ha sottolineato, inoltre, come l’utilizzo di sostanze stupefacenti ed alcoliche possa aumentare l’aggressività di quei soggetti già di per sé portati a commettere violenza. Ha citato,

in particolare, la mole di dati che concerne la violenza sulle donne in gravidanza. I dati che riguardano i femminicidi in Italia sono allarmanti: nel 2007 sono state uccise 112 donne e nel 2009 ne sono state uccise 119, di cui 23 solo in Lombardia. Nel 90,3% dei casi, l’autore della violenza

EPIDEMIOLOGIA – D.SSA KUSTERMANN

Quasi un terzo delle adolescenti a livello mondiale sono state forzate ad avere la prima esperienza sessuale (dati Oms 2002). Una donna su tre in tutto il mondo subisce violenza, nel corso della vita, da parte di un familiare o di un partner; in Europa, Nordamerica e Australia, un terzo delle donne hanno subito abusi sessuali, e il dato sale a oltre il 50% nel caso di donne con disabilità (Rapporto del segretario generale dell’Onu Kofi Annan, Terza Commissione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite 10.10.2006). In ben 53 paesi nel mondo la violenza sessuale da parte del marito non è ancora perseguibile; un diritto umano viene negato solo all’altra metà del cielo. Uno studio su larga scala in Svezia, Germania e Finlandia mostra che almeno il 30-35% delle donne tra i 16 e i 67 anni sono state vittime, almeno una volta nell’arco della vita, di violenza fisica o sessuale (Maria CARLSHAMRE: relazione sulla situazione attuale nella lotta alla violenza contro le donne ed eventuali azioni future – Parlamento Europeo 1.2.2006). Il Parlamento Europeo in Sessione Plenaria il 2.2.2006 ha adottato con 545 voti favorevoli, 13 contrari e 56 astensioni la risoluzione secondo cui la violenza degli uomini contro le donne non costituisce solo un reato, ma anche un grave problema per la società, nonché una violazione dei diritti umani: il Parlamento Europeo chiede agli Stati Membri di adottare misure volte ad una sensibilizzazione collettiva e individuale sulla violenza contro le donne.

Per quanto concerne l’Italia un’indagine ISTAT recentemente presentata (La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia: indagine ISTAT anno 2006), rileva che quasi una donna su tre tra i 16 e i 70 anni ha subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita (31,9%). Il 23,7% ha subito violenze sessuali, il 18,8% violenze fisiche. Il 4,8% ha subito stupri o tentati stupri di cui il 2,2% da partner o ex partner, il 2,6% da un uomo non partner. Nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate: il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze subite da un non partner e il 93% delle violenze subite dal partner. Anche considerando il dato degli ultimi 12 mesi, il numero oscuro è alto (96,3% di quelle da partner e il 96,7% di quella da non partner non vengono denunciate). Per gli stupri il sommerso è ancora più elevato; infatti, il 91,6% degli stupri e il 94,2% dei tentati stupri subiti

nel corso della vita non sono denunciati. Sempre a proposito degli stupri, si rileva che non viene denunciato quasi il 95% di quelli commessi dal partner o ex partner e l’87% di quelli commessi da un non partner, mentre relativamente ai tentati stupri non viene denunciato il 95% di quelli commessi da un partner e il 94% di quelli commessi da un non partner. Delle donne che hanno subito stupri o tentati stupri negli ultimi 12 mesi, l’85,7% non ha denunciato lo stupro, il 95,1% non ha denunciato lo stupro commesso da un partner o ex partner e il 66,4% non ha denunciato lo stupro commesso da un non partner. Ancora, il 97,1% delle donne che ha subito tentati stupri non lo ha denunciato, il 100% dei tentati stupri commessi da partner o ex partner non sono stati denunciati e il 95,6% dei tentati stupri commessi da un non partner non sono stati denunciati. I partner attuali e gli ex partner sono responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica e di alcuni tipi di violenza sessuale come lo stupro e i rapporti sessuali non desiderati ma subiti per paura delle conseguenze; il 69,7% degli stupri è opera di un partner o ex partner (più precisamente il 14,3% ad opera del partner attuale e il 55,4% ad opera di un ex partner), il 17,4% da parte di un conoscente e il 6,2% è opera di estranei.

Un dato ancora più preoccupante è che una donna su tre che ha subito violenza ad opera di un partner o ex partner, non parla con nessuno della violenza subita, e una donna su cinque di quelle che l’hanno subita da un non partner non ne parla con nessuno. Il 34% delle donne che ha subito violenza da un partner nel corso della vita non ne parla con nessuno, ma se decide di parlarne il 60% lo fa subito, e il 17% dopo pochi giorni.

Se le donne decidono di parlarne, lo fanno con amici (37%), un membro della famiglia (33%), e solo il 3,7% ne parla con un medico, un infermiere o operatore di Pronto Soccorso; il 3,9% ne parla con assistenti sociali e operatori di consultori e il 4,9% con avvocati, magistrati o forze dell’ordine. Tuttavia, anche se la percentuale di donne che si rivolgono per chiedere aiuto a operatori socio-sanitari o a operatori di giustizia è basso, il tasso di denuncia è più elevato nel caso in cui le donne si siano rivolte ad operatori di Pronto Soccorso (62,3%), ad avvocati, magistrati, forze dell’ordine (47,6%), ad un medico o infermiere (35,9%).



è conosciuto dalla vittima e nel 70% dei casi il luogo in cui si svolge la violenza è la propria abitazione. Non corrisponde a verità il fatto che la violenza si manifesti solo negli strati più poveri e disagiati della popolazione. “Uomini che odiano le donne” non è un’invenzione, ma una drammatica realtà. Ancora una volta, tra le motivazioni alla base di questi reati vengono prospettate relazioni distorte da “senso di proprietà”, gelosie patologiche, odio, ostilità, mancata accettazione di separazioni o di rifiuti/ fallimenti.

La dott.ssa **Rita Cambieri** – Medico di Medicina Generale a Milano – ha affermato che il Medico di Famiglia può essere, se opportunamente formato, un professionista privilegiato d’incontro e di prevenzione del fenomeno della violenza. *“... È facilmente intuibile come, per le sue caratteristiche professionali, sia tra le “helping profession” la persona più indicata soprattutto nella prevenzione primaria, valorizzando situazioni potenzialmente a rischio prima che l’evento violento si manifesti, salvaguardando cioè sia la vittima che l’artefice”*. L’intervento può essere indirizzato anche *“alle fasi in cui il comportamento violento è valutato come manifestazione contestualizzata, e per tale motivo non patologica”*. Il Medico di Famiglia poi deve essere in grado di riconoscere i segnali ed i sintomi (disturbi del sonno, colon irritabile, depressione ecc.) di una possibile violenza e fornire il primo aiuto alla paziente. Approcciare questi fenomeni senza preconcetti e con competenza, non è facile per un MMG che non sia stato formato ed informato: spesso un comportamento eccessivamente “empatico” o viceversa “distaccato” rischia di indurre stati emotivi non appropriati quali ansia o svalutazione. *“.. Inoltre, la medicina generale spesso non ha*

conoscenza della legislazione vigente e delle strutture territoriali per indirizzare l’abusato ad un percorso costruttivo”.

La dott.ssa **Anna Maria Gatto** – Magistrato, Presidente della V Sezione Penale del Tribunale di Milano specializzata nella c.d. materia dei “Soggetti deboli” – ha sottolineato come anziché di “testimonianza debole” in ordine alle donne ed ai minori che hanno subito violenza, sia meglio parlare di “testimoni vulnerabili” e – a fronte della propria ampia esperienza processuale, della quale ha citato alcuni casi – ha osservato che le donne dovrebbero raggiungere una maggiore consapevolezza per potersi difendere preventivamente. Il dott. **Marco Ghezzi** – sostituto procuratore del III° Dipartimento Soggetti Deboli presso la Procura di Milano – ha evidenziato che l’enorme aumento di casi di violenza e maltrattamento all’esame della Procura di Milano non è solo conseguenza di un maggior numero delle violenze stesse; è invece segno di un incremento delle denunce di reati di violenza e maltrattamento, determinato anche da un aumento delle segnalazioni da parte dei medici e delle forze dell’ordine. *“Affinché dette segnalazioni abbiano seguito è fondamentale che le denunce siano il più circostanziate e dettagliate possibile, nonché accompagnate dalle fotografie delle lesioni subite dalla vittima che gli stessi agenti delle forze dell’ordine potrebbero fare in caso di flagranza o imminenza del reato (il ricordo della violenza spesso invecchia e la donna ritratta, per paura o perché rimasta sola, ed è utile ricordarle ciò che ha subito anche attraverso l’esibizione delle fotografie)”*.

L’avv. **Francesca Garisto** – avvocato penalista del Foro di Milano – ha

evidenziato che sono più frequenti gli episodi di violenza causati da una persona conosciuta. Episodi di violenza si verificano sempre più spesso anche sul luogo di lavoro: il mobbing o gli atti persecutori che le donne subiscono sul lavoro, costituiscono infatti una vera e propria violenza di genere. Occupandosi di violenza sulle donne, la sua esperienza la porta a concludere che la violenza è un'emergenza sociale (non riguarda solo le vittime ed i loro familiari, ma ha ricadute sull'intera società), che la violenza è un fenomeno assolutamente trasversale e che il sommerso è elevatissimo.

Marina Terragni – Giornalista Opinionista – ha suggerito di provare ad abbandonare la tendenza alla c.d. vittimizzazione secondaria: *“...le donne subiscono violenza, e la devono anche spiegare. E dallo spiegare al doversi giustificare il passo è breve. ...”*; bisogna *“spostare radicalmente l'asse del discorso e la parola, a questo punto, andrebbe senz'altro passata ai violenti. Sarebbero loro a doverci raccontare, spiegare, motivare...”*.

La dott.ssa **Lucia Castellano** nella sua esperienza ventennale di lavoro nelle carceri ha sempre privilegiato l'aspetto del recupero dei carcerati; nel carcere di Bollate, di cui è Direttrice dal 2002, ha applicato una forma di carcere – comunità in collaborazione con i servizi territoriali. Nel suo intervento ha illustrato le motivazioni alla base della scelta operata all'interno del carcere da lei diretto di eliminare la separazione – esistente in quasi tutte le carceri italiane – tra gli autori di violenze sessuali e gli altri detenuti. I primi, infatti, sono malvisti, ghettizzati e vengono isolati per motivi di sicurezza; l'esperienza iniziata a Bollate per cui i violentatori, dopo un anno di terapie psicologiche, sono volontariamente

SVS: COME FUNZIONA IL SERVIZIO

24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno è garantita una pronta reperibilità di una ginecologa e di una infermiera/ostetrica che possono contattare il medico legale in tutti i casi in cui ve ne sia la necessità. L'intervento nell'emergenza prevede un'accoglienza con tempi variabili a seconda dello stato e delle necessità della vittima ed un intervento sanitario tecnico. Viene seguito un protocollo che prevede la compilazione di una scheda anamnestica, la descrizione dell'esame obiettivo fisico e psichico, la documentazione fotografica e l'effettuazione degli esami batteriologici, ematochimici, infettivologici e per la ricerca degli spermatozoi. Il materiale biologico ed eventuali indumenti delle vittime vengono raccolti ed inviati presso l'Istituto di Medicina Legale per tests, anche tossicologici o di eventuale successiva tipizzazione genica, che possono essere effettuati in un secondo momento su richiesta dell'autorità giudiziaria. L'intervento psico-sociale si affianca ed integra l'intervento sanitario; esso è mirato alla costruzione di un progetto condiviso con la donna che possa aiutarla nel percorso di elaborazione del trauma. L'intervento psicologico è focale sul trauma in acuto con una presa in carico nel breve termine. L'obiettivo è una comprensione ed elaborazione dell'evento attraverso la condivisione dell'esperienza traumatica e dei sentimenti ad essa collegati, affinché la persona si riappropri del senso degli eventi, delle emozioni e possa avviarsi ad una nuova progettualità.

- Tutti i giorni feriali dalle 9 alle 17 il SVS è direttamente accessibile al pubblico; in tale orario sono sempre presenti una ginecologa, un'infermiera, un'assistente sociale e una psicologa.

- Tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, è garantita una reperibilità del personale sanitario.

SVD: COME FUNZIONA IL SERVIZIO

Il Soccorso Violenza Domestica (SVD) garantisce una prima accoglienza prevalentemente di carattere psico-sociale alla quale può far seguito una consulenza legale (civile e/o penale) garantita dagli avvocati dell'Associazione SVSDAD Onlus (anche essa in parte finanziata dal Comune di Milano).

Nelle situazioni che non rivestono carattere di emergenza con un basso rischio per l'incolumità della donna, si concorda un appuntamento presso il SVD per un primo colloquio al fine di poter strutturare, in accordo con lei, un progetto di uscita dalla violenza che può prevedere un invio presso strutture e servizi che fanno parte della rete coordinata dal Comune di Milano.

Situazione d'emergenza: sono quelle più spesso segnalate dal P.S. del Policlinico, dove le donne si recano per le cure cliniche conseguenti il maltrattamento fisico e che spesso non hanno ancora maturato la scelta di separarsi dal partner maltrattante.

Le situazioni di violenza domestica presentano un alto grado di complessità e richiedono sempre l'intervento di operatori con differenti professionalità e competenze (legali, socio-assistenziali, sanitarie, psicologiche...); è per tale motivo che il SVD lavora in rete con i diversi servizi del pubblico e del privato sociale che possano soddisfare i molteplici bisogni di una donna vittima di violenza domestica.

- Tutti i giorni feriali dalle 9 alle 17 il SVD è direttamente accessibile al pubblico; in tale orario sono sempre presenti un'assistente sociale, una psicologa e un'operatrice del Telefono Donna che si occupa dell'ascolto, informazione e accoglienza telefonica.

- Tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, è garantita una reperibilità telefonica al personale sanitario del Pronto Soccorso dell'Ospedale Policlinico.

reinseriti tra gli altri detenuti pur continuando le terapie, ha dato buoni frutti: ed è questo il primo passo verso un possibile futuro reinserimento nella società.

Allarme violenza

Nella terza parte del Convegno si è svolta una tavola rotonda dal titolo **“Allarme violenza”**, moderata dall'avv. **Giovanna Fantini**, vicepresidente del Comitato Pari Opportunità dell'Ordine degli Avvocati di Milano e dalla dott.ssa **Maria Teresa Zocchi**, a cui hanno preso parte la dott.ssa **Marisa Guarneri**, fondatrice e presidente dell'Associazione Casa di Accoglienza delle Donne Maltrattate di Milano, la prof.ssa Antonella Limonta, Dirigente Scolastico Istituto ITIS e Liceo Marconi di Gorgonzola ed il Capitano Giacomo Tessore, comandante della 1 Sez del Nucleo Investigativo del Comando Provinciale Arma dei Carabinieri Milano. *“La tavola rotonda conclude l'evento odierno”* ha affermato l'avv. Fantini, *“fortemente voluto dagli organismi per le Pari Opportunità dei Medici e degli Avvocati che hanno deciso che fosse giunta l'ora di creare una rete fra le nostre due professioni per fare in modo che chi possiede le competenze mediche possa acquisire una infarinatura di quelle giuridiche e viceversa, per poter accogliere, ascoltare e dar voce a chi magari non riconosce l'offesa o chi, avendola subita, non ha gli strumenti o la forza di scegliere di spezzare legami violenti o di reagire a soprusi anche fortuiti per superarli e ricominciare a vivere”*.

In un confronto con chi da anni si occupa di violenza, con chi lavorando sul campo può fornire indicazioni utili su come muoversi nell'immediatezza dei fatti, e con

chi infine ha il difficile e importantissimo compito di curare l'educazione dei giovani, si è cercato di esaminare quanto si è finora fatto e quanto è ancora possibile realizzare. La dott.ssa Guarneri ha esposto lo scopo e il funzionamento della Associazione che presiede, che si occupa dal 1986 di sostenere, accogliere e ospitare donne e minori in difficoltà per violenza sessuale, maltrattamento in famiglia e abuso (ad oggi circa 20.000 donne di Milano e provincia). Marisa Guarneri è anche Vice Presidente della Associazione Nazionale DiRe (donne in rete contro la violenza) che raccoglie 57 Centri Antiviolenza fra i maggiori di tutta Italia. L'intervento effettuato deve *“avere la donna al centro e tutte le competenze – mediche, giuridiche, economiche, psicologiche – intorno ad essa; la donna deve essere un soggetto degno di rispetto e valore, non un oggetto da studiare, analizzare, curare.”*

Giacomo Tessore si occupa anche di reati contro i soggetti deboli, per i quali il riferimento in procura è il III Dipartimento “pool soggetti deboli” guidato dal PM Forno. Il capitano ha evidenziato i passi avanti compiuti e le modalità con cui l'Arma è presente sul territorio per combattere le violenze, sia attraverso la modifica della cultura degli agenti sia attraverso l'entrata nell'arma delle donne che hanno portato una nuova e diversa sensibilità nel trattare questi casi.

La prof.ssa **Antonella Limonta** ha illustrato nel dettaglio il ruolo che la scuola deve avere nel prevenire la violenza sin dalla giovane età, lavorando sull'identità e l'autostima dei ragazzi, sulle relazioni sociali, sperimentando la gioia della condivisione del successo ma anche la tolleranza della frustrazione dovuta ad un insuccesso; ha sottolineato l'importanza dell'insegnamento a superare le difficoltà,

a lavorare sulla gestione e la mediazione del conflitto e sullo sviluppo dell'intelligenza emotiva, al fine di riconoscere i sentimenti negli altri, abituando i giovani a ricercare sempre soluzioni pacifiche ed equilibrate, utilizzando modalità di cooperazione in un ambiente protetto come la scuola.

L'avv. **Luciana Tullia Bertoli**, componente del Comitato Pari Opportunità dell'Ordine degli Avvocati ha concluso ribadendo che *“ il Convegno ha visto nascere una rete operativa fra medici e avvocati, a sostegno delle realtà già esistenti sul territorio;... una rete si manifesta con la conclusione di una serie di contratti e di accordi fra i partecipanti e nasce dalla volontà dei soggetti interessati, sulla base della libertà contrattuale vigente nel nostro ordinamento giuridico. Questa nuova fattispecie d'avanguardia porta ad una comunicazione non violenta, e, nell'ambito della tutela delle donne che hanno subito violenza comporta la ricerca di modalità che non siano esse stesse violente...”* Il Convegno si è chiuso con una nota artistica: *“l'arte ci porta ad un sentire profondo e infiamma l'anima, aiutandoci a superare gli ostacoli e a sognare quanto andiamo a radicare nella realtà... con il semplice ascolto la musica risveglia una dimensione di sogno e di immaginazione, che permette di elaborare soggettivamente i progetti, senza la pesantezza e la difficoltà dell'esercizio del pensiero e della volontà...”* Con tale intento e con la collaborazione del Conservatorio di musica “G. Verdi” di Milano, il trio barocco formato da: Monica Lukacs, soprano; Isaia Franceschini, flauto a becco; Stefano Ligoratti, clavicembalo; ha eseguito alcuni brani del repertorio barocco, deliziando i presenti e diffondendo fra le mura di Palazzo di Giustizia suoni e melodie inconsuete per quei luoghi. ■

L'influenza e l'incertezza

Un binomio inscindibile nella storia e nella letteratura del "nemico invisibile". Riflessioni clinico-storiche per il prossimo autunno-inverno

Lo campo medico è uno di quelli in cui l'incertezza, pur essendo insopprimibile, fa più paura per tutte le implicazioni, non solo oggettive, ma anche legate agli affetti, alle reazioni psicologiche e alla possibilità di condividerle e ingigantirle con il passaparola. In questo contesto parlare di influenza, cioè di una malattia davvero particolare, diventa ancora più difficile proprio per le sue caratteristiche e per le false conoscenze che ciascuno pensa di avere in merito. È, infatti, l'unica malattia che subiamo più volte nella vita e, nella stragrande maggioranza dei casi, decorre in modo benevolo, senza lasciare conseguenze e quasi memoria e si dimentica o si ignora che purtroppo ogni anno migliaia di persone decedono a causa di questa patologia.

dagli all'untore...dagli all'untore!

Queste le parole che ritroviamo ne "I Promessi Sposi". Trattando delle vicende della peste del 1630, l'immaginazione popolare, in assenza di spiegazioni razionali al flagello che colpì città e campagne, trovò nell'"untore" l'oggetto fisico e reale cui trasferire la sua rabbia, la paura



Sigismondo Caula, San Carlo Borromeo e gli appestati (particolare), 1685, Galleria Estense Universitaria, Modena

repressa dell'ignoto e la giustificazione alle innumerevoli morti dovute all'epidemia cui la gente si trovò soggetta. Non ingiustificata punizione divina, non misconosciuto flagello naturale, ma calcolato metodo di

genocidio sviluppato da parte di una progenie di assassini più o meno prezzolati e ciò, ancorché nessuno nella sua pluralità fosse in condizione di identificare né i mandanti né le finalità ultime degli atti comandati dagli stessi.

F. Pregliasco

Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia Virologia, Università degli Studi di Milano

D. Cova

Primario Emerito Onco-Geriatra, ASP IMMeS e PAT, Milano

Dagli all'untore! Questo il grido destinato ad accendere la furia incontrollabile delle masse pronte ad uccidere senza alcuna pietà chiunque fosse stato trovato in atteggiamento sospetto. Il trasferire su un soggetto reale, vivo e condannabile, le avversità della sorte fece politicamente comodo in alcuni casi al clero ed ai governanti incapaci, nella loro totale ed assoluta ignoranza, di fornire al popolo spiegazioni scientificamente accettabili. Mancarono quindi le informazioni, necessarie ed opportune, per riportare tecnicamente nella loro giusta luce avvenimenti e fatti che colpirono molteplici famiglie nei loro affetti, nei loro interessi e nei loro beni. Questa assenza diede quindi corpo e sostanza a voci incontrollate che si diffusero ovunque.

L'origine della peste è molto antica. Questa, per la sua forza distruttrice, è diventata nell'immaginario collettivo la "morte nera", la malattia che ha accompagnato l'umanità nei secoli e che per questo è spesso presente nelle grandi opere letterarie e artistiche. La più antica epidemia viene riportata addirittura nella Bibbia dove si racconta che fu una malattia sconosciuta a contagio sessuale che uccise migliaia di israeliti. Ma la peste è nota da almeno 3000 anni: in Cina infatti sono state registrate epidemie fin dal 2240 a.C. Più tardi nel 430 a.C. un'epidemia di peste, in realtà un'infezione influenzale con complicazioni dovute ad un ceppo di stafilococco produttore di tossine, toccò Atene, colpendo una buona parte della popolazione e lo stesso Pericle, l'uomo politico che aveva voluto la guerra del Peloponneso e l'egemonia ateniese nel Mar Egeo. Ce la descrive

Tucidide (460-395 a.C.) ne "La peste di Atene" nell'"Epitaffio di Pericle per i caduti del primo anno di guerra". Lo stesso Tucidide si ammalò, ma riuscì a sopravvivere e a tramandarci un'accurata descrizione dei sintomi e del decorso dell'oscuro male: *"Poiché l'aspetto della pestilenza era al di là di ogni descrizione in tutti i casi il morbo colpiva con una violenza maggiore di quanto potesse sopportare la natura umana, e in questo particolare soprattutto esso mostrò di essere diverso da uno dei soliti: quegli uccelli e quadrupedi che si cibano dei cadaveri, sebbene molti ne fossero stati lasciati insepolti, o non vi si avvicinavano o, dopo averne gustato le carni, morivano. Eccone la prova: di tali uccelli si verificò una evidente sparizione, e non si vedevano né altrove né vicino a niente del genere; i cani rendevano più manifesto l'accaduto, poiché son soliti vivere con gli uomini."* (1)

Nel Medioevo la malattia si è presentata in enormi pandemie, che annientarono le popolazioni di intere città, come la cosiddetta "peste nera". Questa fu una epidemia di peste bubbonica che, esordita nelle steppe dell'Asia centrale, da lì si propagò in Cina e in India, dilagando successivamente, dal 1347, in Europa con effetti devastanti. Furono certamente i mercanti occidentali a trasmettere il morbo, infettando le rotte abitualmente battute del Medio Oriente e del Mediterraneo. Nel 1347, l'epidemia colpì Costantinopoli; subito dopo Messina, ove si ebbe la prima manifestazione della peste nera in Europa e da qui, nell'estate del 1348, dilagò in Italia e in Francia, interessando le coste meridionali



dell'Inghilterra e il resto d'Europa, dove imperversò per oltre tre anni. La violenza dell'epidemia lasciò sgomenti gli osservatori contemporanei perché mai, prima o dopo d'allora, una calamità fece tante vittime umane: dello stupore angosciato dei superstiti resta testimonianza in molti scritti a cominciare dal *Decamerone*, secondo il quale Firenze era tutta un sepolcro. Dopo la tragica estate del 1348 la popolazione fiorentina si era presumibilmente ridotta da 90.000 a meno di 45.000 abitanti,



Antoine Jean Gros,
Gli appestati di Jaffa, 1804,
Museo del Louvre, Parigi

mentre a Siena su 42.000 cittadini ne erano sopravvissuti non più di 15.000. I governi dell'epoca reagirono alla malattia e, pur ignorando le ragioni del contagio, incoraggiarono l'adozione di misure d'igiene personale particolarmente accurate, ponendo restrizioni ai movimenti di persone e merci, imponendo l'immediato seppellimento delle vittime in fosse comuni cosparse di calce, appositamente preparate fuori dalle mura e la distruzione col fuoco dei loro vestiti. Vennero inoltre istituiti

dei lazzaretti dove venivano isolate le persone sospettate di affezioni contagiose e dove erano tenute in uno stato di quarantena. (2,3) L'arte cercò di rappresentare la furia e l'irruenza con la quale si abbatté questa tremenda epidemia. Una delle opere più rappresentative è sicuramente il "Trionfo della morte" di Pieter Bruegel il Vecchio, (1525/30-1569), che l'artista ha affrontato facendo riferimento a vari temi iconografici: quello della danza macabra, del cavaliere dell'Apocalisse (lo scheletro a cavallo armato di

falce) e quello della resurrezione dei defunti, raffigurato dallo scheletro in lontananza che esce dalla fossa. La peste fu presente nel secolo XVI un po' dappertutto; in Italia ebbe un carattere quasi endemico, la troviamo a Milano nel 1575 dove S. Carlo Borromeo ebbe modo di dimostrare tutta la sua abnegazione ma, benché si prodigasse in aiuto dei colpiti, non valutò il pericolo rappresentato dalle processioni e dagli affollamenti. Nel 1629-30 si verificò una nuova epidemia di peste nel ducato di Milano. La causa di questa fu la guerra di successione al trono di Mantova. Il ducato di Venezia aveva assoldato per vincere la guerra, e quindi allargare il dominio al regno di Mantova, un famoso esercito di mercenari, i Lanzichenecchi, soldati che godevano di una pessima fama, visto che dove passavano portavano distruzione e, spesso e volentieri, malattie. Visto che i Lanzichenecchi provenivano dall'Austria, per arrivare a Mantova dovettero passare da Milano e ne approfittarono per depredarla, lasciandovi purtroppo anche la peste, descritta da Manzoni nei suoi "I Promessi Sposi" in alcuni capitoli (4): *"Dai paesi che circondano Milano, giungono le notizie delle prime morti, ma solo dopo una visita sui luoghi della malattia, si stabilisce che si tratta di peste. Le autorità rimangono piuttosto indifferenti al problema, anche la popolazione rifiuta l'idea del contagio. Finalmente il 29 Novembre 1629 vengono prese misure per evitare il contagio. L'epidemia si*

diffonde, la gente rimane scettica e si scaglia contro i medici. Si moltiplicano le morti e diviene impossibile negare l'esistenza del morbo, si parla però di febbri pestilenti ciò induce a trascurare i pericoli del contagio. I malati trasportati al lazzaretto si fanno sempre più numerosi; così si parla finalmente di peste, ma si diffonde al tempo stesso l'idea che all'origine del male non vi sia il contatto con gli ammalati, ma bensì quello con ungenti velenosi." (da "I Promessi Sposi" capitolo XXXI)

"L'autorità cittadina si rivolge allora al governatore, ma questi nega ogni aiuto perché impegnato nella guerra. Gli amministratori chiedono al cardinale Federigo di far svolgere una processione per assicurarsi la protezione divina, egli inizialmente rifiuta ma dopo nuove pressioni del governo milanese, il vescovo acconsente a far svolgere la processione e a far venerare la reliquia di San Carlo. Il lungo corteo vede la partecipazione di popolani, di borghesi, di nobili e di ecclesiastici. Il giorno successivo alla processione si moltiplicano i casi di peste, ma invece di cercare la causa nel contatto tra tanta gente, si dà la colpa agli untori. I lazzaretti si affollano al limite della loro capacità e nella confusione generale si moltiplicano le violenze commesse dai birri e dai monatti.

Cresce anche la pazzia generale e la psicosi dell'unzione." (da "I Promessi Sposi" capitolo XXXII)

Manzoni in questi capitoli, oltre a dare una descrizione dei fatti di Milano, sottolinea la leggerezza con la quale il governo spagnolo ha accolto questa epidemia. Nel "Il medico e il cardinale", indagine storica e di costume fatta da

Giorgio Cosmacini (5) viene presentato, con ricchezza di informazioni, il secolo delle pesti che colpirono la popolazione milanese tra il 1524 e il 1632 fornendo una dettagliata descrizione dei fatti e dei personaggi, dei medici e dei religiosi che furono coinvolti in quelle vicende. Sono ricordate le tre grandi epidemie dell'epoca: la prima, del 1524, col nome dell'Imperatore Carlo V, quelle del 1575 e del 1630 rispettivamente con i nomi dei cardinali Carlo e Federico Borromeo. Queste denominazioni fanno già rilevare le tensioni che si generarono fra lo Stato e la Chiesa nella gestione delle calamità pestilenziali, nella Milano spagnola, quanto mai intensa di trasformazioni e avvenimenti e suggestiva di chiari e scuri. (6)

Nella storia delle pandemie la narrazione, trasmessa per immagini, deve risultare di una efficacia terribile e fatale come la tela del 1804 di Antoine Jean Gros "Gli appestati di Jaffa", che presenta Napoleone mentre sfiora la piaga di un appestato. Qui l'artista usa la cruda rappresentazione della malattia, che diviene funzionale all'apologia imperiale. Il dipinto rappresenta il generale Bonaparte in visita alle truppe francesi e agli appestati nel cortile di una moschea a Jaffa, utilizzata come ospedale militare. La scena si svolge nel Marzo 1799 durante la campagna di Siria.

Bonaparte, ignorando il medico che cerca di dissuaderlo, tocca una ferita su uno degli appestati con la mano nuda. Uno degli ufficiali sta guardando con un fazzoletto sulla bocca. Sulla sinistra, due arabi stanno distribuendo pane per i malati. A destra, un soldato cieco sta cercando di avvicinarsi al generale. In primo piano, in ombra, i moribondi



sono troppo deboli per volgersi verso il loro capo. Il pittore vuole affermare che la virtù e il coraggio di Napoleone giustificano gli orrori della guerra. Gros gli ha dato l'aura luminosa e i gesti di Cristo, la guarigione dei lebbrosi nei dipinti religiosi (7). Alcuni secoli dopo le antiche credenze, perdurando l'ignoranza, furono utilizzate ancora politicamente. Questa volta però per addebitare al clero ed ai regnanti la responsabilità di gravi calamità escludendo come origine delle stesse cause naturali o punizioni divine. Gli "untori" furono



**Pieter Bruegel il Vecchio,
Trionfo della morte, 1562,
Museo del Prado, Madrid**

chiamati nuovamente in causa ma non come soggetti sostanzialmente occulti ed autonomi bensì come agenti dei governi, incaricati da questi di spargere il “veleno” e quindi sfruttati ad arte nella loro nuova qualifica da chi, avendone interesse, cercò di sollevare le popolazioni contro il potere costituito. Negli anni dal 1835 al 1837 ne approfittarono quindi, in maniera massiccia e senza alcuno scrupolo, i membri della “Giovinetta Italia”, organizzazione fondata da Giuseppe Mazzini, che pilotando l’analfabetismo delle masse più indigenti, lo scontento

e la paura popolare, trasferì sulla volontà oscura dei regnanti cause ed effetti della pandemia di colera che si sviluppò in quasi tutti gli Stati italiani dell’epoca; e ciò per raggiungere i propri scopi rivoluzionari. La situazione si complica quando si paventa il rischio “pandemia”. Solo il nome evoca disastri storici e paure ataviche rilanciate anche da una filmografia catastrofista. Esempi concreti del deragliamento di una comunicazione inadeguata del rischio, si erano già evidenziati con la SARS nel 2003 e ancor di più nel 2005 con l’influenza aviaria. La stagione 2009-

2010 passerà, invece, alla storia per la pandemia suina, poi meglio identificata con il nome del virus A/H1N1.

Fra il mese di ottobre 2008 e il primo trimestre 2009 i Centri di sorveglianza epidemiologica della World Health Organization (WHO) rilevarono a Città del Messico un inatteso incremento dei casi di influenza A, cui seguì un primo comunicato ufficiale del 29 Aprile 2009. L’incremento era inatteso per tempi, modalità e popolazione interessata: si verificava a stagione influenzale ormai chiusa per quell’area geografica; presentava una sintomatologia in parte anomala rispetto a quella classica; ad essere colpiti non erano gli anziani, ma prevalentemente le fasce più giovani. Da quella data sino al 6 Luglio si sono succeduti, a ritmo pressoché quotidiano, 58 Situation Updates relativi a un *nuovo virus influenzale A*, di sottotipo H1N1, presente negli allevamenti di maiali e per questo motivo informalmente definita *Influenza Suina (Swine Flu)*. Sulla scorta di questi dati, l’11 Giugno 2009 alle ore 14 ora di Greenwich, la Dr.ssa Margareth Chan, Direttore Generale WHO, dichiarava che a partire da quel momento si passava al livello 6 di allarme, il livello di rischio pandemico. Il passaggio a questo livello di allarme si imponeva sulla base degli ultimi riscontri epidemiologici: 28.774 casi confermati di infezioni da virus influenzale A/H1N1 in 74 Paesi del mondo con 144 decessi già accertati (8). Se si considera solo il numero complessivo dei casi di contagio e il tasso di mortalità (0,5%), i dati



semberebbero preoccupanti ma non da allarme planetario. Il livello di allerta origina in questo caso da tre fattori:

1) le caratteristiche genetiche del virus in questione, ovvero l'assenza di precedente contatto con la popolazione generale; 2) la sua patogenicità; 3) la sua trasmissibilità.

Questo testimonia che, rispetto al passato e grazie allo sviluppo scientifico e del monitoraggio epidemiologico, abbiamo una maggiore capacità di cogliere situazioni potenzialmente di rischio nel momento della loro evidenziazione (9), ma anche la comunicazione è oggi globalizzata e quindi i titoli dettati da paura e sorpresa hanno rapidamente fatto il giro del mondo, con le conseguenze del caso.

I media, in questo contesto, diventano uno strumento indispensabile per i decisori che devono valutare un rischio probabile, ma che potrebbe anche non verificarsi, come il caso di una temuta pandemia influenzale. Dal punto di

vista del singolo cittadino, però, questo significa convivere con informazioni non sempre rassicuranti, senza dati certi, ma con la consapevolezza che si ricevono aggiornamenti veritieri su ciò che si sa e su ciò che non si sa.

Normalmente la gestione dell'influenza ricade su diverse Istituzioni che svolgono, in modo coordinato, una serie di azioni: il Ministero della Salute gestisce le disposizioni per affrontare l'ondata di influenza annuale, le ASL si occupano dell'applicazione sul territorio delle misure di sorveglianza e intervento, le Aziende Ospedaliere intervengono nei casi di complicità nel decorso dell'influenza soprattutto in caso di persone a rischio, i medici di medicina generale e i farmacisti svolgono gli interventi a diretto contatto con la popolazione.

Per ogni singolo cittadino, informato da ogni fonte disponibile, internet e blog compresi, di qualsiasi novità sul tema, diventa difficile valutare nella giusta prospettiva le decisioni comunicate dalle Istituzioni rispetto ai timori che le notizie e i termini utilizzati per porgerle, provocano. Ciascuno personalmente preferisce essere allertato per una qualsiasi modifica dello status normale, altri possono ritenere che occorra dare l'allarme solo nell'imminenza di crisi conclamate, perché ognuno reagisce in modo diverso alla richiesta di assumere, ad esempio, semplici comportamenti preventivi. Per questo motivo si è verificata la protesta dei parenti delle prime vittime italiane del virus A/H1N1 quando sembrava che si sarebbero dovute chiudere, ad esempio, le scuole. Dopo qualche mese l'opinione pubblica è arrivata a pensare che le Autorità abbiano agito in modo

eccessivo e con troppa fretta. Questo è l'effetto di una sovraesposizione mediatica sull'argomento, anche quando le novità sono scarse, abbinato alle conseguenze del modo sensazionalistico di porre le notizie, a partire dai toni degli speaker per finire con i termini linguistici utilizzati per descrivere possibili scenari.

Il solo termine pandemia crea timore: la storia ci ha insegnato, infatti, che se ne registra una in intervalli compresi tra i 9 e i 40 anni. Dal momento che l'ultimo virus pandemico è apparso nel 1977, il 2017 sarebbe stato il termine entro il quale potrebbe verificarsi il prossimo. Non tutte le pandemie, però, hanno avuto gli effetti devastanti di quella cosiddetta "spagnola" che, sicuramente anche per concause sociali, ha determinato più morti della stessa prima guerra mondiale. Questa è stata scelta come termine di paragone ad esempio durante le emergenze della SARS e dell'avaria e quindi ha assunto un pesante effetto evocativo negativo. Fortunatamente, come si è potuto costatare per le pandemie influenzali più recenti, ad esempio l'asiatica del 1957 o l'Hong Kong del 1968, il prezzo delle sofferenze subite in questi casi è stato inferiore. Il fattore "paura" è molto potente nell'esposizione delle notizie e nell'indurre i cittadini ad assumere determinati comportamenti. Se, però, le paure si verificano essere infondate o eccessive, creano un effetto contrario altrettanto negativo, allontanando quelle stesse persone da comportamenti corretti volti alla prevenzione, spesso con durata persistente nel tempo e molto dannosa. L'influenza può potenzialmente generare degli effetti complessivi, dati dalla sommatoria dei casi e

che comportano conseguenti costi indiretti, legati ad esempio alle assenze lavorative, poco percepite dal singolo cittadino, ma che creano disagi non solo nel mondo del lavoro, e comunque dall'incremento in termini assoluti delle possibili complicanze, seppur statisticamente rare ma rese più evidenti dall'ampiezza complessiva della malattia.

Con queste premesse si capisce perché non è facile lanciare e consolidare piani di vaccinazione che prevedono un'alta adesione a questa pratica preventiva che ha come premessa la solidarietà e la volontà di proteggere se stessi, ma anche la comunità in cui si vive. Generalmente succede che se una persona si ammala (e vuole guarire subito) prende con convinzione dei farmaci, pur sapendo che esistono effetti collaterali, chiaramente espressi nel foglio illustrativo; se si è sani e si deve prendere un vaccino preventivo (che ha effetti collaterali, come i farmaci) si è molto meno propensi a farlo, nonostante i benefici che se ne possono trarre. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in generale non hanno sufficiente preparazione in tema vaccini e ognuno consiglia ai propri pazienti ciò che ritiene più giusto. Da qui, pareri discordanti che contribuiscono ad alimentare la confusione sul tema. Dal quadro delineato emerge come fare comunicazione su questi argomenti sia un lavoro arduo per la connaturata incertezza nell'evoluzione di questi fenomeni, così difficili da padroneggiare. Decidere di comunicare l'incertezza, è una scelta che comporta la necessità di dare notizie calibrate con un contenuto che deve essere condiviso in modo

da inviare messaggi omogenei e che quindi richiede partecipazione e collaborazione integrata degli organismi e dei sistemi coinvolti a livello regionale e nazionale. Occorre ricordare che le notizie che tutti seguiamo sui media sono, in ambito medico, frutto di un lavoro di sintesi svolto da giornalisti e medici o ricercatori.

La comunicazione dell'incertezza comporta soprattutto la scelta di argomentazioni e di ipotesi che possano spiegare in modo trasparente ai cittadini il motivo di alcune decisioni piuttosto che di altre. È fondamentale che le persone capiscano e che siano informate anche delle incertezze del momento. Quando le persone capiscono e partecipano alle scelte si sentono rispettate e hanno fiducia nelle Istituzioni che si impegnano a informare in modo comprensibile, che ascoltano e che comprendono le preoccupazioni dei singoli e della collettività che, nel momento dell'emergenza, saranno molto probabilmente più collaborativi e disponibili a fronteggiare situazioni difficili.

Anche con questa Influenza, non più suina, ma correttamente denominata Influenza A/H1N1 purtroppo non ci si è riusciti, poiché sono state evidenziate, invece, tutte le paure presenti nell'opinione pubblica, ma anche fra i medici e gli organismi internazionali, verso le big-farma, ipotizzando complotti che hanno fatto prevalere le opinioni sempre più diffuse degli antivaccinatori che sono riusciti con una campagna denigratoria ben condotta dal basso, con i blog e i siti internet, a sminuire l'efficacia della vaccinazione. ■



- (1) Tucide, Epitaffio di Pericle per i caduti del primo anno di guerra, V Sec. a.C..
- (2) A.A.V.V. Morire di peste: testimonianze antiche e interpretazioni moderne della "peste nera" del 1348 a cura di O.Capitani, Patron Editore, Bologna 1995.
- (3) The black death. A turning point in history?, ed. W.M.Bowsky, University of California, Holt, Rinehart and Winston Inc., 1971.
- (4) Manzoni A., Promessi sposi, Milano, 1840-1842.
- (5) Cosmacini G, Il medico e il cardinale, Editrice San Raffaele, Milano, 2009.
- (6) Biscottini P., Carlo e Federico. La luce dei Borromeo nella Milano spagnola, Arti Grafiche Colombo, Milano, 2005.
- (7) Bainville J., Napoleon. Librairie Arthème Fayard, Paris, 1931.
- (8) WHO. Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR). Update #47. Accessed on 09/07/2009 at http://www.who.int/csr/don/2009_06_11/en/index.html.
- (9) Belshe RB. Implications of the emergence of a novel H1 influenza virus. N Engl J Med 2009; 360:2667-2668.
- (10) Pitfalls in medical reporting, in: Ragnar Levi, Medical journalism, 2001.

Cosa rimane di Ippocrate?

Annalisa Crespi
Commissione Culturale Ordine dei medici
e Odontoiatri di Milano

Nell'anno del centenario della Fondazione degli Ordini dei Medici Chirurghi invitiamo tutti i colleghi a una riflessione

“Sono talmente tante le ragioni per visitare l'Isola di Kos nel dodecaneso ellenico, che ricordarne una sola risulterebbe restrittivo.

Kos è l'isola della guarigione, l'isola che ha tolto l'umanità dall'intolleranza, isola di istruzione e di cultura, è l'isola di Ippocrate, il padre della medicina, di colui che ha dato all'uomo i farmaci e all'isola i primi Ospedali con i primi medici nel senso moderno del termine. Oltre alle tracce di una civiltà di seimila anni, a centri di villeggiatura gradevoli e ospitali, al verde dell'isola e alla bellezza dell'azzurro del cielo che lascia estasiati, chi visita Kos non può tralasciare di recarsi a far visita al complesso dell'Asclepion l'antico ospedale.

Ci si reca passando per la strada di Platani, dove ad una derivazione della città, fra vecchie case, caffè tradizionali, una chiesa ortodossa, una moschea ed i ruderi di una tomba romana, si arriva ad una località molto bella, verso sud est, dove la vista sulla pianura di Coos e di fronte la costa dell'Asia Minore risulta incantevole.

Si è colti di sorpresa dai ruderi dell'antico complesso edilizio, costruito

ad arte sui dislivelli del piccolo colle e diviso in tre complessi, di cui gli antichi geografi ne descrissero con ammirazione gli edifici e le preziose opere d'arte.

Oggi si rimane inizialmente colpiti dalla grazia delle colonne del tempio di Apollo, il padre di Aesculapio secondo la mitologia, ma passeggiando fra le rovine ci si rende conto di come un moderno ospedale non sia altrettanto innovativo e magico.

Nel complesso dell'Asclepion c'era una grande piazza alberata di platani, e nel secondo livello spazi con fontane da cui scorrevano acque calde, solfuree e ferrose, era il luogo dell'idroterapia che portava con tubi di terracotta le acque curative della fonte Vaurina in montagna, alle falde del monte Dikeos ad un'ora di distanza.

Altra fonte, il Kokkinonerò con magnesio, calcio e acido carbonico libero si trova nel complesso.

Camminando per le scalinate fino ai propilei del primo livello si osservano i ruderi della scuola di medicina, e si dice vi fosse un museo di anatomia e patologia. Se ci si sofferma ad osservare nel silenzio del luogo e ad ascoltare il frinire delle cicale si

può perfino immaginare l'attività dell'epoca, l'andirivieni delle genti, gli studenti ed i medici, le attività umane. Le camere dei malati e dei loro parenti, sono oggi soltanto delimitate dalle mura perimetrali, così come i bagni per l'idroterapia.

Al secondo livello si trovano gli edifici dedicati alle divinità, l'ara di Apollo e le abitazioni dei sacerdoti e la scala che comunicava con il "bosco sacro".

Al terzo livello oltre alle grandi mura di sostegno, altre costruzioni e templi, le camere isolate delle malattie infettive, il famoso "bosco sacro" dove spaziava l'incantevole vista sulla pianura e la costa di Alicarnasso in Asia Minore. Visitando il complesso ci si rende conto del pensiero di Ippocrate, il primo concetto eziologico innovativo dell'insorgenza della malattia, secondo il quale la malattia e la salute dipendono da specifiche circostanze umane e non da interventi divini o dalla sorte.

Tutto il complesso dimostra un'armonia essenziale con la natura, e ogni elemento suggerisce cambiamenti sostanziali sull'esistenza del malato, luoghi per ritrovare armonia con se stesso, per cambiare

gli stili di vita, per sconfiggere la malattia su base dietetica, psicologica, atmosferica e sociale in base ai concetti da lui introdotti, la teoria umorale, che era anche teoria della personalità. Appena fuori il complesso la Fondazione Ippocratica Internazionale, per la divulgazione e lo studio delle opere di Ippocrate raccolte nel "Corpus Hippocraticum". Interessanti e adeguate ai luoghi visitati le opere "delle arie, le acque e i luoghi", uno studio sull'influenza dell'ambiente sulla salute dell'uomo.

La scienza moderna ha per molto tempo smentito le teorie di Ippocrate, tranne le scuole olistiche di pensiero o determinate discipline come l'idroterapia, la naturopatia, l'omeopatia ecc. ma oggi alcuni metodi di cura naturalistici che enfatizzano l'importanza di stili di vita salutari tornano a considerare e riconoscere il potere di guarigione della natura, della dieta, dello stile di vita consono e salutare, del movimento, delle passeggiate osservando le bellezze naturali che elevano la mente, nel combattere lo stress attraverso attività adatte e piacevoli.

Ippocrate lo comprese, identificando e



Colonne del tempio corinzio di Apollo II livello

trattando le cause fondamentali della malattia, considerando la persona come un tutto, utilizzando trattamenti individuali, ed educando a principi di vita sani e di prevenzione della salute.

Cosa rimane oggi di Ippocrate nella moderna pratica medica?

Come può essere complementare il suo pensiero a una tecnologia sempre più parcellarizzata e avanzata? I tanti

medici che hanno la curiosità di visitare l'Asclepion di Kos lo comprendono da soli, forse che Ippocrate, incarnazione del Dio Aesculapio ci ha dato in dono l'etica medica.

Queste sono alcune delle domande su cui vorremmo aprire un dibattito tra tutti i colleghi. Aspettiamo i vostri contributi e pubblicheremo i più interessanti. ■

Il Laboratorio di Responsabilità Sanitaria

Istituito dall'Università degli Studi di Milano è punto di riferimento per lo studio e l'elaborazione dei meccanismi e dei processi coinvolti nell'interpretazione e nella valutazione della Responsabilità professionale sanitaria

Umberto Genovese
Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Milano



La Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Milano da anni risulta un punto di convergenza del sapere medico e giuridico milanese in tema di responsabilità professionale. Dal Gennaio 2010 è stato istituito al suo interno il Laboratorio di Responsabilità Sanitaria. Questo Laboratorio altro non rappresenta che una organizzazione di tale attività, proponendosi come punto di riferimento per lo studio e l'elaborazione dei meccanismi e dei processi che risultano coinvolti nell'interpretazione e nella valutazione della Responsabilità professionale sanitaria. Come noto, si tratta di meccanismi e processi fondati da una parte su conoscenze ed esperienze medico-scientifiche e, dall'altra, su strumenti interpretativi e valutativi medico-legali, ma che si vorrebbero arricchire mediante una loro fattiva

interazione. Finora, infatti, l'opera di consulenza del Medico Legale è stata in gran parte svolta al "servizio" della Giustizia. È del 1799 l'affermazione del Foderè: "La Medicina Legale è la applicazione delle conoscenze mediche alla amministrazione della giustizia" e poco, in realtà, è cambiato da allora. Sembra pertanto arrivato il momento di andare oltre questa affermazione, completandola: il compito della Medicina Legale deve essere svolto anche all'interno della Sanità, mettendo a disposizione dei suoi Operatori contributi professionali e dottrinali, utili non soltanto ad una sintonizzazione con gli orientamenti valutativi della Giurisprudenza, ma anche al raggiungimento di traguardi qualitativi condivisi con il paziente. Il fine di questo Laboratorio, pertanto, è intraprendere una dialettica produttiva tra gli "addetti ai lavori", cercando di favorire una evoluzione degli schemi d'uso per la valutazione della Responsabilità professionale e non trascurando di occuparsi anche dei significati teorici di quest'ultima, così da mirare anche ad un rimodellamento critico-costruttivo

del fare e del sentire sanitario. In altre parole l'occuparsi di responsabilità professionale da parte del Laboratorio punta all'individuazione/elaborazione degli strumenti più idonei sia per valutare quanto fatto, sia per cercare di migliorare ciò che si deve fare. Come noto, l'attività di consulenza medico-legale fornisce un supporto tecnico sia ai singoli professionisti, sia alle Aziende Ospedaliere, consentendo a queste ultime, inoltre, di interfacciarsi in maniera mirata, oltre che con i soggetti esterni (cittadini, avvocati, magistrati, assicuratori), anche con le figure professionali interne all'organizzazione stessa, contribuendo così alla gestione del rischio clinico. In effetti, un'efficace attività di prevenzione, che passa attraverso una appropriata gestione del rischio ed una adeguata informazione/formazione del personale sanitario, consente di ridurre numero e costi dei sinistri e, conseguentemente, conduce ad un contenimento della spesa della copertura assicurativa (peraltro sempre più frequentemente limitata a quelle strutture che garantiscono una tutela interna di controllo e monitoraggio dei sinistri). È, d'altra parte, noto il

mercoledì 29 settembre 2010	La sperimentazione clinica: responsabilità e tutele assicurative per promotori e ricercatori
mercoledì 13 ottobre 2010	L'informazione e il consenso nel paziente competent e non competent
mercoledì 20 ottobre 2010	La contenzione dei malati: problemi e responsabilità
mercoledì 27 ottobre 2010	L'importanza di comunicare bene le cattive notizie
mercoledì 3 novembre 2010	Corso di formazione per consulenti tecnici non specialisti in medicina legale nei casi di colpa medica
mercoledì 17 novembre 2010	Segnalare o non segnalare? Obbligo di referto e denuncia di reato: dubbi interpretativi e soluzioni
mercoledì 24 novembre 2010	Comitati etici per la sperimentazione farmacologica: responsabilità e tutele assicurative
mercoledì 1 dicembre 2010	La prescrizione di farmaci off label: regole, rischi e responsabilità
mercoledì 12 gennaio 2011	L'esplosione dei test genetici: nuove responsabilità per il medico

forte senso di insicurezza percepito dai cittadini in ambito sanitario, il quale rappresenta uno degli elementi che ha condizionato una intolleranza nei confronti dell'errore sanitario, con conseguente incremento delle richieste di risarcimento.

A fronte di ciò si è particolarmente convinti che l'esigenza della adeguata "informazione" risulti una priorità non solo del paziente, ma anche di chi in concreto se ne prende cura, e che non infrequentemente si sente condizionato nelle sue scelte diagnostiche e terapeutiche più dal timore di incorrere in "guai" giudiziari, che dal perseguire ciò che "scienza e coscienza" gli consiglierebbero. Parimenti non trascurabile si ritiene sia la necessità di una aggiornata ed approfondita informazione anche degli "addetti ai lavori" non sanitari (avvocati, assicuratori; ..) riguardo a temi che necessariamente richiedono approfondimenti e aggiornamenti continui.

Inoltre, il Laboratorio si avvale di competenze non soltanto medico-legali, ma anche giuridiche e assicurative, potendo contare sulla collaborazione dei migliori esperti di

questi settori. Tra le diverse attività svolte risultano prioritarie quelle formative e di consulting service, anche se non sono da trascurare quelle di consulenza medico-legale in ambito civile e penale, che storicamente vengono prestate dai componenti della Sezione Dipartimentale a favore di Tribunale, Aziende Ospedaliere ed utenti privati. Certamente da sottolineare, però, è l'attività di studio e di "sperimentazione" che il Laboratorio sta eseguendo, oltre a quella di Formazione.

Nel primo semestre 2010 hanno avuto luogo eventi per intermediari assicurativi, risk manager e insurance manager, per avvocati e per professionisti della Sanità. Nel secondo semestre 2010 sono in programma diverse attività formative, tra le quali un convegno per gli Oculisti (8 ottobre, presso l'ospedale Militare di Milano), uno per gli Odontoiatri (19 ottobre, presso l'Istituto di Medicina Legale) e uno, in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Milano, per i Pediatri. Ma preme soprattutto segnalare il programma dei mercoledì del Laboratorio. In un momento in cui tutto appare incentrato sulla

standardizzazione, il Laboratorio di Responsabilità Sanitaria ha, infatti, ritenuto di andare controcorrente e di proporre una Formazione "sartoriale", "tagliata su misura" per i Professionisti della Sanità: una serie di stimolanti argomenti che si offrono come momento di aggiornamento, approfondimento e discussione riguardo a problematiche del fare sanitario e che risulteranno, inoltre, ulteriormente impreziositi dal contributo di Docenti esterni di rinomata competenza ed esperienza. Per completezza, si riportano in tabella sia gli argomenti degli incontri già realizzati, sia di quelli in programmazione. ■

Si conclude segnalando le iniziative del Laboratorio che verranno svolte nel 2011 con l'Ordine dei Medici di Milano: due convegni che verteranno sulla gestione del rischio clinico nell'attività dei MMG e sulla iperprescrizione ed un corso di formazione di due giornate sulla responsabilità professionale del MMG. Maggiori informazioni riguardo queste ed altre attività potranno essere visionate direttamente sul sito del Laboratorio: www.elleRS.unimi.it

Duno ricorda tre grandi medici

Pierluigi Altea

I nomi dei coniugi Piero e Lucille Corti e di Fabrizio Spaziani sulla lapide del Tempio Votivo dei Medici d'Italia rappresentano un monito per i medici e per la società



La benedizione. Al centro Don Marco insieme a Don Giuseppe - nella foto, sulla destra - e a Don Giovanni

Riposeranno per sempre anche nella memoria del Tempio Votivo dei Medici d'Italia di Duno, i coniugi **Piero e Lucille Corti**, medici fondatori del Lacor Hospital in Uganda, e **Fabrizio Spaziani**, medico del Suem 118 di Pieve di Cadore, caduto il 22 agosto del 2009 durante un'operazione di elisoccorso. Domenica 17 ottobre, in occasione della festa di San Luca, Patrono dei Medici, gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese, Milano e Belluno si sono

raccolti insieme nella chiesa del piccolo paese della Valcuvia per ricordare i loro colleghi scomparsi e scoprire la lapide su cui sono stati incisi i loro nomi. Un segno che resterà dunque indelebile nella storia di questo tempio, unico al mondo, costruito nel 1938 grazie all'impegno di Don Carlo Cambiano, vicario spirituale giunto a Duno nel 1899 dalla Diocesi di Torino, ma anche nell'anima di chi ha assistito alla santa messa celebrata da don Marco, assistente spirituale dell'Università dell'Insubria di Varese, che ha ricordato

le analogie tra il medico e il sacerdote, «entrambi dediti agli altri – ha detto – alla cura del corpo e dello spirito degli uomini». Alla cerimonia erano presenti, don Giovanni Bollini, attuale parroco e rettore del Tempio, don Giuseppe Merlini che lo ha preceduto in questo ruolo, il sindaco di Duno, l'ingegner Pietro Paglia, ma anche Dominique Corti, medico e figlia di Piero e Lucille, oggi a capo della Fondazione intitolata ai genitori, i familiari di Fabrizio Spaziani e i medici, perlopiù provenienti dal varesotto, ma non solo.

L'omaggio degli Ordini ai colleghi scomparsi

«Due medici che sono già passati alla storia, non per scoperte scientifiche, ma per avere rivalutato il fondamento della professione medica: l'umanità, la comprensione, la compassione del medico nel senso etimologico del termine. I coniugi Piero e Lucille Corti meriterebbero un posto di riguardo nel Santuario di Duno». Sono parole queste di **Ugo Garbarini**, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Milano, che circa un anno fa aveva manifestato il desiderio di vedere iscritti sulla lapide del santuario di Duno i nomi dei coniugi Corti. Questo giorno è arrivato. «È una giornata importante per tutti noi – ha sottolineato Garbarini – l'attività dei coniugi Corti è un esempio di vita, anche per i giovani a cui deve giungere un monito: la professione medica è sacrificio, ovunque la si eserciti, nei paesi lontani, ma anche nelle nostre città». Anche per Garbarini sono molte le analogie tra il medico e il sacerdote: «Ci prediamo cura del corpo dei nostri pazienti – dice – ma un po' anche della loro anima, del loro spirito. È questo il medico verso cui la medicina deve puntare. La speranza è che a partire proprio da questo luogo, dal Tempio Votivo dei Medici d'Italia, possa avvenire un rinnovamento spirituale della nostra professione. Vorrei che Duno divenisse il faro di una medicina umanizzata di cui oggi, apparentemente, sembra essersi persa la traccia».

Umberto Rossa, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Belluno, ha ricordato la missione del medico nella società: «È sempre stata e sarà sempre quella di

SENSO DI RESPONSABILITÀ E PERSEVERANZA



Dominique Corti

Il St. Mary's Hospital Lacor fu fondato nel 1959 dai Missionari Comboniani della Diocesi Cattolica di Gula. Con l'arrivo di Piero Corti e Lucille Teasdale nel 1961 l'ospedale ebbe nuovi impulsi. Oggi è una realtà complessa, una città nella città, sostenuta dalla Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus, di cui la loro figlia Dominique, medico, è presidente.

Dottorssa Corti, i suoi genitori riposano ora simbolicamente nel Tempio Votivo dei Medici d'Italia...

Sono felice ed onorata per questo. L'immagine dei miei genitori è ancora molto forte anche nell'ospedale. Lo scorso anno abbiamo festeggiato i 50 anni del Lacor e le persone del luogo hanno voluto rendere omaggio ai coniugi Corti e al dott. Matthew Lukwiya realizzando un dipinto che li ritrae insieme.

Tocca a lei oggi portare avanti il lavoro dei suoi genitori...

Sì, cerco di farlo con la loro stessa passione. In realtà io ho ricevuto tutto in un piatto d'argento. Sono nata e cresciuta in quell'ospedale. Ricordo che da bambina spesso facevo il giro per i reparti con mia madre. Sono diventata medico, anche se oggi mi occupo più dell'organizzazione che di medicina. Con un po' di rammarico, ma d'altronde in Africa bisogna imparare a fare ciò di cui c'è disperato bisogno, non quello che si desidererebbe fare.

Quanto è lontana l'Africa dalla nostra realtà?

Molto meno di un tempo, soprattutto nell'era della globalizzazione. Certo, i Paesi Occidentali dovrebbero guardare con più attenzione a quello che accade nel resto del mondo, dove l'accesso ai farmaci e alle cure è negato.

Cosa possiamo imparare dall'esperienza dei suoi genitori?

Il senso di responsabilità e la perseveranza, quella che hanno avuto nel condurre la loro vita, senza mai arrendersi di fronte alla fatica e alle difficoltà.

mettere le nostre conoscenze, la nostra sensibilità e umanità al servizio degli altri: Fabrizio Spaziani nell'esercizio della professione medica ha dato anche la vita. Al nostro onorato collega, ma anche alle persone che insieme a lui si sono sacrificate, va la nostra gratitudine e la riconoscenza». Anche **Roberto Stella**, presidente

dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Varese, da circa 20 anni impegnato a livello regionale e nazionale nella formazione dei giovani medici, ha salutato con commozione i colleghi scomparsi, lanciando però anche un messaggio di grande speranza per il futuro della professione medica. «Mi sono accorto in questi



La cerimonia. Il sindaco con la fascia, al suo fianco il dottor Rossa, Presidente Ordine di Belluno

IL TEMPIO DI DUNO, UN RICHIAMO PER I GIOVANI

Il 9 dicembre del 1937, Don Carlo Cambiano, Vicario spirituale a Duno, impiegando i propri risparmi e il denaro che riuscì a raccogliere scrivendo "a destra e a manca", diede inizio ai lavori che terminarono otto mesi dopo, quando il Vescovo consacrò la nuova chiesa dedicata alla madonna del Rosario e a S. Luca Evangelista, patrono dei medici. Il 3 settembre del 1938 il tempio fu elevato alla dignità di Santuario e don Carlo, nominato rettore. Nel maggio del 1940 terminarono i lavori di realizzazione anche del Sacramentarium accanto alla chiesa dove sono ricordati i medici defunti, seguiti dalle sigle P.P. o P.H.: morti caduti in guerra (Pro Patria) o nell'esercizio della professione (Pro Humanitate).

Lo scorso ottobre, alla cerimonia di benedizione della lapide che porta incisi, nel marmo del sacramentarium del Santuario, i nomi dei tre medici morti Pro Humanitate, c'erano anche Matteo Crugnola e Ilenia Compagnoni, entrambi di 19 anni, originari di Bodio Lomnago, un piccolo paese in provincia di Varese, iscritti, l'uno al primo anno del Corso di Laurea in Odontoiatria, l'altra al Corso di Laurea in Medicina presso l'Università degli studi dell'Insubria di Varese.

Ma cosa spinge un giovane studente ad avvicinarsi a questo luogo della memoria? «Volevamo esserci anche noi a rendere omaggio ai medici che ci hanno preceduto nella storia – dice Matteo – poter studiare la medicina e l'odontoiatria è un privilegio per il valore sociale che queste discipline possiedono». «La funzione del medico nella nostra società – aggiunge Ilenia – è molto importante. Ho scelto di studiare medicina perché ne ho sentito la vocazione, la stessa che ha spinto le persone ricordate in questo tempio a dedicare la loro vita a questa professione fondamentale per l'uomo. Come potrebbe esistere una società senza medici?».

UN'ASSOCIAZIONE CHE STA CRESCENDO

Il Centro per lo Studio e la Promozione delle Professioni Mediche, l'associazione culturale nata nel settembre del 2009 come propaggine laica del Tempio Votivo dei Medici d'Italia, il Santuario dedicato ai medici morti pro patria e pro humanitate, sta crescendo, anche grazie alle iniziative promosse dall'Associazione Medici Italiani Artisti che da sempre è vicina al santuario di Duno, avendolo impreziosito di molte opere. Sono numerosi anche i cimeli donati in questi ultimi mesi alla neonata associazione, fa sapere Giovanni Damia, medico e odontoiatra originario di Duno e co-fondatore del Centro che ultimata la ristrutturazione della sede, Villa Martina Malcotti, potrà finalmente aprire le porte al Museo delle professioni mediche. Per collaborare con il Centro per lo Studio e la Promozione delle Professioni Mediche è possibile rivolgersi a: Gaetana Rigo gaetana.rigo@alice.it (per la Medicina) e Luigi Paglia luigipaglia@hotmail.com (per l'Odontoiatria); per donazioni e altre informazioni, scrivere a Giovanni Damia g.damia@alice.it; per iscrizioni al Centro o informazioni sull'attività dell'associazione, contattare Francesca Boldrini bolcat71@libero.it.

CHI ERANO I CONIUGI CORTI

Piero Corti

Nasce a Besana Brianza, in provincia di Milano, nel 1925. Si laurea in Medicina con lode e, durante uno stage presso l'Hopital Sainte Justine di Montreal, conosce Lucille. Nell'aprile del 1961 parte per il Lacor su un vecchio aereo dell'aeronautica italiana con quintali di attrezzature ospedaliere, medicine e fondi raccolti tra i parenti e gli amici. Su quell'aereo c'è anche Lucille che ha accettato di aiutarlo ad avviare la chirurgia "per un mese o due". Nello stesso anno Piero e Lucille si sposano: resteranno al Lacor per tutta la vita. Oltre all'attività di medico, Piero assume l'incarico di dirigere l'Ospedale e di reperire i finanziamenti necessari. Dopo la morte di Lucille, prosegue il lavoro e i sogni di entrambi fino alla sua scomparsa, nel 2003. È sepolto al Lacor, assieme a Lucille e al caro amico dott. Matthew Lukwiya, morto di ebola nel 2000.

Lucille Teasdale

Nasce nel 1929 a Montreal (Canada), dove si laurea con lode nel 1955. Durante la specialità in chirurgia conosce Piero e, nel 1960, accetta il suo invito ad andare al Lacor. Qui, oltre ad operare come chirurgo, si occupa dell'ambulatorio adulti e dell'insegnamento ai medici italiani in tirocinio. Nel 1979, durante la guerra civile, il Lacor è l'unico ospedale funzionante per quasi 3 milioni di persone. Lucille è l'unico chirurgo in grado di svolgere interventi complessi e opera numerosi feriti di arma da fuoco. Durante questi interventi si taglia accidentalmente e ripetutamente con le schegge d'ossa dei feriti e si infetta con il virus HIV. Continua comunque a lavorare fino a pochi mesi prima della sua morte, nel 1996. È sepolta, assieme a Piero e a Matthew, nel "suo ospedale". Nel corso della sua vita ha eseguito oltre 13 mila operazioni maggiori e curato quattro generazioni di pazienti. Riconosciuta "Eroe Nazionale" nella sua patria natale, ha ottenuto numerosi riconoscimenti internazionali.

CHI ERA FABRIZIO SPAZIANI

Medico del Suem 118 di Pieve di Cadore, Fabrizio Spaziani era nato a Frosinone nel 1963. Alla fine degli anni '80 si era trasferito sulle Dolomiti, prima in Comelico e poi a Pieve, iniziando a lavorare nel Soccorso di urgenza ed emergenza medica. Specializzato in dermatologia, aveva conseguito una seconda specializzazione in anestesia-rianimazione che gli aveva permesso di conciliare il lavoro con la passione per la montagna. Sposato e con figlio, direttore della Scuola sanitaria del Cnsas, era stato il medico-alpinista a seguito della spedizione degli Scoiattoli di Cortina sul K2. In 22 agosto del 2009 nella tragedia in cui perse la vita, morirono anche Stefano da Forno, Dario De Felip e Marco Zago, gli altri componenti della squadra del Suem 118 di Pieve di Cadore.



Ugo Garbarini, Presidente Ordine di Milano



Roberto Stella, Presidente Ordine di Varese

anni – ha spiegato – di quanto sia forte la motivazione e la voglia di fare dei giovani, il loro desiderio di stare in mezzo alla gente, di aiutare le persone sofferenti». Proprio come hanno fatto

i medici i cui nomi sono iscritti nel Tempio Votivo di Duno. «Speriamo che da questo piccolo paese, da questo luogo – ha detto Stella – possa nascere un movimento di pensiero di grandi

dimensioni. Se ciascuno di noi porterà le emozioni che si provano in questo Santuario dedicato ai medici anche nella realtà in cui opera, sarà possibile realizzare grandi progetti per il futuro».

Per non dimenticare

Lorena Origo


A trent'anni dall'assassinio a opera delle Brigate Rosse, ricordiamo la figura di Luigi Marangoni, uomo, padre e professionista



Milano, 17 febbraio 1981.

Alle 8,20 del mattino Luigi Marangoni esce con l'auto dalla rampa del garage per recarsi al lavoro. Il commando è già lì in agguato. In quattro, armati di mitra e di lupara, bloccano subito l'auto e in tre sparano su di lui. Il bersaglio non è difficile poiché, nonostante le minacce ricevute, non è scortato. Il corpo del dottor Marangoni viene crivellato di colpi, così come l'auto. I terroristi fuggono, riescono ad allontanarsi e a far perdere le loro tracce nonostante un'auto della Questura con targa civile accorra richiamata dagli spari e il funzionario e il suo autista ingaggino uno scontro a fuoco.

La corsa al Policlinico sarà inutile...

 riginato dalle frange estreme del movimento antagonista di fine anni Sessanta, il partito armato diventa un soggetto attivo della politica italiana fra gli inizi degli anni Settanta e la metà degli Ottanta, momento in cui maturerà la sua definitiva sconfitta politica. Sono i cosiddetti “anni di piombo”, dove la violenza sistematica si impone determinando un clima drammatico, da guerra civile. È un periodo tragico per la Democrazia del nostro paese, durante il quale agguati e omicidi premeditati si sostituiscono al dibattito e alla normale dialettica

politica. Anche Milano – come Roma, Torino, Genova e tante altre città – paga il suo tributo a questo conflitto: nel gennaio del 1979 viene ucciso il magistrato Emilio Alessandrini da un commando di Prima Linea, la medesima organizzazione che programma l'omicidio, nel marzo del 1980, di un altro magistrato: Guido Galli; è il maggio dello stesso anno, il 1980, quando il giornalista Walter Tobagi muore in un attentato terroristico, questa volta a firma Brigata XXVIII marzo. A determinare invece la sorte di Luigi Marangoni saranno le Brigate Rosse, colonna

Walter Alasia, brigata Fabrizio Pelli. Luigi Marangoni si era trasferito al Policlinico dopo una prima esperienza professionale presso l'Ufficio di igiene di Como. Originario di Pavia, dove era nato nel 1938 e dove si era laureato in Medicina e Chirurgia, era – con i suoi 43 anni – uno dei più giovani direttori sanitari; si era fermamente opposto al clima di tensione che pervadeva l'ospedale anche attraverso provvedimenti disciplinari ed esposti alla magistratura. Marangoni – insieme ad alcuni capo-infermieri – aveva anche denunciato alcuni sospetti di “danneggiamenti volontari” che si

erano verificati al Policlinico (tre dei capo-infermieri vennero in seguito gambizzati). Dal primo dibattimento processuale non emerse chiaramente la dinamica dei fatti; nel corso del secondo, invece, dopo l'approvazione della legge sulla dissociazione, si giunse a una ricostruzione dell'accaduto più puntuale e venne accertato che il nome del direttore sanitario del Policlinico fu suggerito da una capo-infermiera che lavorava con lui. In seguito alle minacce anche per Luigi Marangoni inizia un periodo di solitudine e tensione – come accadde a tanti altri segnati dal suo stesso destino – caratterizzato da sospetti, percorsi variati per evitare tragitti troppo scontati. È un obiettivo facile, comodo: non ha scorta e inoltre vive in un quartiere, San Siro, caratterizzato da strade ampie e che presenta quindi facili vie di fuga. «Mio marito aveva ricevuto numerose minacce in seguito ai fatti accaduti al Policlinico. Ricordo che rimasi molto colpita un giorno – stavo andando a fare degli esami all'ospedale – vedendo delle scritte contro di lui sui muri» ci racconta la moglie, Vanna Marangoni. «Negli ultimi mesi aveva smesso, per precauzione, di accompagnare a scuola i ragazzi; la mattina quando usciva era sempre un momento di preoccupazione. Anche quel giorno ero alla finestra... ho sentito dei colpi,

ma era Carnevale e inizialmente ho pensato fossero dei botti. Poi mi sono accorta che la sua macchina era ferma all'uscita del box perché un'altra auto, una Ritmo bianca, gli ostruiva il passaggio. A quel punto ho capito cosa stava accadendo e mi sono precipitata fuori. Ho pensato – forse anche sperato – a un rapimento, ma quando ho aperto la portiera mi sono resa conto dell'accaduto. Mio marito era riverso sul sedile, coperto di vetri e aveva delle profonde ferite alla nuca. È morto un quarto d'ora dopo il ricovero in ospedale». Luigi Marangoni lasciava la moglie e due figli adolescenti: Francesca, che a quel tempo aveva 17 anni, e Matteo che di anni invece ne aveva 15. «Mia figlia Francesca ha seguito le orme del padre ed è medico; lavora al Policlinico, al Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti, nel padiglione dedicato proprio a Luigi: credo che lui ne sarebbe molto fiero – prosegue la signora. – La nostra famiglia è rimasta legata all'ospedale, ai colleghi e agli amici di mio marito. Ogni anno ci siamo ritrovati per ricordarlo insieme in commemorazioni private. Infatti, intorno a noi dopo il clamore iniziale era calato il silenzio, nessuna cerimonia ufficiale». Finalmente, a distanza di tanto tempo, con la legge n. 56 del maggio 2007 venne istituito il "Giorno della memoria", al fine di ricordare



tutte le vittime del terrorismo, interno e internazionale, e delle stragi di tale matrice. «Sono contenta che dopo anni e anni il sipario si sia alzato e ci sia attenzione nei nostri confronti – commenta Vanna Marangoni. – La sensibilità mostrata dal presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, che ci ha anche ricevuti a Roma, è di grande significato per noi familiari. È importante mantenere viva la memoria e non dimenticare aiuta anche a dare un senso a quanto è accaduto». Nel corso delle celebrazioni del 2010 lo spirito della cerimonia è stato richiamato dal presidente Napolitano con queste parole: «Oggi c'è più consapevolezza di cosa siano stati quegli anni e c'è il tentativo di costruire una storia comune. Si ravvedono anche segni positivi, presupposti per il superamento di una stagione lacerante e distruttiva come quella che caratterizzò il nostro paese in quel periodo». ■

Trent'anni di Odontoiatria

Valerio Brucoli

Dal passato uno sguardo al futuro

*P*er il mondo odontoiatrico, il 2010 è un anno particolare, come lo sono gli anni in cui coincidono anniversari importanti: mi riferisco ai trent'anni dall'istituzione del Corso di Laurea in Odontoiatria e ai cento anni di nascita degli Ordini dei Medici. Due avvenimenti che si intrecciano e descrivono bene nelle loro implicazioni, l'uno, un mondo medico che deve risolvere i problemi posti da una società in rapida evoluzione e, l'altro, la necessità di mantenersi aderenti ai propri valori. L'importanza di avere dei solidi valori di riferimento, il senso più profondo nel ricordare il centenario di un'istituzione nata a garanzia del Codice Deontologico, è evidente guardando alla storia medica dell'ultimo secolo: se sono eclatanti certi episodi della seconda guerra mondiale, non bisogna dimenticare una certa deriva economicista che negli ultimi decenni si è fatta particolarmente marcata. Il nesso comune è il tentativo di strumentalizzare un'arte che si riduce a fredda tecnica in assenza

dell'inscindibile binomio "scienza e coscienza".

È un principio, questo, che in qualche modo ha caratterizzato la storia dell'istituzione del Corso di Laurea in Odontoiatria in Italia e che ha ispirato la soluzione alle tante problematiche poste da una specialità medica che diventava professione autonoma. Un fatto un po' estraneo alla cultura italiana, che anticipava tutta una serie di novità in termini di nuovi profili e modelli organizzativi in sanità le cui risoluzioni, per contro, non sono sempre state ispirate agli stessi principi.

Che l'odontoiatria, in quanto professione autonoma, fosse espressione della cultura anglosassone è evidente, basti pensare che già nella prima metà dell'ottocento esisteva un corso di laurea negli Stati Uniti mentre da noi ci si è arrivati nel 1980 e solo dopo un lungo braccio di ferro con le autorità comunitarie. Il problema alla base era conciliare il modello ordinistico, nato per tutelare il diritto fondamentale della salute dagli interessi economici e che mette

al centro la cura della persona, con un modello basato sul libero mercato che mette al centro l'erogazione del servizio. Quest'ultimo tipo di modello cominciò a trovare un'applicazione pratica in sanità proprio negli anni ottanta.

Tensioni che, per quanto riguarda la nuova laurea, si tradussero in uno scontro tra una concezione di odontoiatria basata sul "pragmatismo tecnico" (e quindi sulla prestazione) ed una inserita nel solco della tradizione medica (centralità del paziente e del prendersene cura). Prevalse questa seconda visione e la legge n. 409 del 14 luglio 1985 (istitutiva della professione di odontoiatra) creò, in un unico ordinamento, un Albo degli Odontoiatri affiancato a quello dei Medici: nell'ambito degli Ordini dei Medici e della Federazione Nazionale vennero istituite le Commissioni per l'Albo degli Odontoiatri come Organi collegiali dotati di specifiche competenze istituzionali. Un processo completato da una successiva normativa che affermò la necessità



di iscrizione allo specifico Albo per esercitare l'odontoiatria.

Tutto ciò non ha però risolto il problema di un libero mercato che ha continuato ad espandersi senza limiti (si è dovuti arrivare alla odierna crisi per capire che delle regole ci vogliono): non è quindi casuale che i trent'anni di professione odontoiatrica siano coincisi con battaglie durissime come quella con l'Antitrust riguardo alla pubblicità (che per noi deve essere informazione), quella sui minimi tariffari (che per noi coincidono con il minimo qualitativo), quella sulle società di capitali (in cui la salute delle persone diventa elemento secondario). Sono solo alcune delle problematiche di una professione esercitata al 92% in regime libero-professionale e che somma le criticità di una professione intellettuale

a quelle di un'attività imprenditoriale, ma che è e vuole rimanere professione intellettuale.

Questioni affrontate nella riforma delle professioni attualmente in discussione, che dovrà dire a quali principi dovrà ispirarsi – per quanto ci riguarda – la sanità del futuro. Riforma a cui si associa quella degli Ordini, strumenti da aggiornare alla luce di una realtà che è mutata radicalmente negli anni e che vede i professionisti uniti, più che dalla stessa via di formazione, dalla modalità di esercizio della professione (se dipendenti, convenzionati o liberi professionisti). Una realtà che necessita di autonomie operative per essere affrontata adeguatamente, pur nell'affermazione di quell'identità comune rappresentata dal Codice Deontologico.

Ancora una volta è proprio il riconoscerci nel Codice Deontologico, il punto di riferimento di questi trent'anni, che risiede la speranza di un futuro basato non sugli ipermercati della salute, ma sull'auspicata umanizzazione del sistema.

Una umanizzazione che questi tre decenni hanno insegnato che non può essere demandata solo ad una legge, ma che deve essere scritta innanzi tutto nel cuore di chi cura le persone. Molto può fare la formazione universitaria (ed il passaggio da cinque a sei anni della durata del corso di laurea può essere l'occasione) se la si indirizza, oltre che alla crescita scientifica, anche a quella della coscienza.

Sarebbe il più bel modo per festeggiare questi trent'anni. ■

Linee guida AADR per la diagnosi e la terapia dei Disordini Temporo Mandibolari

Traduzione a cura dei componenti italiani della European Academy of Craniomandibular Disorders (EACD)

Domenico Viscuso, Massimiliano Di Giosia
 Centro del Dolore oro-facciale, Scuola di
 Specializzazione in Ortognatodonzia,
 Università di Cagliari. Direttore Prof. V. Piras.

Riportiamo le linee guida sulla diagnosi e terapia dei Disordini Temporo Mandibolari (TMD) suggerite dalla American Association of Dental Research (AADR).

Emergono tre elementi fondamentali:

1. La diagnosi è fondamentalmente clinica, in alcuni casi associata a tecniche di imaging delle ATM. Altri esami non sono riconosciuti efficaci.
2. Il trattamento deve basarsi su modalità non invasive e reversibili che devono comprendere la rieducazione comportamentale del paziente.
3. È fondamentale la gestione del dolore sia acuto che cronico dovuto ai TMD e degli altri disturbi algici spesso associati.

Auguriamo che anche in Italia le Scuole di Odontoiatria e le Associazioni Scientifiche adottino queste linee guida differenziandole da altre modalità di trattamento che non hanno consenso nella letteratura scientifica.

Linee guida AADR

La American Association of Dental Research (AADR) riconosce che i disturbi temporomandibolari (TMD) comprendono un gruppo di condizioni muscolo scheletriche e neuromuscolari che coinvolgono le articolazioni temporomandibolari (ATM), i muscoli masticatori e i relativi tessuti. I segni e i sintomi associati a questi disturbi sono vari e possono includere difficoltà nel masticare, nel parlare e in altre funzioni orofacciali. Sono anche spesso associati a dolore acuto o persistente e i pazienti spesso soffrono di altri disturbi algici (comorbidità). Le forme croniche di TMD possono portare ad assenza dal lavoro o peggioramento delle interazioni sociali con una riduzione complessiva della qualità della vita. Sulla base delle evidenze derivanti da studi clinici, sperimentali ed epidemiologici:

1. Si raccomanda che la diagnosi differenziale dei TMD o di condizioni algiche orofacciali correlate sia basata principalmente su informazioni ottenute dalla anamnesi del paziente, dall'esame clinico e, quando indicato, da tecniche di imaging delle ATM

appropriatamente selezionate. La scelta di procedure diagnostiche aggiuntive si deve basare su dati, pubblicati in riviste a controllo redazionale (peer-reviewed), comprovanti efficacia diagnostica e sicurezza. Tuttavia, circa le metodiche strumentali attualmente disponibili per la diagnosi di TMD, c'è consenso nella recente letteratura scientifica che, fatta eccezione per le varie modalità di imaging, nessuna di esse dimostri la sensibilità e specificità richieste per discriminare tra soggetti normali e pazienti TMD o in grado di distinguere tra sottogruppi di TMD. Attualmente, quando indicato, si possono impiegare anche nei pazienti affetti da TMD procedure diagnostiche mediche routinarie o esami di laboratorio utilizzati per valutare condizioni ortopediche, reumatologiche e neurologiche simili. Inoltre possono essere impiegati vari test psicometrici standardizzati e convalidati per valutare gli aspetti psicosociali connessi alla presenza di sintomi TMD in ciascun paziente.

2. Si raccomanda vivamente, se non vi sono specifiche e giustificabili indicazioni contrarie, che il



trattamento di pazienti TMD sia basato inizialmente sull'impiego di modalità terapeutiche conservative e reversibili, basate sull'evidenza scientifica. Studi sulla storia naturale di molti TMD suggeriscono che essi tendono a migliorare o risolversi nel tempo. Mentre nessuna terapia specifica si è rivelata universalmente efficace, molti trattamenti conservativi hanno dimostrato di essere almeno altrettanto efficaci nel fornire un sollievo sintomatico quanto modalità terapeutiche più invasive.

Dal momento che tali trattamenti non producono modificazioni irreversibili, essi presentano molti meno rischi di produrre danno. Le cure professionali devono essere rinforzate con un programma di assistenza a domicilio in cui i pazienti vengono istruiti sul loro disturbo e sul come gestire i propri sintomi.

Bibliografia

1) de Leeuw R, Klasser GD, Albuquerque RJ. *Are female patients with orofacial pain medically compromised?* J Am Dent Assoc

2005;136(4):459-68.

2) Diatchenko L, Nackley AG, Tchivileva IE, Shabalina SA, Maixner W. *Genetic architecture of human pain perception.* Trends Genet 2007;23(12):605-13.

3) Sessle BJ. Sensory and motor neurophysiology of the TMJ. In: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL, eds. *Temporomandibular Disorders: An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment.* Chicago: Quintessence; 2006. p. 69-88.

4) Reissmann DR, John MT, Schierz O, Wassell RW. *Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses.* J Dent 2007 Aug;35(8):643-50.

5) Klasser GD, Okeson JP. *The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders.* J Am Dent Assoc. 2006;137(6):763-71.

6) Suvinen TI, Kempainen P. *Review of clinical EMG studies related to muscle and occlusal factors in healthy and TMD subjects.* J Oral Rehabil 2007;34(9):631-44.

7) Greene CS. *The Role of Technology in TMD Diagnosis.* In Laskin DM, Greene CS, Hylander WL (Eds). *TMDs – An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment.* Chicago, Quintessence Publishing Co, 2006, pp 193-202.

8) Greene CS, Laskin DM.

Temporomandibular disorders: moving from a dentally based to a medically based model. J Dent Res 2000;79(10):1736-9.

9) Truelove E. *Role of oral medicine in the teaching of temporomandibular disorders and orofacial pain.* J Orofac Pain 2002;16(3):185-90.

10) Dworkin SF, Massoth DL. *Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness?* J Prosthet Dent 1994;72(1):29-38.

11) Carlson CR. *Psychological considerations for chronic orofacial pain.* Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008;20(2):185-95.

12) Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. *A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains.* J Orofac Pain 2002;16(4):277-83.

13) *American Academy of Orofacial Pain. Temporomandibular Disorders.* In: de Leeuw R, ed. *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management.* Chicago: Quintessence; 2008.

14) Stohler CS, Zarb GA. *On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high-prudence therapeutic approach.* J Orofac Pain 1999;13(4):255-61.

15) Friction J. *Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations.* Dent Clin North Am 2007;51(1):61-83.

16) Okeson JP. *Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations.* Dent Clin North Am 2007;51(1):85-103.

17) Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. *Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders.* J Orofac Pain 2001;15(1):47-55.

18) Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, Mancl L, Turner J, Massoth D, LeResche L, Truelove E. *A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program.* J Orofac Pain 2002;16(1):48-63.

(AADR, adopted 1996, revised 2010)

Iscrizione agli eventi ECM dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Milano

L'iscrizione ai Corsi ECM organizzati dall'Ordine dei Medici di Milano può essere effettuata via e-mail all'indirizzo **corsi@omceomi.it** inserendo nella mail tutti i dati richiesti nella scheda sotto riportata.

N.B. Si specifica che l'adozione di tale modalità comporta l'implicita autorizzazione da parte dell'Ordine al trattamento dei dati ivi inseriti e che tali dati potranno essere cancellati o rettificati a Vostra richiesta ex art. 7 D. Lgs. 196/2003.

Le dichiarazioni di seguito rese sono autocertificazioni e come tali assoggettate al D.P.R.

445/2000 e alle sanzioni ivi previste. Qualora il medico non avesse indirizzo e-mail potrà inviare la scheda di seguito riportata tramite fax al n. 031/990453.

Si prega di scrivere in maniera chiara e leggibile e di compilare la scheda in tutte le sue parti in quanto tutti i dati devono essere trasmessi al Ministero della Salute.

Nome/Cognome.....

Luogo e data di nascita.....

Iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di.....

Albo Medici

Albo Odontoiatri

Residente a.....

Indirizzo.....

CAP.....Città.....

Prov.....Cell.....Tel.....

e-mail.....Codice fiscale.....

1 Il rifiuto del corpo nella clinica dell'anoressia e della bulimia: teoria e pratica della cura

Sabato 15 gennaio 2011 – ore 8.30-13.30

Sabato 22 gennaio 2011 – ore 9.00-13.30

2 Mediazione in sanità: una risorsa?

Sabato 5 febbraio 2011 – ore 8.30-13.30

3 Giornate Epatologiche Milanesi

Sabato 12 febbraio 2011 – ore 8.30-13.00

Sabato 5 marzo 2011 – ore 9.00-13.00

Sabato 19 marzo 2011 – ore 9.00-14.15

4 Osteoporosi secondarie e osteoporosi complesse

Sabato 19 febbraio 2011 – ore 8.30-13.15

5 Tumore della vescica ed ematuria: diagnosi precoce e One Stop Clinic

Sabato 26 febbraio 2011 – ore 8.30-13.30

6 Iperparatiroidismo primitivo: cosa è cambiato nell'iter diagnostico-terapeutico in questi anni?

Sabato 26 marzo 2011 – ore 8.30-13.45

Consenso al trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione in tutte le sue parti, compreso il codice fiscale, indispensabile al fine di ottenere l'attribuzione dei crediti formativi.

Accetto

Non accetto

Firma.....

L'accettazione al consenso del trattamento dei dati è fondamentale ai fini dell'iscrizione.

INFORMAZIONI GENERALI

- L'iscrizione al Corso è gratuita e verrà data la precedenza agli iscritti all'Ordine di Milano.
- Il Corso è in fase di accreditamento presso il Ministero della Salute: verrà rilasciato un attestato di partecipazione con crediti formativi attribuiti dalla Commissione ECM.
- L'attestato verrà rilasciato solo a coloro che parteciperanno all'intera durata dei lavori e compileranno le schede di valutazione e di verifica.

1

Il rifiuto del corpo nella clinica dell'anoressia e della bulimia: teoria e pratica della cura

Sabato 15 gennaio 2011-ore 8.30-13.30

Sabato 22 gennaio 2011-ore 9.00-13.30

Auditorium Don Alberione – Periodici San Paolo – Via Giotto 36 – Milano

Le due giornate di studio dal titolo *Il rifiuto del corpo nella clinica dell'anoressia e della bulimia: teoria e pratica della cura* intendono proporre un nuovo approccio di lavoro al tema che vede l'applicazione della teoria e della pratica psichiatrica, psicoterapeutica e psicoanalitica ai disturbi dell'alimentazione più noti e diffusi epidemicamente nelle fasce adolescenziali e nei giovani adulti. Il medico di base è la figura a cui spesso è rivolta una prima osservazione del sintomo, una richiesta di aiuto e di orientamento da parte del paziente e della sua famiglia. Tuttavia frequentemente anoressia e bulimia sono correlate nell'adolescenza a disturbi di personalità e spesso l'approccio medico esclusivo al problema del corpo e della sua sofferenza non è sufficiente. Queste giornate di studio, rivolte essenzialmente ai medici di base, nascono quindi con l'obiettivo di promuovere un orientamento integrato alla cura che possa coniugare il linguaggio prettamente medico con quello psichiatrico e psicoterapeutico, nell'ottica di aprire un dialogo fecondo e informativo in piena corrispondenza alla gravità di queste patologie.

SABATO 15 GENNAIO 2011

PROGRAMMA

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>
9.00-10.30	<p style="text-align: center;">Adolescenza e rifiuto del corpo Coordinatore Dott.ssa Rosaria Landoni Specialista in Pediatria e in Medicina e Psicologia dell'Adolescenza</p> <p>Dott. Francesco Giglio Psicoterapeuta e Psicoanalista – Jonas Onlus Milano Docente IRPA – Membro analista ALI <i>Corpo, adolescenza e anoressia</i></p> <p>Dott.ssa Paola Gualandi Psicoterapeuta – Responsabile del Centro per i Disturbi Alimentari Ospedale Sant'Orsola-Malpighi – Bologna <i>L'esordio dei DCA nell'età evolutiva</i> <i>L'approccio con la paziente</i></p>
10.30-11.00	<i>Intervallo</i>
11.00-12.30	<p style="text-align: center;">Diagnosi differenziale dell'anoressia-bulimia Coordinatore Dott.ssa Donatella Zoia Specialista in Tossicologia Medica e Anatomia Patologica</p> <p>Dott. Massimo Recalcati Psicoterapeuta e Psicoanalista – Fondatore Jonas Onlus Milano Direttore IRPA – Membro analista ALI <i>Nevrosi e psicosi nella clinica dell'anoressia-bulimia</i> <i>La direzione della cura</i></p> <p>Dott.ssa Chiara Oggionni Psichiatra, Psicoterapeuta e Psicoanalista – Jonas Onlus Milano Docente IRPA – Membro analista ALI <i>I criteri diagnostici del DSM: limiti e criticità</i></p>
12.30-13.00	<i>Compilazione schede di valutazione e di verifica</i>

SABATO 22 GENNAIO 2011

PROGRAMMA

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>
9.00-10.30	<p style="text-align: center;">Il corpo dal simbolo alla lesione Coordinatore Dott.ssa Maria Cristina Campanini Specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p> <p>Dott. Amelia Barbui Psicoterapeuta e Psicoanalista – Docente IRPA <i>Dai fenomeni di conversione ai fenomeni di somatizzazione</i></p> <p>Dott. Angelo Villa Psicoterapeuta e Psicoanalista Docente IRPA – Membro analista ALI <i>Attacchi al corpo e passaggi all'atto nell'anoressia-bulimia</i></p>
10.30-11.00	<i>Intervallo</i>
11.00-12.30	<p style="text-align: center;">Le pratiche della cura Coordinatore Dott.ssa Monica Farinelli Psicoterapeuta – Jonas Onlus Milano Docente - Tutor IRPA – Membro ALI</p> <p>Dott. Uberto Zuccardi Merli Psicologo – Jonas Onlus Milano Responsabile del Centro Gianburrasca di Jonas Onlus Milano Docente IRPA <i>La conduzione della cura e il dispositivo del piccolo gruppo monosintomatico</i></p> <p>Dott. Michele Rugo Psichiatra – Responsabile del Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare Villa Miralago – Cuasso al Monte (Varese) Docente - Tutor IRPA – Membro ALI <i>Il trattamento dei casi gravi in istituzione e il rapporto con i familiari</i></p>
12.30-13.00	<i>Compilazione schede di valutazione e di verifica</i>

n. 150 posti disponibili - Accreditato per Medico Chirurgo

PER OTTENERE I CREDITI ECM È NECESSARIO PARTECIPARE AD ENTRAMBE LE GIORNATE

2

Mediazione in sanità: una risorsa?

Sabato 5 febbraio 2011 – ore 8.30-13.30

Auditorium Don Alberione – Periodici San Paolo
Via Giotto 36 – Milano**Moderatore**
Avv. Enrico Pennasilico**PROGRAMMA**

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>	11.00-12.00	
9.00-9.15	Dott. Ugo Garbarini Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano Avv. Paolo Giuggioli Presidente Ordine degli Avvocati di Milano <i>Saluti delle Autorità</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Avv. Nicoletta Bosio Avvocato esperto in materia medico sanitaria Consigliere dell'O.C.F. dell'Ordine degli Avvocati di Milano • Avv. Gigliola Pirotta Avvocato esperto in materia medico sanitaria Membro dell'A.G.I. (Avvocati Giuslavoristi Italiani) • Dott. Roberto Carlo Rossi Vice Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano • Dott. Valerio Brucoli Presidente Commissione Albo Odontoiatri – Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano Mediazione e giudizio: due sistemi a confronto Analisi di alcuni casi (Libera Professione, Odontoiatria e Medicina Generale)
9.15-9.45	Avv. Paola Ventura Avvocato Conciliatore Responsabile Formazione di Mediatori per la Fondazione Forense Presidente dell'Associazione Progetto Conciliamo La mediazione introdotta con il D. Lgs. n. 28/2010: inquadramento generale e caratteristiche tecniche		
9.45-10.15	Prof. Avv. Ilaria Pagni Professore Ordinario di Diritto Processuale Civile Università degli Studi di Firenze Esperienze nazionali a confronto: linee guida per lo sviluppo di un modello conforme su base nazionale	12.00-12.20	Dott. Attilio Steffano Consulente assicurativo Il ruolo delle assicurazioni nella mediazione
10.15-10.45	Prof. Riccardo Zoja Professore Ordinario di Medicina Legale – Istituto di Medicina Legale Università degli Studi di Milano La funzione del medico nella mediazione	12.20-12.30	Avv. Enrico Pennasilico Presentazione convenzione tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano e Ordine degli Avvocati di Milano
10.45-11.00	<i>Intervallo</i>	12.30-13.00	<i>Discussione</i>
		13.00-13.30	<i>Compilazione schede di valutazione e di verifica</i>

n. 200 posti disponibili - Accreditato per Medico Chirurgo e Odontoiatra

Giornate Epatologiche Milanesi**Sabato 12 febbraio 2011 – ore 8.30-13.00****Sabato 5 marzo 2011 – ore 9.00-13.00****Sabato 19 marzo 2011 – ore 9.00-14.15**

Auditorium Don Alberione – Periodici San Paolo - Via Giotto 36 – Milano

SABATO 12 FEBBRAIO 2011 – ORE 8.30-13.00**L'infezione da HBV****Moderatore****Prof. Gianpiero Benetti**Primario – S. C. di Medicina Interna f.r.
A. O. Ospedale di Circolo di Melegnano**PROGRAMMA**

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>
9.00-9.30	Prof. Alessandro Zanetti Professore Ordinario di Igiene – Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Milano <i>Impatto della vaccinazione contro l'epatite B a 20 anni dalla sua introduzione</i>
10.15-10.30	<i>Discussione</i>
9.45-10.15	Dott. Guido Colloredo Direttore – S. C. di Medicina e Centro di Epatologia Ospedale San Pietro – Bergamo <i>Diagnostica dell'epatite virale cronica B</i>
10.15-10.30	<i>Discussione</i>
10.30-11.00	Dott. Giorgio Bellati Direttore – S. C. di Medicina Ospedale Sant'Anna – Como <i>Storia naturale dell'infezione da HBV</i>
11.00-11.15	<i>Discussione</i>
11.15-11.30	<i>Intervallo</i>
11.30-12.00	Dott. Giovan Battista Pinzello Direttore – S. C. di Epatologia e Gastroenterologia A. O. Niguarda Ca' Granda – Milano <i>Gestione clinica del paziente con epatite virale B: casi clinici</i>
12.00-12.15	<i>Discussione</i>
12.15-12.45	Dott. Pietro Lampertico Ricercatore U. O. di Gastroenterologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano <i>Terapia pratica sul campo</i>
12.45-13.00	<i>Discussione</i>

SABATO 5 MARZO 2011 – ORE 9.00-13.00

L'infezione da HCV

Moderatore

Prof. Mauro Podda

Direttore – Dipartimento di Medicina
Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (Milano)

PROGRAMMA

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>
9.00-9.30	Dott. Dario Conte Direttore Cattedra di Gastroenterologia – Università degli Studi di Milano Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano <i>Epidemiologia e diagnosi</i>
9.30 - 9.45	<i>Discussione</i>
9.45 -10.15	Dott. Ruggero Merlini Dirigente Medico – S. C. di Medicina Interna A. O. Ospedale di Circolo di Melegnano <i>Gestione clinica del paziente con infezione cronica da HCV</i>
10.15 -10.30	<i>Discussione</i>
10.30-11.00	Prof.ssa Silvia Fargion Professore Ordinario di Medicina Interna – Università degli Studi di Milano Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano <i>Epatosteatosi, steatoepatite e infezione da HCV</i>
11.00-11.15	<i>Discussione</i>
11.15-11.30	<i>Intervallo</i>
11.30-12.00	Prof. Gianpiero Benetti <i>Alterazione degli enzimi epatici nelle malattie extraepatiche</i>
12.00-12.15	<i>Discussione</i>
12.45-12.45	Dott. Savino Bruno Direttore – S. C. di Medicina ed Epatologia A. O. Fatebenefratelli – Milano <i>Terapia pratica sul campo</i>
12.45-13.00	<i>Discussione</i>

SABATO 19 MARZO 2011 – ORE 9.00-14.15

La cirrosi epatica e le sue complicanze**Prof. Gianpiero Benetti**Primario – S. C. di Medicina Interna f.r.
A. O. Ospedale di Circolo di Melegnano**PROGRAMMA**

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>		
9.00-9.30	Dott. Giuseppe Riccardo Centenaro Dirigente Medico – S. C. di Medicina Interna A. O. Ospedale di Circolo di Melegnano <i>Inquadramento della cirrosi</i>	11.30-12.00	Prof. Roberto De Franchis Direttore Div. di Gastroenterologia A. O. Luigi Sacco – Milano <i>Ipertensione portale e sanguinamento gastroenterico</i>
9.30 - 9.45	<i>Discussione</i>	12.00-12.15	<i>Discussione</i>
9.45-10.15	Dott. Luigi Roffi Direttore – S. C. di Medicina e Direttore Medico A. O. Istituti Clinici di Perfezionamento <i>La gestione del paziente con ascite</i>	12.15-12.45	Dott. Angelo Sangiovanni Dirigente Medico – U. O. di Gastroenterologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano <i>Gestione clinica del paziente con cirrosi</i>
10.15-10.30	<i>Discussione</i>	12.45-13.00	<i>Intervallo</i>
11.00-11.15	Prof. Francesco Salerno Professore Ordinario di Medicina Interna Università degli Studi di Milano IRCCS Policlinico San Donato <i>La peritonite batterica spontanea</i>	13.00-13.30	Prof. Massimo Colombo Dirigente Medico – U. O. di Gastroenterologia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano <i>Attuali linee guida nella gestione del paziente con HCC</i>
11.00-11.15	<i>Discussione</i>	13.30-13.45	<i>Discussione</i>
11.15-11.30	<i>Intervallo</i>	13.45-14.15	<i>Compilazione schede di valutazione e di verifica</i>

**n. 150 posti disponibili - Accreditato per Medico Chirurgo
PER OTTENERE I CREDITI ECM È NECESSARIO PARTECIPARE
A TUTTE E TRE LE GIORNATE EPATOLOGICHE MILANESI**

4

Osteoporosi secondarie e osteoporosi complesse**Sabato 19 febbraio 2011 – ore 8.30-13.15**

Auditorium Don Alberione – Periodici San Paolo – Via Giotto 36 – Milano

Coordinatore**Dott.ssa Maria Luisa Bianchi**

Centro Malattie Metaboliche Ossee - IRCCS Istituto Auxologico Italiano – Milano

PROGRAMMA8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*9.00-9.15 **Dott.ssa Maria Luisa Bianchi**
*Presentazione del Convegno***Moderatori****Dott. Luigi Sinigaglia**

Divisione di Reumatologia – Istituto Gaetano Pini – Milano

Dott. Sergio OrtolaniCentro Malattie Metaboliche Ossee
IRCCS Istituto Auxologico Italiano – Milano9.15-9.45 **Dott.ssa Silvia Vai**
Centro Malattie Metaboliche Ossee
IRCCS Istituto Auxologico Italiano – Milano
*Osteoporosi, ipertiroidismo, iperparatiroidismo*9.45-10.15 **Dott.ssa Maria Teresa Bardella**
Centro Prevenzione e Diagnosi Malattia Celiaca
Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico – Milano
*Osteoporosi e malattie infiammatorie intestinali (dal Crohn alla celiachia)*10.15-10.45 **Dott.ssa Maria Luisa Bianchi**
*Osteoporosi nei bambini e nei giovani*10.45-11.15 *Intervallo***Moderatori****Dott.ssa Maria Teresa Bardella****Dott.ssa Maria Luisa Bianchi**11.15-11.45 **Dott. Luigi Sinigaglia**
*Osteoporosi, artrite reumatoide e LES*11.45 – 12.15 **Dott. Roberto Cherubini**
Centro Malattie Metaboliche Ossee
IRCCS Istituto Auxologico Italiano – Milano
*Osteoporosi e terapie oncologiche*12.15-12.45 **Dott. Sergio Ortolani**
Osteoporosi: strategie terapeutiche nei non-responders

12.45-13.15 Compilazione schede di valutazione e di verifica

n. 150 posti disponibili - Accreditato per Medico Chirurgo

5

Tumore della vescica ed ematuria: diagnosi precoce e One Stop Clinic**Sabato 26 febbraio 2011 – ore 8.30-13.30**

Auditorium Don Alberione – Periodici San Paolo

Via Giotto 36 – Milano

Coordinatore**Prof. Luca Carmignani**Direttore Div. Universitaria di Urologia – IRCCS Policlinico San Donato
Ricercatore Università degli Studi di Milano**PROGRAMMA**

8.30-9.00	<i>Registrazione Partecipanti</i>
9.00-10.00	Dott. Giorgio Bozzini Dirigente Medico – Div. Universitaria di Urologia IRCCS Policlinico San Donato <i>Epidemiologia e prevenzione primaria del carcinoma vescicale</i> • <i>Incidenza, prevalenza e mortalità da TCC vescicale</i> • <i>Storia naturale del TCC vescicale</i> • <i>Prevenzione primaria: alimentazione ed educazione comportamentale</i>
10.00-11.00	Dott. Robert Stubinski Dirigente Medico – Div. Universitaria di Urologia IRCCS Policlinico San Donato <i>L'approccio al paziente con ematuria, quali esami e quando</i> • <i>Le indagini di primo livello</i> • <i>La cistoscopia</i> • <i>Opzioni terapeutiche</i>
11.00-11.20	<i>Intervallo</i>
11.20-12.00	Dott. Stefano Casellato Dirigente Medico – Div. Universitaria di Urologia IRCCS Policlinico San Donato <i>One Stop Clinic</i> • <i>Come si struttura la One Stop Clinic</i> • <i>Quali gli obiettivi</i>
12.00-12.40	Prof. Luca Carmignani <i>Take Home message</i> • <i>Ca vescicale: una patologia sottostimata?</i> • <i>Pochi accorgimenti che aiutano il paziente</i>
12.40-13.00	<i>Conclusioni</i>
13.00-13.30	<i>Compilazione schede di valutazione e di verifica</i>

n. 150 posti disponibili - Accreditato per Medico Chirurgo

6

Iperparatiroidismo primitivo: cosa è cambiato nell'iter diagnostico-terapeutico in questi anni?

Sabato 26 marzo 2011 – ore 8.30-13.45

Auditorium Don Alberione – Periodici San Paolo

Via Giotto 36 – Milano

Moderatore

Prof.ssa Amelia Bastagli

Direttore Chirurgia III – A. O. San Paolo – Milano

Coordinatore

Dott.ssa Loredana De Pasquale

Dirigente Medico – Chirurgia III – A. O. San Paolo – Milano

PROGRAMMA

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.30 **L'Endocrinologo: Dott.ssa Anna Masu**
Dirigente Medico – U. O. di Medicina II – A. O. San Paolo – Milano
Epidemiologia, diagnosi e indicazioni terapeutiche secondo le linee guida
- 9.30-10.00 **Il Nefrologo: Dott. Mario Cozzolino**
Ricercatore – U. O. di Nefrologia e Dialisi – A. O. San Paolo
Università degli Studi di Milano
“Falsi iperparatiroidismi”: diagnosi differenziale
Terapia medica dell'iperparatiroidismo primitivo: quando e quale?
- 10.00-10.30 **L'Ortopedico: Prof. Luca Pietrogrande**
Direttore U. O. di Ortopedia e Traumatologia – A. O. San Paolo – Milano
Dalla patologia ossea alla diagnosi di iperparatiroidismo primitivo
- 10.30-11.00 **Dott. Giuseppe Pompili**
Dirigente Medico – U. O. di Radiologia – A. O. San Paolo – Milano
Il ruolo del Radiologo
- 11.00-11.30 **Dott. Luca Tagliabue**
Dirigente Medico – U. O. di Radiologia – A. O. San Paolo – Milano
Il ruolo del Medico Nucleare
- 11.30-11.45 *Intervallo*
- 11.45-12.15 **Prof.ssa Amelia Bastagli**
La chirurgia tradizionale
- 12.15-12.45 **Dott.ssa Loredana De Pasquale**
La chirurgia mini-invasiva
- 12.45-13.15 **Dott.ssa Alessandra Barassi**
Ricercatore U. O. di Medicina di Laboratorio – A. O. San Paolo
Università degli Studi di Milano
Il PTH intra-operatorio
- 13.15-13.45 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

n. 150 posti disponibili - Accreditato per Medico Chirurgo



ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI

20123 MILANO - Via Lanzzone, 31

Solo ora faccio seguito al mio articolo apparso sul Bollettino 2/2010, infatti i molti impegni che mi hanno tenuto occupata negli scorsi mesi mi hanno impedito di aggiornare il calendario delle attività della nostra Associazione. Devo comunicare in questa occasione che due carissime amiche, Luccia e Irene, ci hanno lasciato; si è creato un grande vuoto nell'AMMI. La loro presenza nell'ambito dell'Associazione è stata veramente significativa, di grande valore umano e morale. Un'amica ha rappresentato l'AMMI in qualità di presidente della Sezione di Milano. Ricordo con piacere la prima volta che mi sono presentata all'AMMI; lei era presidente: mi ha accolto con grande entusiasmo e affetto, dimostrandomi un'umanità eccezionale e un calore che mi hanno riscaldato il cuore. L'altra amica ha collaborato come consigliera svolgendo questo incarico con impegno e capacità. Queste due amiche ci mancheranno moltissimo e comunque saranno sempre nei nostri cuori. Nello scorso mese di maggio si è tenuto a Palermo il XVI Congresso Nazionale 2010 e in tale occasione è stato scelto il Tema Nazionale dal titolo: "Curiamo l'Ambiente per curare la Salute". La scelta di questo argomento è molto importante in quanto è di grande attualità l'attenzione a ciò che ci circonda: "L'Ambiente". La nostra Associazione ha il compito di sensibilizzare l'opinione pubblica a rispettare la Natura e l'Ambiente e, considerando l'importanza del Tema, noi abbiamo dedicato una "Tavola Rotonda" presso l'Ordine dei Medici il 18 ottobre, giorno di San Luca (Patrono dei Medici). La "Tavola Rotonda", presieduta dal presidente dell'Ordine dott. Ugo Garbarini, è stata una manifestazione molto importante. Hanno partecipato relatori molto qualificati che hanno trattato l'argomento con grande competenza; la presenza di C. Pratesi in rappresentanza del FAI ci ha fatto molto piacere poiché ci ha aggiornato sulla situazione attuale, e sull'importanza della cura dell'Ambiente. Ancora nel mese di maggio a Mantova (Città dove è stata fondata la prima sezione AMMI) è stato celebrato il quarantesimo anniversario della nostra associazione. Sono intervenute le Ammine da tutta Italia che hanno festeggiato in allegria questo traguardo raggiunto; oggi le sezioni AMMI sono ben 73. La nostra Associazione è stata scelta dalla F.I.R.M.O. per un simposio sull'Osteoporosi, altro argomento molto importante che deve essere preso in seria considerazione per le conseguenze che tale patologia comporta. Si è quindi parlato della grande importanza della prevenzione soprattutto nel campo femminile, dato che sono le donne le persone a maggior rischio. Saranno svolte altre conferenze di natura medica, con particolare accento sulla prevenzione e sull'informazione relativa alle nuove terapie che i vari medici ricercatori stanno studiando. Le altre attività della nostra Associazione riguardano le visite a mostre d'arte, come l'importante manifestazione relativa alle opere del pittore catalano "Salvador Dalì - Il sogno si avvicina", mostra che si svolge a Milano fino al 30 gennaio 2011. Non mancheranno le gite culturali che si svolgeranno in Italia e all'estero. Queste nostre attività sono solitamente seguite con assiduità dalle nostre vecchie socie che ci gratificano sempre con la loro presenza. Sollecitiamo le giovani mogli di medici a partecipare alle nostre attività culturali, cercando di dedicare alla nostra Associazione un po' del loro prezioso tempo. Sappiamo che le giovani sono molto occupate con la loro professione e con gli impegni familiari, però la loro iscrizione porterebbe nuova linfa e nuovo entusiasmo. La loro giovane età e la loro fresca esperienza gioverebbe anche a noi, portando una ventata di novità utile a tutte noi. Ringrazio anticipatamente coloro che vorranno iscriversi, saranno accolte con affetto. La presidente AMMI Sezione di Milano

Alba Maspero

MEDICI ALLA RIBALTA

*Cantare, suonare, recitare, imitare...
è il vostro sogno?*

Questa è la vostra occasione!

I colleghi disposti a salire sul palcoscenico, desiderosi di esibirsi a buon livello, contattino per le prove il dott. Franco Mantovani (tel.347 3615283 e-mail mantovanifranco@yahoo.it).

Sarà successivamente comunicata la data della manifestazione che si terrà presso il Circolo Volta di Via Giusti a Milano, che si ringrazia per la disponibilità, la nuova edizione di "Medici alla ribalta".

AVVISO

ASSEMBLEA ORDINARIA

L'Assemblea Ordinaria degli iscritti all'Ordine si terrà martedì 14 dicembre 2010 alle ore 20,30 in prima convocazione, presso la sede dell'Ordine – via Lanzzone 31, Milano – e in seconda convocazione

Mercoledì 15 dicembre 2010 alle ore 21,00

presso la Sala Congressi dell'Unione Commercianti - C.so Venezia, 49 - Milano

con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- **Relazione del Presidente** •
- **Approvazione conto consuntivo 2009** •
- **Assestamento bilancio preventivo 2010** •
- **Bilancio di previsione 2011** •

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione con l'intervento di almeno il 25% degli iscritti e che ogni iscritto può essere investito da non più di due deleghe, che devono essere apposte in calce all'avviso di convocazione dell'iscritto delegante. La seconda convocazione è valida, trascorso un giorno dalla prima, qualunque sia il numero degli intervenuti, purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio (art. 24, comma 3, D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221).

Il conto consuntivo 2009, il bilancio preventivo 2010 assestato e il bilancio preventivo 2011 sono consultabili nell'home page del sito dell'Ordine www.omceomi.it.



ANZIANI E DISABILITÀ

Dal rapporto della non autosufficienza, presentato dal Ministro del lavoro Maurizio Sacconi e dal Ministro della salute Ferruccio Fazio, emerge che in Italia ci sono almeno 2,6 milioni di persone (pari al 4,8% del totale della popolazione) non autosufficienti, di cui due milioni sono anziani.

Inoltre, col progressivo invecchiamento della popolazione, il rapporto tra chi può dare cure (al primo posto i familiari) e i non autosufficienti dall'attuale 18,5 potrebbe scendere nel tempo a un terzo e forse meno.

Come è ben noto, la disabilità cresce con l'età: dai 70 ai 74 anni è pari al 9,7%, dai 75 ai 79 anni quasi raddoppia (17,8%) e raggiunge il 44,5% all'ottavo decennio.

All'aumento della disabilità con l'aumento dell'età anagrafica ecco, dunque, evidenziarsi anche una preoccupante impossibilità assistenziale dei familiari in una realtà sociale altamente carente di strutture pubbliche.

Di fronte a un sociale pubblico carente spunta – vicariante almeno in parte il pubblico – il privato con forme di assistenza non solo costose, ma talora prive dei requisiti minimi adeguati. Ma quanti anziani possono permettersi questo lusso e quanti SOS vengono lanciati ai figli?

Ma un altro aspetto da affrontare è anche l'impoverimento dei redditi col progredire dell'età, quando maggiori invece sono i bisogni. Infatti è ben nota la diminuzione del potere di acquisto delle pensioni con gli anni, tanto che vale il detto che le pensioni di annata sono pensioni dannate.

Ecco allora trovare giustificazione la proposta recentemente lanciata di un aggancio alla defiscalizzazione del trattamento di pensione col progredire con l'età, nel tentativo di diminuire, col progredire coll'età e dei bisogni connessi con l'invecchiamento, la svalutazione di questa "retribuzione differita" di chi nell'età lavorativa ha contribuito nel meccanismo economico nazionale col proprio sudore e che, anche ora, fiscalmente continua a contribuire, ricordando come questa categoria apporti alla casse dello Stato, insieme ai lavoratori dipendenti, il maggiore gettito fiscale.

Ma a questo si aggiunge un'altra iniqua stortura: in un sistema sociale ove a stento due pensioni permettono una sopravvivenza, in caso di vedovanza, il reddito drasticamente quasi si dimezza poiché il calcolo della reversibilità delle pensioni INPS e INPDAP si aggancia al reddito del coniuge superstite falcidiando la rendita della pensione, causando, inoltre, in un momento di veri bisogni connessi all'età a stadi di indigenza e impossibilità fisiche, serie difficoltà ad affrontare la quotidianità.

a cura di Marco Perelli Ercolini - Vice presidente vicario Feder.S.P.eV.

UNA DOLOROSA PERDITA

Mario Tiengo, professore emerito della Statale di Milano ci ha lasciato. Pioniere riconosciuto internazionalmente, fondò a Milano la prima cattedra di Fisiopatologia e Terapia del dolore di cui fu direttore fino al pensionamento. Attivo nella Fondazione Floriani, fu prolifico scrittore, fondatore di numerose riviste scientifiche e grande organizzatore di eventi scientifici. Chi scrive ebbe l'onore e il piacere di avere la sua preziosa collaborazione nella programmazione di molti eventi formativi e ne ricorda ancora la sua vivacità intellettuale, l'entusiasmo e le sue grandi doti organizzative.

Ugo Garbarini

IL DENTISTA PIÙ VELOCE DEL MONDO

Marco Frattini, odontoiatra audioleso e campione di corsa, ritrova il successo alla Marcialonga running 2010. Lungo l'impegnativo percorso di 25,5 km che da Moena in val di Fassa porta a Cavalese in val di Fiemme, alla sua quarta partecipazione, Frattini si rimpossessa del titolo di categoria perso lo scorso anno e fa un balzo che lo porta al secondo piazzamento assoluto nel campionato del mondo lunga distanza per laureati in odontoiatria e medicina. «Una gara corsa finalmente con la testa e a buon ritmo. Nei primi quattro chilometri dovevo capire le condizioni del tendine alla caviglia destra. Ho ripreso ad allenarmi solo una settimana fa dopo dieci giorni di stop. Sentendomi bene ho ripensato al mio amico Antonio che mi diceva che in gara bisogna correre a tutta, e a quel punto è iniziata la mia progressione. Questa vittoria la dedico a mia nipote, pensare al suo sorriso nei momenti di fatica è stato davvero dopante». Con un passaggio al traguardo della mezza maratona in 1.18.32 e un tempo finale di 1.38.26 Frattini si aggiudica la 51° piazza assoluta in una gara che ha visto la partecipazione di molti atleti di grande spessore.



PRIMI RISULTATI DELLA LEGGE SULLA TERAPIA DEL DOLORE

«I primi risultati conseguiti dalla Legge 38/10 sulla terapia del dolore e le cure palliative, valutati a 6 mesi dalla sua attuazione, sono incoraggianti e inducono a un certo ottimismo rispetto all'obiettivo di garantire a tutti i cittadini il diritto a non soffrire». Queste le iniziali considerazioni di Guido Fanelli, presidente della Commissione ministeriale sulle cure palliative e del dolore, emerse dall'incontro sul tema svoltosi al Senato alla presenza di alcuni tra i massimi esperti italiani di terapia del dolore e i rappresentanti delle Istituzioni. «Siamo sempre stati consapevoli delle difficoltà che la Legge avrebbe potuto incontrare per motivi culturali e per questo abbiamo attivato un costante monitoraggio soprattutto sul consumo degli oppioidi e l'appropriatezza prescrittiva. Voglio di nuovo ricordare – ha aggiunto Fanelli – che il provvedimento legislativo di fatto "obbliga" il medico a occuparsi del "dolore" che un paziente prova, qualunque ne sia la causa». Da indagini e sondaggi realizzati dopo l'entrata in vigore della legge emerge che c'è una forte richiesta di formazione e aggiornamento da parte dei medici e che è ancora da colmare la distanza con gli altri Paesi Europei sull'uso appropriato dei farmaci per il dolore, in particolare gli oppioidi.

CENTRO STUDI SO WEN

**XXXVII Corso Quadriennale di Agopuntura
e Medicina Tradizionale Cinese**

**Con il Patrocinio dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano**

**FORMAZIONE D'AULA - E-LEARNING - TUTORING -
PRATICA CLINICA ASSISTITA - SEDI DI MILANO - BOLOGNA
ROMA - L'AQUILA - NAPOLI - BARI - PALERMO**

Lezioni teorico-pratiche svolte nei fine settimana, da Novembre 2010 a Giugno 2011, formazione a distanza, senza vincoli di tempo e/o di spazio. Monte ore quadriennale minimo: 600 ore (480 ore di teoria – minimo 120 ore di pratica negli ambulatori scolastici e negli ospedali convenzionati). Programma di studio personalizzabile. Al termine del quadriennio, dopo il superamento degli esami di merito annuali teorico/pratici e la discussione di una tesi finale, viene rilasciato un Attestato di Agopuntura che soddisfa i requisiti di cui alla deliberazione FNOMCeO n 51.

Per informazioni: Tel 0240098180 – Fax 0240098140 –
info@sowen.it – www.sowen.it



Il Gruppo ABC
Un metodo di autoaiuto per i familiari
di malati Alzheimer

Pietro Vigorelli
 FrancoAngeli, 2010, Milano

Vivere con una persona malata di Alzheimer non è facile: si cerca di stargli vicino, di prendersi cura di lui, si investono tanto tempo ed energia, eppure si ha la sensazione di assistere impotenti al peggioramento inesorabile della sua condizione e facilmente subentrano sentimenti di rabbia e frustrazione. Al caregiver – che, nell’assistenza domiciliare, si identifica col familiare – il Gruppo ABC propone il Metodo ABC: un percorso di autoaiuto in cui i familiari, guidati da un Conduttore, imparano a diventare dei curanti esperti. Le riunioni sono conversazioni, in cui ciascuno è libero di raccontare la propria esperienza, di ascoltare quella degli altri e di portare a casa le idee e i suggerimenti che per lui sono più importanti. Partecipando al gruppo, il familiare si sente meno solo e meglio equipaggiato per affrontare i problemi posti dalla malattia e riuscire a essere più sereno. Il volume è suddiviso in tre parti: la prima, indirizzata ai professionisti, illustra dapprima le componenti principali del Metodo ABC (Approccio Conversazionale e Approccio Capacitante) e prosegue spiegando nel dettaglio come si forma, si conduce e si svolge un Gruppo ABC; la seconda, diretta anche ai familiari che convivono con la malattia di Alzheimer, descrive i Dodici Passi, ovvero le tappe del cammino che ciascun caregiver può intraprendere per cercare la propria felicità possibile, nonostante la malattia del proprio caro; la terza parte si rivolge ai professionisti e riguarda la formazione dei Conduttori di Gruppo. Le Appendici riportano i risultati del Progetto “Parole che aiutano”, una ricerca-intervento utile per la validazione del metodo, e diverse schede utili per l’avvio e la conduzione di un Gruppo ABC, oltre alla presentazione delle Associazioni dei familiari e del Gruppo Anchise.



Dentista italiano
Storia dell’ordinamento
della professione

Massimo Corradini, Paolo Zampetti
 Edizioni U.C.T., 2010, Trento

Poiché in Italia il Dentista post 1985 non è più Medico, ma il Medico ante 1985 è anche Dentista e comunque ogni Medico è sempre Stomatologo, la Normativa che regola la professione odontostomatologica e dentistica in Italia è caotica e spesso faziosamente interpretata. Di qui la necessità di riordinare la materia, sequenzialmente, per consentirne una rilettura critica, storica, dettagliata e senza pregiudizi. Il lavoro editoriale è sostanzialmente una ricerca-assemblaggio di Leggi, Norme, Regole e Sentenze relative alla professione del Dentista in Italia ed è rivolto sia agli operatori amministrativi, sia ai rappresentanti di categoria che intendono svolgere, documentati, il loro mandato. Può risultare inoltre un utile strumento interpretativo per i Politici, locali e nazionali, che si occupano delle specifiche problematiche, per coloro che attendono ai procedimenti medicolegali in materia o comunque uno strumento informativo per i Medici Chirurghi e per gli Odontoiatri che si accingono a iniziare la professione. La sola guida per il futuro è lo studio del passato e gli operatori-attori, dovrebbero dedicare del tempo anche alla “Storia Normativa” e usare questa conoscenza come guida, per non dimenticare che l’Odontoiatria, come la Medicina, è Scienza Umana. Perché, asserisce il dott. Nicola Perrini nella sua presentazione al volume, “come accade del resto in natura, se le fronde di un albero crescono troppo in fretta, senza che le sue radici siano giunte abbastanza in profondità, anche la chioma più rigogliosa, presto o tardi, è destinata a seccare”.

Collegati con il bollettino

per lanciare le tue idee, le tue proposte, i tuoi suggerimenti



stampa@omceomi.it

Per un bollettino più “grande” e più “vivo” abbiamo bisogno anche di te. Aspettiamo i tuoi contributi per farne uno strumento sempre più utile per la nostra professione.

Il Comitato di Redazione



www.omceomi.it
Collegati con l'Ordine

per avere tutte le notizie,
le informazioni
e i servizi riservati agli iscritti

Abbiamo bisogno di conoscere il tuo indirizzo e-mail per completare il nostro archivio informatico e permetterci di contattarti con maggior tempestività. Se non lo hai già fatto, invia un'e-mail a **stamp@omceomi.it** con l'indirizzo di posta elettronica a cui desideri ricevere le nostre comunicazioni. Grazie.

